

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

Departamento de Psicología de la Salud



“Predictores de la satisfacción en pacientes de cirugía con ingreso y mayor ambulatoria”

Doctorado en Calidad Asistencial: Atención Sanitaria Centrada
en el Paciente

Presentada por

Olga Tomás Ozores

Directores:

M^a Virtudes Pérez Jover

José Joaquín Mira Solve

La vida no está hecha de deseos y sí de los actos de cada uno.

Paulo Coelho



A mis padres, por su afán de transmitirme que los sueños pueden hacerse realidad con trabajo e ilusión.

A la persona que me ha dado lo que más quiero en esta vida,
gracias Alex.

A mi VIDA, Alba

AGRADECIMIENTOS

Quisiera empezar este espacio de agradecimiento a las personas que sin ellas, este tesis no hubiera visto la luz, y aún más importante, a las que les debo mucho de lo que hoy en día soy, José Joaquín Mira Solves y M^a Virtudes Pérez Jover, por su esfuerzo y dedicación y paciencia a lo largo de tantos años.

A ti Virtu, me has inculcado el sentido de la responsabilidad, el rigor y la trascendencia de los trabajos. Empezamos siendo desconocidas, hemos vivido muchas experiencias dentro y fuera del mundo académico y hemos forjado una amistad sin fecha de caducidad. Te has ganado mi lealtad y más sincera admiración, siempre me sentiré en deuda contigo, esta Tesis no hubiera sido posible sin ti. He pasado de querer trabajar contigo a quererte en mi vida. No encuentro palabras para darte las gracias, solo puedo decirte, te quiero.

José, tus conocimientos, orientación, tu manera de trabajar, tu constancia y motivación han sido y son fundamentales para mi formación como investigadora. Me diste una oportunidad cuando aún era solo una estudiantes y tras años trabajando en tu equipo, me diste la seguridad y la confianza para aventurarme en el mundo de la empresa. Gracias ahora y siempre por contar conmigo, por seguir transmitiéndome conocimientos y consejos, gracias por ayudarme a realizarme como profesional y como persona, siempre tendrás un hueco especial en mi corazón.

Al Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández, por haberme brindado la oportunidad profesional durante tantos años a través de prácticas internas, becas de investigación par culminar en un contrato de investigadora. Gracias por ofertar el Programa de Doctorado, a través del cual culmino mis estudios en la Universidad y desde el que presento esta Tesis.

A mis padres, sin ellos nada hubiera sido posible.

Mamá, aquí está, lo he hecho, aquí la tienes, ¿la esperabas? Sé que no, pero me has enseñado a no darme por vencida, a que si se quiere se puede, a que por las cosas que deseas, se debe de luchar, a que los sueños, no son imposibles. Como madre siempre

confiaste en mí, has estado para recordarme que hay tiempo de sacrificio y tiempo para disfrutar. Siempre segura que conseguiría lo que me propondría, incluso cuando ni yo sabía lo que quería. Gracias por todas las horas de tu vida que me has dedicado, ahora me toca dedicártela a ti, sin ti yo, no sería yo, y esta tesis no existiría. Gracias y mil veces gracias.

Papá, eres especial. Cuántas veces te he necesitado y has estado ahí, sin preguntar, ni querer saber. Me has dado mucho y cada día aprendo algo de ti. Te admiro por tu sinceridad, el amor por los demás, la constancia, la responsabilidad. Nada es lo que es, si no hubiera sido por ti, soy como tengo y tengo lo que tengo gracias a ti. Esta es una etapa que cierro y lo hago con tu ayuda. Gracias por enseñarme tanto, gracias por tenerte a mi lado y gracias por ser quien eres, mi padre.

Un verdadero amigo es aquel que te conoce tal y como eres, te acompaña en tus logros y fracasos y jamás te juzga por tus errores. En esta andadura, que ha sido de muchos años, tengo que poner un nombre a esa amiga, Ruth. Gracias por tu paciencia y simplemente por estar ahí. Parecía imposible, pero ahí te has mantenido, cerca mía, con las palabras justas y exactas, con la mano tendida y los rapapolvos necesarios, para siempre acabar con una sonrisa. Gracias por todos estos años, han sido espectaculares y enriquecedores, con idas y venidas, con alegrías y decepciones. Te debo mucho, gracias por todo.

A mis compañeras de batalla, colegas y amigas, Merce, Isa y Lidia, sin vosotras este camino no hubiera sido posible, empezamos y continuamos una carrera profesional y de amistad, sois geniales y especiales. Profesionales, entusiastas, implicadas, dispuestas. Gracias por estos años a vuestro lado y por los que espero sigamos juntas investigando y con otros menesteres. Gracias.

A toda mi familia, que han confiado en mí, han estado en los buenos momentos y en los menos buenos, que me han apoyado y animado, que han confiado en mí en todos los proyectos que he puesto en marcha. A mis amigos que han me han proporcionado el combustible siempre que lo he necesitado. Gracias.

A la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente, en su día, por permitirme ser parte de los estudios de análisis de opinión del paciente en todo el Sistema Sanitario Valenciano. Muchos son los años y los trabajos realizados, que me han aportado no solo esta tesis, si no también experiencia humana y profesional.

Y muchas gracias a todas esas personas anónimas que han hecho posible la publicación del artículo, y por ende, el desarrollo de esta Tesis, a todos los pacientes y profesionales que han dedicado unos minutos de su vida a la investigación y a la mejora. Gracias.



1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. EL SISTEMA SANITARIO Y LA SALUD.	7
1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN SANITARIA.	13
1.2.1. CONCEPTO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.	13
1.2.2. CONCEPTO DE CALIDAD ASISTENCIAL.....	16
1.2.2.1. COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	17
1.2.3. MARKETING SANITARIO	21
1.3. MEDIDA DE LA CALIDAD EN CIRUGÍA.	22
1.3.1. CUESTIONARIO DE MEDIDA DE LA CALIDAD EN CIRUGÍA CON INGRESO Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.	24
1.3.2. OBJETIVOS DE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD EN CIRUGÍA	27
2. JUSTIFICACIÓN.....	29
3. RESUMEN DE RESULTADOS	30
SATISFACCIÓN EN CIRUGÍA CON INGRESO Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.....	30
DIFERENCIAS EN LA SATISFACCIÓN DEBIDAS AL CENTRO (TAMAÑO Y COMPLEJIDAD ATENDIDA), EDAD, GÉNERO O FORMACIÓN ACADÉMICA.....	31
QUÉ INCREMENTA LA PROBABILIDAD DE QUE EL PACIENTE QUIRÚRGICO SE DECLARE SATISFECHO	31
CALIDAD RECONOCIDA, CALIDAD NO RECONOCIDA Y CALIDAD INDIFERENTE	32
4. DISCUSIÓN.....	34
5. CONCLUSIÓN	41
6. BIBLIOGRAFÍA.....	43

1. INTRODUCCIÓN

1.1.El sistema sanitario y la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sistema sanitario (SS) como el conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud en los hogares , lugres de trabajo, lugres públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial. Los SS están formados por todos los profesionales que actúan y las medidas utilizadas con la finalidad de promover, restablecer o mantener la salud.

La obligación de los poderes públicos proteger la salud de los ciudadanos queda ya patente en la Constitución Española de 1978, concretamente en el artículo 43 y 49, el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Posteriormente, la Ley 14/86 General de Sanidad marca un hito en el marco jurídico y organizativo del sistema sanitario español al favorecer el paso de un modelo basado en seguros sociales, modelo Bismarck, al actual Sistema Nacional de Salud, modelo Beveridge, financiado con impuestos generales y de cobertura prácticamente universal.

El eje del modelo que la Ley adopta está formado por el conjunto coordinado de lo servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. Este principio de integración hace que las funciones y las prestaciones sanitarias sean responsabilidad de los poderes públicos.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un sistema descentralizado con una organización territorial en cada una de las 17 Comunidades Autónomas, estando dotadas cada una de ellas de una estructura organizativa y de gestión que integran todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad. En 1981 comenzó el proceso de transferencia de la asistencia sanitaria gestionada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), culminando en el 2002. Las competencias

sanitarias de las distintas administraciones públicas se distribuyen de acuerdo a lo establecido en la Ley 14/86 General de Sanidad y la Ley 16/03 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

EL SNS se organiza en dos entornos asistenciales: los servicios de Atención Primaria o de primer nivel y los servicios Especializados o de segundo nivel. Atención Primaria aborda íntegramente los problemas de salud de alta prevalencia y baja complejidad y la Especializada cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y costes.

Cuando hablamos de prestaciones sanitarias incluidas en el SNS son la *asistencia sanitaria* a españoles, extranjeros del territorio nacional así como a los ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea; las *prestaciones farmacéuticas*, estando cofinanciadas por los usuarios; *prestaciones complementarias* (hemoterapia, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, planificación familiar, radio terapia y trasplantes, entre otros; y otras prestaciones como el transporte sanitario, oxigenoterapia a domicilio y ortoprótesis (excepto las dentales).

El Informe Abril, así llamado por estar presidida la comisión encargada de su redacción por Fernando Abril Martorell (Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991), es un informe encargado por el Parlamento que continúa siendo, a día de hoy, un documento fundamental para entender las complejidades de nuestro sistema y las posibilidades para reformarlo. El Informe contó con la participación de numerosos profesionales, expertos de enorme prestigio y con todo tipo de ideología. Pese a estar redactado en 1991, hoy día conserva su utilidad e interés.

El Informe refleja la contribución del SNS a la mejora del estado de salud de la población y a la corrección de las desigualdades sociales, y pasa a detallar las necesidades y/o carencias que se advierten:

- Promover mecanismo que consigan incorporar el mayor grado de responsabilidad a los gestores del sistema, como forma de alcanzar una mayor

eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales dentro de un marco de autonomía responsable.

- Crear bases para que el Sistema pueda funcionar con mayor satisfacción subjetiva de los usuarios de los servicios y pueda posibilitar en el futuro mayores grados de libertad de elección.
- Promover una conciencia de coste, tanto en el profesional sanitario como en el ciudadano, para disminuir el diferencial entre las aspiraciones de la población y las posibilidades económicas.
- Suscitar la creación de estructuras que sean capaces de ajustarse flexible y autónomamente en su gasto a las autorizaciones presupuestarias.
- Obtener el mayor grado de participación activa, vinculación al proyecto y motivación del personal sanitario.

En su intención de reformar el Sistema Nacional de Salud, el Informe Abril también propone una serie de soluciones que afectan a todos los ámbitos del sistema, teniendo siempre presente que “las mejoras que se proponen, y las que puedan producirse en el futuro, nunca deben afectar al núcleo básico de equidad y solidaridad que constituye la médula del Sistema”.

Las propuestas que plantea el informe son, entre otras:

- Cambios en el régimen jurídico: “...la conciencia de la obligación personal y el deber de rendir cuentas de los resultados constituyen incentivos inexcusables para cumplir los fines de cualquier servicio o empresa”
- Reforma de los Recursos Humanos: “Debería estimularse el desarrollo de la carrera profesional en las diferentes modalidades de personal sanitario, separando las responsabilidades jerárquicas de la promoción profesional personal. Deberían establecerse mecanismos de motivación e incentivación del personal, [...] para lograr su participación y revalorización en la gestión y funcionamiento de cada una de las unidades asistenciales”

- Cambios en la facturación: “El sistema debe avivar la conciencia de gasto, tanto del usuario (facturación individualizada del servicio) como de los profesionales implicados en la gestión [...], la “salud no tiene precio”, pero realmente tiene un coste...”
- Colaboración público-privada: “El sector privado que vinculase su actividad a las reglas del juego tendría oportunidad de competir, en términos de seguridad jurídica, con los proveedores de titularidad pública...”
- Vinculación del personal: “Actualmente, el acceso a los puestos de trabajo se produce mediante el sistema de concurso-oposición o a través de traslados a plazas “en propiedad”,[...]. La estabilidad en el puesto de trabajo, aspiración compartida por la mayoría de la población, se convierte en contrapartida a la ausencia de otro tipo de incentivos, económicos o de desarrollo profesional, y ello fomenta un igualitarismo empobrecedor...”
- Calidad: “Otro de los objetivos prioritarios de gestión es obtener la máxima calidad posible en el servicio. Ahora bien, esta Calidad no debe confundirse con los eventuales excesos producidos por una “medicina defensiva”, ni con las demasías de una medicina complaciente o con elevados ratios de personal; en última instancia, la calidad no va inexcusablemente asociada a un mayor coste”.

En resumen, estos aspectos que el Informe Abril planteaba, ya en el año 1991, aún hoy se plantean y sus recomendaciones han sido ya puestas en marcha.

En 1993 entra en vigor el Tratado de Maastricht, que dio por primera vez a la Comunidad una competencia legal específica en este ámbito de la salud pública, con el artículo 129, en virtud del cual, la protección de la salud es declarada cuestión prioritaria y la Comunidad tiene como función contribuir a un alto nivel de protección de la salud humana, dirigiendo sus actuaciones hacia la prevención de enfermedades, en particular, mediante el fomento de la cooperación. Con este tratado se pone en marcha alguna de las recomendaciones del Informe, impulsando la

introducción de la calidad total en los sistemas sanitarios, dando empuje a la evaluación y mejora de la satisfacción de los ciudadanos, y con ello la de los pacientes.

Existe un gran debate sobre la sostenibilidad de los modelos de los sistemas sanitarios: el alto coste de las prestaciones y el crecimiento progresivo de la necesidad de las mismas cada vez por mayor población. De ahí deriva la práctica de mejorar la gestión de las prestaciones para optimizar los recursos. A esto se le añade la insatisfacción de los usuarios y profesionales, junto con la variabilidad en la práctica médica y que la productividad de en los servicios sanitarios no está a la altura de la eficacia deseada.

Como ya hemos indicado con anterioridad, la Ley General de Sanidad (1986), recogió por primera vez un catálogo de derechos y deberes del paciente. Con posterioridad, la Carta Europea de Derechos del Paciente (2000) se establece como referencia de estos derechos. Seguidamente la Declaración de Barcelona (2003) se instala como referente en España a la hora de hablar de la asistencia sanitaria centrada en el paciente.

En la práctica asistencial encontramos diferentes barreras para el ejercicio de los derechos, en diferentes estudios se subraya que los ciudadanos reclaman mayor accesibilidad (más recursos, mayor agilidad en la respuesta, rápido acceso al médico responsable), esperan de los profesionales una actitud de empatía hacia ellos (trato digno, comprensión, información ajustada a sus necesidades) y quieren participar más activamente (accediendo a información sobre sus datos clínicos, tomando decisiones sobre su proceso e involucrando a la familia en las decisiones)^{1 2}.

Cabe esperar que la LAP y los desarrollos a nivel autonómico que se han venido produciendo incidan en la transformación del modelo de relación entre pacientes y profesionales sanitarios, entre ciudadanos y el sistema de salud^{3 4}. Esta norma profundiza en temas como la información, el consentimiento (aclarando en qué contexto debe producirse y resolviendo problemas de la práctica), el derecho a la intimidad, la libertad de elección, en el acceso a la historia clínica o la figura del médico responsable de la información. Introduce novedades como las voluntades anticipadas (“testamento vital”), fija los 16 años como la mayoría de edad sanitaria (excepto para prestaciones muy concretas) y da un trato preferencial al derecho a la autonomía⁵.

El respeto a las personas es uno de los pilares de la Carta de Derecho Europea, de la Declaración de Barcelona y de la LAP. Se han de identificar cuáles son aquellas buenas prácticas que se asocian a estos principios básicos, como es el caso de la empatía del profesional y del respeto a la intimidad.

Desde el año 2005, se viene realizando un informe europeo sobre la calidad asistencial de la salud sanitaria pública en Europa, que realiza anualmente la consultora Health Consumer Powerhouse, denominado Euro Health Consumer Index (EHCI) 2014. Esta consultora evalúa la atención sanitaria que se presta a los pacientes en diferentes países europeos a través de 48 indicadores de calidad agrupados en una serie de categorías: derechos e información de los pacientes, accesibilidad al tratamiento y tiempos de espera en la administración de tratamientos, resultados de los tratamientos, gama y alcance de los servicios proporcionados, prevención y accesibilidad de los tratamientos farmacológicos.

De los datos del último informe se desprende que España se encuentra en el puesto 18 de la lista de 36 países europeos, con 670 puntos sobre los 1000 posibles, lo que supone un mantenimiento del puesto desde el anterior estudio en 2013, pero un descenso desde el informe del 2007 en el que nos encontrábamos en el puesto 14. En cabeza se sitúan Suiza, Noruega, Finlandia y Dinamarca.

Este informe subraya la dificultad a los servicios sanitarios, unos tiempos de espera que se han dilatado, un suspenso en participación del paciente en la toma de decisiones, entre otros.

Por otra parte encontramos la encuesta de salud del EUROSTAD (Health Survey) en la que se comparan distintos indicadores entre los países de la Unión Europea. Complementariamente, el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, explora la opinión de los ciudadanos en el SNS y cada Comunidad Autónoma dispone de mecanismos independientes para medir la opinión del paciente al que presta sus servicios, sobre unos estándares de calidad propios.

1.2. Características de la prestación sanitaria.

1.2.1. Concepto de Satisfacción del paciente.

La opinión del paciente, normalmente traducida en términos de satisfacción, ofrece información relevante sobre la bondad de los procesos asistenciales desde un punto de vista complementario al de los profesionales. Por esta razón la satisfacción con la atención sanitaria es una medida de resultado, que junto con otras aproximaciones, es usada para medir los aspectos más importantes para los pacientes del SS^{6 7}. Además, si la satisfacción está ligada a la continuidad en el uso del servicio sanitario, se convierte en un indicador de calidad de la asistencia y en un factor de competitividad de los servicios⁸.

En los años 80, Noriaki Kano, estableció una teoría que relacionaba el desarrollo de productos, en el ámbito sanitario hablamos de la forma de prestar el servicio y/ o los medios para hacerlo, y la satisfacción del cliente. Esta teoría se basa en el desarrollo de una herramienta que se utiliza en la actualidad para priorizar las necesidades del cliente y determinar cuáles son los atributos que le aportan mayor satisfacción. Para poder organizar los procesos asistenciales e identificar los elementos, la propuesta contempla diferenciar entre las siguientes categorías:

1. Elementos esperados o necesarios (Must be): Son características imprescindibles en un servicio, lo mínimo que le podemos exigir. Éstas son decisivas para que un paciente siga interesado en repetir el servicio en nuestro centro.

No sirven para aumentar la satisfacción, pero su falta o mala calidad genera insatisfacción. Cuando están presentes el paciente no las valora, ni siquiera se percata de que existen, no habla de ellas. Pero cuando no se cubren estas necesidades básicas el descontento es total.

Puede parecer obvio, pero el hecho que haya papel higiénico en el baño es un elemento necesario.

2. Elementos deseados o unidimensionales (Performance): Son aquellas características que el paciente pide de manera explícita. Son necesidades

concretas de cada paciente, que tienen la capacidad de aumentar o disminuir la satisfacción en función del grado de cumplimiento.

Podríamos identificar como elemento deseado el tiempo que tarda el personal en responder cuando un paciente pulsa el timbre.

3. Elemento motivante o atractivo (Delighter): Son aquellos que el paciente no espera encontrar. Sorprenden de manera grata, puesto que no los ha pedido de forma expresa, pero sin embargo están ahí.

Hay que indicar que el paciente podría salir del proceso asistencial sin estos elementos, pero una vez que son ofrecidos se agradecen. Es por esto que cuando están presentes son muy valorados, pero si están ausentes no les causa insatisfacción.

Un ejemplo sería el detalle de una botella de agua al ingreso.

4. Elemento indiferente (Indifferent): Son aquellos elementos que no se consideran ni buenos ni malos, por lo que no afectan a la satisfacción/insatisfacción.

El resultado de mejoras que sorprenden, impactan o son inesperadas producen un aumento en la satisfacción, pero no tienen por qué derivar de grandes inversiones.

Pero hay dos cuestiones que afectan directamente a estos elementos y que son:

- El impacto del tiempo, que no es otra cosa que las necesidades de los clientes no son estáticas, si no que cambian y evolucionan con el paso del tiempo, por lo que es importante revisarlas y chequear su conformidad en el momento, para así tomar las medidas que los gestores consideren oportunas.

Un ejemplo que podemos presentar es lo relacionado con las tecnologías, el impacto de la historia informatizada ha bajado y ya se está demandando el uso de tablets por el personal de enfermería, con el fin de digitalizar cualquier actuación al paciente.

Debemos también tener en cuenta que, a fuerza de repetir un elemento diferenciador, éste pierde fuerza como factor sorpresa y pasa a ser un elemento esperado, por el impacto del tiempo, con lo que esto supone sobre la valoración de la satisfacción.

- Las distintas percepciones sobre una misma característica, puede ser totalmente diferente en distintos pacientes. Lo que una persona puede clasificar como esperado, otra persona puede clasificarlo con indiferente. Es por ello que cobran una relevancia dentro de la gestión, medir las percepciones y expectativas de los usuarios de los servicios, con el fin de establecer estrategias adecuadas al tiempo y espacio que se mide.

A la hora de prestar un servicio se identifican elementos tangibles, heterogéneos e inesperados que hacen que el valor de la calidad de un servicio determinado no pueda evaluarse del mismo modo. Debemos definir los constructos, identificar los aspectos que configuran cada uno de ellos y establecer los elementos/ ítems capaces de medir de manera objetiva y con lo que se obtendrán datos cuantificables. Vamos a definir cada uno de estos conceptos, para así tener la visión abstracta que luego pasaremos a detallar:

- La mayoría de los servicios que se reciben en el Sistema Sanitario son **intangibles**, es decir, se obtienen resultados, no podemos evaluar un objeto por su utilidad, efectividad o usabilidad. El paciente no puede verificar lo adecuado que es un servicio del que va a ser usuario, antes de recibir el mismo, no dispone de las especificaciones de calidad directamente relacionada a sus necesidades.
- Los servicios hospitalarios, dado su carácter multidisciplinar-enfermería, especialistas, laboratorio, hostelería...- resultan variables, con lo que una valoración única es complicada dada la **heterogeneidad** de los múltiples servicios que recibe el paciente y es difícil establecer a priori la calidad que el paciente percibe.

- Por último no es lo mismo un servicio de cirugía mayor ambulatoria que una cirugía con ingreso, puesto que las necesidades continuadas no son las mismas, y el valor que se le puede dar al capital humano varía según el servicio, pues la interacción no es la misma. A este concepto se le denomina **inseparabilidad** entre la obtención del servicio y el uso del mismo.

En la actualidad asociamos la satisfacción del paciente con el resultado de la intervención sanitaria y así poder evaluar un conjunto de elementos relacionados entre sí en la prestación del servicio como son la efectividad, la seguridad clínica, el cumplimiento terapéutico, los estilos de práctica profesional que favorecen una participación activa del paciente en su autocuidado, o con las decisiones que afectan a su salud y a su calidad de vida.

Las razones que justifican este interés por medir, de alguna forma, la opinión de los usuarios sobre el SS no es más que el protagonismo que estos han alcanzado y el papel de evaluadores que desempeñan en la sociedad y organizaciones. Se consolida una visión en la que la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente se considera un indicador de la calidad asistencial, entendida como una medida de eficacia, confort, pertinencia y control del funcionamiento del sistema sanitario^{9 10}.

1.2.2. Concepto de Calidad Asistencial

Hasta hace poco tiempo el concepto de satisfacción no estaba asociado a la calidad asistencial, este último concepto se asociaba en el sector sanitario a aspectos relacionados a las prestaciones sanitarias, a la efectividad del tratamiento y al éxito y recuperación del paciente en su enfermedad. El reconocimiento de la “autonomía” del paciente ha provocado un cambio en el rol asignado a cada uno de los actores del proceso asistencial. En este sentido debemos incluir en la terminología y evaluación del sistema la ‘efectividad’.

El término de calidad se relaciona con aspectos positivos, derivando en la idea que si una cosa o servicio es mejor que otra. Pero el término es relativo, puesto que hasta qué punto se tiene más o menos calidad. En la práctica hay diferentes maneras de entender la calidad¹¹:

- Como excelencia, lo mejor en el sentido absoluto.
- Como valor, no existe lo mejor como tal sino que depende, por ejemplo, del precio.
- Como ajuste a las especificaciones, medida en términos de consecución de objetivos, cumplimiento de estándares de calidad.
- Como satisfacción de las expectativas del cliente, que como ya hemos abordado, depende del juicio subjetivo derivado de las experiencias y opiniones de los que han recibido el mismo servicio.

Es por ello que cada colectivo, tipo de atención y en base a la gestión sobre la que se sustente, sea diferente la forma y manera de definir la calidad. En lo que sí existe acuerdo es considerar un servicio de calidad aquel que sume:

- Prestar asistencia sanitaria acorde al estado de la ciencia.
- Lograr cuidados apropiados a las necesidades de los pacientes.
- Prestar en forma idónea la atención sanitaria de que se es capaz.
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente. Aproximarse a los estándares de la asistencia sanitaria establecidos en la comunidad científica, profesionales, paciente y sociedad.

1.2.2.1. Componentes de la Calidad Asistencial

Avedis Donavedian es el referente del concepto de calidad asistencial. Sistematizó la calidad de la asistencia como un compendio de estructura, proceso y resultado.

Entendemos la “estructura” como las características relativamente estables de los proveedores de la atención sanitaria, los instrumentos y los recursos que tienen a su alcance, así como los lugares físicos donde prestan la atención. Su análisis constituye un método indirecto de medida de la calidad, basado en el supuesto de que los médicos que prestan el servicio condicionan la calidad final. Pasa por la acreditación el aseguramiento de la calidad.

Por “proceso” entendemos la forma de organizar, diseñar y prestar una determinada asistencia. Con el fin de disminuir la variabilidad que existe en la práctica clínica, una manera de asegurar un buen resultado en la aplicación de los conocimientos y buen uso de la tecnología, es establecer protocolos, guías clínicas o vías clínicas.

Cuando hablamos de “resultado” debemos tener en cuenta tanto los indicadores clínicos como los económicos, satisfacción del paciente y del profesional.

Intentando resumir la definición de calidad asistencial, muchos autores como Palmer y Vuori, coinciden en establecer los siguientes componentes:

- Calidad científico-técnica: referida a la competencia de los profesionales para utilizar e forma idónea los conocimientos y recursos más innovadores, con el objetivo de producir salud y satisfacción en la población.
- Accesibilidad: facilidad con que los servicios sanitarios pueden recibirse de forma equitativa.
- Satisfacción y aceptabilidad: grado con la atención prestada satisface las expectativas del usuario.
- Efectividad: grado con que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente, en condiciones de aplicación reales.
- Eficiencia: grado con que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible con los recursos disponibles. Relaciona los resultados con los costes generados.

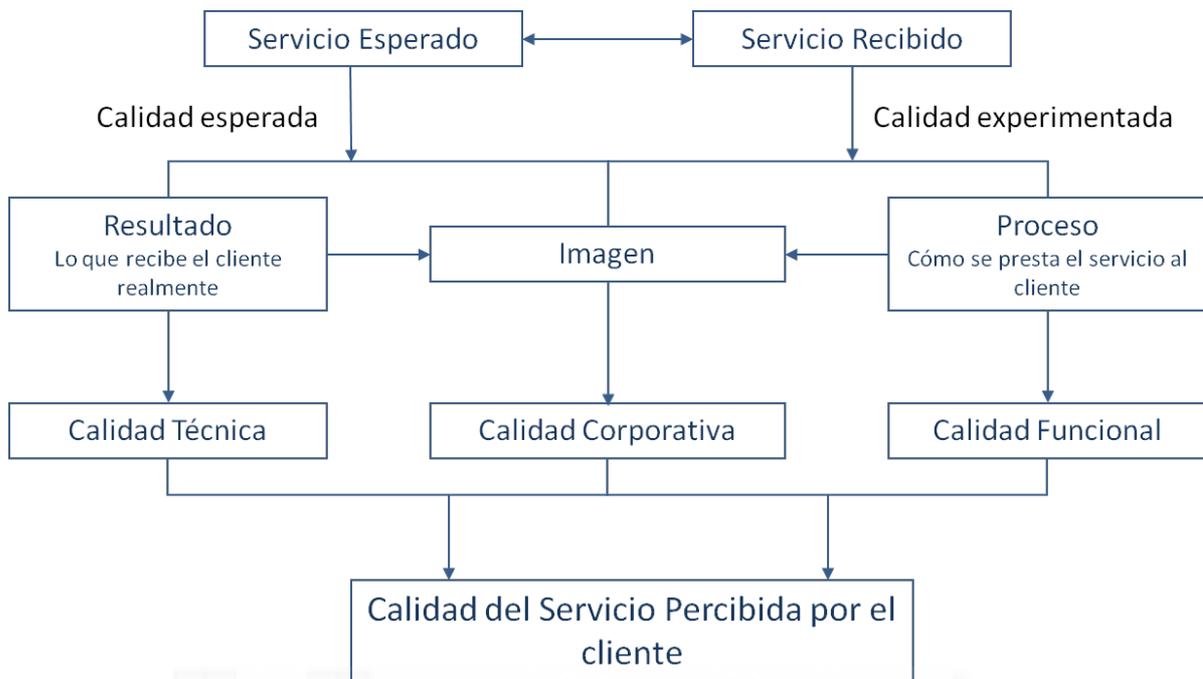
Sobre estos elementos, se sugiere que las expectativas del paciente se diferencian entre aquello que creía iba a recibir (expectativa predictiva) y aquello sobre lo que debería recibir (expectativa normativa). Este enfoque se basa en los modelos de marketing sobre servicios, pues tienen como premisa que el servicio que se oferta supere las expectativas que el cliente tiene sobre él.

Algunos autores decidieron defender la teoría del paradigma disconfirmatorio, que no es otra cosa que evaluar la calidad del servicio que se recibe como un desajuste entre

expectativas y percepciones de los resultados. Autores como Grönroos indican que la calidad percibida del servicio es dependiente de la comparación del servicio esperado con el recibido, y es por ello que el resultado depende de un proceso de evaluación continua. Esto quiere decir que los pacientes valoran la calidad del servicio al comparar lo que desean o esperan, con lo que reciben o perciben que reciben a partir de la discrepancia entre las percepciones y expectativas sobre los servicios y ofertas de los centros sanitarios.



Figura 1. Modelo de Grönroos de calidad en el sector servicios.



Junto a este modelo encontramos otros autores¹² que describieron un modelo de discrepancias entre las percepciones y expectativas sobre los servicios y ofertas de los centros sanitarios. Este modelo identifica por dónde pierden la calidad las organizaciones, puesto que diferencian entre “calidad deseada”, que es el nivel con el que debería prestarse el servicio), “calidad adecuada”, mínimo aceptable y, “zona de tolerancia”, rango en el que el servicio es aceptable para el cliente.

Figura 2. Modelo de Parasuraman, Zeithaml y Berry.



1.2.3. Marketing sanitario

Definir cuál es el mejor método para proporcionarles unos cuidados que resulten satisfactorios para los pacientes es, precisamente, el objetivo del *marketing sanitario*¹³
14.

Para que un determinado servicio sea evaluado como adecuado y satisfactorio debe coincidir que el cliente encuentre el producto que desea, en el momento oportuno, que sea apropiado y esté accesible y además sepa cómo usar el servicio¹⁵. De estas premisas se elabora la función del marketing que consiste en: captar, estimular, comprender y satisfacer las necesidades de los consumidores¹⁶. Para lograrlo debe haber un intercambio entre cliente y proveedor y comunicación, con el fin de adecuar la oferta a la demanda y así lograr de forma satisfactoria la orientación de los procesos al cliente.

El denominado *marketing-mix* de servicios¹⁷ es la combinación de los diferentes medios e instrumentos comerciales que dispone una empresa, en el ámbito sanitario público lo configuran la oferta de servicios (prestaciones), la política de precios, la comunicación y la distribución de los centros y servicios a nivel geográfico.

Las instituciones sanitarias han experimentado en los últimos años cambios en el modo de hacer y de organizarse, esto se hace patente en el modo de planificar los procesos asistenciales ya que, además de los requisitos de efectividad y eficiencia se les suma el interés de proporcionar un servicio de calidad, con el valor añadido de satisfacer al paciente.

Para ello no sólo es necesario obtener un buen resultado quirúrgico, puesto que en la práctica los motivos más frecuentes de insatisfacción poco tienen con la efectividad de las intervenciones. Tanto en la Cirugía con Ingreso (CG) como en las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), que se ha asociado al resultado clínico-asistencial^{18 19}, al control del dolor tras la cirugía²⁰, a la calidad de vida que se logra tras un tratamiento²¹ y al cumplimiento terapéutico^{22 23}.

De ahí la importancia de medir la satisfacción de los pacientes, con el fin de determinar la calidad percibida y disponer de información para actuar en lo que ha decisiones estratégicas y de marketing se refiere.

Llegados a este punto, he querido presentar los pilares básicos sobre los que se fundamenta el trabajo de esta tesis en formato artículo, sobre el que se desarrolla un trabajo de investigación centrado en el análisis de las buenas prácticas consideradas por los pacientes de Cirugía.

1.3. Medida de la calidad en Cirugía.

La satisfacción del paciente quirúrgico es un indicador cada vez más frecuente, tanto en la Cirugía con Ingreso como en las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, que se ha asociado al resultado clínico-asistencial^{24 25}, al control del dolor tras la cirugía²⁶, a la calidad de vida que se logra tras un tratamiento²⁷ y al cumplimiento terapéutico^{28 29}.

Por lo que sabemos, los pacientes esperan una mayor agilidad en la atención, un acceso más rápido a las atenciones médicas, mayor comprensión de sus necesidades y una información que les permita participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud^{30 31}. En España, la Ley 41/2002, de autonomía del paciente³², subraya la importancia de la información, la accesibilidad a los profesionales, el respeto al

paciente y busca potenciar su autonomía considerándolas “buenas prácticas” de la atención sanitaria.

Los pacientes quirúrgicos suelen manifestarse satisfechos^{33 34 35} (con cifras de más de $\frac{3}{4}$ partes de encuestados satisfechos). A mayor edad corresponden valoraciones más positivas de la información recibida y del trato³⁶. En el caso de la CMA, la falta de continuidad en la atención y carencias de información en el seguimiento posterior a la cirugía, se han mostrado asociadas a la insatisfacción^{37 38}. Al comparar las opiniones de pacientes del Reino Unido, Francia, Noruega y Suecia³⁹, comprobaron que para los pacientes de estos países los aspectos más importantes de la atención eran: recibir una buena asistencia, que los tiempos de espera no fueran excesivos y el trato y atenciones de enfermería. Curiosamente, la participación en la toma de decisiones sobre lo que convenía hacer ocupaba un lugar menos destacado. No obstante, dado que las expectativas de los pacientes varían en el tiempo y que el número de estudios es reducido, parece aconsejable analizar con detalle qué aspectos de la atención sanitaria propician una mayor satisfacción entre los pacientes quirúrgicos. Esta información resulta útil a fin de rediseñar los procesos asistenciales en forma acorde con estos datos.

En el estudio de la Asociación Española de Cirujanos realizado en España sobre el tratamiento del cáncer colorrectal y en el que participaron un total de 43 hospitales de 17 comunidades autónomas (Proyecto Nacional para la Gestión del Proceso “Cirugía Programada del Carcinoma Colorrectal”⁴⁰), los aspectos mejor valorados por los pacientes fueron: la información recibida (incluida la que recibían los familiares) y la amabilidad del personal; y los menos valorados: el estado de las instalaciones, la señalización para acceder al centro y la puntualidad. Conforme a los datos del Barómetro Sanitario de 2005⁴¹, en España, un 73% de los pacientes quirúrgicos fueron informados de la previsible demora para ingreso y un 70% tuvo asignado médico responsable.

Aunque disponemos de información sobre la frecuencia del consentimiento informado hay otras buenas prácticas asistenciales de las que no sabemos apenas nada sobre su frecuencia, ni si se relacionan con la satisfacción del paciente. Los estudios realizados

hasta ahora tampoco tienen en cuenta las características del hospital (por ejemplo número de camas o si se trata de hospitales de segundo nivel).

En el caso de CMA los pacientes suelen mostrarse también muy satisfechos con el resultado quirúrgico, la información, la competencia de los profesionales y el trato recibido. Otros aspectos bien valorados por los pacientes españoles son: la claridad de la información antes de la intervención, y la información posterior sobre cuidados, una vez en casa. Parece que los pacientes de CMA se manifiestan más satisfechos que los de Cirugía con ingreso, aunque considerando el tamaño de las muestras de estos estudios, parece aconsejable realizar nuevas consultas con un mayor número de pacientes.

1.3.1. Cuestionario de medida de la calidad en Cirugía con Ingreso y Cirugía Mayor Ambulatoria.

Es por ello que se abre paso a una nueva visión en la que la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente se consideran como un indicador de la calidad asistencial, por lo que es preciso contar con herramientas validadas que nos permitan medir y que además, usadas periódicamente, permitan cuantificar las modificaciones que puedan aparecer. Una de las herramientas más ampliamente empleadas, por su sencillez de aplicación, es el cuestionario.

Para este trabajo se utilizaron dos cuestionario de medida, uno para los pacientes intervenidos y hospitalizados (Anexo I) y otro para los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria (Anexo II).

Aunque la mayoría de preguntas eran similares, se incluyeron preguntas específicas para cada modalidad quirúrgica (por ejemplo, sobre si se explicaron las normas del hospital en el ingreso, información acerca de dónde y cuándo acudir para seguimiento y qué hacer en casa después de la intervención).

Los cuestionarios contenían:

- Bloque I: 9 preguntas en Cirugía con Ingreso (CG) y 10 en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) para conocer la frecuencia de determinadas “buenas

prácticas” sobre el respeto a la autonomía del paciente, accesibilidad, manejo del dolor o respeto hacia el paciente

- Bloque II: 8 ítems en CG y 7 ítems en CMA con escala de respuesta en la que se compara la expectativa del paciente con su percepción de la atención recibida (mucho mejor de lo esperado – mucho peor de lo esperado). Se indagó la opinión del paciente sobre el proceso quirúrgico respecto a: respeto a la persona, resultado quirúrgico, trato, información y confort. Además, se realizó una pregunta directa para que el paciente indicara, en una escala de cinco pasos (muy satisfecho a muy insatisfecho) su nivel de satisfacción global.
- Bloque III: 14 ítems dicotómicos (Sí/ No), donde se pretende recoger elementos con los que el paciente ha tenido algún problema.
- Una pregunta de satisfacción global con las atenciones recibidas.
- Y para finalizar una pregunta específica sobre si recomendaría el centro y para identificar elementos en los que se ha mejorado, en caso que el paciente haya sido vuelto a hacer uso del servicio en los últimos dos años.

La escala de respuesta del bloque II se basaba en la teoría de la confirmación de expectativas, según la cual el paciente se declarará satisfecho cuando ve que lo que sucede se ajusta o supera sus expectativas. La teoría define la existencia de una “zona de tolerancia” de lo que se considera adecuado o aceptable. En los análisis estadísticos se han considerado las opciones de respuesta “mejor o mucho mejor de lo que esperaba” como valoraciones positivas de la atención recibida; la opción de respuesta “adecuado” se ha considerado como respuesta neutral (zona de tolerancia); y las opciones de “peor o mucho peor de lo que esperaba” como valoraciones negativas de la atención recibida.

El cuestionario utilizado fue validado en un estudio piloto previo en el que se entrevistó a 185 pacientes de CG y 89 pacientes de CMA con los siguientes resultados: consistencia interna (Alfa de Cronbach) de 0,79; fiabilidad, calculada por el método de la división por mitades, de 0,81.

Para analizar si se satisfacían las expectativas de los pacientes se analizaron las frecuencias con que los pacientes manifestaron ver superadas sus expectativas respecto del tratamiento o la atención recibidas, comparando CG y CMA por tamaño y complejidad atendida en los hospitales. En este caso, se consideró el porcentaje de pacientes que afirmaban ver superadas sus expectativas.

Para analizar si los pacientes reconocen la calidad de la atención de la que son objeto (relación entre buenas prácticas y satisfacción) se ha calculado el porcentaje de pacientes en cada una de las siguientes categorías: Calidad Reconocida (CR) la suma de pacientes satisfechos que son objeto de buena atención y de insatisfechos que no son objeto de buena atención; Calidad No Reconocida (CNR) a los pacientes insatisfechos que son objeto de una buena atención y a los que valoran como adecuada (zona de tolerancia) la atención sanitaria recibida pese a haber recibido una buena atención; y Calidad Indiferente (CI) a los pacientes satisfechos y a los que consideran adecuadas las atenciones recibidas pese a que no han recibido una buena atención.

En este análisis se han considerado como variable independiente la satisfacción global con el servicio y como variables dependientes la satisfacción del paciente con respecto a las variables del bloque II: valoración del resultado, información, atenciones de enfermería, apoyo tras alta, trato y confort. En estos cálculos se asignó el valor 1 a la opción de respuesta que denotaba una menor satisfacción o que no se satisfacía la expectativa del paciente y el valor 5 a la opción que demostraba un mayor nivel de satisfacción o ver cumplida la expectativa.

Tabla 1. Criterios utilizados para definir calidad reconocida, no reconocida e indiferente

	Paciente objeto de “buena práctica”	
	SI	NO
Paciente satisfecho	Calidad Reconocida	Calidad Indiferente
Zona de tolerancia	Calidad no Reconocida	Calidad Indiferente
Paciente insatisfecho	Calidad no Reconocida	Calidad Reconocida

El análisis de los datos del cuestionario nos permite identificar un modelo que determina la intensidad con que ciertas “buenas prácticas asistenciales”, consideradas como variables independientes, tienen efecto sobre los niveles de satisfacción declarados por el paciente (variable dependiente en el modelo).

Los centros han sido clasificados, para realizar comparaciones entre ellos, en función del tamaño (número de camas) y la complejidad que atienden en: hospitales complementarios que tienen alrededor de 150 camas; de área corresponde un tamaño en torno a 400 camas; y de referencia para los centros que atienden una mayor complejidad, atendiendo monográficamente patologías de forma coordinada con hospitales de referencia, y suelen superar las 450 camas.

1.3.2. Objetivos de la medición de la calidad en Cirugía

Con este trabajo se pretende dar respuesta a los siguientes aspectos:

1. Identificar y enmarcar las “buenas prácticas” en pacientes de CMA y CG en cuanto a respeto a la autonomía del paciente, accesibilidad, manejo del dolor o respeto hacia el paciente.
2. Conocer la opinión del paciente sobre el proceso quirúrgico, trato, información y confort en los diferentes centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana, para identificar los elementos diferenciadores según tamaño y complejidad.
3. Identificar si se satisfacen las expectativas de los pacientes respecto al tratamiento o la atención recibida según sean atendidos en CMA o CG y en según características del centro.
4. Investigar sobre qué aspectos de la atención reconocen la calidad de la que son objeto: Calidad Reconocida, Calidad No Reconocida y Calidad Indiferente.
5. Establecer cuál es su nivel de satisfacción global y determinar cuáles son los elementos

Con los objetivos planteados y la combinación de metodologías estadísticas para dar respuesta a los mismos, seremos capaces de identificar la percepción que tienen los

pacientes quirúrgicos sobre las atenciones que reciben, analizando de forma diferenciada los datos de pacientes quirúrgicos con ingreso y los de cirugía mayor ambulatoria, así cómo diferenciando por características de tamaño y complejidad de los centros, de tal manera que se puedan dar pautas específicas a los centros y según la atención.



2. JUSTIFICACIÓN

La tesis que se presenta adopta la modalidad de artículo, estando publicado en la revista Surgery en Mayo de 2009, bajo el título “Predictors of patient satisfaction in surgery”. La revista estaba posicionada en el índice de publicación en la Q1 del JCR de la WOS, con un factor de impacto en el año de publicación de 3,603 y en la posición 13 de 167 revistas de la categoría de Surgery. Según recoge Scopus y Google académico ha sido citado por otros autores 18 veces y 38 veces respectivamente.

1.- Es un trabajo que en la actualidad sigue recibiendo citas por lo que de ahí su relevancia, habiendo recibido 4 citas en el año 2015 y otras 4 en el 2014. Años de mayor citación en Scopus desde su publicación.

2.- Es un trabajo que, desde su publicación ha sido citado un 39% en revistas de Q1, 44% en Q2, 11% en Q3 y un 6% en Q4 en Scopus.

3.- Ha sido citado por investigadores tanto nacionales, europeos y americanas. Incluso encontramos una revista Medicina de Hong Kong.

Dado el impacto de la revista y comprobado el volumen de citaciones del artículo, queda patente la relevancia de los resultados obtenidos así como la el uso y la repercusión que los mismos han tenido en el ámbito de la investigación.

3. RESUMEN DE RESULTADOS

Satisfacción en Cirugía con Ingreso y Cirugía Mayor Ambulatoria

El 77% de los pacientes de CG se declararon satisfechos (de éstos un 38% afirman estar muy satisfechos), frente al 88,3% en el caso de los pacientes de CMA (con un 52,2% que se declaran muy satisfechos) ($\chi^2=509,309$, $p<0,0001$).

El 79,9% de los pacientes en CG y el 82,5% de los pacientes de CMA consideraron que habían recibido una atención adecuada para superar el dolor tras la cirugía. En ambos casos, esta percepción positiva del tratamiento se relacionó con un mayor nivel de satisfacción (CG: $\chi^2=131,82$, $p<0,0001$; CMA: $\chi^2=71,61$, $p<0,0001$).

Se percibe una alta satisfacción en cuanto a la entrega del informe de alta con indicaciones de lo que debía hacer en casa, siendo mayor el porcentaje de pacientes informados de los cuidados de la herida quirúrgica o de las precauciones que debían adoptar y su seguimiento (CMA: 96% vs CG: 94%; $\chi^2=38,952$, $p<0,0001$).

Longitudinalmente los datos no presentan diferencias en la frecuencia de consentimiento informado ($p=0,821$), ni en la frecuencia con que los pacientes ingresados conocen el nombre del cirujano ($p=0,103$), ni tampoco en el porcentaje de pacientes de CMA que tienen información al alta ($p=0,09$). En el resto de las variables analizadas la valoración de los pacientes tiende a ser más positiva a lo largo de los años tanto CG como en CMA. Se aprecia una disminución significativa en el nivel de ruidos por la noche que no dejan descansar o en las dificultades para el aseo personal en la habitación.

En cuanto a si los pacientes conocen el nombre del cirujano (medida de accesibilidad) los pacientes en CG aventajan a los de CMA en cinco puntos porcentuales, encontrándose diferencias entre ambas muestras ($\chi^2=56,768$, $p<0,0001$).

Excepto en el caso de la valoración efectuada de la información a familiares, los pacientes de CMA afirman haber visto superadas sus expectativas respecto del tratamiento y atención sanitaria en mayor proporción que los pacientes de CG.

Amabilidad en el trato, atenciones y cuidados de enfermería y resultado de la cirugía fueron los aspectos mejor valorados en ambos casos. El confort de las instalaciones y la información a familiares fueron los aspectos menos valorados por los pacientes encuestados.

Diferencias en la satisfacción debidas al centro (tamaño y complejidad atendida), edad, género o formación académica

Al comparar los niveles de satisfacción declarados por los pacientes quirúrgicos en función de si habían sido atendidos en hospitales de área, complementarios o de referencia no observamos diferencias significativas en el caso de los pacientes de CMA ($\chi^2=9,13$, $p=0,33$). Por el contrario, en el caso de CG sí encontramos que los pacientes de los hospitales complementarios son los que se declaran más satisfechos (82%), comparados con los atendidos en los hospitales de área (78%) y de referencia (76,7%) ($\chi^2=19,306$, $p=0,013$).

En cuanto a los ítems del Bloque II, en el caso de CG y CMA y en función del tipo de hospital donde han sido tratados existen diferencias significativas, presentando CG las valoraciones más positivas de los pacientes y que coinciden en los hospitales complementarios. No hallamos diferencias en cuanto a valoración del resultado, atención de enfermería en la planta o competencia percibida de los profesionales.

En CMA los hospitales de referencia son mejor valorados que los complementarios o los de área en cuanto a cortesía y competencia de los profesionales, resultado de la intervención, atenciones del personal de enfermería e información a familiares. En al contacto con el personal para los cuidados en casa, son los complementarios los que presentan mejores valoraciones.

Qué incrementa la probabilidad de que el paciente quirúrgico se declare satisfecho

En el caso de los pacientes ingresados, comprobamos que la acogida en el ingreso hospitalario multiplica por 4 la probabilidad de que el paciente se declare satisfecho; el consentimiento informado (escrito u oral) multiplica en 3,37 veces esa probabilidad; la información al alta en 2,79 veces; y conocer el nombre del cirujano incrementa la probabilidad de que el paciente se declare satisfecho en 1,53 veces. La

disposición y atenciones del personal de enfermería, o la información proporcionada a los familiares no resultan predictoras de la satisfacción en el caso de CG.

En el caso de la CMA, el consentimiento informado multiplica por 7,62 veces la probabilidad de decir que se está satisfecho; y recibir informe de alta multiplica por 7 esa probabilidad.

Conocer el nombre del cirujano/personal de enfermería, la información proporcionada tanto al paciente (sobre dónde acudir para las revisiones) cómo a familiares, amabilidad y trato y las atenciones y disposición del personal de enfermería, no han sido elementos predictores de la satisfacción del paciente de CMA.

Siguiendo con este mismo tipo de análisis vemos, en el caso de la CG, que las características de la atención sanitaria que mayor efecto tienen sobre la satisfacción del paciente son: la percepción de rapidez en la atención (multiplica la probabilidad de declararse satisfecho por 3,73) y la capacidad para entender las necesidades y preocupaciones del paciente (multiplica por 2,26 la probabilidad de que el paciente valore positivamente las atenciones recibidas). Si nos centramos en la CMA la satisfacción del paciente es mayor, hasta 5 veces, en función del resultado de la intervención quirúrgica y hasta 4,64 veces en función de la información que la Unidad de CMA ofrece para el período postoperatorio una vez ya en casa.

Calidad Reconocida, Calidad No Reconocida y Calidad Indiferente

En el caso de la cirugía hospitalizada la amabilidad del trato, disposición del personal para ayudar al paciente, rapidez de la atención o competencia profesional son los aspectos que los pacientes identifican con mayor claridad como responsables de su satisfacción o insatisfacción (calidad reconocida). Empatía, competencia y rapidez de la atención son elementos que para un 20% de los pacientes aunque estén presentes no hacen que se declaren satisfechos (calidad no reconocida). En cambio, no conocer el nombre del cirujano, no ser informado de las normas de la planta o no poder elegir menú resultan indiferentes a la hora de manifestarse satisfecho (calidad indiferente).

En el caso de los pacientes de CMA entre las variables con mayor incidencia en la categoría de calidad indiferente solo se encuentra conocer el nombre del cirujano. No

se identifican con claridad variables (valores no superiores al 20%) que incidan en la denominada calidad no reconocida. Por el contrario, en la práctica totalidad de variables incluidas en el estudio aparecen asociadas las buenas prácticas a la satisfacción o la no ocurrencia de buenas prácticas a la insatisfacción (calidad reconocida).



4. DISCUSIÓN

La satisfacción ha sido entendida como resultado de la atención sanitaria pero también como proceso⁴² (considerando, por ejemplo, no solo si el paciente ha sido informado adecuadamente, sino también si esperaba ser informado y si, en su caso, considera importante que se le informe). La teoría de la confirmación de expectativas, en la que se basa este estudio, se ha utilizado extensamente para explicar la medida de la satisfacción del paciente⁴³.

Si consideramos los datos del barómetro sanitario en España, conforme a la fecha de publicación de éste artículo, un 88% de pacientes hospitalizados se declaraba satisfecho. Este estudio con pacientes quirúrgicos sugiere que un 80,8% se muestra satisfecho. Ahora bien, el porcentaje de pacientes que se manifiestan como muy satisfechos es mayor en nuestro caso que en el estudio del barómetro sanitario (43% vs 29%). Cuando comparamos los resultados hallados con los de otros estudios^{44 45} o con los resultados obtenidos con otros pacientes quirúrgicos⁴⁶ aparecen similitudes importantes, con porcentajes de pacientes satisfechos también superiores al 80%.

Adicionalmente en este estudio se han combinado diferentes tipos de preguntas y las opiniones de pacientes atendidos en distintos tipos de hospitales a fin de conocer con mayor detalle qué percepción tiene el paciente quirúrgico de las atenciones de las que es objeto. Esta combinación de preguntas permite identificar con mayor riqueza la percepción de los pacientes quirúrgicos de las atenciones que reciben, analizando de forma diferenciada los datos de pacientes quirúrgicos con ingreso y los de cirugía mayor ambulatoria.

Los resultados que se obtienen en este trabajo vienen a coincidir con lo publicado por otros autores y confirman la tendencia de que más de $\frac{3}{4}$ de los pacientes se manifiesten satisfechos o muy satisfechos con la cirugía⁴⁷. No obstante, identifican aspectos concretos en los que pueden introducirse cambios en los protocolos asistenciales que mejoren, finalmente, las atenciones que reciben los pacientes. Por ejemplo, sistematizando el proceso de acogida a la planta cuando la vía de ingreso no es programada o mejorando algunos aspectos de la comunicación con los pacientes

que faciliten que reciban la información que precisan en cada momento.

En el estudio sobre opinión de pacientes con cáncer colorrectal Rodríguez-Cuellar et al⁴⁰ encontraron que un 95,4% declaraba haber recibido suficiente información, 92,3% fue informado de la posibilidad de necesitar estoma, un 87,5% pensó que había sido informado suficientemente sobre el cuidado del estoma y un 83,2% dijo que se le había enseñado a cambiar la bolsa. Este estudio se centró en un procedimiento quirúrgico concreto y trabajó con una muestra de pacientes reducida. En nuestro caso, cuando analizamos las respuestas vemos que algo más de 6 de cada 10 pacientes declaran haber visto superadas sus expectativas respecto de la calidad de la información recibida. En el citado estudio de cirugía de cáncer colorrectal, un 88,1% consideraba haber estado un tiempo suficiente en el hospital. El 91,1% conocía el nombre del cirujano y el 63,1% del enfermero que le atendía normalmente. El porcentaje de pacientes que afirman conocer el nombre del médico es de los más elevados entre los estudios publicados, probablemente, por la especificidad del estudio. En nuestro caso, una media del 78% conoce el nombre del cirujano, pudiendo este hecho aumentar en 2 puntos la satisfacción del paciente conforme a estos mismos resultados.

En el estudio realizado en dos hospitales de Jaén en dos unidades de CMA encuestando a 49 pacientes de todas las especialidades quirúrgicas del catálogo de CMA del SAS, el porcentaje de pacientes muy satisfechos con la información para evitar las preocupaciones tras el alta fue del 59%, el porcentaje de pacientes que valoraron muy positivamente la competencia de los profesionales del 45% y quienes valoraron la cicatrización de la herida quirúrgica también fue del 45%. Los datos que aportan los autores reflejan valoraciones positivas de la cirugía hasta el punto de que un 87% de los pacientes valoraron positivamente la CMA. En este estudio andaluz, en cambio, las instalaciones fueron valoradas positivamente a diferencia de lo que acabábamos de comentar. El 96,4% de los pacientes afirmó haber recibido información sobre cómo cuidarse en casa después de la intervención, un 56% de los pacientes de CMA entrevistado en este estudio han afirmado que la preparación del personal sanitario que le ha atendido ha superado sus expectativas y el 67% aprueba con buena nota el aspecto de las instalaciones. Tanto en el estudio realizado en Andalucía como este

efectuado en Levante se ha destacado la importancia que el apoyo en casa tras el alta tiene en que los pacientes se declaren satisfechos y valoren positivamente la cirugía.

En otros estudios la satisfacción de los pacientes quirúrgicos es también elevada, aún cuando exista dolor tras la cirugía⁴⁸ y pese a las distintas expectativas de los pacientes sobre el tratamiento quirúrgico⁴⁹. En nuestro caso hemos comprobado que un adecuado manejo del dolor se relaciona con la satisfacción del paciente. Aunque casi un 20% de los pacientes que se manifiestan satisfechos refieren dolor tras la cirugía.

En un estudio previo⁵⁰ comprobamos que en la insatisfacción del paciente tienen efecto, sobre todo, carencias en la información recibida, que equipamientos y tecnología disponibles se perciban obsoletos, tiempos de espera dilatados, problemas de mantenimiento de las instalaciones, o que el personal vaya mal identificado. En cambio, ayudan a que el paciente se declare satisfecho: la capacidad de los profesionales para entender las necesidades del paciente; la amabilidad en el trato, cumplir los compromisos con el paciente, que los tiempos de espera se vean como razonables y las atenciones y cuidados que brinda enfermería. Los resultados de otros autores⁵¹ coinciden al señalar como claramente importantes para los pacientes: la cortesía en el momento del ingreso, la información que facilita el médico, la rapidez y actitud del personal de enfermería, resolver las dudas del paciente o la información sobre cómo cuidarse una vez en casa. En este estudio hemos identificado que determinadas atenciones con el paciente predicen un mayor nivel de satisfacción y delimitado la intensidad de dicha asociación. Así por ejemplo, cuando en el momento del ingreso el paciente es informado de las normas de funcionamiento del centro, de sus derechos y deberes y, en definitiva, alguien le atiende y guía en esos primeros momentos sobre lo que cabe esperar, su nivel de satisfacción se verá incrementado notoriamente una vez producida el alta. También hemos comprobado que la información, que el trato o que un buen resultado de la cirugía tienen un efecto muy positivo a la hora de que el paciente se declare satisfecho con estas prácticas y que ello incida de forma positiva en la valoración global de la asistencia. Además, en este estudio se marcan diferencias en la importancia relativa de cada uno de estos aspectos para los pacientes de cirugía con ingreso o de CMA.

Los estudios basados en encuestas de opinión de pacientes presentan algunas limitaciones. La primera, la duda sobre el mejor momento para realizarla. En este caso se optó por realizar la encuesta al paciente en el momento del alta. La ventaja que representa esta opción principalmente es que contribuye a una mejor tasa de respuesta⁵². La desventaja que pudiera afectar al resultado y ofrecer un resultado distinto a si se hubiera esperado un cierto tiempo (normalmente unos 20 días) para realizar la consulta. Sin embargo, los recientes resultados de Santià et al⁵³ sugieren que las diferencias no son tan importantes ya que, si bien hay sensibles cambios en la opinión al mes del alta (un porcentaje de muy satisfechos pasan a declararse satisfechos), la satisfacción media del conjunto de pacientes es similar en ambos momentos. Una segunda limitación es la realización de la encuesta en papel en el momento del alta. En la literatura se ha especulado sobre si el mejor método son las encuestas telefónicas o las encuestas en papel⁵⁴. No obstante, se prefirió este método frente a la encuesta telefónica por una razón de costes (muy inferiores por este procedimiento). Pese a todo, hay que considerar dos cuestiones: primero el hecho de que se entregara en el alta la encuesta lo que supone la posibilidad de que involuntariamente se cometiera un sesgo de selección, circunstancia que se intentó evitar unificando los criterios y método de trabajo en los centros y encuestando a todas las altas; segundo, la posibilidad del efecto de “deseabilidad social”¹⁵ que procuramos evitar haciendo que el paciente dispusiera de un sobre franqueado para responder con mayor libertad.

Una tercera limitación de los estudios de satisfacción del paciente basados en encuestas de opinión estriba en el hecho repetido de que la distribución de las puntuaciones de los pacientes muestra una clara asimetría derecha. En nuestro caso hemos optado por utilizar una escala de respuesta basada en investigaciones previas¹² que corrige en parte esta asimetría.

En este estudio hemos definido y llevado a la práctica tres medidas que combinan, por un lado, el nivel de satisfacción del paciente y, por otro, si han sido objeto de buenas prácticas asistenciales: calidad reconocida, no reconocida e indiferente. Esta distinción parece importante ya que la experiencia diaria en los centros pone de relieve ciertas incongruencias en los resultados de las encuestas. En más de una ocasión, pacientes

que reciben una buena atención científico-técnica se declaran insatisfechos con lo que venimos denominando “amenidades” y, en otros casos, los esfuerzos de médicos y enfermeros por brindar una buena atención no tienen repercusión en la satisfacción. Analizar de forma diferenciada la frecuencia de lo que hemos venido en llamar calidad reconocida de aquella otra que no lo es, es una forma de aproximarnos a esta realidad de la práctica.

En relación con este punto, la categorización realizada entre calidad reconocida, o no reconocida e indiferente fuerza la clasificación de las respuestas en función de si el paciente declara haber sido objeto de buena práctica y se manifiesta satisfecho o insatisfecho. Esta clasificación, artificial y basada en las respuestas del propio paciente, refleja a la vez la coherencia de sus respuestas y qué elementos de la atención son importantes para la satisfacción de los pacientes.

Los datos aportados sobre la satisfacción de los pacientes quirúrgicos confirman, primero, que se muestran satisfechos con la atención recibida; segundo, que la ocurrencia de las consideradas “buenas prácticas” (a nivel de accesibilidad, respeto, información, cortesía en el trato, etc.) es que son cada vez más frecuentes.

Un 91% de los pacientes quirúrgicos han declarado haber sido informados antes de la intervención y un 95% dijeron haber sido informados de los cuidados que debían realizar en sus casas, una vez obtenida el alta médica. Sin embargo, los pacientes señalan que esa información debe mejorar. Esta aparente contradicción podría estar sugiriendo que aunque efectivamente los pacientes reciben información (por ejemplo durante el consentimiento informado) no parece que se consideren suficientemente informados de aquello que más les preocupa o interesa. La cortesía en el trato (con un 70% de los pacientes que ven superadas sus expectativas) y las atenciones y cuidados de enfermería (con un 71% de pacientes que se declaran muy satisfechos) fueron los aspectos mejor valorados. En la práctica los pacientes de CMA hacen una valoración más positiva que los de cirugía con ingreso. Este hecho no da pie a dudas y pone de relieve la mejor opinión que los pacientes de CMA tienen tanto del proceso como del resultado de la cirugía.

Es difícil establecer las razones por las que la opinión de los pacientes en CMA

aventaja claramente a la de los pacientes en CG aunque parece que una mejor información a los pacientes y familiares, mayor proximidad a los profesionales, y la protocolización de las condiciones de esta atención podrían explicar estas diferencias.

Un aspecto que merece una atención diferenciada por las consecuencias legales es la información a los familiares. Este elemento de la atención, valorado por los pacientes, tiene connotaciones legales que lo hacen complejo. Por un lado, parece que los pacientes valoran positivamente que se informe a los familiares de lo que les sucede. Por otro lado, se debe contar con su consentimiento para proceder a dicha información lo que complica en la práctica diaria el procedimiento a seguir.

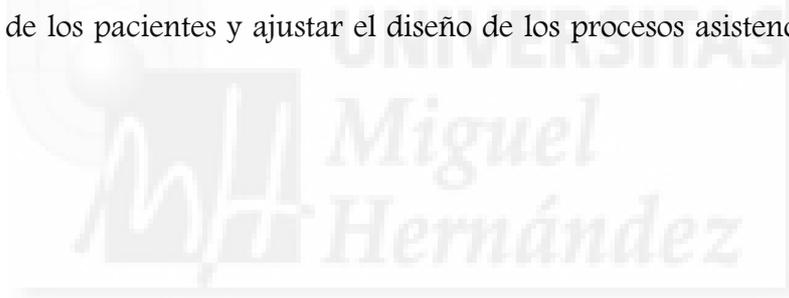
En la literatura se recoge que la edad y el nivel de estudios parecen estar relacionados con valoraciones más positivas de la información que recibe el paciente³⁵, su valoración de la competencia de los profesionales y considerar el trato más amable. En nuestro caso, hemos hallado diferencias importantes cuando se trata de pacientes quirúrgicos ingresados o de CMA. Los pacientes de cirugía con ingreso de mayor edad, que no han cursado estudios superiores o los varones, siguiendo una tendencia general, se muestran más satisfechos. En cambio, los pacientes de CMA rompen esta tendencia general y hemos comprobado con esta amplia muestra que los jóvenes valoran más positivamente la cirugía y que quienes han cursado estudios primarios o de bachiller también se declaran proporcionalmente más satisfechos.

La diferencia más curiosa es que mientras que los pacientes de cirugía con ingreso atendidos en hospitales complementarios (con menos camas y monográficos) son quienes se manifiestan más satisfechos, son los pacientes de CMA atendidos en los hospitales de referencia (segundo nivel) los que mejores valoraciones realizan. Mientras que los elementos de la atención que parecen responsables de estas diferencias entre los pacientes ingresados se deben a las distintas valoraciones en cuanto a confort, información que proporciona el médico y amabilidad del trato, en el caso de la CMA las diferencias tienen que ver sobre todo con valoraciones diferentes del resultado quirúrgico, las atenciones del personal de enfermería o la información a familiares.

Conforme a los resultados de este estudio en el caso de la CMA el resultado de la

cirugía tal como lo valora el paciente, la información sobre la cirugía y el apoyo una vez en casa son los tres aspectos más críticos para la satisfacción del paciente. Aunque en el caso de la cirugía con ingreso el resultado de la cirugía, la información o el trato con el cirujano hayan demostrado su influencia en la satisfacción del paciente, hay una amplia variedad de elementos que inciden en esa satisfacción, muchos de ellos no directamente relacionados con la actividad quirúrgica. Los aspectos de la atención que tienen que ver con las amenidades hemos comprobado que juegan también un papel importante.

Estos resultados confirman la importancia de protocolizar no solo los aspectos técnicos de la atención sanitaria sino también aquellos otros que tienen que ver con el proceso asistencial (acogida, información, empatía, seguimiento y facilidades de contacto entre otros). En este sentido, aunque los resultados hallados son positivos y los pacientes tienden a declararse satisfechos, parece aconsejable analizar con mayor detalle las expectativas de los pacientes y ajustar el diseño de los procesos asistenciales a dichas expectativas.



5. CONCLUSIÓN

Implicaciones teóricas.

Hemos confirmado la importancia relativa que la mayoría de las consideradas buenas prácticas (acogida, consentimiento informado, seguimiento tras el alta, empatía o amabilidad en el trato) tienen en la satisfacción del paciente. Tomados en su conjunto, los datos parecen sugerir que se valora sobre todo aquello que se espera que suceda y que no se valora de la misma forma (pasa más inadvertido) aquello que es más infrecuente en la práctica diaria.

Implicaciones para los gestores sanitarios

Cara a los gestores sanitarios cabe destacar que es en CG de los hospitales complementarios donde los pacientes se declaran más satisfechos, pero deben centrar los esfuerzos en mejorar los datos sobre resultado de la atención de enfermería y las competencias profesionales, mientras que en CMA las mejores valoraciones corresponden a los hospitales de referencia en cuanto a tratamiento, atención del personal de enfermería e información a familiares.

Implicaciones para la práctica clínica

Propiciar la participación del paciente en las decisiones clínicas es un aspecto muy relevante a la hora de valorar la calidad de la atención que reciben los pacientes. Para ello es esencial que los pacientes dispongan de una información clara. De hecho, los datos de este estudio han puesto de relieve que uno de los factores más significativos para la satisfacción es, precisamente, la información.

Infra estimar la ocurrencia de molestias tras la intervención se ha asociado a la insatisfacción, en parte podría deberse, a que una parte importante de pacientes poseen expectativas irreales acerca de la cirugía, lo que confirma la importancia de la información para el paciente quirúrgico.

Implicaciones para futuras investigaciones

Hay cuestiones que quedan abiertas a partir de estos datos. Futuras investigaciones podrían ahondar en la relación entre reclamaciones de los pacientes quirúrgicos y los

efectos adversos de la cirugía. Segundo, dado que no siempre la información que brindan los pacientes es aprovechada por los cirujanos (en ocasiones más bien genera prácticas de medicina defensiva) podría ser interesante conocer qué método puede ser más eficaz para hacer llegar esta información sin sus efectos negativos. Por último, el hecho de haber identificado qué factores tienen mayor incidencia en la satisfacción de los pacientes y cómo las “buenas prácticas” tienen efecto sobre la satisfacción permite identificar a qué aspectos debe prestarse mayor atención en el futuro, por ejemplo a la hora de diseñar los procesos asistenciales en los que se facilite información que permita al paciente participar activamente en su recuperación tras la cirugía, y calibrar sus expectativas haciéndolas más realistas.



6. BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹Jadad A, Rizzo C, Enkin M. I am a good patient believe it or not. *BMJ*. 2003; 326:1293-4.
- ²Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:104-10.
- ³Sánchez-Caro J. La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas. *Rev Admin Sanit*. 2003;1:189-202.
- ⁴García C, Cózar V, Almenara J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78: 469-79.
- ⁵Delgado MT, Simón P, Sanz B. Ley de autonomía del paciente. *Aten Primaria*. 2003; 32: 265-7.
- ⁶Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Suppl 3:26-33.
- ⁷ Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2002; 5; 273-283.
- ⁸ Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Alviarez V, Pérez MG. 2007. "La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación", *Revista de Calidad Asistencial* 22: 133-140.
- ⁹Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966;44:166-202.
- ¹⁰ Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calid Asist*. 2002; 17; 305-11.
- ¹¹ Reeves CA Y Bednar DA. Defining Quality: Alternatives and Implications. *Academy of Management Review*, 1944; 19(3), 419-445.
- ¹² Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. "SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality". *J Retailing*. 1988; 64:12-40.
- ¹³ Mira JJ, Buil J, Lorenzo S, Vitaller J, Aranaz J. Marketing sanitario y calidad asistencial: reflexiones para el diseño de los servicios quirúrgicos. *Cir Esp 2000*; 67: 180-183.
- ¹⁴ Sheaff R. *Marketing for Health Services*. Suffolk: Open University Press, 1991.
- ¹⁵ Kotler P. *Dirección de Marketing*. Nueva York: Prentice Hall, 1991.
- ¹⁶ Grande I. *Marketing de los servicios*. Madrid: ESIC. 1996.
- ¹⁷ Cámara D. Aplicación del marketing al diseño de un sistema de calidad total en servicios sanitarios. *Boletín de Estudios Económicos* 1996; 159: 473-488.
- ¹⁸ Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care*. 1997;35:714-30.
- ¹⁹ Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *International J Quality Health Care*. 1999;11:233-40.
- ²⁰ Watson NF, Liptrott S, Maxwell-Armstrong CA. A prospective audit of early pain and patient satisfaction following out-patient band ligation of haemorrhoids. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006;88:275-9.
- ²¹ Da costa D, Clarke AE, Dobkin P, Senecal JL, Fortin P, Danoff D, Esdaile J. The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care*. 1999;11:201-7.
- ²² Robbins JA, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten DA. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Fam Med*. 1993; 25: 17-20.
- ²³ Ruyter K, Bloemer J, Peeters P. Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *J Economic Psychology*. 1997;18:387-406.
- ²⁴ Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care*. 1997;35:714-30.
- ²⁵ Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *International J Quality Health Care*. 1999;11:233-40.
- ²⁶ Watson NF, Liptrott S, Maxwell-Armstrong CA. A prospective audit of early pain and patient satisfaction following out-patient band ligation of haemorrhoids. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006;88:275-9.
- ²⁷ Da costa D, Clarke AE, Dobkin P, Senecal JL, Fortin P, Danoff D, Esdaile J. The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care*. 1999;11:201-7.

- ²⁸ Robbins JA, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten DA. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Fam Med*. 1993; 25: 17-20.
- ²⁹ Ruyter K, Bloemer J, Peeters P. Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *J Economic Psychology*. 1997;18:387-406.
- ³⁰ Coulter A, Magee H. The european patient of the future. McGraw Hill Education. Open University Press 2003.
- ³¹ Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin*. 2001;116:104-10.
- ³² Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE de 15/11/2002.
- ³³ Sharp WJ, Nowak L, Zamani T, Kresowik TF, Hoballah JJ, Ballinger BA, Corson JD. Long-term Follow-up and Patient Satisfaction after Surgery for Thoracic Outlet Síndrome. *Ann Vasc Surg*. 2001; 15: 32-3.
- ³⁴ Ellison LM, MD, Pinto PA, Kim F, Ong AM, Patriciu A, Stoianovici D, Rubin H, Jarrett Th, Kavoussi LR. Telerounding and Patient Satisfaction after Surgery. *J Am Coll Surg*. 2004;199:523-30.
- ³⁵ Marchal F, Dravet F, Classe JM, Campion L, François T, Labbe D, Robard S, Théard JL, Pioud R. Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. *EJSO*. 2005;31:495-9.
- ³⁶ Tai Ch, Chu Ch, Liang S, Lin T, Huang Z, Tsai Y, Wang P. Use of patient satisfaction data in a continuous quality improvement program for endoscopic sinus surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129:210-6.
- ³⁷ Fitzpatrick JM, Selby TT, While AE. Patients' experiences of varicose vein and arthroscopy day surgery. *Br J Nurs*. 1998;7:1107-15.
- ³⁸ Otte DI. Patients' perspectives and experiences of day case surgery. *J Adv Nurs*. 1996;23:1228-37.
- ³⁹ Larsson WB, Larsson G, Chanterreau M W, von Holstein K S. International comparisons of patients' views on quality of care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2005; 18:62-73.
- ⁴⁰ Rodríguez-Cuéllar E, Ruiz-López P, Alcalde-Escribano J, Landa-García I, Villeta-Plaza R, Jaurrieta-Más E et al. Satisfacción del paciente tras el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. *Cir Esp*. 2004;76:237-44.
- ⁴¹ Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario 2005. Madrid 2006.
- ⁴² Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev*. 1993; 50: 219-48.
- ⁴³ Mira JJ. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. *Todo Hospital*. 2006;224:90-7.
- ⁴⁴ Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario 2005. Madrid 2006.
- ⁴⁵ Broughton G, Horton B, Lipschitz A, Kenkel JM, Brown SA, Rohrich RJ. Lifestyle outcomes, satisfaction, and attitudes of patients after liposuction: a Dallas experience. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117:1738-49.
- ⁴⁶ Jiménez A, Elia M, Gracia JA, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp*. 2004; 76:325-30.
- ⁴⁷ Ellison LM, MD, Pinto PA, Kim F, Ong AM, Patriciu A, Stoianovici D, Rubin H, Jarrett Th, Kavoussi LR. Telerounding and Patient Satisfaction after Surgery. *J Am Coll Surg*. 2004; 199:523-30.
- ⁴⁸ Dihle A, Helseth S, Kongsgaard UE, Paul SM, Miaskowski C. Using the American Pain Society's patient outcome questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients. *J Pain*. 2006;7:272-80.
- ⁴⁹ Lingard EA, Sledge CB, Learmonth ID; Kinemax Outcomes Group. Patient expectations regarding total knee arthroplasty: differences among the United States, United Kingdom, and Australia. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88:1201-7.
- ⁵⁰ Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J. No "estar satisfecho" no equivale a "estar insatisfecho". *Rev Clínica Española*. 2006; 206:208-12.
- ⁵¹ Santià M, Ascaso C, Escaramís G, Prat A, Asenjo MA. Influencia del médico en la satisfacción del paciente. Estudio de 471 casos. *Med Clin (Barc)*. 2005;124: 274-6.
- ⁵² Burroughs TE, Waterman BM, Gilin D, Adams D, McCollegan J, Cira J. Do on-site patient satisfaction surveys bias results? *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005;31:158-66.
- ⁵³ Santià M, Ascaso C, Escaramís G, Prat A, Asenjo MA. Influencia del factor tiempo en la opinión del paciente hospitalizado. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:570-2.
- ⁵⁴ Palacio F, Merino M, Madina L, Zubimendi M, Irigoyen V. "Diferencias en los costes y resultados de 2 técnicas de encuesta: teléfono y correo". *Rev. Calidad Asistencial*. 2006; 21:20-4.

ANEXO I: CUESTIONARIO DE PACIENTES DE CIRUGÍA CON
INGRESO



Encuesta de Opinión del Paciente Quirúrgico (hospitalizado)

Estimado Sr./Sra.:

Estamos interesados en **conocer su opinión** sobre las atenciones que le hemos ofrecido.
Por favor, conteste a todas las preguntas.

Le **agradecemos** muy sinceramente su colaboración, tenga la seguridad de que será en beneficio de todos.

To answer, put an X in the box next to the option that best reflects your opinion.

Example: Were you admitted to hospital?

Yes



No



	Siempre	Algunas veces	No, nunca	No sé No contesto
1. Cuando ingresó, ¿le explicó el personal de enfermería las normas de la sala o de la planta? (horarios, visitas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le informó el médico con suficiente claridad en qué consistía su operación antes de la intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Pudo saber claramente, por el vestuario o la tarjeta de identificación, si era atendido en cada momento por personal médico, de enfermería, celador, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le han explicado los efectos del tratamiento y las precauciones que debe tomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando el médico/cirujano le ha informado sobre su enfermedad, ¿ha respetado su intimidad en la medida de lo posible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antes del alta ¿le explicaron con claridad lo que tenía que hacer en casa para cuidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En caso de haber sufrido un intenso dolor, ¿ha recibido cuidados y/o tratamiento para calmarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha podido Vd. participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha sufrido efectos inesperados o no deseados de la medicación que está tomando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique:

	Muy satisfactorio	Satisfactorio	Adecuado	Poco satisfactorio	Nada satisfactorio
10. Su nivel de satisfacción global con las atenciones sanitarias que ha recibido	<input type="checkbox"/>				

Indique si la calidad de la asistencia sanitaria recibida ha sido mejor o peor de lo que Vd. esperaba en cuanto a:

	Mucho mejor	Mejor	Adecuado	Peor	Mucho peor
11. El resultado de la intervención quirúrgica que le han realizado en el hospital	<input type="checkbox"/>				
12. La amabilidad (cortesía) con la que le han tratado los médicos	<input type="checkbox"/>				
13. La amabilidad (cortesía) con la que le ha tratado el personal de enfermería	<input type="checkbox"/>				
14. La información que los médicos le han proporcionado	<input type="checkbox"/>				
15. La información que el personal de enfermería le ha proporcionado sobre los cuidados	<input type="checkbox"/>				
16. Los cuidados del personal de enfermería	<input type="checkbox"/>				
17. La rapidez con la que le atendieron cuando pedía o necesitaba algo	<input type="checkbox"/>				
18. El aspecto y conservación de las instalaciones (habitaciones, salas, quirófano, aseos, etc.)	<input type="checkbox"/>				



19. Indique si durante su estancia en el hospital ha tenido **algún problema para/con:**

Sí No

Poder hablar con el/los médico/s cuando lo ha necesitado

Demasiadas visitas fuera del horario establecido

Insuficiente ropa de cama o pijama

Insuficientes o deficientes medios para el aseo personal

Incomodidad del sillón para el acompañante

Calidad de la comida

Dificultad para el estacionamiento de su vehículo

Sí No

Voces o ruidos que no le dejaban descansar o dormir por las noches

Falta de limpieza de las instalaciones (aseo, habitación, salas, etc)

Ropa de cama o pijama sucia o deteriorada

Incomodidad de la cama

Cambios de fecha para intervención quirúrgica

El funcionamiento del televisor

Dificultad de acceso al hospital con transporte público

Seguro que sí

Creo que sí

Tengo dudas

Creo que no

En ningún caso

20. Si lo necesitara, ¿volvería a elegir este hospital?

En términos generales ¿Cree Vd que el hospital ha mejorado en estos 2 últimos años?

Sí

No

En caso afirmativo marque con una X aquellos aspectos en los que considere que ha mejorado

Información

Organización

Trato

Confort

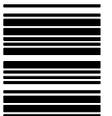
Medios técnicos

Señale si es

Hombre

Mujer

Please feel free to use this space to make any suggestions



ANEXO II: CUESTIONARIO DE PACIENTES DE CIRUGÍA MAYOR
AMBULATORIA



Encuesta de Opinión del Paciente Quirúrgico (Cirugía sin ingreso)

Estimado Sr./Sra.:

Estamos interesados en **conocer su opinión** sobre las atenciones que le hemos ofrecido.

Por favor, conteste a todas las preguntas.

Le **agradecemos** muy sinceramente su colaboración, tenga la seguridad de que será en beneficio de todos.

Para responder marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión.

Ejemplo: ¿Le han operado recientemente?

Sí



No



H

	Siempre	Algunas veces	No, nunca	No sé No contesto
1. ¿Conoce el nombre del cirujano/a que le operó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Conoce por su nombre al personal de enfermería que habitualmente le atendía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le informó el médico con suficiente claridad en qué consistía su operación antes de la intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le han explicado los efectos del tratamiento y las precauciones que debe tomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando el médico/cirujano le ha informado sobre su enfermedad, ¿ha respetado su intimidad en la medida de lo posible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le informaron cuándo y dónde debía acudir para la revisión por su médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tuvo información de lo qué debía hacer en casa después de la intervención? (por ejemplo, precauciones con la herida quirúrgica o cuidados que debía realizar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En caso de haber sufrido un intenso dolor, ¿ha recibido cuidados y/o tratamiento para calmarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha podido Vd. participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha sufrido efectos inesperados o no deseados de la medicación que está tomando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique si la calidad de la asistencia sanitaria recibida ha sido mejor o peor de lo que Vd. esperaba en cuanto a:

	Mucho mejor	Mejor	Adecuado	Peor	Mucho peor
11. El resultado de la intervención quirúrgica que le han realizado en el hospital	<input type="checkbox"/>				
12. La amabilidad (cortesía) con la que le han tratado los médicos	<input type="checkbox"/>				
13. La amabilidad (cortesía) con la que le ha tratado el personal de enfermería	<input type="checkbox"/>				
14. La información que los médicos le han proporcionado	<input type="checkbox"/>				
15. La información que las/los enfermeros le han proporcionado sobre sus cuidados	<input type="checkbox"/>				
16. Los cuidados del personal de enfermería	<input type="checkbox"/>				
17. Las facilidades para consultar, después de la operación, cualquier duda al personal sanitario del servicio que le ha intervenido	<input type="checkbox"/>				

Muy satisfactorio Satisfactorio Adecuado Poco satisfactorio Nada satisfactorio

18. Su nivel de **satisfacción global** con las atenciones sanitarias que ha recibido

19. Ponga una cruz si ha tenido **problemas para/con:**

- Sí No*
 Poder hablar con el/los médico/s cuando lo ha necesitado
 Suficiente contacto con el personal sanitario para realizar los cuidados en su casa
 Dificultad para el estacionamiento de su vehículo

- Sí No*
 Poder comentar todas sus dudas/preocupaciones con el personal sanitario
 No poder irse a casa el mismo día de la operación
 Dificultad de acceso al hospital con transporte público

Seguro que sí Creo que sí Tengo dudas Creo que no En ningún caso

20. Si le preguntaran, ¿Recomendaría la cirugía sin ingreso a otros pacientes?

En términos generales ¿Cree Vd que el hospital ha mejorado en estos 2 últimos años?

Sí No

En caso afirmativo marque con una X aquellos aspectos en los que considere que ha mejorado

Información Organización Trato Confort Medios técnicos

Señale si es Hombre Mujer

Si lo desea utilice este espacio para hacernos llegar alguna sugerencia:



ANEXO III: ARTÍCULO ORIGINAL

“Predictors of patient satisfaction in surgery”

Autores: José Joaquín Mira Solves, Olga Tomás Ozores, M^a Virtudes Pérez Jover, Cristina Nebot y Jesús Rodríguez Marín.



Predictors of patient satisfaction in surgery

José Joaquín Mira, PhD,^{a,b} Olga Tomás, BSc,^a María Virtudes-Pérez, PhD,^a Cristina Nebot, MD,^b and Jesús Rodríguez-Marín, PhD,^a Elche and Valencia, Spain

Background. We sought to evaluate the satisfaction of surgical patients in order to identify predictors of patient satisfaction, using a cross-sectional surgery patients' survey in 24 public hospitals in Spain and a total of 15,539 inpatients and 7,899 outpatients.

Results. Seventy-seven percent of inpatients and 88.3% of outpatients were satisfied ($\chi^2 = 509.31$; $P < .0001$). Case-mix and hospital size were associated with satisfaction in inpatients ($\chi^2 = 19.31$; $P = .013$). Older inpatients tended to be more satisfied ($\chi^2 = 80.54$; $P = .001$), whereas; younger outpatients showed higher satisfaction levels ($\chi^2 = 51.73$; $P = .004$). The most influential factors on inpatient satisfaction were information at admission (odds ratio [OR], 4.05; 95% confidence interval [CI], 2.91–5.63), knowing what type of professional one was dealing with at any given time (OR, 4.01; 95% CI, 3.01–5.34), and informed consent (OR, 3.37; 95% CI, 2.41–4.71). For outpatients, the most influential factors were informed consent (OR, 7.62; 95% CI, 3.68–15.80) and information about home care after discharge (OR, 7.010; 95% CI, 3.06–15.96).

Conclusion. We should consider the importance of patient information before and after treatment in the design of clinical pathways to offer better and more comprehensive care to surgical patients. (Surgery 2009;145:536-41.)

From the Universidad Miguel Hernández de Elche,^a Elche; and the Agencia Valenciana de Salud,^b Valencia, Spain

PATIENT SATISFACTION depends on expectations, the patient's personal situation, and the health care conditions, a multidimensional concept^{1,2} involving accessibility, comfort, response capacity, competence of professionals, staff politeness, information, continuity of care, and appraisal of the results of the health intervention.

Surgical patients are normally satisfied (>75% of surveyed patients³⁻⁷). Age is positively correlated with a higher degree of satisfaction in relation to the amount of information received and the politeness of health professionals.⁸ Larsson et al⁹ compared patient satisfaction surveys from different countries, finding that the most highly rated aspects of health services were quality of care, reasonable waiting lists for clinical

appointment, and nursing care and behavior. Curiously, participation in decision-making processes was not considered as important. Other studies have demonstrated that satisfaction is influenced by excessive waiting time for an operation,¹⁰ the information received, perceived quality of contact with the surgeon,¹¹ and the surgeon's communication skills.¹²

Outpatients are usually more satisfied than inpatients.^{13,14} However, given the small sample size of these studies, it seems advisable to carry out more surveys with greater numbers of participants. Moreover, the studies carried out to date do not take into account the characteristics of the hospital (eg, number of beds, type of hospital).

Following the expectation confirmation theory,¹⁵ patient satisfaction depends on the difference between expectation and perception,¹⁶ so that it seems advisable to analyze in depth which aspects of the health services provide greatest satisfaction to surgical patients. This kind of information will be useful in the redesign of care processes for improving the overall quality of care.

In this study, we describe the satisfaction of surgical patients (both inpatients and outpatients), taking into account the differences between types

Funded by the Agencia Valenciana de Salud (Health Department of the Valencian Regional Government) and by a research grant from the Generalitat Valenciana (Research and Technology Transfer Department) (reference: 05/030).

Reprint requests: José Joaquín Mira, PhD, Universidad Miguel Hernández, Edificio Rectorado, Avd Universidad s/n 03202, Elche (Alicante), Spain. E-mail: jose.mira@umh.es.

0039-6060/\$ - see front matter

© 2009 Mosby, Inc. All rights reserved.

doi:10.1016/j.surg.2009.01.012

of hospital, and identify the elements that predict higher patient satisfaction.

MATERIALS AND METHODS

The present descriptive study is based on a survey of Spanish surgical patients. The study was carried out over 5 consecutive years, within the same period and with the same methodology, in 24 public hospitals. We used systematic sampling, which involved asking all surgical patients discharged over a 2-month period to fill in a satisfaction questionnaire, until the predefined sample size was reached. The sample size was calculated, based on the surgical activity of the previous year, for an annual sampling error of <1% ($P = .75$) and a 95% confidence level. On the basis of our previous experience in these kinds of questionnaire-based studies, we estimated the reply rate at 28–32% and adjusted the length of the study to reach the sample size set. All discharged patients were given the questionnaire and a prepaid envelope to make it easier for them to return the survey, and to maintain privacy.

The inclusion criteria were age ≥ 16 years, and discharge after an operation (urology, traumatology, ophthalmology, and general surgery). Inpatients were defined as those discharged after >48 hours' stay; outpatients were discharged from specific units or day surgery. Exclusion criteria for inpatients were evident symptoms of cognitive impairment and those who underwent transplant operations or pacemaker installations, catheters, and operative procedures not carried out in the operation room. Exclusion criteria for outpatients were evident symptoms of cognitive impairment and minor procedures.

The SERVQHOS questionnaire¹⁷ (based on SERVQUAL)¹⁸ was specifically tailored to inpatients and outpatients in this study. These versions of the SERVQHOS questionnaire were validated in a previous pilot study that included 185 inpatients and 89 outpatients, with the following results: internal consistency (Cronbach α) 0.79, and reliability (split-half method) 0.81. Although most questions were common to the 2 questionnaires, we included specific questions for each surgical category (eg, whether there was an explanation of hospital rules at admission, information about the place and time of follow-up, and directions for home care after discharge). Both questionnaires included 9 yes/no questions, together with other questions referring to an answer scale that compared the patient's expectations with his or her perception of the service ("much better than

expected" to "much worse than expected"). We explored patients' opinions about the surgical process with regard to aspects such as respect for the patient, results of the surgery, politeness of the health professionals, information provided, and comfort. Furthermore, we included a direct question in which the patient could indicate, in a 5-point scale (from highly satisfied to highly dissatisfied) his or her overall level of satisfaction.

The answer scale was based on the theory of expectation confirmation,¹⁵ according to which patients are satisfied when what happens coincides with or is better than their expectations. This theory defines a "tolerance zone" of what is considered adequate or acceptable. In the statistical analysis we considered as positive ratings of the service the responses "better" and "much better than expected"; as neutral assessments—the tolerance zone—"adequate/about the same"; and as negative assessments "worse" and "much worse than expected."

To make comparisons between hospitals, these were classified according to size (number of beds) and complexity of cases: tertiary referral, district, and specialty hospitals. District hospitals have around 400 beds, whereas specialty hospitals have around 150 beds devoted to a single pathology and work in coordination with tertiary referral hospitals, which treat a range of more complex pathologies and usually have >450 beds.

We calculated the frequency of patients whose satisfaction exceeded their expectations with regard to either the treatment or the service received, and then compared these frequencies between hospital sizes and between inpatient and outpatient surgery.

Statistical analysis. We used the χ^2 test to analyze the relations between categorical variables (Yates' correction for 2×2 tables). We used analysis of variance to compare the means of the quantitative data when there were >2 possible answers for the independent variables, and the Student t test for comparisons between men and women (with the Levene test for homoscedasticity).

Factorial analysis of variance was used to analyze the effect of possible interactions between the following independent variables: gender, age, level of education, and hospital size. Dependent variables were patient satisfaction and scores in the questions: assessment of the result, information, nursing care, support after discharge, politeness, and comfort. In these questions, a value of 1 signified the lowest level of satisfaction, or "expectations not met" and a value of 5 meant the highest level of satisfaction or "expectations met."

We used a stepwise regression model to discard factors not predicting satisfaction, thereby maximizing the predictive capacity of the resulting model. This model determines the degree of influence that certain aspects of care, considered as independent variables, have on the satisfaction indicated by patients (dependent variable in the model).

The confidence level was set at 95%, and the statistical results were calculated as 2-tailed.

RESULTS

A total of 23,438 Spanish surgical patients responded to the questionnaire (15,539 inpatients and 7,899 outpatients). Participation rate was around 35% of surgery patients after discharge.

Inpatients and outpatients had similar characteristics. A total of 58.4% of surgical patients admitted to hospital (mean age, 54.40 years) and 65.7% of outpatients (mean age, 51.4 years) were aged ≤ 60 years old. The proportion of inpatients is higher in the group aged 61–70 and lower in the group aged 41–50 years ($\chi^2 = 90.52$; $P < .0001$). Women accounted for 52% of inpatients and 54% of outpatients ($\chi^2 = 5.734$; $P = .017$). As regards educational level, 44% of inpatients and 48.6% of outpatients had been educated only to primary level ($\chi^2 = 33.23$; $P < .0001$).

Differences in satisfactions owing to hospital size, age, gender, and level of education. A total of 77% of inpatients were satisfied (of whom 38% were highly satisfied); 88.3% of outpatients were satisfied (of whom 52.2% were highly satisfied). Pain management after the operation was considered adequate by 79.9% of inpatients and 82.5% of outpatients.

The level of satisfaction in different hospitals was similar for outpatients ($\chi^2 = 9.13$; $P = .33$). However, inpatients were more satisfied in special hospitals (82%) than in district hospitals (78%) or tertiary referral hospitals (76.7%; $\chi^2 = 19.306$; $P = .013$).

Table I compares the ratings of 5 basic aspects (6 for outpatients) in hospitals. Data show a marked difference between outpatients and inpatients. Specialty hospitals are the most highly rated by inpatients.

In the inpatient group, level of satisfaction increased with age ($\chi^2 = 80.54$; $P = .001$). Also, men tended to be more satisfied than women ($\chi^2 = 19.50$; $P = .001$), especially for the following items: comfort ($t = 5.44$; $P = .0001$); perceived competence of health professionals ($t = 3.57$; $P = .0001$); politeness ($t = 3.54$; $P = .0001$); and nursing

care ($t = 4.06$; $P = .0001$). With regard to education, the lower the level of education, the higher the satisfaction level ($\chi^2 = 30.57$; $P = .002$). We did not find, in any of the statistical analyses carried out, interaction between sex, gender, and educational level, so that the general trend of data can be considered identical in the groups analyzed.

As regards the outpatient group, there were no differences in the level of satisfaction between men and women ($\chi^2 = 2.40$; $P = .66$), but there was an appreciably higher level of satisfaction among the younger patients ($\chi^2 = 51.73$; $P = .004$). The differences for educational level were most evident in the assessment of politeness ($F = 3.90$; $P = .009$), more highly rated by patients with only primary or secondary education. There was an interaction between the variables level of education and age group: specifically, the most satisfied group were patients with only primary or secondary education and < 30 years old ($F = 1.65$, $P = .034$).

Analysis of the interaction between age group and type of hospital showed that, contrary to the general trend, younger inpatients undergoing surgery in special hospitals were as satisfied as older patients (odds ratio [OR], 4.24; 95% confidence interval [CI], 4.01–4.47). As for the analysis of the interaction between gender and type of hospital, this showed that men rated tertiary referral hospitals more positively than women (OR, 4.41; 95% CI, 4.37–4.47).

What increases the probability that surgical patients will report satisfaction? Table II shows the results of the logistic regression analysis conducted to determine the relative importance of certain clinical practices in patient satisfaction.

With regard to inpatients, prior explanation of diagnostic tests and procedures multiplies by 4 the probability of the patient being satisfied: informed consent (oral or written) 3.37; information at discharge 2.79; and knowing the name of the surgeon 1.53. Neither nursing care and availability nor information provided to relatives were significant predictive factors of satisfaction. Considering strictly health care, the factors that most influenced inpatient satisfaction were perception of quickness of response (multiplies the probability of being satisfied by 3.73) and ability to understand the needs and worries of the patient (multiplies the probability by 2.26).

On the other hand, in the outpatient group, informed consent multiplied by 7.62 the probability of being satisfied, the discharge report multiplied it by 7, the result of the operation by 5, and contact with the outpatients unit after discharge by 4.6. In contrast, factors such as knowing the name of the

Table I. Outpatients' and inpatients' ratings depending on type of hospital (scale of 1–5)

Aspect of satisfaction	Inpatients			P value	Outpatients			P value
	Specialty hospital	District hospital	Tertiary hospital		Specialty hospital	District hospital	Tertiary hospital	
	Mean (95% CI)	Mean (95% CI)	Mean (95% CI)		Mean (95% CI)	Mean (95% CI)	Mean (95% CI)	
Respect for the person: politeness of health professionals	4.2 (4.16–4.26)	4.12 (4.10–4.14)	4.10 (4.07–4.12)	.00	4.42 (4.36–4.47)	4.42 (4.39–4.44)	4.49 (4.46–4.52)	.00
Quality of result: assessment of the result of the operation	4.05 (4.00–4.10)	4.02 (4.00–4.04)	4.01 (3.98–4.03)	.24	4.14 (4.08–4.19)	4.10 (4.07–4.13)	4.18 (4.15–4.21)	.00
Quality of the service: assessment of the competence of health professionals	3.98 (3.92–4.05)	3.92 (3.90–3.95)	3.91 (3.88–3.94)	.12	4.19 (4.13–4.26)	4.19 (4.15–4.22)	4.25 (4.21–4.29)	.04
Quality of the service: assessment of nursing care	4.18 (4.12–4.23)	4.12 (4.10–4.14)	4.12 (4.10–4.15)	.18	4.30 (4.25–4.35)	4.29 (4.26–4.31)	4.36 (4.33–4.39)	.00
Information: assessment of information received	3.96 (3.91–4.02)	3.90 (3.88–3.93)	3.87 (3.84–3.90)	.01	4.04 (3.98–4.11)	4.01 (3.98–4.04)	4.03 (3.99–4.06)	.58
Information: assessment of information to relatives	3.78 (3.73–3.84)	3.83 (3.81–3.86)	3.80 (3.77–3.83)	.09	3.92 (3.85–4.00)	3.88 (3.85–3.92)	3.97 (3.93–4.01)	.01
Comfort of facilities: assessment of facilities	3.82 (3.76–3.87)	3.67 (3.65–3.69)	3.61 (3.59–3.64)	.00	4.00 (3.93–4.07)	4.01 (3.97–4.04)	4.03 (3.99–4.07)	.59
Approachability outpatients unit: contact with staff for home care directions					4.04 (3.97–4.12)	3.96 (3.93–4.00)	4.02 (3.98–4.07)	.08

surgeon/nursing staff, information provided to patient and relatives (about where to go for the follow-up), politeness, and nursing care and availability were not factors predictive of satisfaction.

DISCUSSION

In this study, we combined different types of questions from patients who underwent surgery in different hospitals to obtain in-depth and detailed knowledge of surgical patients' perceptions of the health care provided.

These findings are consistent with those from research published by other authors, and confirm that >75% of surgical patients are satisfied or highly satisfied.^{4,19} These data also confirm that Spanish surgical outpatients are satisfied with the surgical result, information, politeness, and professional competence.^{6,20} Moreover, our analysis identifies specific practices that can complement

current, established procedures to improve the quality of service. These include the systematization of the admission procedure in emergencies and improved communication with patients to ensure that the information required by patients is delivered at the right time. This study also highlights the importance for patient satisfaction of providing support at home after discharge.

In other studies, surgical patients' level of satisfaction is high even when there is pain after surgery,²¹ and despite inpatients' and outpatients' different expectations about the surgical treatment.²² We also observed that, although nearly 20% of satisfied patients suffer pain after the operation, adequate pain management is associated with patient satisfaction.

In the present study, we identified actions that can predict higher levels of satisfaction and indicated the intensity of this relationship. Thus, for example, if the patient is welcomed at admission

Table II. Impact factor in satisfaction assessment

<i>Aspect of satisfaction</i>	<i>Inpatients</i>	<i>Outpatients</i>
	<i>OR (CI 95%)</i>	<i>OR (CI 95%)</i>
Previous explanation of diagnostic tests and procedures	3.37 (2.41–4.71)	7.62 (3.68–15.80)
Directions on what to do at home after the discharge	2.79 (1.94–4.02)	7.00 (3.06–15.96)
Positive assessment of the result	1.30 (1.01–1.70)	5.20 (2.78–9.65)
Contact with outpatient unit after the discharge	—	4.60 (2.79–7.72)
Quickness of response in surgical ward	3.73 (2.65–5.24)	
Information at admission	4.05 (2.91–5.63)	
Knowing what category of health professional the patient is dealing with at each moment	4.01 (3.01–5.34)	
Information to patient	2.02 (1.57–2.61)	
Patient's perception that the health professional understands his/her needs as a person	2.26 (1.57–3.25)	
State of facilities	1.88 (1.48–2.40)	
Choice of menu	1.79 (1.35–2.38)	
Politeness	1.78 (1.33–2.39)	
Patient's perception of professional competence	1.55 (1.12–2.14)	

All $P \leq .0001$.

by someone who explains the rules of the hospital and ward, the rights and obligations of the patient, what is going to happen, and so on, and who basically takes care of and guides the patient through the initial stages, the patient's satisfaction after discharge will be much higher. Like other authors,²³ we also found that information, politeness, and good operative results have a highly positive effects on patient satisfaction and positively influence the overall assessment. Moreover, this study confirms the relative importance of these aspects for inpatients as well as for outpatients.

Encouraging patients' participation in clinical decisions is a highly relevant aspect to bear in mind when assessing care quality.¹² Therefore, the provision of comprehensible information and the surgeon's communication style are crucial. In fact, this study makes it clear that one of the most significant factors in patient satisfaction is that they feel well informed.

Underestimating the degree of discomfort after an operation has been associated with dissatisfaction.²⁴ In this study, 21% of inpatients failed to give a positive rating of the operative outcome. This could be explained, as other studies point out, by the fact that a large proportion of patients have unrealistic expectations about surgery.²⁵

According to our results, the 3 critical factors for outpatients are operative result as perceived by the patient, information about the operative procedure, and support at home after discharge. Although for inpatients the same factors are important, there is a wider variety of factors that influence their satisfaction, some not directly

related to the operative activity, such as entertainment, which plays an important role.

However, it should be stressed that patient opinion surveys have some limitations. One of these derives from the fact that it is not clear at what point they should be carried out. We decided to administer the questionnaire at discharge because it seemed the best way to obtain a high response rate,²⁶ and in the light of recent data in favor of this approach.²⁷

Another limitation concerns the best method of delivering the questionnaire. We chose a written format because its financial costs are significantly lower. However, we took some action to reduce possible shortcomings: on the one hand, we unified methods and criteria for administering the questionnaire and decided to give it to all discharged patients so as to avoid possible selection biases; on other hand, we provided a prepaid envelope to make it easier to reply and, at the same time, to avoid the effect of "social desirability bias" described in the literature.²⁸

A third limitation of patient satisfaction studies based on questionnaires lies in the consistent and clear right-asymmetry of score scales. We used a score scale based on previous research that partially corrects such asymmetry.

Our results confirm the importance of procedures, not only those concerning the strictly technical aspects of care, but also those related to personal communication and care (welcome, information, empathy, follow-up, and approachability). Therefore, and although the results found are positive and patients tend to report satisfaction, it is advisable

to analyze patients' expectations in greater detail and adjust the design of care processes to them.

Finally, there are questions that remain. Future research could continue to explore the relation between surgical patients' complaints and adverse effects of surgery. Preliminary data suggest that providing patients with information can improve clinical safety in surgery.²⁹ Also, because not all information given by patients to surgeons is used effectively by the latter (indeed, it sometimes contributes to a defensive medical approach), it would be advantageous to determine the best way of transmitting this information.³⁰ Thus, clinical pathways can be designed in which information to patients becomes a key factor, for example, in facilitating active recovery after an operation, or more realistic expectations.

The authors thank the patients and health professionals who contributed to this study. The collaboration of Agustín Villanueva, and the Customer and Information Units were crucial to the carrying out of this study. Merce Guilabert provided invaluable help with the design and application of the database and Lidia Ortiz made a significant contribution to the statistical analysis.

REFERENCES

1. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Rev* 1994;19:49-55.
2. Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Rev* 1998;23:81-96.
3. Sharp WJ, Nowak L, Zamani T, et al. Long-term follow-up and patient satisfaction after surgery for thoracic outlet syndrome. *Ann Vasc Surg* 2001;15:32-3.
4. Ellison LM, Pinto PA, Kim F, et al. Telerounding and patient satisfaction after surgery. *J Am Coll Surg* 2004;199:523-30.
5. Marchal F, Dravet F, Classe JM, et al. Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol* 2005;31:495-9.
6. Jiménez A, Elia M, Gracia JA, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 2004;76:325-30.
7. Rodríguez-Cuéllar E, Ruiz-López P, et al. Satisfacción del paciente tras el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. *Cir Esp* 2004;76:237-44.
8. Tai Ch, Ch Chu, Liang S, et al. Use of patient satisfaction data in a continuous quality improvement program for endoscopic sinus surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:210-6.
9. Larsson WB, Larsson G, Chantreau MW, von Holstein KS. International comparisons of patients' views on quality of care. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005;18:62-73.
10. Hodge W, Horsley T, Albiani D, et al. The consequences of waiting for cataract surgery: a systematic review. *Can Med Assoc J* 2007;176:1285-90.
11. Sørli T, Sexton HC, Sørli D. predictors of satisfaction with surgical treatment. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000;12:31-40.
12. McLafferty R, Williams R, Lambert A, Dunnington G. Surgeon communication behaviors that lead patients to not recommend the surgeon to family members or friends: analysis and impact. *Surgery* 2006;140:616-24.
13. Mira JJ, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J, Tomás O. La satisfacción del paciente quirúrgico. *Cir Esp* 2004;76:54-7.
14. Krywulack S, Mohtadi N, Russell M, Sasyniuk T. Patient satisfaction with inpatient versus outpatient reconstruction of the anterior cruciate ligament: a randomized clinical trial. *Can J Surg* 2005;48:201-6.
15. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982;16:583-9.
16. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Market Res* 1980;42:460-9.
17. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998;IV:12-8.
18. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988;64:12-40.
19. Broughton G, Horton B, Lipschitz A, Kenkel JM, Brown SA, Rohrich RJ. Lifestyle outcomes, satisfaction, and attitudes of patients after liposuction: a Dallas experience. *Plast Reconstr Surg* 2006;117:1738-49.
20. Rodríguez-Cuéllar E, Ruiz-López P, Alcalde-Escribano J, et al. Satisfacción del paciente tras el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. *Cir Esp* 2004;76:237-44.
21. Dihle A, Helseth S, Kongsgaard UE, Paul SM, Miaskowski C. Using the American Pain Society's patient outcome questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients. *J Pain* 2006;7:272-80.
22. Lingard EA, Sledge CB, Learmonth ID. Kinemax Outcomes Group. Patient expectations regarding total knee arthroplasty: differences among the United States, United Kingdom, and Australia. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:1201-7.
23. Santià M, Ascaso C, Escaramís G, Prat A, Asenjo MA. Influencia del médico en la satisfacción del paciente. Estudio de 471 casos. *Med Clin (Barc)* 2005;124:274-6.
24. Dalton VK, Harris L, Weisman CS, Guire K, Castleman L, Lebovic D. Patient preferences, satisfaction, and resource use in office evacuation of early pregnancy failure. *Obstet Gynecol* 2006;108:103-10.
25. Tuan KM. Visual experience and patient satisfaction with wavefront-guided laser in situ keratomileusis. *J Cataract Refract Surg* 2006;32:577-83.
26. Burroughs TE, Waterman BM, Gilin D, Adams D, McCollegan J, Cira J. Do on-site patient satisfaction surveys bias results? *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005;31:158-66.
27. Santià M, Ascaso C, Escaramís G, Prat A, Asenjo MA. Influencia del factor tiempo en la opinión del paciente hospitalizado. *Med Clin (Barc)* 2003;121:570-2.
28. Palacio F, Merino M, Madina L, Zubimendi M, Irigoyen V. Diferencias en los costes y resultados de 2 técnicas de encuesta: teléfono y correo. *Rev Calidad Asistencial* 2006;21:20-4.
29. Murff HJ, France DJ, Blackford J, et al. Relationship between patient complaints and surgical complications. *Qual Saf Health Care* 2006;15:13-6.
30. Jarvis J, Frizelle F. Patients' complaints about doctors in surgical training. *N Z Med J* 2006;119:U2026.