

LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La satisfacción del paciente con la asistencia sanitaria que recibe es un tema que interesa al menos a dos grupos de profesionales lectores de esta *Gaceta*: a los que se dedican a la calidad asistencial, porque la insatisfacción les aporta oportunidades de mejora, y a los interesados en la evaluación de los servicios, porque la satisfacción es un resultado de la asistencia. En este editorial reviso cuatro temas que creo que son cruciales para los dos grupos de profesionales: a) el concepto de satisfacción, b) el ámbito donde se aplican los estudios de satisfacción, c) la medida de la satisfacción, y d) el propósito de la valoración de la satisfacción.

La *Gaceta Sanitaria* ha mostrado el interés que suscita la satisfacción del paciente y ha publicado algunos artículos muy interesantes sobre este tema, entre los que se encuentran el artículo de este mismo número titulado «La medida de la satisfacción con la atención a la salud: Andalucía 1988-1992»¹, y que analizaré al final del editorial. En un número del año 1992 de la *Gaceta* se publicó una revisión de los trabajos sobre la satisfacción del paciente escrita por Pere Ibern² y a la que me referiré extensivamente.

El análisis del concepto de satisfacción del paciente debería ser un paso previo antes de iniciar la elaboración de cuestionarios, por desgracia la mayoría de las veces no es así y como resultado la encuesta de satisfacción no se sabe qué mide realmente, por este motivo inicio el editorial con una reflexión sobre el sentido y el contenido de lo que denominamos la satisfacción del paciente.

En la revisión de Ibern el concepto de satisfacción imperante se fundamentaba en la teoría de la discrepancia, es decir, la satisfacción del paciente depende de la diferencia entre sus expectativas y la percepción del servicio sanitario que ha recibido. Si lo que el paciente percibe es mejor o igual a lo que esperaba, quedará satisfecho, si es peor quedará insatisfecho. Por lo tanto, para medir la satisfacción no es suficiente valorar su experiencia personal, sino que debemos también tener alguna idea de lo que esperaba del servicio. Esta teoría ha sido criticada por Carr-Hill³, que la califica de excesivamente mecánica «los pacientes llegan con objetivos (expectativas, aspiraciones); los médicos hacen algo (o no); el 'satisfómetro' mide el resultado. La realidad

es seguramente diferente; sea lo que sea lo que significa la satisfacción, debería reflejar, al menos en parte, la relación entre el médico y el enfermo».

Un psicólogo, Williams⁴, analiza la evidencia empírica sobre la teoría de las expectativas, y cita el estudio del profesor Thomson, que analizó una gran muestra de pacientes y encontró que las expectativas estaban correlacionadas con la satisfacción, pero sólo explicaban el 8% de la varianza de la satisfacción entre los sujetos. Williams estudia la forma cómo los pacientes evalúan la asistencia y encuentra que un paciente «da por seguro» que algunos aspectos de la asistencia son buenos y sólo evalúa otros. Por ejemplo, cuando un paciente va al hospital «da por hecho» que los aspectos más técnicos del cuidado son buenos y se preocupa sólo por evaluar los hoteleros, mientras que un paciente en la atención primaria «da por hecho» los aspectos de relación con el médico y en cambio evalúa la competencia técnica del mismo. Esta evaluación selectiva del paciente es la clave de la satisfacción con el servicio. Finalmente, Williams no está de acuerdo con que el paciente tenga siempre expectativas. En algunos casos, el paciente se siente «consumidor» y valora y critica el cuidado que recibe, pero en otros, el paciente adopta un papel pasivo y deja que el profesional sanitario tome todas las decisiones sobre su cuidado, en estos casos no tiene sentido hablar de satisfacción con los cuidados.

El estudio de las expectativas aparece en un artículo reciente de Thomson y Suñol⁵. Estos autores proponen la existencia de cuatro tipos de expectativas: ideales, predecibles, normativas y no formadas. Las ideales son las aspiraciones o deseos, las predecibles son las que se pueden esperar por nuestra experiencia o la de nuestros vecinos, las normativas son aquellas que reflejan lo que debería ser y finalmente las no formuladas que incluyen desde la no existencia, hasta la dificultad de expresión e incluso el «dar por hecho» de Williams.

Estos trabajos indican que la relación entre expectativas y satisfacción está lejos de ser mecánica, las expectativas se van formando con nuestras experiencias en el sector sanitario, y estas experiencias son percibidas y deformadas por el paciente a la luz de sus expectativas, las relaciones son ambos sentidos y muy complejas.

El segundo tema que voy a analizar es el ámbito de aplicación de las encuestas de satisfacción. Ibern citaba cuatro posibles ámbitos: sistema sanitario, mutua o plan de aseguramiento, programa, y servicio sanitario (atención primaria y hospital). En los tres primeros ámbitos el propósito del análisis de la satisfacción del paciente acostumbra a ser comparativo, se compara un sistema sanitario con otro, o bien una mutua con otra o un programa sanitario con otro, mientras que en el caso de un centro sanitario, el propósito acostumbra a ser el detectar problemas para alimentar un programa de mejora de la calidad.

En el ámbito del sistema sanitario se sitúan los resultados, que se han hecho públicos recientemente, en la Enquesta de Salut de Catalunya que ofrece el habitual alto nivel de satisfacción de la mayoría de encuestas +90%⁶. En el ámbito del aseguramiento se ha publicado una revisión muy interesante de Miller y Luft sobre la evaluación de las Health Maintenance Organizations (HMO) americanas⁷, que aportan el dato que los americanos están tan satisfechos con las HMO como con las aseguradoras tradicionales, aunque las primeras les limitan mucho la elección de médico respecto a las segundas. En el ámbito de evaluación de un programa sanitario se publicó en el número 32 de *Gaceta* una evaluación de la satisfacción de los andaluces con los dos modelos de atención primaria del clásico y el reformado, el resultado es una mayor satisfacción con la reforma⁸.

Donde el tema de la satisfacción ha avanzado más es en la evaluación de la experiencia de un paciente con un servicio sanitario. En el ámbito de la atención primaria se ha publicado una revisión de la literatura por unos holandeses⁹ y en el ámbito hospitalario cabe destacar un estudio americano sobre 50.000 pacientes de 300 hospitales, que comprendía tanto pacientes hospitalizados como pacientes atendidos en urgencias y en cirugía ambulatoria¹⁰. Los temas predominantes en estos estudios son dos: qué aspectos medir y qué métodos utilizar.

Los estudios de atención primaria se orientan hacia tres tipos de aspectos de la asistencia: competencia profesional, actitud del profesional y temas organizativos⁹, mientras que los modelos hospitalarios se orientan hacia: cuidados médicos, cuidados de enfermería, resultado médico, admisión-alta, confort-limpieza, comida, cortesía y atención religiosa¹⁰. Dentro de cada uno de estos aspectos se especifican algunos atributos, por ejemplo dentro de la comida se estudian: el gusto, la temperatura, la posibilidad de elección, el horario y el conjunto del servicio. Por cierto que la comida es un aspecto nada desdeñable de la satisfacción de los pacientes hospitalizados; en la Encuesta de Salud de Catalunya⁶ fue el aspecto peor valorado de los hospitales ca-

talanes. Un estudio canadiense sobre la satisfacción de los pacientes con la comida analizó 26 atributos, que sintetizó en siete factores, que son aproximadamente los mismos de Carey, a los que añaden la actitud del personal que sirve la comida, y que resultó ser un aspecto importante para predecir la satisfacción¹¹.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de estudios muestran que algunos tipos de pacientes están siempre más satisfechos que otros, en esto hay coincidencia en el tema de la edad del paciente, los pacientes ancianos están más satisfechos que los jóvenes. Un estudio publicado en *Medical Care* sobre la satisfacción según el tipo de médico tratante, indica que la satisfacción con la atención prolongada por los profesionales femeninos es superior a la de los masculinos¹².

El tercer tema que quiero destacar es la metodología de las encuestas de satisfacción. La revisión holandesa de estudios de la atención primaria⁹ ilustra sobre el tipo de metodología más popular. Los cuestionarios entregados al paciente y las entrevistas son los métodos más frecuentes, les siguen los cuestionarios por correo. El momento de la encuesta acostumbra a ser después de la visita, aunque cada vez más se hace independientemente de la visita. El lugar donde se realiza la encuesta es en la misma proporción la consulta médica y el hogar del paciente. El tipo de preguntas más popular es el método de leer frases al paciente y pedirle si está o no de acuerdo, seguido por los cuestionarios más tradicionales que piden si están o no satisfechos con determinados ítems. Los resultados indican que el porcentaje máximo de insatisfacción se produce cuando las preguntas son del tipo: ¿está o no de acuerdo con...?, en cambio, las preguntas del tipo: ¿está Ud. satisfecho con...?, tienen unos porcentajes de insatisfacción menores. También resulta interesante observar que la insatisfacción es mayor con los cuestionarios por correo que son en los que existe interacción entre entrevistador y entrevistado. En cambio no existen diferencias en la insatisfacción cuando la entrevista se realiza después de una consulta o bien en un momento posterior, ni tampoco si el cuestionario se pasa en la consulta del médico o bien en casa del paciente.

Un tema crucial de las encuestas de satisfacción es la no respuesta, que acostumbra a ser bastante elevada. Este tema hace dudar sobre la validez de los resultados porque da la impresión que no contestan los insatisfechos, lo cual sesgaría el resultado. Los porcentajes de no respuesta son más elevados cuando se trata de un cuestionario por correo y cuando la entrevista está distanciada del momento de la visita. En el artículo de Carey se realizan una serie de

pruebas estadísticas para valorar la validez y fiabilidad de los cuestionarios así como para valorar la independencia de las diferentes escalas de medición.

El último tema que me interesa es el propósito de la encuesta de satisfacción. Un artículo de Scott y Smith¹³ indica que son dos los propósitos de los estudios de satisfacción, bien suministrar datos a un programa de mejora de la calidad, bien servir de medida del resultado sanitario. En el primer caso el propósito es buscar problemas que servirán luego para iniciar programas de mejora, mientras que en el segundo caso el propósito es la medida del «outcome» que puede servir para evaluar programas de salud. Esta valoración puede tener tanto el objetivo de planificar los programas como de facilitar la compra de servicios en un sistema de competencia entre proveedores. Los autores encuentran que en la mayoría de encuestas sólo preguntan a los pacientes si están satisfechos con un aspecto de la asistencia, pero no les preguntan qué valoración hacen de aquel aspecto. Por ejemplo, en muchos cuestionarios, los pacientes se quejan de la comida, pero nunca se les pregunta cuán importante es la comida para ellos, podría resultar que estén muy insatisfechos con la comida pero que prefiriesen que el esfuerzo del hospital se dirigiese a mejorar la atención médica aunque estén satisfechos con la misma.

Si el propósito de la encuesta es la calidad, lo importante es valorar no la satisfacción, sino la insatisfacción, para encontrar áreas de mejora. Un estudio australiano valoró la insatisfacción de los pacientes que habían abandonado un servicio de urgencias antes de recibir tratamiento¹⁴. El tiempo de espera fue uno de los móviles determinantes de esta actuación. Cuando el objetivo es el «outcome», éste no debe limitarse a resultados del sistema sino que se empiezan a ver estudios clínicos que consideran la satisfacción como un outcome clínico, un artículo sobre la cirugía de la epilepsia utiliza la satisfacción del paciente como medida del «outcome»¹⁵.

En este número de *Gaceta Sanitaria* se publica un artículo: «La medida de la satisfacción con la atención a la salud: Andalucía 1988-1992»¹, que merece unos comentarios. En este artículo se exponen los resultados de una encuesta de satisfacción a los andaluces realizada en 1992, que repitió otra encuesta hecha en 1984 y publicada en esta revista¹⁶. Este estudio se sitúa en el ámbito de estudios del sistema sanitario y analiza la satisfacción en dos cortes temporales. Creo que es encomiable que los estudios se repitan a lo largo del tiempo y se aporte una perspectiva temporal a los resultados en vez de tener sólo datos sobre un momento. Este enfoque permite al autor hacer una especie de evaluación de la política sanitaria de la Comunidad Andaluza. El

primer estudio se realizó al recibir las transferencias del INSALUD, mientras que el segundo se realizó tras dos legislaturas autonómicas. En el artículo del año 1986 se comentaba que «el nivel de satisfacción del usuario con la atención médica es bajo» y era necesaria «una reforma sanitaria en profundidad... de los aspectos organizativos, de planificación y gestión de los centros y el personal sanitario»¹⁶. Ocho años después aparece la frustración, los resultados de estos años de gestión autonómica no vienen reflejados en una mayor satisfacción de los andaluces con la sanidad. En el artículo de esta revista se puede leer: «Un aspecto importante es la desproporcionalidad entre las mejoras introducidas en el sistema y el aumento de la satisfacción de los usuarios. Las mejoras introducidas en el sistema son evidentes y pueden cuantificarse a través de indicadores como el incremento de presupuestos, de personal, de equipamientos, de infraestructura, etc. Sin embargo, parece que el ligero aumento detectado en la satisfacción no guarda correspondencia con el esfuerzo realizado por la Administración sanitaria en la mejora de los servicios».

Esta conclusión se merece algunos comentarios, en primer lugar dos encuestas separadas en el tiempo no son una evaluación. En medio han pasado muchas cosas, especialmente cuando intentamos valorar las cosas como una política sanitaria, y es difícil que 18 preguntas puedan valorarlo todo. En segundo lugar la política sanitaria en Andalucía no tenía como propósito inmediato la satisfacción del usuario, han habido otros objetivos: mejorar la gestión, contener los costes, etc.. Este último objetivo podría incluso ser contradictorio con la satisfacción del ciudadano. En tercer lugar la metodología utilizada, escalas de actitudes, es muy útil para valorar la calidad de una visita médica, pero quizás recogen mal un mundo tan complejo como es la satisfacción sobre un sistema sanitario. Las encuestas sociopolíticas recientes han demostrado lo difícil que es acertar con las votaciones de los ciudadanos. Finalmente, un comentario general, la valoración de un sistema sanitario o de una política sanitaria, es fundamentalmente una valoración política, y una valoración política resume muchas más cosas que la satisfacción con un servicio. En nuestro país tenemos actualmente una muestra fehaciente de estas diferencias. El PSOE puede mostrar una larga lista de realizaciones durante 12 años de gobierno: kilómetros de carretera, mejora en los servicios, etc., y sin embargo la insatisfacción con la situación actual es evidente en las encuestas.

Lluís Bohigas

Fundación Avedis Donabedian, Barcelona

Bibliografía

1. Rodríguez-Legido C. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit* 1995; 9: 311-5.
2. Ibern P. La mesura de la satisfacció en el serveis sanitaris. *Gac Sanit* 1992; 6: 176-85.
3. Carr-Hill R. The measurement of patientsatisfaction. *J Public Health Medicine* 1992; 14: 236-49.
4. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38: 509-16.
5. Thomson A, Suñol R. Expectations as determinants of patientsatisfaction, theory and evidence. *Int J Quality in Health Care* 1995; 7: 127-41.
6. Servei Català de la Salut. *Enquesta de Salut de Catalunya, 1994. Avanç de resultats*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1995.
7. Miller R, Luft H. Managed care plan performance since 1980. *JAMA* 1994; 271: 1512-9.
8. Delgado A, López L, Luna J. La satisfacción de los usuarios con los modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía. *Gac Sanit* 1993; 7: 32-40.
9. Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgments by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci Med* 1994; 38: 45-53.
10. Carey R, Seibert J. A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care* 1993; 31: 834-45.
11. Dube L, Trudeau E, Belanger M. Determining the complexity of patient satisfaction with foodservices. *J Am Diet Assoc* 1994; 94: 394-8.
12. Delgado A, López L, Luna J. Influence of the doctor's gender int he satisfaction of users. *Med Care* 1993; 31: 795-800.
13. Scott A, Smith R. Keeping the customer satisfied: issues in the interpretation and use of patient satisfaction surveys. *Int J Quality in Health Care* 1994; 6: 353-9.
14. Hanson R, Clifton B, Fasher B. Patient satisfaction in a pediatric accident and emergency department. *J Qual Clin Practice* 1994; 14: 137-43.
15. Guldvog B. Patient satisfaction and epilepsy surgery. *Epilepsia* 1994; 35: 579-84.
16. Rodríguez C. Las escalas como medida de la satisfacción con la atención médica en Andalucía. *Gaceta Sanitaria* 1986; (30): 237-41.