Localizador web
Artículo 63.682

Satisfacción del paciente tras el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal

Elías Rodríguez-Cuéllar, Pedro Ruiz-López, Juan Alcalde-Escribano, Ignacio Landa-García, Rafael Villeta-Plaza, Eduardo Jaurrieta-Mas, y los participantes en el Proyecto Nacional para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales*
Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid. España.

Resumen

Introducción. **La satisfacción del paciente con la asistencia sanitaria recibida informa sobre su percepción del proceso asistencial. En un estudio más amplio de ámbito nacional realizado por la Asociación Española de Cirujanos sobre el tratamiento del cáncer colorrectal se incluyó el análisis de la satisfacción del paciente.**

Objetivo. **Estudio de ámbito nacional sobre la satisfacción del paciente en el tratamiento quirúrgico programado del cáncer colorrectal.**

Pacientes y método. **Estudio prospectivo, transversal y descriptivo, en el que participaron 43 hospitales correspondientes a 17 comunidades autónomas. De los 417 pacientes incluidos en el estudio, 325 (77,94%) respondieron a la encuesta de satisfacción. Los pacientes incluidos habían sido intervenidos por cáncer colorrectal; se excluyó a los pacientes en los que se había realizado una cirugía laparoscópica, una cirugía urgente o una panproctocolectomía, así como a los que presentaban tumores diferentes del adenocarcinoma. Se ha utilizado el cuestionario SERVQHOS.**

Resultados. **La edad media de los pacientes fue 68,25 años y el 61,68% fueron varones. El 0,9% no estaba nada satisfecho, el 1,6% poco satisfecho, el 43,8% estaba satisfecho y el 53,7% muy satisfecho. El 94,9% recomendaría el hospital sin dudarlo, el 5,1% tendría dudas y ninguno no lo recomendaría nunca. Sólo un 1,5% reconoció que se le realizaron pruebas sin su consentimiento. El 88,1% consideraba que había estado ingresado el tiempo necesario. El 91,1% conocía el nombre de su cirujano y el 63,1% el de su enfermero/a. El 95,4% pensaba que había recibido suficiente información. El cuestionario relativo a la calidad asistencial, puntuado de 1 a 5, constaba de 19 ítems. En todos ellos, la media fue superior a 3 ("como me lo esperaba"), la moda fue de 3 en 7 ítems, de 4 en 9 ítems y de 5 en 3 ítems. Los 3 ítems mejor valorados fueron la información recibida por el paciente y los familiares y la amabilidad del personal; los peor valorados fueron la habitación, la señalización y la puntualidad. Del 39,69% en el que se llevó a cabo una colostomía, el 7,75% no fue informado de la posibilidad de necesitar dicho estoma, el 12,5% consideraba que no se le había informado suficientemente sobre el cuidado del estoma y al 16,65% no se le enseñó a cambiar la bolsa.**

Conclusiones. **La satisfacción global de los pacientes intervenidos por cáncer colorrectal en España es bastante elevada. Las quejas encontradas se refieren sobre todo a problemas de hostelería (habitación, comida), estructurales (señalización) y de organización. El personal de enfermería y facultativo es valorado favorablemente. La percepción de la calidad asistencial parte de valores "como me lo esperaba", lo que implica que el paciente no ve defraudadas sus expectativas y con frecuencia las mejora. Con referencia a la satisfacción sobre información y adiestramiento en pacientes ostomizados, hay aspectos susceptibles de mejora.**

Palabras clave: *Satisfacción del paciente. Gestión de calidad. Cáncer colorrectal.*

PATIENT SATISFACTION AFTER SURGICAL TREATMENT FOR COLORECTAL CANCER

Introduction. **Patient satisfaction is one of the variables that provides information on users' perception of healthcare. A patient satisfaction questionnaire (SERVQHOS) was included within a broader national study performed by the Spanish Association of Surgeons on the treatment of the colorectal cancer (CRC).**

Objective. **To evaluate patient satisfaction after elective surgery for colorectal cancer in Spain.**

Patients and method. **We performed a prospective, cross-sectional, descriptive study with 43 hospitals**

*En el anexo se relacionan los centros y miembros participantes en el Proyecto Nacional para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales.

Correspondencia: Dr. E. Rodríguez Cuéllar.
Servicio de Cirugía General. Hospital Fundación Verín.
Ctra. de Laza, s/n. 32600 Verín (Orense). España.
Correo electrónico: eliasrc@netscape.net

Manuscrito recibido el 12-11-2003 y aceptado el 17-6-2004.

in 17 Autonomous Communities. Of the 417 patients included in the study, 325 completed the satisfaction survey (SERVQHOS questionnaire). The patients had undergone surgery for CRC. Exclusion criteria were laparoscopic surgery, emergency surgery, panproctocolectomy and tumors other than adenocarcinoma.

Results. **The mean age of the patients was 68.25 years and 61.68% were men. A total of 0.9% was dissatisfied, 1.6% was fairly satisfied, 43.8% was satisfied and 53.7% was very satisfied. Nearly all the patients (94.9%) would recommend the hospital without doubt, 5.1% would have some doubts and none would not recommend it. Only 1.5% underwent diagnostic tests (or surgical interventions) without their consent. Most (88.1%) thought that they had spent sufficient time in hospital before discharge. The majority (91.1%) knew their surgeon's name and 63.1% knew that of their nurse. Nearly all (95.4%) believed they had received enough information. The questionnaire on health care quality consisted of 19 items, scored from 1-5. In all items the mean score was above 3 (as expected), and the mode was 3 in 7 items, 4 in 9 items and 5 in 3 items. The 3 most highly valued items were the information given to the patients and relatives and the kindness of the staff while the items receiving the lowest scores were room, signposting and punctuality). Of the 39.69% who had undergone colostomy, 7.75% had not been informed of the need for a stoma, 12.5% felt they had received insufficient information about stoma care and 16.65% had not been shown how to change the bag.**

Conclusions. **The overall satisfaction of patients who received surgical treatment for CRC in Spain is fairly high. Dissatisfaction related mainly to hostelry and catering (room, food), structural elements (signposting) and management. Nurses and physicians were highly valued. Perception of healthcare quality is based on expectations, implying that patients' expectations were not disappointed and were often surpassed. Information and training provided to patients with intestinal ostomies could be improved.**

Key words: *Patient satisfaction. Quality management. Colorectal cancer.*

Introducción

La satisfacción del paciente ha adquirido una gran importancia y las nuevas tendencias en gestión sanitaria han colocado al paciente, y no a la enfermedad, en el centro de la asistencia sanitaria. Actualmente, el objetivo más relevante de la gestión de la calidad debería ser la satisfacción de las necesidades de los pacientes. En este contexto se ha determinado que la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes están vinculadas a un mayor seguimiento de los tratamientos[1], así como a una mejor colaboración por parte de los pacientes cuyo derecho a participar en el proceso asistencial fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud en 1978 (Declaración de Alma-Ata)[2]. Estas necesidades se hallan estrecha y proporcionalmente ligadas al desarrollo económico, social y cultural de las sociedades.

Hay diversas teorías que pretenden definir el concepto de satisfacción del paciente. En la actualidad, la teoría más comúnmente aceptada es el denominado paradigma de la "desconfirmación de expectativas"[3,4]. La satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia), así como el resultado de la confirmación de las expectativas o de la desconfirmación positiva de éstas. La mayor insatisfacción se produce en el paciente que posee una expectativa exigente y que recibe una mala asistencia.

En sanidad, la satisfacción del paciente es una medida de la intervención sanitaria que permite conocer e incorporar el punto de vista del paciente sobre los procesos asistenciales[5].

El concepto de satisfacción del paciente ha evolucionado, dando origen al concepto de "cuidados orientados/centrados en el paciente", con el que se intenta conocer qué aspectos valora el paciente positivamente, qué hace que se muestre satisfecho, sus necesidades y sus expectativas. Como consecuencia, se intenta modificar el proceso asistencial incluyendo las necesidades y opiniones de los pacientes para alcanzar su satisfacción. En los más recientes modelos de gestión de la calidad (calidad total) se incluye la perspectiva del paciente, se analiza su forma de evaluar las atenciones que recibe y se pretende satisfacer sus expectativas[6].

La medición de la satisfacción del paciente es un elemento imprescindible para valorar la calidad en todo el proceso asistencial. Habitualmente se mide mediante cuestionarios obtenidos tras el alta y suele aplicarse a una muestra de los pacientes, obteniendo resultados extrapolables a la totalidad de éstos. Sin embargo, su aplicación a procesos asistenciales específicos es excepcional. La Asociación Española de Cirujanos, a través de la Sección de Gestión de Calidad, llevó a cabo el Proyecto Nacional para el Análisis de la Calidad Asistencial en la Cirugía Programada del carcinoma colorrectal. Una de las dimensiones de la calidad medida fue la satisfacción del paciente.

Pacientes y método

Estudio prospectivo, transversal y descriptivo, de ámbito nacional, para conocer la satisfacción de los pacientes incluidos en el Proyecto Nacional para la Gestión del Proceso "Cirugía Programada del carcinoma colorrectal"[7]. Participaron 43 servicios de cirugía general de las 17 comunidades autónomas. Se incluyó a los pacientes intervenidos por cáncer colorrectal de forma programada y se excluyó a los que cumplían los siguientes criterios: cirugía urgente, cirugía laparoscópica, pan-proctocolectomía y tumores diferentes del adenocarcinoma. Estos criterios de exclusión se adoptaron para homogeneizar la muestra poblacional en el estudio del proceso del cáncer colorrectal.

Se utilizó el cuestionario de satisfacción adaptado para su uso en centros sanitarios, modelo SERVQHOS[8]. Este cuestionario es una modificación del modelo SERVQUAL elaborado por Parasuraman en 1985[9] para el sector servicios. Además, se han añadido preguntas específicas para los pacientes portadores de estomas digestivos, con el fin de aplicarlo a pacientes intervenidos por cáncer colorrectal.

Los datos de los pacientes fueron recogidos de forma consecutiva desde el inicio del estudio hasta completar el número solicitado. La encuesta se entregó y recogió un día antes del alta o el mismo día de ésta y fue cumplimentada de forma voluntaria por el paciente, al que se aseguró en todo momento la confidencialidad y el anonimato.

Se realizó una agrupación de datos para obtener 2 variables: *a)* "satisfacción global" (conversión de los resultados a la pregunta sobre satisfacción a valores numéricos, en una escala de 1[nada satisfecho] a 10 [muy satisfecho]), y *b)* "puntuación" (sumatorio de las variables de calidad de la asistencia puntuadas de 1 a 5).

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 11.0. Se llevó a cabo un análisis descriptivo. El examen de correlaciones se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson para las variables paramétricas y el análisis de regresión logística para las no paramétricas. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó el test de ANOVA y para las variables no paramétricas el test de Kruskal-Wallis. Se realizó un análisis multivariable mediante un análisis de regresión múltiple usando el método *stepwise,* y un análisis factorial por componentes principales, extrayendo los que presentaban valores propios superiores a 1. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados

De los 417 pacientes que se incluían en el estudio inicial[7] se obtuvieron 325 encuestas válidas (77,9%).

La edad media, el sexo y las características sociales de los pacientes se muestran en la tabla 1. En la figura 1 se exponen las respuestas a la pregunta sobre el grado de satisfacción global con los cuidados sanitarios recibidos. En la variable numérica satisfacción global (1 a 10), se obtiene un valor medio de 8,5, con un intervalo de confianza (IC) del 95% de 8,35-8,75. Como puede observarse por este valor y por el IC tan estrecho, se deduce que los pacientes alcanzan altos grados de satisfacción y, además, de una forma bastante homogénea.

TABLA 1. **Características sociales de los pacientes**

Características de los pacientes	%
Edad media	68,25 años
Sexo (varones/mujeres)	61,7-38,3
Estado civil	
Casados/as	71,8
Viudos/as	20,7
Solteros/as	6,9
Separados/as	0,6
Estudios concluidos	
Estudio primarios	53,7
Bachillerato	12,4
Sin estudios	26,2
Estudios universitarios	7,7
Ocupación	
Jubilado/a	64,1
En activo	18,8
Sus labores	15,5
Desempleados	1,7

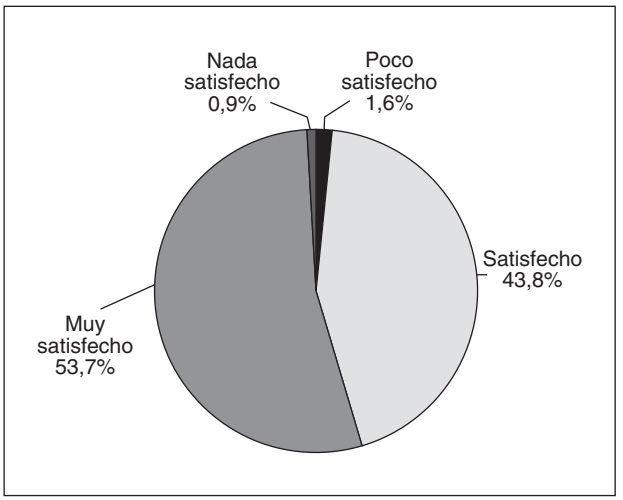

Fig. 1. Satisfacción del paciente.

En la tabla 2 se resume el resultado de las preguntas que implican aspectos de la satisfacción relacionados con el hospital y el personal sanitario. A las preguntas sobre estomas digestivos respondieron 129 pacientes, que corresponden al 39,69% de los pacientes encuestados; en la tabla 3 se exponen las respuestas.

En la encuesta se solicitaba al paciente que escribiese su opinión sobre "las tres cosas que más y menos le habían gustado de su estancia en el hospital". Dado que cada respuesta era distinta, se agruparon según su temática para poder aplicarles un tratamiento estadístico. Para ello se hizo un primer recuento de respuestas y se tomaron los temas que aparecían con más frecuencia en las respuestas de los pacientes. El resultado se resume en las figuras 2 y 3.

Se valoró la calidad de la asistencia con 19 preguntas específicas, puntuando de 1 a 5 en un rango que abarca desde "mucho peor de lo que esperaba " a "mucho mejor de lo que esperaba", con resultados muy positivos (tabla 4).

Se observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las variables relativas a calidad de la asistencia frente a la edad y la categoría del hospital; la edad se relacionó con la variable puntuación total ($p = 0,035$) y los pacientes más jóvenes puntuaron menos. Respecto a la categoría del hospital, se encontraron diferencias con la variable llegada ($p = 0,04$), ya que la accesibilidad de los hospitales de categoría A (< 300 camas) es signifi-

TABLA 2. **Calidad asistencial**

Preguntas	Respuestas	%
¿Recomendaría este hospital a otras personas?	Sin dudarlo	94,9
	Tengo dudas	5,1
	Nunca	0
¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir permiso?	No	98,5
A su juicio ha estado ingresado en el hospital	Menos de lo necesario	6,6
	El tiempo necesario	88,1
	Más de lo necesario	5,3
¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?	Sí	92,2
¿Conoce el nombre del enfermero/a que le atendía habitualmente?	Sí	65,3
¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?	Sí	95,4

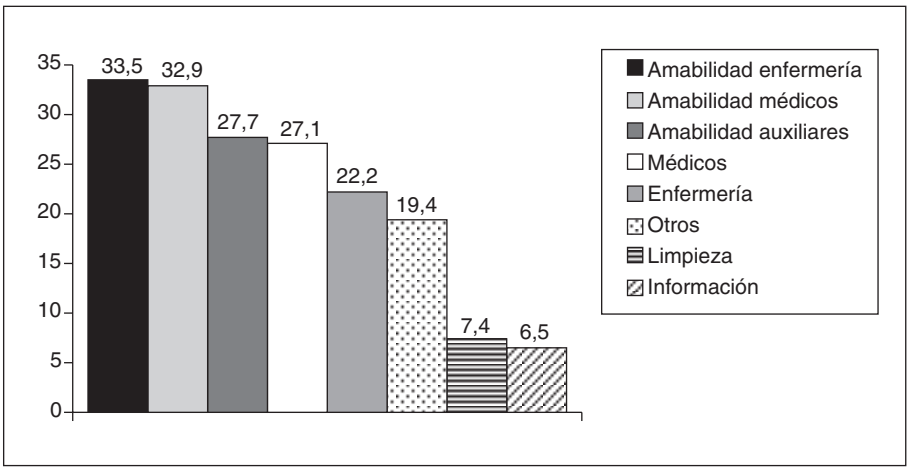

Fig. 2. Lo que más le ha gustado.

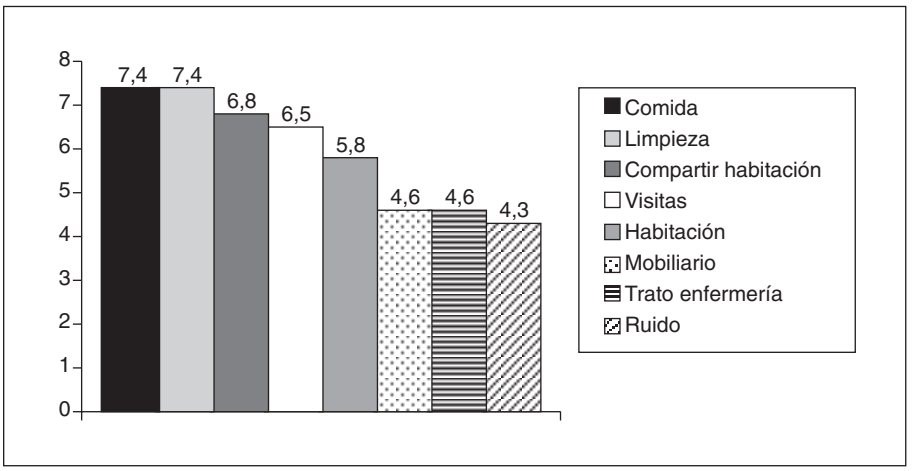

Fig. 3. Lo que menos le ha gustado.

cativamente mejor puntuada que la de los hospitales de las 2 categorías superiores (B y C). Se analizaron las posibles relaciones con las variables: edad, sexo, categoría del hospital, estado civil, nivel de estudios y ser portador de colostomía, frente a la satisfacción global y la puntuación, sin que se encontraran diferencias significativas.

Se han estudiado las posibles relaciones o asociaciones entre variables mediante el cálculo de coeficientes de correlación. Utilizando una matriz de correlaciones se ha comprobado la presencia de correlación moderada entre la mayoría de las variables (valores que oscilan entre 0,25 y 0,75).

TABLA 3. **Preguntas sobre estomas digestivos**

Preguntas	Respuestas afirmativas
¿Se le informó antes de la operación sobre la posibilidad de tener que practicarle una colostomía?	92,3%
¿Se le ha informado suficientemente acerca de los cuidados habituales de su colostomía?	87,5%
¿Se le ha enseñado cómo cambiarse la bolsa de colostomía?	83,2%

La variable satisfacción global (muy satisfecho a nada satisfecho) no ha mostrado correlaciones fuertes (coeficiente superior a 0,75) con las otras variables ni con la puntuación total que los pacientes asignaron a todas las variables sumadas.

En el análisis de regresión lineal múltiple que correlacionaba la satisfacción global con los 19 ítems del cuestionario de calidad de la asistencia, las variables con una mejor correlación fueron: espera para ser atendido ($p = 0,01$) y confianza en el personal ($p = 0,003$).

Por último, se realizó un análisis multifactorial para estudiar el patrón de correlaciones entre las variables estudiadas. En dicho análisis se encontraron 3 componentes que explican el 67,3% de la variabilidad. El primer componente del vector mide el volumen de satisfacción; es un componente de magnitud en el que todas las variables son positivas y contribuyen a la satisfacción global. Los aspectos que más influyen en la satisfacción son los relacionados con el trato recibido, la confianza y el interés del personal (trato [0,834], la capacidad para comprender las necesidades [0,826], la confianza [0,825], el interés del personal por cumplir lo que promete [0,82] y el interés por solucionar los problemas [0,810]).

El segundo componente parece establecer una separación entre los aspectos afines a las relaciones interper-

TABLA 4. **Calidad de la asistencia prestada**

	Media	IC del 95%
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	4,11	4,01-4,22
La información que los médicos proporcionan ha sido	4,10	4-4,21
La amabilidad del personal en su trato con la gente ha sido	4,05	3,95-4,16
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	4,02	3,92-4,12
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	3,99	3,90-4,09
La preparación del personal ha sido	3,99	3,91-4,10
La disposición del personal para ayudarle cuando lo ha necesitado ha sido	3,98	3,88-4,08
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	3,98	3,87-4,08
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	3,91	3,81-4,01
El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes ha sido	3,91	3,81-4,02
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	3,88	3,77-3,98
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	3,85	3,75-3,95
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	3,83	3,73-3,94
La rapidez con que se consigue lo que se necesita o se pide ha sido	3,71	3,60-3,82
La apariencia (limpieza y uniformidad) del personal ha sido	3,70	3,59-3,81
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	3,69	3,58-3,8
La facilidad para llegar al hospital ha sido	3,57	3,46-3,69
Las indicaciones (señalización) para orientarse y saber dónde ir en el hospital ha sido	3,5	3,39-3,61
El estado en que está la habitación del hospital ha sido	3,35	3,23-3,46

IC: intervalo de confianza.

sonales y el trato recibido frente a aspectos estructurales y de organización. En este componente desaparecen algunas variables, pues su valor se acerca a 0, es decir, no participan apenas en el vector. Aparecen variables positivas y negativas que delimitan los 2 aspectos ya citados. El tercer componente no aporta información interpretable.

Discusión

La validez de la satisfacción del paciente como medida de la calidad es incuestionable y la información que se obtenga sobre esta dimensión de la calidad debe utilizarse para planificar la asistencia sanitaria[10]. Pero para que la satisfacción de los pacientes sea útil para los procesos de mejora, debe ser medida. Uno de los métodos más utilizados para medir la satisfacción de los pacientes son los cuestionarios autoaplicados[11,12]. Con estos cuestionarios se pretende incorporar la opinión del paciente y se mide la satisfacción, que no siempre coincide con la calidad cientificotécnica. Un paciente puede recibir una asistencia eficaz, eficiente y conforme a los últimos conocimientos médicos y no estar satisfecho; es el fenómeno de la "calidad no reconocida". Tal disparidad entre la calidad que percibe el profesional y la que percibe el paciente se basa en el alto componente subjetivo de la relación paciente-profesional y su influencia en la percepción de la calidad. Asimismo, hay otros medios de obtener información sobre la satisfacción de los pacientes: reclamaciones, quejas, sugerencias, peticiones de traslado de médico o de hospital, etc.

Los datos que se han recogido con la encuesta de satisfacción muestran un índice de respuestas elevado (77,94%), ya que éste suele ser inferior, en especial si los pacientes son ambulatorios.

Los aspectos de la asistencia sanitaria percibida por el paciente que han sido mejor puntuados corresponden a la información que recibe, tanto el paciente como sus familiares, por parte del médico, siendo el segundo punto mejor valorado la amabilidad del personal en su trato con los pacientes-familiares. Por el contrario, los aspectos peor puntuados están relacionados con factores estructurales y organizativos, tecnología de los equipos médicos, facilidad para llegar al hospital, señalización/indicaciones y estado de las habitaciones del hospital. También aparecen 2 aspectos relacionados con el personal: apariencia/limpieza de los uniformes del personal y rapidez con que se consigue lo que se pide. Por tanto, en general, el paciente se encuentra satisfecho con el trato que recibe por parte del personal sanitario, pero encuentra la mayoría de las carencias en los déficit organizativos, materiales y estructurales del hospital.

La accesibilidad es uno de los principales inconvenientes percibidos por el paciente; esta dificultad de acceso se refiere a barreras físicas (ubicación, horarios, etc.), sociales (trato impersonal, etc.) e institucionales (normas y algoritmos de toma de decisiones)[13] y está muy influida por la mayor presión asistencial en los hospitales más grandes.

Los pacientes que presentaron más de un ingreso mostraron una satisfacción global significativamente menor que los que sólo tuvieron un ingreso. Se trata del fenómeno de la calidad "atractiva", en el que los pacientes que no han tenido ingresos previos encuentran que sus necesidades son cubiertas e incluso se cubren necesidades más allá de las esperadas u obligadas, pero este efecto es transitorio y esas necesidades que fueron cubiertas se convierten en calidad "obligada" en el siguiente ingreso, pues el paciente espera que sean satisfechas y el no satisfacer la calidad "obligada" origina gran insatisfacción[14].

La "puntuación total" se comparó con las variables sexo, categoría del hospital, estado civil, nivel de estudios y ser portador de una colostomía. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las comparaciones planteadas; esto supondría que la valoración de la calidad asistencial fue homogénea.

Los pacientes portadores de estomas digestivos muestran un comportamiento similar al del resto a la hora de valorar la calidad de la asistencia, por lo que el estoma no parece influir en su percepción de la calidad.

Estos datos positivos de la encuesta no son sorprendentes ya que, en general los datos publicados sobre la percepción que los pacientes tienen de los hospitales es positiva, con un porcentaje de insatisfechos que ronda el 3%[15]. Hay que tener en cuenta que las encuestas de satisfacción aplicadas a la sanidad tienen algunos sesgos,

especialmente en las encuestas que se rellenan en ambientes sanitarios y previamente al alta, pero aun siendo conscientes de estos sesgos, constituyen una fuente de información importante para aplicar a proyectos de mejora.

La pregunta: "¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir permiso?" aporta un 98,5% de respuestas negativas. Éste es un aspecto muy importante; sólo un 1,5% de los pacientes afirma que le han realizado pruebas o intervenciones sin su consentimiento. La Ley General de Sanidad en su artículo 10,6 dice: "siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto…", por tanto, legalmente es un requisito previo a la realización de cualquier intervención. Con independencia de los aspectos legales, la falta de consentimiento suele constituir un aspecto que deteriora la relación médico-paciente.

La pregunta, "¿A su juicio ha estado ingresado en el hospital?", informa sobre la percepción del tiempo de estancia por parte del paciente. Se trata de saber cómo vive su estancia el paciente, independientemente de que se ajuste a la estancia media para su tipo de enfermedad y grupo de población. El 88,1% considera que estuvo ingresado el tiempo necesario. Tanto los pacientes que estuvieron más tiempo como los que lo estuvieron menos del que consideraron necesario, tienen un motivo de insatisfacción, para unos porque el estar menos tiempo del necesario lo relacionan con un alta precoz que puede producir un deterioro de su estado de salud; para otros, la estancia demasiado prolongada puede estar en relación con la petición de pruebas que se demoran innecesariamente y, por tanto, con la ausencia de una asistencia de calidad.

Se valoró la relación interpersonal entre el paciente y el personal sanitario; para ello se pregunta al paciente si conoce el nombre del médico y del enfermero/a por los que ha sido atendido habitualmente. Casi un 9% de los pacientes, a pesar de permanecer ingresado más de 15 días y sufrir una intervención de cirugía mayor, no conoce el nombre de su médico, dato que implica una importante falta de comunicación. Más de la mitad de los pacientes conoce el nombre del personal de enfermería que lo atiende, pero con importantes variaciones según en qué nivel hospitalario se hace la encuesta; esto no sucede con el nombre del médico que mantiene porcentajes similares (aproximadamente un 75%) de una forma homogénea.

En la encuesta se incluyeron preguntas específicas para los pacientes a los que se realizó colostomía. Al 7,75% de los pacientes no se le informó sobre la posibilidad de precisar un estoma digestivo. Es fácil reconocer la importancia que tiene para los pacientes susceptibles de ser portadores de colostomía, la necesidad de ser informados con anterioridad sobre las probabilidades de necesitarlo; por ello, deben ser informados con la suficiente antelación para su preparación física y psicológica[16]. Los porcentajes de pacientes que se sienten informados o suficientemente adiestrados sobre los estomas digestivos son altos, pero no alcanzan a la totalidad de los pacientes. La Sociedad Valenciana de Cirugía recomienda en su Guía de Práctica Clínica[17] sobre cáncer colorrectal, que dichos pacientes sean informados y valorados por estomaterapeutas. La ausencia de dichos especialistas estaría en relación con el déficit de información o adiestramiento.

Buscando lo que los pacientes quieren decir, se realizaron preguntas a las que éstos respondían mediante un texto. En las respuestas se demuestra que el personal sanitario es el que recibe mayor número de respuestas positivas: la amabilidad de los médicos, enfermería y auxiliares es la respuesta más frecuente, seguida de la calidad profesional de los médicos y del personal de enfermería. El resto de las respuestas no alcanza un 10% y tan sólo la limpieza se acerca con un 7,4%. Otras respuestas concernientes a información, tecnología, régimen de visitas fueron menos frecuentes.

En la pregunta "lo que menos le ha gustado", no hay una clara delimitación y todos los aspectos valorados negativamente se encuentran en niveles similares (por debajo del 7,5% de respuestas). En este aspecto, se valora mal la hostelería, la organización, compartir habitación, la comida, el ruido y las visitas.

El análisis factorial confirma los resultados anteriores, siendo el trato, la confianza que transmite el personal y el interés de éste por resolver problemas, algunas de las variables que más influyen en la percepción global de la calidad de la asistencia.

Hay países con recursos muy limitados que tienen un alto grado de satisfacción en sus pacientes; este hecho se explica por las bajas expectativas de los pacientes y por la relación médico-paciente. Cuando hay limitaciones para la práctica de la asistencia sanitaria, el personal sanitario se esmera en prestar un servicio efectivo que deje satisfechos a los pacientes[13]. Aunque los elementos tangibles (edificio, instalaciones, comida, salas de espera, habitaciones) constituyen uno de los elementos menos valorados por el paciente, sus deficiencias se superan con un buen servicio por parte de los profesionales, el factor más influyente en la percepción global de la calidad. Al mismo tiempo, los pacientes que detectan un servicio de calidad son más propensos a seguir los consejos y terapias prescritos por sus médicos y, por tanto, es más fácil que obtengan buenos resultados de salud; a este respecto hay que considerar que mejora el rendimiento de la prestación sanitaria[18].

En la mayoría de los estudios realizados mediante encuestas se encuentra una discrepancia entre las opiniones de los gestores/prestadores de salud y los pacientes/consumidores a la hora de definir las características de lo que consideran un buen servicio para el usuario[19]. Hay desajustes entre las opiniones de los profesionales de la salud y los pacientes en su forma de valorar la asistencia sanitaria; esta divergencia se acentúa al comparar los indicadores de calidad técnica con los de calidad percibida[20]. El paciente no puede evaluar de forma adecuada y objetiva el resultado de la actuación médica, pero sí puede valorar, en gran medida, la organización sanitaria y el servicio que ha recibido. El estado de salud que el paciente alcanza tras la intervención terapéutica, aunque es precursor de la satisfacción del paciente, no suele aparecer como factor que influye de forma determinante[21]. Los aspectos más importantes para los pacientes son la relación interpersonal, la calidad del trato y la rapidez en obtener lo que necesitan. Los pacientes presupo-

nen que la prestación de la asistencia sanitaria es correcta (el concepto de *restitutio ad integrum* está implícito para muchos en todo acto quirúrgico[22]). Para el paciente, una vez establecido el diagnóstico, el proceso y el resultado deben ser homogéneos. Se han identificado otros factores más valorados, como el estilo de práctica del médico, la calidad de los cuidados de enfermería, las expectativas del paciente, la información que recibe y la forma en que el paciente participa en el proceso terapéutico. En este sentido, los sistemas sanitarios europeos están concienciándose cada vez más sobre las ventajas de incorporar las expectativas y la visión del paciente a la organización sanitaria, para superar las deficiencias derivadas de la falta de adecuación entre el servicio prestado y las expectativas del usuario.

Bibliografía

1. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of Patient satisfaction. Med Care 1995;33:392-406.
2. Organización Mundial de la Salud. Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence international sur les soins de santé primaries, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. Genève: OMS, 1980.
3. Cadotte E, Woodruff R, Jenkins R. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. J Marketing Res 1987;24:305-14.
4. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. J Marketing Res 1980;42:460-9.
5. Mira JJ. La satisfacción del paciente. Disponible en: www.medifusion.com/actualizaciones/satisfaccion/index.htm
6. Mira JJ. Innovaciones en la satisfacción de los pacientes. Revista de Calidad Asistencial 1999;14:781-4.
7. Ruiz López P, Alcalde J, Rodríguez Cuéllar E, Landa I, Jaurrieta E. Proyecto Nacional para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. Aspectos generales. Cir Esp 2002;71:173-80.
8. 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;4:12-8.
9. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A Conceptual model of Service Quality and its implications for future research. J Marketing 1985; 49:41-50.
10. Donabedian A. La calidad de la asistencia. JANO 1989;36:103-10.
11. Hulka B. Scale for the measurement of attitudes toward physicians with specific medical encounters. Med Care 1970;8:429-35.
12. Ware J, Hays R. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. Med Care 1988;26:393-402.
13. Román González MV. Martín fuente MT. Orientación al consumidor: un nuevo enfoque de gestión sanitaria pública en la Unión Europea. Todo Hospital 1999;157:353-60.
14. Ureña Vilardell V. La calidad de la atención sanitaria: definición, historia y conceptos básicos. Calidad y Riesgo 2001;1: 46-66.
15. Mira JJ, Buil J, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis comparativo de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. Gac Sanit 2000;14:291-3.
16. Saunders B. The nurse's role in the care of patients with stoma. Br J Clin Pract 1976;30:81-2.
17. Sociedad Valenciana de Cirugía. [consultado 8/04]. Disponible en: http://SVCIR.com.SVC.guias.html/colorrectal.pdf
18. Furse DH, Burcham Mr. Leveraging the value of customer satisfaction information. J Health Care Marketing 1994;14:16-20.
19. O-Connor SJ, Shewchuk RM, Carney LW. The great gap. J Health Care Marketing 1994;14:32-9.
20. Palacio F, Díez JD. ¿Influye la calidad técnica de nuestro trabajo en la satisfacción y calidad percibida? Revista de Calidad Asistencial 1999;14:661-6.
21. Mira JJ, Rodríguez Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Revista de Calidad Asistencial 2000;15:36-42.
22. Ruiz López PM. Análisis de la calidad asistencial en la patología biliar litiásica quirúrgica [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense, 2001.

ANEXO: Listado de participantes

ANDALUCÍA

Dr. Jaime Medina Díez. Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.
Dr. José Antonio Ferrón Orihuela. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.
Dr. Gonzalo Carranza Albarrán y Dr Juan Fernando de la Portilla. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.
Dr. José Cantillana Martínez. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla.
Dr. Eugenio Arévalo Jimenez. Hospital Reina Sofia. Córdoba.
Dr. Fermín Palma Carazo. Clínica Inmaculada. Jaén.

ARAGÓN

Dr. Vicente Ferreira Montero. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
Dr. José María Del Val Gil. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

ASTURIAS

Dr. Enrique Martínez Rodriguez. Hospital Ntra. Sra. de Covadonga. Oviedo.

BALEARES

Dr. José Antonio Soro Gosalvez. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

CANARIAS

Dr. Juan Ramón Hernández Hernández. Hospital Insular Universitario. Las Palmas de Gran Canaria.
Dr. Luis Arturo Soriano Benítez de Lugo y Dr. Julio Suárez García. Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife.

CANTABRIA

Dr. Manuel Gómez Fleitas, Dr. Martín Parra y Dr. Julio del Castillo Diego. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.

CASTILLA-LEÓN

Dr. Alberto Gómez Alonso y Dr. Jacinto García García. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.
Dr. Pedro Gago Romon. Hospital Universitario de Valladolid. Valladolid.
Dr. José de Castro Lorenzo. Hospital del Río Ortega. Valladolid.

CASTILLA-LA MANCHA

Dr. José Hernandez Calvo y Dra. Gloria Ortega Pérez. Hospital Ntra. Sra. de Alarcos. Ciudad Real.
Dr. Juan M. Bellón Caneiro. Hospital de Guadalajara. Guadalajara.
Dr. Ignacio Rodríguez Prieto. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

CATALUÑA

Dra. María José Gil Egea. Hospital del Mar. Barcelona.
Dr. Manuel Armengol Carrasco y Dr. Eloy Espín Basany. Hospital Vall d´Hebron. Barcelona.
Dr. Juan Martí Ragué. Ciutat Sanitaria Bellvitge. L´Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
Dr. Jaime Fernández- Llamazares y Dr. Piñol. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
Dr. Enric Laporte Roselló y Dr. Josep Sanfeliu. Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.
Dr. Constancio Marco Molina y Dr. Carlos Hoyuela Alonso. Hospital Mutua de Tarrasa. Barcelona.
Dr. Manuel Martinez Brey. Hospital Virgen de la Cinta. Tortosa. Tarragona.

CEUTA

Dr. Fernando Blasco Carratalá. Hospital de Ceuta. Ceuta.

C. VALENCIANA

Dr. Salvador Lledó Matoses. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Dr. Aniceto Baltasar Torrejón. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.
Dr. José V. Roig Vila y Dr. Rafael Alós Company. Hospital de Sagunto.

EXTREMADURA

Dr. José María Bengochea Cantos. Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata. Cáceres.

GALICIA

Dr. Carlos. A. Gomez Freijoso y Dr. Benigno Acea Nebril . Hospital Juan Canalejo. La Coruña.
Dr. Pedro Gil Gil. C. Hospital Xeral Cies. Vigo.
Dr. Carlos Echavarri Guerra y Dr. Carlos Rueda Chimeno. Hospital Montecelo. Pontevedra.

MADRID

Dr. Luis Garcia-Sancho Martín y Dr. Damián García Olmo. Hospital La Paz. Madrid.
Dr. Alfredo Abad Barahona. Servicio de Cirugía A. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
Dr. Felipe de la Cruz Vigo. Servicio de Cirugía General A. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
Dra. Rosa Fernández Lobato y Dra. Cristina Martínez Santos. Hospital de Getafe. Getafe. Madrid.
Dr. Javier Granell Vicent y Dr. Rafael Villeta Plaza. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

MURCIA

Dr. Rafael González Costea y Dr. José Gil Martínez. Hospital Santa Mª del Rosell. Cartagena. Murcia.

NAVARRA

Dr. José Miguel Lera Tricas y Dra. Miranda. Hospital de Navarra. Pamplona.
Dr. Fernando Pardo Sánchez y Dr. José Luis Hernández Lizoain. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

PAÍS VASCO

Dr. Jaime J. Méndez Martín. Hospital Basurto. Bilbao.

RIOJA

Dr. Jesús Cabello del Castillo. Hospital San Millán. Logroño.