

La satisfacción del paciente

Teorías, medidas y resultados

En un reciente editorial A.Coulter¹ del Instituto Picker de Oxford, nos invitaba a reflexionar sobre como será la relación entre pacientes y profesionales dentro de unos años. En ese futuro escenario dos factores sobresalen por encima de otros. Por un lado, el protagonismo, acelerado cada vez más, de las tecnologías de la comunicación; por otro, los cambios de carácter más social y que ponen de relieve la evolución que, en los últimos años, están experimentando las demandas de los pacientes.

Si hasta prácticamente ahora un "buen paciente" era aquel que seguía las instrucciones de los profesionales *casí sin rechistar*², cada vez más valoramos que el paciente pregunte, se informe, participe de su cuidado y del restablecimiento de su salud y, en definitiva, valoramos ahora mucho más que antes al pa-

ciente que adopta un papel más activo³.

Hoy sabemos que cuando el paciente adopta un rol activo tiene más probabilidades de afrontar con éxito su enfermedad (o llevar adelante su embarazo, si es este el caso, con mayor satisfacción) y, desde luego, valorará mejor la labor y atenciones que le han brindado los profesionales⁴.

Algo parecido sucede cuando se incrementan sus posibilidades de elección y de participación más activa, lo que a tenor de los estudios parece que se relaciona con los niveles de satisfacción que declara el paciente⁵⁻⁷, aunque no debemos olvidarnos de los pacientes que no están dispuestos a asumir la responsabilidad de tomar una decisión y que querían ver respetado su derecho a no ser informados^{8,9}.

Es bien cierto que en este cambio en la percepción del "buen pa-

ciente" ha influido de forma muy notoria el desarrollo social, económico y cultural de nuestra sociedad y a que hoy día ciudadanos, pacientes y profesionales del sector consideran, a la hora de definir la calidad de la atención sanitaria, aspectos diferentes a los de hace unos pocos años.

En dos recientes estudios, uno mediante metodología Delphi con la colaboración de miembros de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad¹⁰ (SEAUS) y otro actualmente ultimándose, llegamos a la conclusión de que los pacientes españoles reclaman, cada vez con mayor insistencia, accesibilidad física y accesibilidad a información sobre resultados, mayor comunicación con los profesionales, respeto a sus valores y creencias, desean confidencialidad e intimidad, solicitan libertad de elección, un consentimiento informado distinto a una medicina

defensiva (incluido el derecho a no ser informado), quieren saber "quién les atiende" y desean participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud.

El Instituto Picker¹¹ lideró, hace dos años, un estudio en ocho países de la Unión Europea para dibujar el perfil del futuro paciente europeo. Los resultados de este estudio ponen en evidencia que los ciudadanos europeos esperan un cambio en la forma en que se relacionan con el Sistema Sanitario de sus respectivos países y con sus profesionales. Desean participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud y, para ello, requieren mayor información.

Otra cuestión básica que influye decididamente en el resultado, y que conocemos de su influencia desde hace tiempo, son los estilos de práctica de los profesionales. Estos estilos sabemos que se relacionan con la calidad de la atención médica, con la satisfacción del paciente y con el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas^{12,13}. Dentro de estos estilos, aquel que es más abierto, participativo y que promueve que el paciente pregunte, manifieste sus temores o dudas, sabemos que es el que más capacita al paciente para afrontar su proceso y conocer mejor su enfermedad¹⁴. Un ejemplo característico, muy de actualidad hoy día, lo encontramos en el caso de las solicitudes de segunda opinión donde parece influir de forma muy notable la sensación de frustración por no haber podido preguntar al médico todo lo que se deseaba o por quedarse sin conocer cuestiones importantes para el paciente, junto a la sensación de que el médico no le ha dedicado la atención y el tiempo suficiente⁴.

Desde otro punto de vista, más normativo, la Carta de Roma¹⁵, la denominada Declaración de Barce-

lona¹⁶, o la LAP¹⁷ resaltan el derecho a la autonomía de la persona¹⁸. Conforme a estas recomendaciones, acuerdos y a este texto legal, la corrección en el trato, el respeto a la autonomía del paciente, procurarle la información necesaria, asegurar la accesibilidad, o garantizar la calidad técnica, constituyen características esenciales de una buena atención, precisamente aquellas que el paciente suele valorar como más importantes^{19,20}.

La difusión de las dos primeras y, sobre todo, la entrada en vigor de la tercera, probablemente contribuirán en los próximos años a introducir cambios en el modelo de relación entre pacientes y profesionales, entre ciudadanos y sistema de salud^{21,22}, dejando definitivamente de lado el denominado modelo paternalista y dando lugar a otro donde el paciente se haga responsable de sus decisiones²³.

No debería extrañarnos, entonces, que los estudios sobre la satisfacción del paciente no queden al margen de estos cambios y que, en su mayoría, nos conduzcan a afirmar que los pacientes desean recibir un trato correcto, quieran experimentar que la organización sanitaria ha pensado en ellos cuando diseña sus procesos de trabajo, sentir que se les respeta como persona, recibir una información detallada y comprensible, demanden comodidades acordes con su nivel de vida y, cada vez más, quieren participar en la toma de decisiones sobre su salud²⁴⁻²⁶.

Concepto de satisfacción del paciente

Koos²⁷ y Donabedian²⁸ son habitualmente citados como los autores que, por primera vez, consideran de forma expresa la satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. En la década de los setenta y, sobre

todo en los ochenta, se incrementó el número de propuestas sobre cómo medir la satisfacción del paciente y aparecieron las primeras reflexiones sobre qué estábamos midiendo y con qué objetivo²⁹⁻³¹. En la década de los noventa los modelos de gestión de la calidad en el sector servicios, concretamente el "modelo de las discrepancias"³², influyó de forma considerable en la evaluación de la atención sanitaria desde el punto de vista del paciente, introduciendo el concepto de calidad percibida como una medida asociada pero independiente a la de la satisfacción³³.

La idea de que la satisfacción del paciente refleja sólo su valoración de cómo ha sido atendido (satisfacción como medida del resultado) ha estado muy extendida y ha dado lugar a diferentes tipos de instrumentos de medida. Sin embargo, desde hace unos años, esta idea ha ido progresivamente siendo complementada con el concepto de satisfacción del paciente como proceso.

La mayoría de las interpretaciones actuales tienen en cuenta que la satisfacción depende, obviamente, de cómo haya sido atendido el paciente, pero también de las expectativas que posea sobre cómo debería haber sido atendido y, también, del valor que tengan para él cada una de las distintas dimensiones y elementos de la atención sanitaria^{34,35}. Dicho de otro modo, en la satisfacción influye el resultado de la intervención médica, accesibilidad, información, confort, o que el trato sea correcto, pero también si el paciente esperaba que el resultado no fuera demasiado bueno, o que el trato fuera cordial y, también, la importancia que otorga al resultado del tratamiento o que otorga al trato y a las otras dimensiones de la satisfacción en cada caso.

Desde esta óptica, básicamente son dos las orientaciones teóricas

más citadas. La primera se basa en la teoría de la "acción razonada"³⁶. En este caso, se considera que la satisfacción del paciente depende, por un lado, de la percepción del paciente de cómo ha sido tratado y, por otro, de la importancia que otorga el paciente a cada una de las dimensiones de esa atención (información, accesibilidad, resultado, confort, etc.), conforme a la fórmula: $Satisfacción = \sum (Exp_i \times Eval_i)$, donde Exp corresponde a las expectativas y $Eval$ a las valoraciones del paciente. Por ejemplo, el paciente en CMA puede otorgarle una ponderación diferente a la accesibilidad una vez en casa que la que le otorga el paciente de la cirugía con ingreso. Por tanto, para el paciente en CMA ciertas incomodidades del centro apenas si tendrán efecto en la valoración final, mientras que podría no suceder lo mismo con el paciente ingresado.

La segunda, se basa en la "confirmación de expectativas"³⁷, en cuyo caso la satisfacción es función de la disonancia entre lo que el paciente espera y recibe, conforme a la fórmula: $Satisfacción = \sum (E_i - P_i)$, donde E corresponde a la expectativa antes de recibir atención sanitaria y P a la percepción tras la asistencia. Esta segunda teoría permite definir una "zona de tolerancia" (o rango en el que la atención recibida es aceptable para el paciente), que resulta especialmente práctica a la hora de identificar sobre que ámbito de la atención sanitaria es conveniente incidir para mejorar la atención que reciben los pacientes. En este caso, identificar esa zona de tolerancia permite saber sobre que aspectos interesa sobre todo actuar fijando prioridades a los gestores y clínicos.

Los estudios basados en esta teoría han puesto de manifiesto que la satisfacción y la insatisfacción no son, necesariamente, dos caras de la

misma moneda. Más bien, pueden llegar a ser independientes y, en la práctica, encontramos buenas prácticas que apenas tienen efecto sobre la satisfacción pero que, cuando están ausentes sí que promueven quejas en los pacientes. En el día a día de los centros sanitarios encontramos demandas de los pacientes que tienen un efecto importante sobre la satisfacción, otras prestaciones que apenas sí lo tienen y aún otras que no se esperan y que, en caso de estar presentes al ser inesperadas y no demandas, hacen que el paciente sobrevalore muy positivamente la atención que recibe³⁸.

En un estudio³⁹ con 5031 pacientes llevado a cabo hace unos años en 12 hospitales públicos que habían utilizado la escala SERVQHOS⁴⁰ diferenciamos, en esta línea de trabajo, entre pacientes claramente satisfechos (22,12%) y descontentos (21,55%) con la atención recibida, para intentar identificar qué dimensiones de la atención al paciente aparecían asociadas a la satisfacción y si eran las mismas que las asociadas a la insatisfacción. Los datos apoyaron la hipótesis de Kano³⁶, quien diferenciaba entre:

- 1) Elementos que resultan indiferentes para la satisfacción
- 2) Elementos de la atención que el paciente reclama y que si no dispone de ellos claramente se siente mal tratado
- 3) Elementos cuya presencia "dispara" la satisfacción ya que constituyen lo que denominamos el "detalle de lo inesperado".

En nuestro estudio, hemos hallado que la insatisfacción se asocia a: carencias de información, tecnología considerada obsoleta, demoras en la atención, pobres condiciones de confort o considerar inadecuada la uniformidad del personal; mientras que la capaci-

dad para comprender las necesidades del paciente, la amabilidad en el trato, el interés que el paciente percibe que tiene por él el personal de enfermería, por el paciente cumplir con lo que se le decía al paciente (citas, revisiones, pruebas, etc.), una correcta uniformidad del personal y unos tiempos de espera reducidos se asociaron significativamente a la satisfacción.

Dimensiones de la satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente es un concepto multidimensional en el que juegan un papel, más o menos relevante, según el momento, las expectativas o la situación personal del paciente, como acabamos de ver, junto a ciertas características de la atención sanitaria.

Para identificar estas características se ha recurrido habitualmente a estudios que aplican metodologías cualitativas. Los datos de estos estudios coinciden al señalar que las dimensiones de la satisfacción son: accesibilidad, confort, capacidad de respuesta, competencia de los profesionales, cortesía en el trato, información, continuidad de los cuidados, sin olvidar la valoración del resultado de la intervención sanitaria.

En uno de nuestros estudios, también mediante metodología cualitativa, en concreto aplicando la técnica Delphi⁴¹, llegamos a la conclusión de que los ciudadanos asocian la calidad de la atención sanitaria a: accesibilidad, competencia profesional, aspectos de confort y apariencia física de las instalaciones, disponibilidad de equipamientos, la empatía de los profesionales, la información (cantidad y calidad) que reciben de los profesionales, las posibilidades de elección, la capacidad de respuesta de los profesionales y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. En este estudio, al analizar las expectativas de una asisten-

cia sanitaria que el paciente consideraría ideal, jerarquizamos la importancia relativa atribuida a cada uno de estos aspectos y encontramos que los más importantes eran, por este orden: la atención que brindaban los profesionales, que éstos les demostraran a los pacientes un claro interés por resolver sus problemas, ofrecieran un trato personalizado y, además, que los pacientes perciban que la competencia profesional del personal sanitario es alta.

Actualmente, trabajando en colaboración con la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana hemos avanzado en este conocimiento y hemos podido identificar algunos aspectos de la atención al paciente que inciden de forma especialmente significativa a la hora de discriminar entre pacientes satisfechos e insatisfechos. Recientemente, por ejemplo, hemos comprobado que el consentimiento informado multiplica por tres la probabilidad de que un paciente se declare satisfecho o que, en Atención Primaria, que le atienda siempre el mismo facultativo multiplica esa probabilidad por dos. Este tipo de estudios nos ayudan a identificar con mayor claridad dónde debe realizarse el esfuerzo y cómo ser más eficaz para mejorar la atención al paciente.

Medida de la satisfacción del paciente

Sitzia⁴² y Barrasa y Aibar⁴³, en el ámbito de la literatura inglesa y española, respectivamente, han realizado una exhaustiva revisión de cuestiones metodológicas de los estudios sobre satisfacción del paciente.

De sus conclusiones podemos concluir que la gran mayoría de los estudios están basados en una metodología cuantitativa si bien, sobre todo en los últimos años, la metodología cua-

litativa ha ganado terreno. Más de la mitad (en torno al 60% de los trabajos) o bien presentan algún cuestionario o bien emplean alguno existente y sólo un 3% de los estudios revisados tiene una clara orientación a la intervención. Esta comparación entre ambas revisiones de la literatura especializada, pone de relieve un hecho curioso y positivo para España: un mayor porcentaje de estudios españoles realizados en Atención Primaria (48,4%) superando claramente a los publicados en lengua inglesa (13%).

En cuanto a la calidad intrínseca de los estudios que se realizan, tomando en cuenta los datos que se aportan, parece que es susceptible de algunas mejoras. Es frecuente que los estudios publicados obvien (más de la mitad de los casos) presentar datos sobre la validez de los instrumentos de medida utilizados. La publicación de datos sobre validez de criterio, de constructo o de la fiabilidad de las escalas utilizadas son informaciones muy poco frecuentes, mientras que el Alpha de Cronbach es la medida de la consistencia interna más habitual.

En la serie de estudios que se han publicado sobre resultados de la medida de la satisfacción del paciente⁴⁴ se coincide al señalar que las personas mayores están más satisfechos con la atención sanitaria recibida que los jóvenes, que las personas con ingresos económicos medios y superiores muestran niveles mayores de satisfacción; y que, aún con cierta controversia, las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención médica que reciben, mostrándose sobre todo más satisfechas que los hombres con las características de entorno de los centros.

Medida de la satisfacción en España

En 1985 se publicaron en España dos completos estudios sobre la sa-

tisfacción de los pacientes del INSALUD⁴⁵ y del SAS⁴⁶. En el primer caso se presentaron los resultados de 889 encuestas con 12 preguntas realizadas a pacientes mayores de 14 años. En el segundo se realizaron, durante 28 días consecutivos, un total de 1600 entrevistas en las ocho provincias andaluzas. En ambos casos, aunque con algunos matices, la satisfacción de los pacientes fue alta, siendo la atención de los profesionales el aspecto mejor valorado y la información médica, las esperas y la hostelería los menos valorados.

Con una metodología diferente, Maderuelo et al⁴⁷, analizó también las causas de insatisfacción de los ciudadanos con el Sistema Sanitario. En este estudio se destacaron en 1995 como pegos fundamentales: las listas de espera, la lentitud en la realización de pruebas diagnósticas, la masificación de las consultas, la escasa coordinación entre niveles, una deficiente infraestructura sanitaria en el ámbito rural, la ineficacia para resolver las reclamaciones de los pacientes, las carencias de especialistas en algunos centros e insuficiente información.

Estos resultados coinciden, en esencia, con los datos de un estudio, realizado en 2001, con la intención de conocer directamente de los pacientes buenas y malas experiencias cuando fueron atendidos en hospitales y centros de salud del sistema público⁴⁸. Los resultados indicaron que trato, confort, capacidad de respuesta y profesionalidad constituyen las fuentes de satisfacción más citadas y origen de experiencias positivas en los distintos dispositivos asistenciales; mientras que, condiciones de confort, capacidad de respuesta, accesibilidad y problemas de índole organizativa fueron el origen de experiencias negativas.

En España, Osakidetza en el País Vasco, SAS en Andalucía (que publi-

ca los datos de todos sus hospitales en Internet) y la Conselleria de Sanidad en la Comunidad Valenciana, vienen realizando, desde hace varios años, un análisis sistemático de la satisfacción de los pacientes atendidos recurriendo a diversos modelos de encuestas (paciente hospitalizado, quirúrgico, obstétrico, Atención Primaria, etc.) y cuyos resultados, orientados a la mejora de la atención al paciente, permiten comparaciones entre centros. En esta revisión sobre la satisfacción de los pacientes españoles tienen un lugar destacado los datos que aporta el Barómetro Sanitario desde 1997. Los resultados de este estudio a nivel nacional ponen de relieve que casi la mitad de los españoles son de la opinión de que el Sistema Sanitario precisa de reformas estructurales. Sistemáticamente, los resultados del barómetro, indican como aspectos más positivos: cercanía (accesibilidad), trato y confianza en el médico en el caso de la Atención Primaria pública, y atenciones, trato y cuidados del personal de enfermería y médico, medios técnicos y número de especialidades a las que se accede en los hospitales. También señala otros menos positivos, destacando los trámites para acceder al especialista, en el caso de la Atención Primaria, y demoras y confort en Especializada.

Si hacemos un balance de todos estos datos podemos decir que entre un 70 y un 80% de los pacientes están satisfechos con las atenciones recibidas en el sistema público de salud, que entre un 17 y un 27% se muestran más o menos indiferentes, pero no insatisfechos, y que hasta un 7% se llegan a declarar descontentos. Los pacientes valoran, sobre todo, la competencia profesional y el trato que reciben. Esta satisfacción se disipa en el tiempo tras el alta y, en el plazo de un año,

se ve reducida, en casos más extremos, hasta en un 24%.

En la serie de estudios que venimos realizando conjuntamente con la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente (Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana) hemos avanzado en nuestro conocimiento sobre si cuando determinadas "buenas prácticas" en la atención al paciente (por ejemplo las recogidas en la LAP) ocurren en la práctica, el paciente entonces sí se declara satisfecho. En este estudio, llevado a cabo en hospitales de la Comunidad Valenciana llegamos a la conclusión de que en todos los casos estas buenas prácticas se asociaban directa y significativamente con la satisfacción del paciente, lo que confirma la importancia de protocolizar no sólo los aspectos técnicos de la atención sanitaria sino también el conjunto de actividades de atención al paciente (información, plazos de atención, consentimiento, respeto intimidad, etc.). Ahora bien, este estudio, en el que se aportaba una medida adicional de la sensibilidad (entendida como pacientes que son objeto de buena práctica y que se declaran satisfechos) y especificidad (pacientes que no son objeto de buena práctica y se manifiestan insatisfechos) de estas buenas prácticas, también nos ha ayudado a poner de relieve algunas cuestiones que entendemos relevantes. Así por ejemplo, la ausencia de un proceso de acogida al hospital apropiado incrementa de forma muy notable la probabilidad de que el paciente se declare insatisfecho; o que cuando no se facilita alivio para el dolor no necesariamente el paciente se declara insatisfecho.

Perspectiva de futuro

Una de las críticas que deben superar los estudios sobre la satisfacción del paciente es que deben tener

una orientación más práctica y, sin duda alguna, aunque son necesarios los estudios centrados en cuestiones de carácter metodológico, debemos contar también con trabajos eminentemente aplicados que nos ayuden a mejorar nuestra práctica diaria. Esta medida, como sucede con cualquier otro indicador, debe ponerse al servicio de la calidad asistencial, de los clínicos y gestores con el propósito de detectar áreas de mejora. Este es el sentido de la medida y esta debe ser su finalidad.

En los últimos años, se ha desarrollado una idea conceptualmente derivada del concepto de satisfacción del paciente: la de una atención centrada en el paciente⁴⁹⁻⁵¹. Este concepto tiene en su origen, por un lado, aprovechar el conocimiento sobre el paciente (expectativas, preferencias y percepciones de la atención) para mejorar los procesos asistenciales y, segundo, relanzar el respeto a los valores, creencias y, en definitiva, a la persona⁵² como tal es una de las aplicaciones más prácticas y que, sin duda, veremos desarrollarse aún más en los próximos años.

La "atención sanitaria centrada en el paciente" parte de la idea de que no sólo hay que respetar los derechos del paciente como persona y como enfermo, sino que también es necesario permitirle participar en el proceso asistencial y organizar la atención tomando en cuenta sus necesidades, expectativas y preferencias. Este es probablemente uno de los retos más importantes y que, paulatinamente, debe servir también al propósito de que el paciente participe más activamente en la toma de decisiones y, por tanto, asuma la corresponsabilidad en el cuidado de su salud.

En la literatura es frecuente observar hoy día estudios basados en ensayos clínicos que incluyen alguna medida de satisfacción del pa-

ciente. En los próximos años cabe esperar que este tipo de medidas se generalicen en la práctica clínica diaria a fin de ofrecer una mejor atención a los pacientes. Esto debe llevar parejo una mayor sofisticación a la hora de elaborar las preguntas, identificando aquellas cuestiones de los procesos asistenciales sobre los que interese a los clínicos incidir. También cabe esperar que las asociaciones ciudadanas y de pacientes tengan un papel más activo y que lleven a la práctica evaluaciones de estas características entre sus asociados. Por último, como ya ha sucedido en el caso andaluz, es probable que las políticas de difusión de resultados que se están iniciando actualmente, incluyan entre la información que se difunde, datos de resultados de estas evaluaciones.

Como señala Albert Jovell⁵³ los sistemas sanitarios se enfrentan en la actualidad a un cambio sin precedentes ya que éste se está produciendo de una forma muy rápida. Los pacientes y sus preferencias, expectativas y demandas han evolucionado y lo están haciendo cada vez más de forma que supera en ocasiones a la capacidad de reacción de profesionales e instituciones. Generar expectativas realistas es un compromiso que deben asumir políticos, gestores y profesionales como también es un compromiso en el que deben sentirse involucradas las asociaciones ciudadanas y de pacientes. Los estudios sobre la satisfacción del paciente deben servirnos para conocer cómo es vivida la atención sanitaria por sus destinatarios finales y debe permitirnos combinar de forma sabia el "saber", el "saber

hacer" y el "saber estar" que constituyen, desde hace miles de años, la esencia del quehacer de los profesionales sanitarios, en definitiva, del arte de la atención. ■

Agradecimientos

La mayoría de los comentarios incluidos aquí son fruto de las horas de trabajo conjunto con Virtudes Pérez-Jover, Olga Tomás, Jesús Aranz, Susana Lorenzo, Julián Vitaller, José Antonio Buil y Jesús Rodríguez Marín.

Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación titulado: ¿Repercuten las nuevas tecnologías en la relación médico-paciente? Fondo de Investigaciones Sanitarias (referencia 03/0369). Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad.

Bibliografía

1. When I'm 64: Health Choices [editorial]. *Health Expectations*. 2004;7:95-97.
2. Jadad A, Rizzo C, Enkin M. I am a good patient believe it or not. *BMJ* 2003;326:1293-1294.
3. Mira JJ. ¿Deben compartir los riesgos de la toma de decisiones los pacientes? En: Aranz J, Vitaller J (eds.) De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. EVES 2004.
4. Eysenbach G, Diepgen TL. Patients looking for information on the Internet and seeking teleadvice: motivation, expectations, and misconceptions as expressed in e-mails sent to physicians. *Arch Dermatol* 1999;135:151-156.
5. Fowles JB, Kind EA, Braun BL, Knutson DJ. Consumers responses to health plan report cards in two markets. *Med Care* 2000;38:469-481.
6. O'Malley S. Report Cards: How relevant are they for patients? *The Quality Letter for Healthcare Leaders* 1997;9:12-15.
7. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral Med* 1998;24, 81-88.
8. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy: Decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 1989;4:23-30.
9. Liu G, Franssen E, Fitch M, Warner E. Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy. *J Clin Oncol* 1997;15:110-115.
10. Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Rodríguez-Marín J. Cómo llevar a la práctica la Declaración de Derechos del Paciente de Barcelona. Recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como persona. Aceptado para su publicación en *Calidad Asistencial*.
11. Coulter A, Magee H. The european patient of the future. McGraw Hill Education. Open University Press 2003.
12. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. 1991;32:175-181.
13. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Orday L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. *Health Psychol* 1993;12: 93-102.
14. Siminoff LA, Ravidin S, Colabianchi N, Sturm ChS. Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expectations* 2000;3:26-36.
15. European Charter of Patients' Rights. Active Citizenship Network. Rome. Italy (www.cittadinanzattiva.it).
16. Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes, Fundación Biblioteca Josep Laporte, Barcelona 2003.
17. 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 fecha 15/11/2002.
18. Delgado MT, Simón P, Sanz B. Ley de autonomía del paciente. *Atención Primaria* 2003;32:265-267.
19. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Rev* 1994;19:49-55.
20. Jun M, Peterson RT, Zsdisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Rev* 1998;23:81-96.
21. Sánchez-Caro J. La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas. *Rev Adm Sanit* 2003;1:189-202.
22. García 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;78:469-479.
23. Antequera JM. Una nueva era en la sanidad...el ciudadano sanitario. *Rev Adm Sanit* 2003;1:161-163.
24. Kassirer JP. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Eng J Med* 1994;330: 1895-1896.
25. Mukamel DB, Mushilin AI. Quality of care information makes a difference. *Med Care* 1998;36:945-954.

26. Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc)* 2001;116(3):104-110.
27. Koos, E. *The Health of Regionville*. New York: Columbia University Press, 1954.
28. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44:166-206.
29. Hall J, Doman M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988;27:935-939.
30. Hall JA, Doman MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27:637-644.
31. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982;16:583-589.
32. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual Model of Service quality and its implications for future research. *J Marketing* 1985;49:41-50.
33. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre Satisfacción y Calidad Percibida. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:36-42.
34. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Research* 1980;42:460-469.
35. Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev* 1993; 50:219-248.
36. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.
37. Oliver RL. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in Services Marketing and Management* 1993;2:65-85.
38. Kano N. A Perspective on Quality Activities in American Firms. *California Management Rev* 1993;35:12-31.
39. Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J. No estar satisfecho no equivale a estar insatisfecho. Aceptado para publicación en *Revista Clínica Española*.
40. 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:12-18.
41. Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Revista de Calidad Asistencial* 1999;14:165-178.
42. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999;11(4):319-328.
43. Barrasa JL, Aibar C. ¿Se utiliza la satisfacción de los pacientes para mejorar el sistema nacional de salud español? Una revisión sistemática. *Rev Calidad Asistencial*, 2003;18:414-424.
44. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (Supl 3):26-33.
45. INSALUD. Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud (encuesta de posthospitalización). INSALUD. Madrid 1985.
46. Rodríguez C. Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Sevilla 1985.
47. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con el sistema sanitario. Un estudio Delphi. *Aten Primaria* 1996;31:348-352.
48. 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 Calidad Asistencial*, 2002; 17, 273-283.
49. Goldberg MC. A new imperative for listening to patients. *JANO* 1994;24: 11-12.
50. Reisdorfer JT. Building a patient-focused care unit. *Nursing Manage* 1996;27:38-44.
51. Mira JJ. La gestión de la calidad orientada hacia el cliente. En: Aranaz J, Vitaller J (eds.) *La Calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. IVESP, Generalitat Valenciana. Valencia 1999.
52. Jovell A. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)* 1999;113:173-175.
53. Jovell A. El paciente "impaciente" ¿gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *El Médico* 2003;25-IV:66-72.

