

Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 2000;114 (Supl 3):26-33

## **La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria**

José Joaquín Mira, Jesús Aranz

Universidad Miguel Hernández

Este trabajo ha sido financiado parcialmente por una beca del FIS referencia 97/1091

Palabras clave: satisfacción del paciente, relación médico-paciente, evaluación de resultados

Key words: patient satisfaction; physician-patient relationship; health outcomes.

**Resumen:** En los últimos años se ha producido un cambio importante en las relaciones médico-paciente. Uno de sus efectos es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide hoy en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado. En la literatura es más fácil encontrar estudios sobre la satisfacción del paciente con las condiciones de hospitalización o sobre la organización de las urgencias y las consultas, que sobre los resultados de las intervenciones médicas. Sin embargo, es esta última información la más relevante para el clínico. El concepto de "cuidados centrados en el paciente" obedece a este nuevo planteamiento que se basa en: reconocer el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente. En este trabajo se revisa el concepto de satisfacción del paciente como medida del resultado de la actividad asistencial, analizando teorías, instrumentos, cuestiones metodológicas e implicaciones de esta medida en la evaluación y mejora de la actividad clínica.

**Abstract:** In the last years an important change has taken place in the doctor-patient relationships. One of their effects is that today the result of the healthcare is measured in terms of effectiveness, efficiency, patient's perception of pain or autonomy, physical and mental well-being and, also, in terms of satisfaction with the achieved outcome. In the literature it is easier to find studies on patient satisfaction with the conditions of hospitalization, emergencies, or consultations. In turn, it is not

usual to find studies on patient satisfaction with medical outcomes. However, this last information is the most salient for clinical use. The concept of "patient-focused-care" obeys to this new position that is based on: to recognize the active paper of the patients in the taking of decisions about its health and in the idea that the clinical decisions should include the patient's perspective. In this paper the concept of the patient's satisfaction is reviewed as a health outcome. The theories, instruments, methodological questions and implications of this measure are analysed in order to assess and to improve provided health care.

## **Introducción**

Históricamente la calidad de la relación médico-paciente ha sido considerada como un elemento muy influyente en el resultado de la atención sanitaria. En los últimos años hemos asistido a un cambio importante en las relaciones médico-paciente consecuencia del enfoque de la sociedad hacia los consumidores. El efecto inmediato de ello es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide hoy día en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado.

Aunque es indudable que el producto sanitario y la misión del clínico siguen siendo los mismos, el diseño de los procesos asistenciales ha cambiado sustancialmente cuando los clínicos han empezado a preocuparse por satisfacer no solo las necesidades de sus pacientes sino también sus expectativas. Los pacientes han pasado a ser considerados como co-productores de los cuidados de salud y, como tales, han adoptado un rol diferente, considerándose ahora necesario contar con su opinión y promover en ellos decisiones responsables sobre su salud<sup>1</sup>. La opinión del paciente, como consecuencia de todos estos cambios, ha pasado a ser vista como un resultado de la asistencia sanitaria que merece la pena escuchar para incrementar la calidad de la prestación sanitaria y para mejorar los tratamientos que venimos aplicando.

El concepto de "cuidados centrados en el paciente"<sup>2</sup> obedece a este nuevo planteamiento que parte precisamente de la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente y llama la atención sobre el papel activo en la toma de decisiones sobre su salud que los pacientes paulatinamente van adquiriendo. El "arte de la atención médica" se basa precisamente en el saber hacer del médico para superar la barrera que representa la asimetría de la información con el paciente. Por lo que la tradicional relación de agencia que se establece entre el médico y el paciente es compensada, parcialmente, cuando el clínico toma en cuenta las preferencias de sus pacientes. No en vano se ha señalado que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente<sup>3</sup>.

Ahora bien, los cambios sociales y tecnológicos acaecidos definen un espacio de relación diferente según la organización y prestaciones de los diferentes Sistemas de Salud. El rol del paciente no es el mismo en todos los casos y su participación en el Sistema Sanitario es muy variable. De acuerdo con Wensing y Grol<sup>4</sup> podríamos establecer que los canales por los que un paciente participa en la actualidad en el Sistema Sanitario, por ejemplo de nuestro país, consistirían en (Tabla 1): colaborar activamente durante la

consulta brindando al médico información fiable sobre su salud, participar en actividades de educación y promoción de la salud, co-responsabilización en la toma de decisiones sobre su salud y en el seguimiento del tratamiento, realizar un uso racional de los recursos sanitarios, aportar sus puntos de vista sobre el funcionamiento del sistema sanitario (su organización y prestaciones) y participar en la evaluación de los resultados que se alcanzan manifestando su satisfacción o insatisfacción con los mismos, tanto desde el punto de vista asistencial como desde otros puntos de vista.

Es sobre este último punto sobre el que se centra este trabajo de revisión en el que se abordará el concepto de la satisfacción del paciente desde la perspectiva de su utilidad como una medida de resultado de la actividad asistencial ("health outcome"). Este enfoque, menos común, resulta más relevante para el clínico y, por esta razón, se abordará la definición del concepto de satisfacción desde diferentes puntos de vista, los factores del paciente y del médico que más influyen en la satisfacción, se presentarán una serie de recomendaciones metodológicas para realizar estas medidas y algunos de los datos más significativos sobre lo que opinan los pacientes. El enfoque que se presenta se centra en los datos sobre resultados con las intervenciones médicas, dejando un tanto de lado otros datos sobre aspectos de cortesía en el trato, hostelería o restauración que, siendo importantes, no serán objeto de análisis en este caso.

Tabla 1. Estrategias de participación del paciente en la mejora del Sistema Sanitario

<b>Estrategia</b>	<b>premisa</b>	<b>Evidencias</b>	<b>Coste</b>	<b>Aceptabilidad</b>
Facilitando al clínico toda la información pertinente acerca de su proceso de enfermedad	Si los pacientes comunican sus necesidades y preferencias es más fácil para el clínico satisfacerlas	Incremento en la satisfacción del paciente.  No se perciben mejoras en el estado de salud.	Medio - alto	Alta
Participando en actividades de educación sanitaria	Pacientes informados cuidarán más de su salud, utilizarán mejor servicios sanitarios y los clínicos obtendrán mejores resultados	Incierta, difícil de evaluar	Alta	Alta -media
Realizando sugerencias y reclamaciones	Los pacientes desean expresar sus quejas acerca del Sistema Sanitario y contribuir a su mejora.  Esta información es de utilidad para los gestores.	Las quejas de los pacientes no siempre reflejan malas prácticas.  Esta información no suele suponer cambios en el diseño de los procesos asistenciales.	Bajo	Media - baja
Participando con el clínico en la adopción de la estrategia idónea.	Los pacientes desean participar en la toma de decisiones. Si lo hacen estarán más satisfechos y los resultados serán mejores  De esta forma se mejora la calidad y abaratan costes.	No hay evidencias de mejores resultados. No siempre los pacientes desean participar.  Aumento de la satisfacción y disminución de los costes.	Bajo - medio	Dudosa
Elección de médico, hospital, aseguradora, etc.	Los pacientes toman decisiones racionales y responsables sobre su salud, seleccionando la información adecuada.  De esta forma se mejora la calidad y abaratan costes.	Los pacientes no toman decisiones racionales y responsables que mejoren su salud.  Aumento de la satisfacción y disminución de los costes.	Alto	Muy baja
Manifestando su nivel de satisfacción	La opinión del paciente resulta de utilidad para mejorar los procesos	Habitualmente no se planifican mejoras en base a esta información.	Alto - Medio	Media - baja

Adaptado de Wensing y Grol<sup>4</sup>

## **La Satisfacción del paciente**

En la última década se ha producido un notable auge de estudios encaminados a promover en los ciudadanos que utilizan los servicios de salud, una sensación de agrado con los cuidados recibidos. A lo que se suma la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de utilización de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas<sup>5</sup>.

En la literatura es habitual encontrar estudios sobre la satisfacción del paciente con las condiciones de hospitalización o sobre la organización de las urgencias, las consultas, etc. Toda esta información tiene como objetivo identificar posibles áreas de mejora en los centros, pensando normalmente en la comodidad de los pacientes. Menos frecuente es hallar estudios sobre la satisfacción del paciente con los resultados asistenciales alcanzados o sobre el proceso terapéutico aplicado.

Los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente es, ante todo, "una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente", fueron Koos<sup>6</sup> y Donabedian<sup>7</sup>. Como tal medida de resultado ("health outcome") ha sido analizada desde diferentes perspectivas, observándose un paulatino cambio en su concepción.

La literatura sobre la satisfacción del paciente es hoy día extensa y ostensiblemente orientada a la práctica habiéndose descuidado, hasta hace relativamente bien poco, los aspectos conceptuales y metodológicos. Normalmente la mayoría de las publicaciones, como se ha señalado, se centran en valoraciones de carácter general de la asistencia prestada y en la evaluación de aspectos más tangenciales de la asistencia sanitaria que, aunque muy importantes, están habitualmente más centrados en lo que podríamos denominar "amenidades" (hostelería, restauración, trato en Admisión, etc.). Por contra los estudios sobre satisfacción del paciente con los resultados de salud alcanzados, o sobre cómo se ha desarrollado un proceso asistencial específico, son mucho menos frecuentes.

Pese a este hecho, asistimos en los últimos años a un creciente interés por medir la satisfacción del paciente, de tal modo que en los últimos 10 años el número de publicaciones aparecidas en revistas indexadas en el Medline sobre esta cuestión se ha multiplicado por 15 (figura 1). Este cambio cuantitativo se ha producido gracias a un cambio en el enfoque, de tal modo que estudios de marcado carácter clínico abordan también, entre otras medidas, la opinión del paciente con el tratamiento y el resultado alcanzados. De este modo, empieza a percibirse un cambio y cada vez es más fácil encontrar que los estudios sobre eficacia comparada de distintos tratamientos incluyan junto a las medidas de efectividad y eficiencia otras sobre la satisfacción del paciente con el resultado alcanzado.

A título de ejemplo se recogen en la tabla 2 una serie de estudios publicados este mismo año en revistas de diferentes especialidades que incluyen, entre sus diferentes medidas de resultado, la satisfacción del paciente con el tratamiento y el resultado alcanzado.

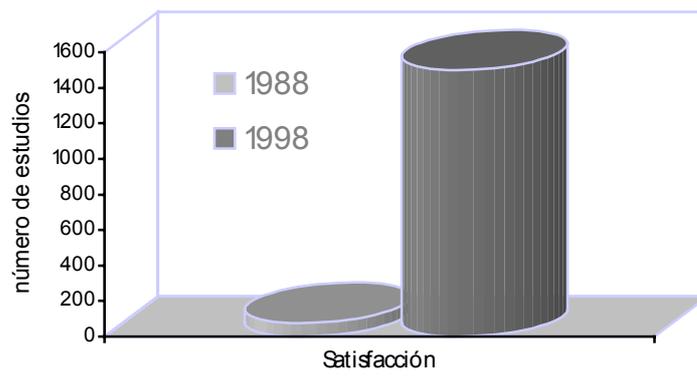


Tabla 2. Ejemplos de investigaciones de carácter clínico que consideran la satisfacción del paciente como una medida del resultado

Procedimiento/tratamiento aplicado	Proceso	Número de pacientes	Resultados*
Simpatectomía torácica endoscópica <sup>8</sup>	Hiperhidrosis primaria	71	Hiperhidrosis compensatoria en el 64%. Neumotorax en el 17.5%. Con este procedimiento el número de insatisfechos se reduce del 27'3% al 6'4%. 90% de los pacientes aceptarían una nueva intervención.
Profilaxis antiemética <sup>9</sup>	Cirugía ambulatoria	575	Hallan un 97% de satisfechos en grupo experimental frente a un 93% de satisfechos en grupo control. Sin embargo, no hallan diferencias en náusea y vómito postoperatorio entre el grupo con profilaxis antiemética y tratamiento sintomático de las complicaciones.
Anestesia epidural <sup>10</sup>	Parto	42	Dosis de 10 microg de sufentanil intratecal y 2'5 mg de bupivacaína obtienen una menor incidencia de hipotensión y sedación. Incremento en la satisfacción de la mujer con este último tratamiento.
Dosis de morfina de 25-200 microg. <sup>11</sup>	Cesárea	40	Recomiendan el uso de analgésicos junto a pequeñas dosis de morfina como tratamiento coste-efectivo que no afecta negativamente a la satisfacción de las mujeres.
Técnica LASIK comparada con PRK <sup>12</sup>	Miopía	26	Al año de la intervención LASIK y PRK son igualmente efectivos. Sin embargo, un 79'2% satisfechos con LASIK dado que la recuperación es más rápida.
Reconstrucción del tracto urinario bajo <sup>13</sup>	Cistectomía radical	8	7 de 8 pacientes mantuvieron continencia diurna y nocturna. Incremento notable en la satisfacción de las mujeres sometidas a tratamiento
Lidocaina intravesical <sup>14</sup>	Cirugía transuretral	94	Mayor reducción de dolor (p<0.03). Menor coste por paciente. Mayor satisfacción

			coste por paciente. Mayor satisfacción.
Reconstrucción mama <sup>15</sup>	Cáncer de mama	42	17% infección abdominal. Todos los pacientes reanudaron su actividad diaria. Alta satisfacción con los resultados de la técnica.

No obstante, pese a estos cambios parece que una parte considerable de los clínicos siguen percibiendo estas evaluaciones con cierto recelo y temor. Este hecho probablemente sea debido a que estas evaluaciones se consideran como una amenaza a su capacidad de decisión y por la confusión que se produce al considerar que los pacientes están evaluando la calidad técnica de la que son objeto cuando, en realidad, solo valoran los aspectos funcionales y corporativos. Por ello, no es de extrañar que evaluaciones similares sean recibidas mucho mejor entre los profesionales que trabajan en entornos de mercado competitivo<sup>16</sup> donde estas medidas adquieren un significado diferente.

Por último, no debemos olvidar los estudios de marcado acento crítico hacia este tipo de evaluaciones, cuestionando su solidez teórica, los contenidos de muchos de los instrumentos y, especialmente, el rigor metodológico con que se han realizado muchas de las evaluaciones<sup>17 18 19</sup>. Más aún, otra pega que fundamentalmente se le ha achacado a este tipo de evaluaciones es que, salvo excepciones, no han servido para introducir mejoras en los procesos asistenciales. No es de extrañar, por tanto, que todas razones hayan contribuido a dificultar la difusión de este tipo de medidas.

### ***Qué entendemos por Satisfacción del Paciente***

La satisfacción del paciente está considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica y, aunque intuitivamente el concepto es entendido por todos, no siempre existe acuerdo ni en lo que significa empíricamente ni en el significado de estas evaluaciones<sup>17</sup>.

Inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico. Sin embargo, rápidamente se extendió la idea de que se trataba de un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones de la satisfacción.

Por ejemplo, Hulka<sup>20</sup> citó la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos. Ware<sup>21</sup> prefirió hablar de accesibilidad/conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultado de los cuidados; financiación y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional; y ambiente favorecedor de los cuidados. Por su parte, Wolf<sup>22</sup> consideró tres dimensiones: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); afectiva (interés y comprensión que demuestra); y comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del médico).

Para Feletti, Firman y Sanson-Fisher<sup>23</sup> serían 10 las dimensiones: competencia en el dominio físico, competencia en el dominio emocional, competencia en relaciones sociales, médico como modelo, cantidad de tiempo de consulta, continuidad de cuidados percibida, mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, percepción del paciente de su individualidad, tipo y calidad de la información, y competencia en el examen físico del paciente. Estos tres autores llegaron empíricamente a la conclusión de que las dimensiones más importantes son: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes

profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo).

En un clásico estudio realizado mediante meta-análisis, Hall y Dornan<sup>24 25</sup> revisaron 221 estudios llegando a la conclusión de que la mayoría de los trabajos publicados hasta esa fecha tomaban como referencia una consulta médica (52%), se realizaban más en Atención Primaria (42%), contenían una media de 25 preguntas, habitualmente de elaboración propia (71%), y sugerían que un 81% de los encuestados se hallaban satisfechos. Las dimensiones que se evaluaban habitualmente eran: Humanización de la asistencia (65%), Información facilitada (50%), Calidad de la atención en su conjunto (45%), Satisfacción en general (44%), Competencia técnica (43%), Procedimiento burocrático (28%), Accesibilidad o disponibilidad (27%), Costo del cuidado (18%), Facilidades de tipo físico (16%), Continuidad del cuidado (6%), Resultado del cuidado (4%), y Manejo de los problemas no médicos (3%).

Desde otra perspectiva se ha intentado conceptualizar la satisfacción intentando explicar cómo realizan este tipo de evaluaciones los pacientes. Linder-Pelz<sup>26 27</sup> revisó las principales teorías socio-psicológicas sobre satisfacción del consumidor para concluir que se trata de "una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud". Esta autora recurriría a la teoría de la "desconfirmación de expectativas"<sup>28</sup> como referente teórico para explicar cómo se produce la satisfacción, llegando a la conclusión de que la expectativa que el paciente posea sobre los cuidados, personal o centro que le atiende es un elemento fundamental. Conforme a este paradigma de la "desconfirmación de expectativas" se entiende que 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).

Según este modelo, la satisfacción aparece como resultado de la confirmación de las expectativas o de la desconfirmación positiva de las mismas, afirmándose que la satisfacción será mayor cuando la expectativa sobre los cuidados a recibir se vea superada por lo que ocurra; mientras que la insatisfacción se producirá cuando los cuidados y atenciones queden por debajo de las expectativas.

En resumen, la satisfacción es un concepto multidimensional<sup>29</sup> cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, consulta crónicos, urgencias, etc.), más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que conceptualmente puede explicarse merced a la desconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave.

### **Qué influye en la Satisfacción del paciente**

Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y se ha considerado la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. Del mismo modo, se ha considerado que la insatisfacción se relaciona con el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias<sup>30</sup>.

Combinando diferentes fuentes se ha argumentado que la decisión de un paciente de acudir a una consulta médica vendría condicionada por: la necesidad o urgencia de curarse que experimenta (mayor en procesos agudos, incapacitantes o dolorosos), la calidad profesional y humana que el paciente atribuye al médico (que podría estar basada únicamente en el comentario de otros pacientes), la presión de sus familiares para que busque ayuda médica o para que acuda a esa consulta en concreto, la percepción de control que tiene el paciente y que hace que piense que puede ir (conoce teléfono de contacto, puede pagar la consulta, etc.), el balance de costes y beneficios que intuye pueden producirse al acudir a la consulta y, finalmente, el nivel de satisfacción cuando se trata de un paciente que ya conoce a ese médico.

Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario, a cómo se organiza el sistema sanitario y se proveen las atenciones médicas y a diferencias entre los proveedores. En tal sentido, se ha sugerido que, al menos en el caso de la atención que prestan los médicos de cabecera, más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción estriba en factores del propio paciente y el restante 10% en factores del médico<sup>31</sup>.

### **Características del paciente**

Los resultados cuando se ha intentado analizar si la edad, el nivel educativo o los ingresos económicos del paciente condicionan su nivel de satisfacción han sido contradictorios<sup>32</sup>. Existe una ligera tendencia a encontrar una mayor satisfacción en pacientes de edad, y en personas de ingresos económicos medios y superiores, sin embargo resulta necesario ahondar más en estos aspectos.

En cambio, en lo que parece existir acuerdo es en que las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención médica que reciben, mostrándose sobre todo satisfechas con las características de entorno de los centros.

La influencia de esta última variable, más centrada en las condiciones de hostelería y de restauración de los centros hospitalarios, merece una mayor atención por parte de los investigadores a fin de determinar hasta qué punto influye en la valoración final del resultado de las intervenciones médicas.

En cuanto al propio estado de salud del paciente aunque la mayoría de los resultados de las investigaciones ponen el acento en que la percepción del paciente de su estatus de salud afecta directamente a su nivel de satisfacción<sup>17</sup>, hay otros estudios que no han hallado esa relación con tanta claridad<sup>31 33</sup>. De esta forma, se ha argumentado tanto que los pacientes

crónicos podrían mostrarse insatisfechos con los cuidados recibidos dada su situación clínica como, también, que por sus particulares condiciones podrían apreciar mejor los cuidados que se le prestan<sup>34</sup>. Lo que si parece suceder es que el nivel de satisfacción que relata el paciente se debe más a su estado de salud tras el tratamiento que a la mejoría que haya logrado con el mismo<sup>35</sup>, y que la satisfacción previa del paciente es un buen predictor del nivel de calidad de vida que el paciente alcanza tras el tratamiento<sup>36</sup>.

Este dato es crucial ya que se ha comprobado que las decisiones del paciente de dónde acudir para recibir tratamiento médico (en aquellos casos donde cabe la posibilidad de elección) viene condicionada, fundamentalmente, por el nivel de satisfacción de otros pacientes<sup>37</sup>. De este modo, se ha estimado en menos del 25% el porcentaje de pacientes que a la hora de elegir una compañía sanitaria para tener cobertura sanitaria basan su decisión en la información que sobre los resultados asistenciales logra esa compañía. Más aún, una amplia mayoría de los clientes de estas compañías aseguradoras afirman que tienen grandes dificultades para entender toda la información médica que se les brinda, sobre todo porque esta información aparece desestructurada y el paciente no logra estructurarla.

Los denominados "Report cards"<sup>38</sup> con los que algunas compañías aseguradoras intentan capacitar a sus pacientes para que adopten decisiones responsables y elijan dónde buscar ayuda médica están resultando controvertidos. Por un lado, parece que contribuyen a mejorar la asistencia sanitaria estimulando a los profesionales. Por otro, no está del todo aclarado si la información que contienen es asequible para los potenciales pacientes.

En la literatura especializada, se ha señalado, repetidas veces, que conforme aumenta la información se incrementa la dificultad de comprensión de la misma. Tanto es así, que un 12% de los consumidores de pólizas de seguros sanitarias afirman que en su decisión solo se fijaron en uno de los datos obviando el resto<sup>38</sup>. En una proporción importante, este dato suele ser o el nivel de satisfacción que relatan otros pacientes, o bien que esa compañía haya obtenido alguna certificación o acreditación de calidad por un organismo independiente. Las medidas de satisfacción del paciente que se han extendido en numerosos estudios del ámbito anglosajón responden, en parte, a este nuevo enfoque a la hora de organizar y diseñar los procesos asistenciales que venimos comentando.

### **Características de los proveedores**

La confianza que inspira el médico que atiende al paciente es un buen indicador de su grado de satisfacción. La satisfacción del paciente se ha sugerido que varía en función de ciertas condiciones de la interacción médico-paciente, como por ejemplo: duración de la consulta, proporción del tiempo de consulta en el que es el profesional quien toma la palabra, actividad del médico durante la consulta, habilidades de comunicación, variedad y número de las preguntas que formula y comentar durante la consulta aspectos de índole no clínica.

La forma de llevar a cabo la entrevista clínica aparece relacionada con la satisfacción y con un adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. Aquellas entrevistas que permiten expresarse al paciente con libertad, en las que se transmite suficiente información y en las que los pacientes se sienten suficientemente cómodos como para preguntar al médico todas sus dudas o temores, incluso interrumpiendo al médico cuando explica algo que no entienden, se asocian a un nivel de satisfacción y cumplimiento de prescripciones más alto<sup>39</sup>. En ambientes hospitalarios se han encontrado resultados similares, relacionando el grado de ayuda, comprensión y accesibilidad de los profesionales con la satisfacción<sup>40</sup>. Otras características que deben considerarse son la propia satisfacción del profesional con su nivel y condiciones de trabajo y los estilos de práctica del médico<sup>41</sup>.

Así, se ha relacionado, en el ámbito de la Atención Primaria fundamentalmente, el estilo de práctica del médico con el nivel de satisfacción de sus pacientes<sup>42</sup>, en el sentido de que los médicos que ponen en práctica estilos de comunicación más próximos hacia el paciente, no enjuician su comportamiento, le ofrecen mayor cantidad de información y adoptan una postura menos dominante suelen ser más valorados por sus pacientes.

Conforme al modelo conceptual de Swartz y Brown<sup>43</sup> para evaluar la calidad de los servicios médicos cabría analizar si los profesionales son capaces de intuir lo que sus pacientes desean obtener y su nivel de satisfacción con la asistencia recibida. Cuando se han analizado estas relaciones se ha señalado repetidas veces que pacientes y médicos no siempre coinciden en sus puntos de vista y que los médicos suelen ser más exigentes consigo mismos respecto de los resultados asistenciales a alcanzar de lo que la mayoría de los pacientes realmente esperan<sup>44</sup>.

### ***Cómo medir la Satisfacción del Paciente***

Aunque estamos más familiarizados con las encuestas de satisfacción del paciente ésta evaluación se puede realizar de muy diferentes formas<sup>16 45</sup>: buzón de sugerencias, o mediante el análisis de las reclamaciones; grupos focales, grupos nominales, u otras técnicas cualitativas; recurriendo a clientes "cebos" para identificar puntos conflictivos de la prestación; auditorías; o analizando las preferencias de los pacientes a la hora de elegir médico o centro sanitario.

En los últimos años se ha producido un incremento muy notable en el número de estudios que aplican técnicas de investigación cualitativa para analizar el punto de vista de los pacientes. Así, por ejemplo, se han realizado estudios de análogos para conocer el posible comportamiento de los pacientes ante diferentes decisiones<sup>46</sup>; analizado los factores que provocan insatisfacción en el paciente con la Atención Primaria de salud<sup>47</sup>; las opiniones de los pacientes sobre el trato y la competencia de los médicos<sup>48</sup>; se han determinado prioridades asistenciales<sup>49</sup>; se ha identificado la forma de hacer compatibles los procesos asistenciales con los deseos de los pacientes<sup>50</sup>; o analizado la relación entre expectativas del paciente y su satisfacción<sup>51</sup>. En la tabla 3 se recogen algunos de los motivos de queja más

frecuentes de los pacientes donde se calcula que algo más de un tercio de las quejas corresponden a problemas con el diagnóstico y el tratamiento<sup>52</sup>.

Tabla 3. Motivos de queja más frecuentes entre los pacientes

<b>Diagnóstico y tratamiento</b>	Problemas en el diagnóstico o en el tratamiento Resultados adversos o inesperados Competencia profesional juzgada insuficiente Demoras en Admisión o retrasos injustificados de las pruebas diagnósticas Altas prematuras Sensación de que no se progresa
<b>Comunicación médico-paciente</b>	Inadecuada información o ausencia de la misma Informaciones incongruentes por parte de varios profesionales No respetar la confidencialidad o intimidad del paciente
<b>Relación médico-paciente</b>	Falta de cortesía o trato rudo Percepción de maltrato por parte del paciente
<b>Accesibilidad y disponibilidad</b>	Dificultades de accesibilidad al médico Demoras o dificultades para obtener cita Cambios injustificados de cita No atender las llamadas del paciente No mantener la continuidad del cuidado

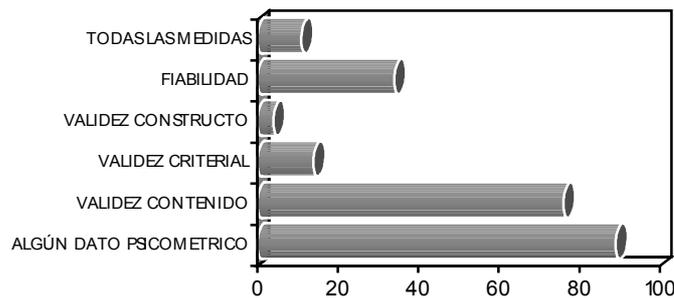
Adaptado de Pichert et al<sup>52</sup>.

No obstante, el método que sigue siendo más frecuente con diferencia son las encuestas de satisfacción. La mayoría de las encuestas se basan en una estructura de respuesta tipo Likert que permite ordenar los sujetos en base a sus respuestas a lo largo del continuo "favorable/desfavorable". Las encuestas de satisfacción presentan normalmente un formato multidimensional que incluye información sobre: empatía, tipo y cantidad de información que se le presta al paciente y familiares, competencia técnica del personal sanitario, facilidades de acceso, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la asistencia y otras cuestiones sobre confort de las instalaciones, complejidad burocrática del sistema y coste del tratamiento. En la práctica es posible hallar tanto modelos de encuestas con preguntas abiertas y generales ("¿cómo considera que ha sido tratado por el médico?"), como cuestionarios de preguntas estructuradas y ponderadas ("Cuando le explicó el médico lo que le ocurría: (a) lo comprendió

perfectamente (3 puntos); (b) lo entendió a medias (2 puntos); (c) no llegó a entenderlo del todo (1 punto).

La proliferación de este tipo de instrumentos ha sido duramente criticada ya que solo unos pocos se basan en algún modelo teórico u ofrecen datos sobre su consistencia interna, sensibilidad y capacidad para discriminar los pacientes satisfechos de los insatisfechos<sup>53</sup> (figura 2).

Figura 2. Porcentaje de estudios sobre Satisfacción del Paciente que ofrecen información sobre las propiedades psicométricas de los instrumentos que emplean (Adaptado de Sitzia<sup>53</sup>)



La mayoría de los estudios utilizan cuestionarios de tipo general, de menor utilidad cuando lo que se pretende es valorar la satisfacción del paciente con el resultado terapéutico alcanzado. Por esta razón, es posible encontrar estudios que utilizan únicamente aquellos ítems más directamente implicados en el tipo de evaluación que se desea realizar. Ejemplos de estos cuestionarios de carácter general son: Escala de Satisfacción con la Entrevista Médica<sup>22</sup> (Medical Interview Satisfaction Scale), Cuestionario de Hulka et al<sup>20</sup>, VSQ (Visit-Specific Satisfaction Questionnaire) de Ware y Hays<sup>54</sup>, el cuestionario PSQ (Patient Satisfaction Questionnaire) de Ware, el cuestionario de satisfacción con la atención primaria de Feletti, Firman y Sanson-Fisher<sup>55</sup>, PJHQ<sup>56</sup> (Patient Judgements of Hospital Quality), o la Encuesta de Experiencias del Paciente<sup>57</sup>.

Alternativamente, se han publicado estudios interesantes, especialmente en los cuatro últimos años, en los que se desarrollan instrumentos de medida de la satisfacción de carácter más específico, orientados a contextos o procesos de enfermedad concretos. Ejemplos de estos estudios podrían ser los siguientes: dirigidos a pacientes con hiperplasia prostática<sup>58</sup>, quimioterapia<sup>59</sup>, insuficiencia cardíaca<sup>60</sup>, reumáticos<sup>32</sup>, con pacientes a las que se haya practicado una mamografía<sup>61</sup>, con la atención continuada en primaria<sup>62</sup>, o con el consentimiento informado<sup>63</sup>. En general, puede afirmarse que la medida de la satisfacción, entendida como evaluación del resultado de la efectividad terapéutica por parte del paciente, comienza a ser práctica habitual en muchos estudios aunque la forma en que se realiza esta evaluación difiere entre una o dos preguntas directas sobre satisfacción experimentada por el paciente a cuestionarios más o menos complejos de

carácter multidimensional, siendo siempre recomendable atender a sus propiedades métricas antes de decidirse por cualquiera de ellos<sup>64</sup>.

Hoy día se utilizan tanto encuestas telefónicas como en soporte papel. No existe una clara recomendación a favor de un sistema u otro, aunque para realizar la fase de encuesta se recomienda, en ambos casos, que al menos hayan transcurrido 15 días desde el alta. Si que existe, en cambio, mayor acuerdo al afirmar que lo mejor es combinar en los cuestionarios preguntas de índole más general sobre percepciones de los pacientes acerca del tratamiento, proceso asistencial o resultado alcanzado, junto a otras cuestiones de carácter más específico que cuestionan si se le han realizado al paciente determinadas prácticas durante la consulta o la estancia hospitalaria, si se han adoptado las precauciones adecuadas o si el proceso sigue las pautas habitualmente consideradas de buena praxis<sup>65</sup>. Un ejemplo en nuestro país es el cuestionario SERVQCON desarrollado en el ámbito de las consultas externas hospitalarias a partir del SERVQHOS<sup>66</sup> diseñado con el objetivo de evaluar la calidad de la asistencia sanitaria desde la perspectiva del paciente.

### Problemas metodológicos

El diseño y validación de cuestionarios para estimar la satisfacción del paciente sigue una serie de recomendaciones más o menos estandarizadas: identificación de las dimensiones de la satisfacción; selección de ítems adecuados; determinar el método que se seguirá para cuantificar la valencia de cada dimensión; y análisis de fiabilidad y validez del instrumento. Sin embargo, estas recomendaciones no siempre se siguen por lo que en ocasiones las medidas de la satisfacción del paciente que se realizan adolecen de la sensibilidad, validez y fiabilidad.

Otros problemas metodológicos que son fáciles de hallar en muchos de los estudios publicados son: dificultades en la interpretación de los resultados debidos a una inadecuada redacción de las preguntas, habitualmente por recurrir con asiduidad a la jerga médica; la dificultad que supone conocer las expectativas de los pacientes; la insuficiencia de los tamaños muestrales con tasas de respuesta que solo excepcionalmente superan el 40%, lo que implica problemas de representatividad y dudas acerca de si son los pacientes más insatisfechos o más satisfechos quienes responden; momento inapropiado para realizar la evaluación (por ejemplo, inmediatamente después de salir de la consulta); utilizar un medio inadecuado para la población que se desea encuestar (por ejemplo el teléfono en el caso de población mayor); dudas sobre la reproducibilidad del estudio; escasa difusión de los resultados que se obtienen; o emplear estadísticos demasiado sensibles a distribuciones asimétricas.

No obstante, el principal inconveniente metodológico es que la mayoría de los instrumentos de evaluación que se utilizan parten de ideas y preferencias de los propios proveedores, obviando las preferencias o inquietudes de los pacientes lo que introduce importantes sesgos ya que no siempre los profesionales sanitarios son plenamente conscientes de cómo valoran y en qué se fijan los pacientes a la hora de valorar la asistencia sanitaria que reciben.

Por último, señalar de nuevo que en muy pocos casos los resultados de estas encuestas tienen su traducción en el rediseño de procesos que repercutan en una asistencia más acorde a las expectativas de los pacientes<sup>67</sup>.

## **Conclusiones**

Aunque autores de la talla de Donabedian hace ya muchos años que habían indicado el valor de la Satisfacción del Paciente como un indicador del resultado de la atención médica, no ha sido hasta hace unos pocos años cuando el interés de los clínicos por esta medida se ha despertado. Inicialmente el recelo hacia este tipo de evaluaciones constituyó una barrera para su implantación. Actualmente y por diversas razones se abre paso una nueva estrategia de organización y diseño de los procesos asistenciales que pone su énfasis en que dichos procesos deben diseñarse considerando tanto las necesidades como la satisfacción de las expectativas de los pacientes.

Si bien un buen número de investigaciones se han orientado hacia la medida de la satisfacción del paciente con preguntas acerca de aspectos genéricos de la asistencia sanitaria se observa, en los últimos años, un cambio importante y son ahora los clínicos quienes introducen la medida de la satisfacción del paciente como un índice que se suma a las medidas de efectividad y eficiencia para valorar si un tratamiento logra los resultados deseados. Pese a este cambio, los estudios sobre esta medida aparecen en forma dispersa sin que se haya sistematizado la investigación a este respecto.

La importancia que la medida de la satisfacción del paciente va adquiriendo es cada día más notoria. Los Report Cards son un claro ejemplo de esto. Aunque existen dudas muy razonables sobre la idoneidad de esta estrategia, lo cierto es que los pacientes que acceden a este tipo de información basan una parte importante de su decisión sobre dónde buscar ayuda médica, precisamente, en la información sobre el nivel de satisfacción de otros pacientes atendidos por esos médicos.

No obstante el interés que va adquiriendo este tipo de evaluaciones hay que destacar que existen aún dificultades metodológicas que deben ser subsanadas. Muchos estudios emplean cuestionarios o escalas no validadas, que no permiten su comparación con otros estudios y con un dudoso diseño que responde más a los intereses de los profesionales que a los de los pacientes. Probablemente la metodología más recomendable es la que combina técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa y el empleo de instrumentos que contengan elementos que facilitan la evaluación de las percepciones de los pacientes sobre la asistencia médica recibida junto a otras cuestiones de carácter más específico que preguntan sobre si determinados "hechos de buena praxis" han ocurrido.

El clínico interesado por esta medida no debe perder de vista que es recomendable explorar con mayor detalle las relaciones de la satisfacción con el estatus de salud alcanzado por el paciente tras un tratamiento, con el nivel de calidad de vida del paciente (tratado con detalle en otro trabajo

de este número), cómo es más conveniente pulsar la opinión del paciente y a qué responde realmente.

Agradecimientos: Los autores desean expresar su agradecimiento a la Dra Lorenzo y a los Drs Buil, Rodríguez-Marín y Vitaller por sus acertados comentarios que han contribuido notablemente a mejorar la versión final de este trabajo.

## referencias

- <sup>1</sup> Reiser SJ. The era of the patient: using the experience of illness in shaping the missions of health care. *JAMA* 1993;269:1012-1017.
- <sup>2</sup> Berwick DM. The total customer relationship in health care: broadening the bandwidth. *Journal on Quality Improvement* 1997;23:245-250.
- <sup>3</sup> Jovell A. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)* 1999;113:173-175.
- <sup>4</sup> Wensing M, Grol R. What can patients do to improve health care? *Health Expectations* 1998;1:37-49.
- <sup>5</sup> Roghmann K, Hengst A, Zastowny T. Satisfaction with medical care. *Med Care* 1979; 12: 461-477.
- <sup>6</sup> Koos E. The health of regionville. Hafner, New York: 1954.
- <sup>7</sup> Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart* 1966; 44: 166-202.
- <sup>8</sup> Erak S, Sieunarine K, Goodman M, Lawrence-Brown M, Bell R, Chandraratna H, Prendergast F. Endoscopic thoracic sympathectomy for primary palmar hyperhidrosis: intermediate term results. *Aust N Z J Surg* 1999;69:60-64.
- <sup>9</sup> Scuderi PE, James RL, Harris L, Mims G. Antiemetic prophylaxis does not improve outcomes after outpatient surgery when compared to symptomatic treatment. *Anesthesiology* 1999;90:360.371.
- <sup>10</sup> Sia AT, Chong JL, Chiu JW. Combination of intrathecal sufentanil 10 mug plus bupivacaine 2.5 mg for labor analgesia: is half the dose enough? *Anesth Analg* 1999;88:362-366.
- <sup>11</sup> Gerancher J, Floyd H, Eisenach J. Determination of an effective dose of intrathecal morphine for pain relief after cesarean delivery. *Anesth Analg* 1999;88:346-351.
- <sup>12</sup> El Danasoury MA, el Maghraby A, Hlyce S, Mehrez K. Comparison of photorefractive keratectomy with excimer laser in situ keratomileusis in correcting low myopia (from 2.00 to 5.50 diopters). A randomized study. *Ophthalmology* 1999;106:411-420.
- <sup>13</sup> Shimogaki H, Okada H, Fujisawa M, Arakawa S, Kawabata G, Kamidono S, Yamanaka N. Logn-term experience with orthotopic reconstruction of the lower urinary tract in women. *J Urol* 1999;161:573-577.
- <sup>14</sup> Jewett M, Valiquette L, Sampson H, Katz J, Fradet Y, Redelmeier D. Electromotive drug administration of lidocaine as an alternative anesthesia for transurethral surgery. *J Urol* 1999;161:482-485.

- <sup>15</sup> Hamdi M, Weiler E, Webster M. Deep inferior epigastric perforator flap in breast reconstruction: experience with the first 50 flaps. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:86-95.
- <sup>16</sup> Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review* 1997;22:74-89.
- <sup>17</sup> Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds) *Patient satisfaction in health and mental health services*. Evaluation and Program Planning 1983;6:185-210.
- <sup>18</sup> Mira JJ, Vitaller J, Aranz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 1992;4:89-116.
- <sup>19</sup> Ibern P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992;6:176-185.
- <sup>20</sup> Hulka B, Zyzanski S, Cassel J, Thompson S. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970; 8: 429-435.
- <sup>21</sup> Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975; 13: 669-682.
- <sup>22</sup> Wolf M, Putnam, James, Stiles. The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behaviour. *J Behav Med* 1978; 1: 391-401.
- <sup>23</sup> Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behav Med* 1986; 9: 389-399.
- <sup>24</sup> Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Scie Med* 1988; 27: 637-644.
- <sup>25</sup> Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Scie Med* 1988; 27: 935-939.
- <sup>26</sup> Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc Scie Med* 1982; 16: 583-589.
- <sup>27</sup> Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Scie Med* 1982; 16: 577-582.
- <sup>28</sup> Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Res* 1980;42:460-469.
- <sup>29</sup> Bowers MR, Swan JE, Kohler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. *Health Care Manage Review* 1994;4:49-55.
- <sup>30</sup> Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in Limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. *Quality in Health Care* 1999;8:16-21.
- <sup>31</sup> Sixma HJ, Spreeuwenberg P, van der Pasch M. Patient satisfaction with the general practitioner. *Medical Care* 1998;36:212-229.
- <sup>32</sup> Sixma HJ, Kerssens J, van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1998;1:82-95.
- <sup>33</sup> 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;11:201-207.

<sup>34</sup> Hall JA, Feldstein M, Fretwell MD, Rowe JW y Epstein AM. Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population. *Med Care*, 1990; 28: 261-270.

<sup>35</sup> Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care* 1997;35:714-730.

<sup>36</sup> Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11:233-240.

<sup>37</sup> Hibbard J, Jewett J. Will quality report cards help consumers? *Health Affairs* 1997;16:218-228.

<sup>38</sup> Hibbard J. Use of outcome data by purchasers and consumers: new strategies and new dilemmas. *International Journal for Quality in Health care* 1998;10:503-508.

<sup>39</sup> Rost K. The influence of patient participation on satisfaction and compliance. *Diabetes Educ* 1989; 15: 139-143.

<sup>40</sup> Bene-Kociemba A, Cotton P, Fortgang R. Assessing patient satisfaction with state hospital and aftercare services. *Am J Psych* 1982; 139: 660-662.

<sup>41</sup> Mira JJ, Llinás G, Gil V, Lorenzo S, Palazón I, Orozco D. Variabilidad en la atención a pacientes diabéticos e hipertensos en función de los estilos de práctica del médico. *Atención Primaria*, 1999;23 (2):73-81.

<sup>42</sup> Huygen FJA, Mookink HGA, Smits AJA, Van son JAJ, Meyboom WA, Van Eyk JThM. Relationship between the working styles of general practitioners and the health status of their patients. *British Journal of General Practice* 1992; 42: 141-144.

<sup>43</sup> Swartz T, Brown S. Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality. *J. Academy Marketing Sci* 1989; 17: 189-195.

<sup>44</sup> Wesing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci Med* 1994;38: 45-53.

<sup>45</sup> Tasa K, Baker R, Murray M. Using patient feedback for quality improvement. *Quality Management in Health Care* 1996;4:55-67.

<sup>46</sup> Sutherland HJ, Lockwood, Minkin, Tritchler, Till y Llewellyn-Thomas. Measuring satisfaction with health care: A comparison of single with paired rating strategies. *Soc. Sci. Med.*, 1989; 28: 53-58

<sup>47</sup> Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Atención Primaria* 1996;17:80-84.

<sup>48</sup> Cromarty I. What do patients think about during their consultations? A qualitative study. *British Journal of General Practice* 1996;46:525-528.

<sup>49</sup> Bowie C, Richardson A, Sykes W. Consulting the public about health service priorities. *British Medical Journal* 1996;311:1155-1158.

<sup>50</sup> Reiley P, Pike A, Phipps M, Weiner M, Miller N, Stengrevics S, Clark L, Wandel J. Learning from patients: a discharge planning improvement project. *Journal on Quality Improvement* 1996;22:311-322.

- <sup>51</sup> Haas M. The relationship between expectations and satisfaction: a qualitative study of patients' experiences of surgery for gynaecological cancer. *Health Expectations* 1999;2:51-60.
- <sup>52</sup> Pichert JW, Miller C, Hollo AH, Gauld-Jaeger J, Federspiel Ch, Hickson G. What health professionals can do to identify and resolve patient dissatisfaction. *Journal on Quality Improvement* 1998;24:303-312.
- <sup>53</sup> Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11:319-328.
- <sup>54</sup> Ware J, Hays R. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988;26:393-402.
- <sup>55</sup> Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behav Med* 1986;9:389-399.
- <sup>56</sup> Meterko M, Nelson E, Rubin H, Batalden P, Berwick D, Hays R, Ware R. Patients' judgements of hospital quality: report of a pilot study. *Med Care* 1990; 29 no 9: S1-S56.
- <sup>57</sup> Zastowny TR, Stratmann WC, Adams EH, Fox ML. Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. *Quality Management in Health Care* 1995;3:50-61.
- <sup>58</sup> Barry MJ, Fowler FJ, Mulley AG, Henderson JV, Wennberg JE. Patient reactions to a program designed to facilitate patient participation in treatment decisions for benign prostatic hyperplasia. *Medical care* 1995;33:771-782.
- <sup>59</sup> Liu G, Franssen E, Fitch M, Warner E. Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology* 1997;15:110-115.
- <sup>60</sup> Candlish P, Watts P, Redman S, Whyte P, Lowe J. Pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardíaca: un estudio sobre la satisfacción con la atención recibida y con la calidad de vida. *Revista de Calidad Asistencial* 1998;13:408-412.
- <sup>61</sup> Loeken K, Steine S, Sandvik, Laerum E. A new instrument to measure patient satisfaction with mammography. *Medical care* 1997;35:731-741.
- <sup>62</sup> McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of ours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ* 1997;314:193-198.
- <sup>63</sup> Sáinz A, Martínez B, Quintana O, Fernández A, Ferreira A, Nartín D, Suárez T, Martín T. Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultados de una encuesta telefónica realizada a pacientes de 5 hospitales del Insalud. *Revista de Calidad Asistencial* 1997;12:100-106.
- <sup>64</sup> Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of health care delivery systems. *Medical care* 1997;35:NS58-68.
- <sup>65</sup> Saturno PJ, Sánchez JA. El informe del usuario. En: J Saturno, JJ Gascón, P Parra (Eds.) *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Tomo I. Du Pont Pharma, Madrid 1997.
- <sup>66</sup> 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.
- <sup>67</sup> van Campen C, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L, Rasker JJ. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the

quote-rheumatic-patients instrument. *British Journal of Rheumatology* 1998;37:362-368.