

**LA SATISFACCION DEL PACIENTE :
Concepto y aspectos metodológicos**

**José Joaquín Mira¹, Julian Vitaller², Jesús Aranaz³,
Juan Francisco Herrero⁴ y José Antonio Buil⁵**

¹*Area Territorial del Servicio Valenciano de Salud en Alicante y
Dpto. Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.*

²*Hospital del Servicio Valenciano de Saludde Orihuela.*

³*Hospital del Servicio Valenciano de Salud de San Vicente.*

⁴*Hospital del Servicio valenciano de Salud de Alicante.*

⁵*Area Territorial del Servicio Valenciano de Salud en Alicante.*

RESUMEN

En España sólo recientemente se ha incorporado, como una acción más de garantía de calidad de los cuidados prestados por el Sistema Nacional de Salud, la medida de la satisfacción del paciente. Las actitudes de pacientes y de profesionales, sus expectativas sobre la prestación de la atención sanitaria y los procesos de comunicación entre ambos, parecen resultar variables decisivas sobre el producto final de la empresa de servicios sanitarios.

El propósito de este trabajo no es otro que recoger las aportaciones más relevantes sobre el tema de la satisfacción del paciente, al tiempo que se define el concepto y se aboga por criterios metodológicos más rigurosos.

Palabras clave: satisfacción del paciente, satisfacción del médico, relación médico-paciente, comunicación médico-paciente, medicina de familia.

ABSTRACT

In Spain only recently has been included by the National Health System the patient satisfaction surveys as a measurment of quality assurance of health care. Attitudes, expectations and communicating process of both patient and health providers could be result as a determinant of the last product of health bussiness.

The purpose of this study was to described the literature about patient satisfaction. At the same time, we included a definition of patient satisfaction and suggested the necessity of methodological revision of the measurement of patient satisfaction.

Key words: patient satisfaction; physician satisfaction; physician-patient relationship; physician-patient communication; family medicine.

INTRODUCCIÓN

Históricamente la relación médico-paciente ha sido entendida como un elemento fundamental para calibrar el resultado final de la atención sanitaria. A esa interacción a la que nos referimos, se han ido incorporando en el devenir histórico otros profesionales del campo de la salud, como es el caso de enfermeros, farmacéuticos, biólogos, y mucho más recientemente trabajadores sociales y psicólogos por citar colectivos sanitarios distintos del médico.

El *arte de la atención*, como tradicionalmente ha venido siendo denominada esta faceta del trabajo sanitario, fue ya contemplada por Hipócrates como un elemento tan importante como la clínica, para el trato con el paciente y para el logro de un resultado positivo.

En este sentido, se ha afirmado repetidas veces que no solo son relevantes, para hablar de una atención sanitaria adecuada, referirse a los aspectos estrictamente médicos, sino que las circunstancias del cuidado, el trato y las facilidades de comunicación entre profesionales y pacientes (o sus familiares) son facetas significativas del trabajo del profesional sanitario (Pendleton y Hasler, 1983). No debemos olvidar que una de las principales quejas de los pacientes (en todos los sistemas de salud) es, precisamente, el tipo y cantidad de información que reciben y pocas veces, en cambio, la calidad científica de los cuidados recibidos (Cartwright, 1967; Cartwright y Anderson, 1981).

Los estudios sobre esta materia actualmente se engloban bajo un único y co-

mún denominador, prefiriéndose hablar de: **satisfacción del paciente**.

SOBRE EL CONCEPTO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En las dos últimas décadas se ha producido un notable auge en la aparición de estudios encaminados a promover en los ciudadanos que utilizan los servicios de salud, una sensación de agrado con los cuidados recibidos. Nuestro país no ha sido ajeno a estas medidas institucionales. La motivación de este tipo de investigaciones es, a nuestro entender, doble. Por un lado, responde a una presión social, en concreto a las demandas de los consumidores y al reconocimiento del derecho a la participación de los *administrados*. Por otro lado, obedece a la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de utilización de servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas.

Efectivamente, la satisfacción del paciente (o del usuario como a veces se la denomina) ha sido considerada, tradicionalmente, o bien como un determinante de la futura utilización de servicios sanitarios, o bien como una consecuencia de la actual utilización de los servicios (Roghmann, Hengst y Zastowny, 1979).

En la práctica, podemos afirmar que la visión que se posee sobre el concepto de satisfacción del paciente y su empleo, viene siendo mediatizada por los objetivos y tipo de profesional que aborda su estudio. Así, los profesionales sanitarios médicos y de enfermería suelen entender la satisfacción del usuario desde perspectivas diferentes a los puntos de partida de psicólogos y sociólogos de la salud, los cuales a su vez, son cualitativamente diferentes de los planteamientos de los economistas de la salud.

Haciendo un poco de historia, observamos cómo en la mitad de la década de los 60 comienza una inquietud general por conocer los aspectos relacionados con la satisfacción, entendida ésta en términos globales, probablemente por la importancia que fue adquiriendo lo que se dió en llamar **calidad de vida**. En la década de los 70 cobra vigor la preocupación por la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en E.E.U.U., aspecto ligado al del surgimiento de movimientos de consumidores, lo que conduce en paralelo a que se llegue a considerar la variable satisfacción del paciente como una medida última de la calidad que ofrece una unidad del sistema de salud. La conceptualización predominante durante esta década es la formulada por E. Koos (1954) y A. Donabedian (1966), para quienes la satisfacción del paciente es, ante todo, *una medida del resultado de la interacción entre profesional de la salud y paciente*.

Más recientemente, Cafferata y Roghmann (1978) han sugerido que la satis-

facción del usuario puede ser mejor entendida como un *input* a esa interacción, en el sentido de que se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y que condiciona su conducta ante el profesional de la salud. Para estos autores, la utilización de servicios no determina la satisfacción, aunque ésta última sí condiciona la utilización futura de la red sanitaria.

Combinando ambas aproximaciones, hay autores que han sugerido dos dimensiones para enmarcar el estudio de la satisfacción de los pacientes (Roghamann, Hengst y Zastowny, 1979), hablando de:

- (a) *satisfacción general*, para referirse al grado de satisfacción del usuario con los cuidados de salud recibidos; y
- (b) *satisfacción específica*, que hace mención al grado de satisfacción derivado de experiencias anteriores de utilización de un servicio de salud dado.

La repercusión de la satisfacción del paciente en la calidad de la asistencia sanitaria ha sido puesta repetidas veces de manifiesto. Como hemos dicho, uno de los criterios más difundidos y aceptados en torno a este tema es el propuesto por A. Donabedian en 1966. Para este autor, la satisfacción del paciente con los servicios de salud es un aspecto importante para determinar la calidad de la asistencia sanitaria que se presta. Donabedian entiende la satisfacción del paciente como una medida de eficacia e incluso de control *objetivo* de calidad de los servicios de salud.

A pesar de los 20 años transcurridos desde que por primera vez Donabedian hablara de la satisfacción de los usuarios, este esquema general al que nos referimos sigue estando vigente. Hoy día entendemos la satisfacción del paciente tanto como una medida de garantía de calidad, como un resultado puntual de la asistencia prestada por un profesional, un dispositivo sanitario, o la red asistencial en su conjunto; si bien, en nuestra opinión más que un aspecto objetivo de esa calidad cabría hablar de *calidad sentida* o, en otros términos, de los aspectos subjetivos de la calidad de la asistencia.

LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ESPAÑA

En nuestro país no es hasta entrada la década de los 80 cuando la preocupación por la satisfacción de los usuarios se hace más patente. Ahora bien, esta preocupación parte más de un imperativo institucional del INSALUD (1985a),

gran patrón de la asistencia sanitaria, que de conocer realmente el significado y la utilidad real del término y sus implicaciones en la racionalización de las prestaciones sanitarias.

Al nacer en nuestro país las encuestas de satisfacción como *sugerencia oficial*, no ha existido el necesario debate conceptual y metodológico previo a la elaboración de instrumentos de medida de la satisfacción, como hubiera sido deseable. Como resultado de esta situación observamos que, por lo general, no se ha adoptado un modelo teórico en torno al concepto de satisfacción del paciente que explique su utilidad; no se ha seguido, en líneas generales, una adecuada metodología, tanto para la confección de cuestionarios de medida como para su aplicación (todas las encuestas de post-hospitalización dicen seguir el modelo ideado por Likert, pero pocas realmente están adecuadamente construidas según este método); y nos tememos que, precisamente, porque suelen arrojar datos muy positivos –en ocasiones llegando a asombrar a los propios encuestadores (Hall y Dorman, 1988a, 1988b)–, estas encuestas han proliferado institucionalmente, sin aportar mayor conocimiento que el de que los pacientes que contestan, dicen estar satisfechos. No obstante, existen actualmente en nuestro país focos de investigación, tanto en el nivel primario de salud como en el de la asistencia especializada, interesados por esta cuestión y que están intentando incorporar esta medida a sus menús de *Garantía de Calidad* de la asistencia, al tiempo que investigan qué aspectos y unidades de cuidados de salud explican mejor los niveles de satisfacción de los pacientes y cuales son sus correlatos psicosociales.

En el momento actual, aún cuando persisten algunas de las deficiencias metodológicas y conceptuales a las que aludimos, es cierto que paulatinamente a los cambios en la manera de entender la producción de servicios de salud, el interés por la satisfacción del usuario se ha ido centrando en torno a tres aspectos interrelacionados. El primero, la humanización de la asistencia sanitaria (especialmente a nivel hospitalario), aspecto quizá olvidado incluso por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo que lo inició, y que se ha dirigido sobre todo hacia las condiciones de hostelería de los centros. Segundo, desde lo que se viene denominando *marketing sanitario* y que sabemos afecta directamente a la adecuada utilización de los servicios de salud (Pons, 1988; Martí, 1988; Paloma, 1988; Amat i Domingo, 1988; Alfonso, 1991). Y tercero, por su directa relación con la adherencia a los tratamientos (Meichenbaum y Turk, 1987).

Tal y como quedó dicho más arriba, la Administración Sanitaria española no ha sido ajena al interés por conocer la opinión de sus administrados y las condiciones en que la red sanitaria pública cumple sus funciones. De este modo, la *Carta de Deberes y Derechos*, los Servicios de Atención al Usuario o las

encuestas de post-hospitalización, son tres ejemplos de las iniciativas de tipo institucional.

En el caso concreto de la satisfacción de los pacientes, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, se han adoptado normalmente tres métodos para su evaluación: (i) encuestas de opinión, (ii) sugerencias recogidas en buzones y (iii) reclamaciones de pacientes o familiares (Suñol et al., 1987). En el caso concreto de las encuestas de opinión, se ha sugerido se incorporen al menú de garantía de calidad del centro y se realicen con carácter periódico (6 meses es lo normal) para detectar posibles problemas (Aranaz, Herrero y Mira, 1987; Suñol et al., 1987; Ware y Hays, 1988).

Al referirnos a la experiencia española es necesario hacer mención al estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del INSALUD (INSALUD, 1985b), al estudio de Rodríguez (1985) en Andalucía y al estudio Blendon (Blendon et al., 1991).

En cuanto al primero de los estudios citados, el objetivo primordial consistió en conocer las opiniones que los pacientes (mayores de 14 años) que habían permanecido ingresados en los hospitales de la red del INSALUD, mostraban sobre la asistencia que habían recibido. La encuesta de 13 ítems de información y 6 de identificación (incluyendo una de ellas la petición voluntaria del nombre del paciente), explora las áreas de: satisfacción con los médicos, con las enfermeras y con la información recibida (dimensión de atención médica); satisfacción con la habitación, con la comida y la limpieza (dimensión de hostelería); con la disponibilidad de contacto con familiares, rapidez de la atención y con el trato personal recibido (dimensión de trato humano).

Se entrevistó por correo a 3.891 pacientes, devolviendo correctamente contestado el cuestionario 889 sujetos. Como media este estudio ofrece un resultado optimista, ya que el grado de satisfacción máximo se estableció en 5 y el valor global obtenido es igual a 3,99 puntos; resultando la dimensión de atención médica la mejor valorada (4,19 puntos) y la dimensión de hostelería la peor (3,80 puntos).

En el estudio realizado por la Consejería de Salud y Consumo de Andalucía se repartieron 1.600 cuestionarios entre las ocho provincias andaluzas. 76 encuestadores, durante 28 días, realizaron entrevistas para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes, su nivel de educación sanitaria y su grado de participación a nivel comunitario. Como en el estudio del INSALUD, el nivel de satisfacción del paciente en este amplio estudio podemos considerarlo más que aceptable.

El estudio Blendon, por encargo de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (SNS), ofrece unos resultados menos optimistas.

En abril de 1991 se entrevistó personalmente a 1.445 sujetos en toda España y la valoración que realizaron del SNS es la más baja (después de la formulada por los italianos) de 7 países europeos con SNS (Holanda, Alemania, Francia, Suecia, Reino Unido, Italia y España). Dentro de esta metodología de análisis comparativo mediante el que se examinan las opiniones de los usuarios de los sistemas de salud de los países occidentales, los indicadores de nuestro país, comparados con los obtenidos en encuestas de usuarios de los sistemas de salud del Reino Unido, Canadá y EE.UU., demuestran un menor nivel de satisfacción con los cuidados recibidos (Blendon y Taylor, 1989).

A este respecto resulta muy instructivo que en el mencionado informe Blendon se recoja el dato de que 3 de cada 4 encuestados cree que el SNS español precisa de una reorganización profunda como método fundamental de mejora del sistema; mientras que los británicos (por referirnos a un país europeo con un SNS de características parecidas a las del nuestro) consideran su SNS adecuado y con una buena sistemática, aunque requiriendo una mayor inversión presupuestaria (Blendon y Donelan, 1989).

LA DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En este apartado consideraremos la literatura sobre este tema, entendiendo primero la satisfacción del paciente como variable independiente; y, segundo, como una variable dependiente (o de qué factores depende la satisfacción de los pacientes). Por último, intentaremos definir dicho concepto de forma comprensiva.

La satisfacción como variable independiente.

Una de las principales razones del interés por conocer el grado de satisfacción de los usuarios de servicios sanitarios estriba en el hecho empírico, repetidas veces comprobado, de que un paciente satisfecho es más probable que cumpla con las recomendaciones médicas que se le aconsejaron (incluyendo en este caso tanto las recomendaciones farmacológicas, como las de estilo de vida, u otras) (Hulka, Cassel, Kupper y Burdette, 1976; DiMatteo y DiNicola, 1982; Meichenabum y Turk, 1987; Weiss, 1988; Ley, 1988).

En este mismo sentido, se ha establecido una fuerte y positiva relación entre satisfacción del usuario con un dispositivo cualquiera de la red de cuidados de salud, al establecer su primer contacto con él, y su futura utilización de ese u

otro dispositivo de salud de la misma red sanitaria (Ware et als, 1975; Berkano-
vic y Marcus, 1976; Roghmann, Hengst y Zastowny, 1979; Thomas y Pen-
chansky, 1984); bien entendido que la satisfacción del paciente con el trato, tipo
y contenido de la interacción con el profesional sanitario, condiciona la utiliza-
ción futura de los servicios de salud, mientras que la necesidad auto-percibida
de utilización de dichos servicios (en términos de número de visitas por ejem-
plo) solo dependerá de factores demográficos (Cafferata y Roghmann, 1978).

Por su parte, Ley (1989) —quien parte de la conocida hipótesis cognitiva de
Ley y Spelman (1967) que pone en interacción información facilitada por el
profesional, comprensión por parte del paciente de esa información, capacidad
de retención (memoria) por parte del paciente de la información relevante,
cumplimentación de las prescripciones y satisfacción del propio paciente (figu-
ra 1)— ha puesto de manifiesto la importancia que tiene la confianza del pa-
ciente en el profesional para la educación y promoción de la salud. Este autor
enfatisa la necesidad de lograr una adecuada comunicación con el paciente, al
tiempo que entiende que la satisfacción del usuario es un método que garantiza
un medio propicio para el desarrollo del trabajo del profesional sanitario. De
esta forma, entiende actualmente la satisfacción no como un resultado del en-
cuentro médico-paciente, sino como un elemento determinante del resultado
de ese encuentro.

Figura 1. Modelo teórico de Ley y Spelman (1967)



La satisfacción como variable dependiente.

Una cuestión diferente supone conocer por qué una persona está satisfecha.
Algunos autores (Zastowny, Roghmann y Hengst, 1983) han determinado, por
ejemplo, que el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la

ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso (percibida por el paciente) y la petición -por ejemplo- de un número excesivo de radiografías u otras pruebas complementarias, son los principales determinantes de la insatisfacción del paciente.

Siguiendo a S. Carmel (1985) y G. Weiss (1988) podemos considerar los siguientes tres aspectos como los más determinantes de la satisfacción del paciente:

(A) Características del paciente (edad, sexo, raza, nivel educativo, ingresos económicos, expectativas sobre el encuentro con el médico, estado de salud). Los resultados de las investigaciones realizadas hasta la fecha no son del todo concluyentes en cuanto a algunas de estas variables. Pese a ello, parece existir una ligera tendencia hacia una satisfacción mayor en pacientes de edad (DiMatteo y Hays, 1980; Fox y Stones, 1981; Carmel, 1985), en mujeres (DiMatteo y Hays, 1980; Fox y Stones, 1981) y en personas de ingresos económicos medio y superiores (Hulka et al., 1975; Fox y Stones, 1981).

Los estudios son coincidentes, en cambio, a la hora de afirmar que las pacientes mujeres suelen encontrarse más satisfechas si el profesional médico que las atiende es otra mujer -especialmente en el caso de intervenciones ginecológicas u obstétricas- (Cooke y Ronalds, 1985a, 1985b); valorando este tipo de pacientes, sobre todo, las características de entorno de los centros donde se da el cuidado (Thomas y Penchansky, 1984).

En cuanto al propio estado de salud del paciente, aunque se ha argumentado que tanto un paciente crónico y con fuertes quejas somáticas podría tender hacia la insatisfacción con los cuidados recibidos, como que en esas condiciones podría apreciar mejor los cuidados que se le prestan, los resultados no indican tendencias definidas (Weiss, 1988; Zastowny, Roghmann y Cafferata, 1989).

(B) Características de los proveedores (arte y técnica de la atención en la terminología clásica, relación paciente-profesional, claridad y extensión de la comunicación y resultado del encuentro). Ben-Sira (1980) y Larsen y Rootman (1976) han resaltado que la calidad de la comunicación médico-paciente es más determinante para la satisfacción con los cuidados recibidos que otras variables, como el nivel educativo o social de los pacientes. Claramente la confianza que inspira el profesional que atiende al paciente es un buen indicador del grado de satisfacción de ese paciente con la asistencia recibida (Roter, Hall y

Katz, 1987; Weiss, 1988). En concreto, los profesionales jóvenes (a los que se les tiende a atribuir una mejor formación técnica) y los que están en periodo de formación (por distintas razones), parecen cuidar más aquellos aspectos que incluimos tradicionalmente en el *arte de la atención*, y son los profesionales mejor valorados por los pacientes (Hall y Dornan, 1988a).

La forma de llevar a cabo la entrevista del paciente, por ejemplo, es decisiva para lograr un alto nivel de satisfacción en éste y un adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. Aquellas entrevistas que permiten expresarse al paciente con libertad y las que ofrecen suficiente información y en las que se sienten capaces de interrogar al médico acerca de sus dudas o temores, provocan un nivel de satisfacción y cumplimiento de prescripciones mayores (Larsen y Smith, 1981). Rost (1989) ha puesto de manifiesto que si durante la entrevista el paciente interrumpe al médico repetidas veces, aumenta la satisfacción del paciente; mientras que si es el médico quién interrumpe al paciente, sucede lo contrario. En el caso de las evaluaciones de satisfacción post-hospitalización, si el paciente se sintió ayudado, comprendido y con profesionales accesibles, su grado de satisfacción será muy elevado (Bene-Kociemba, Cotton y Fortgang, 1982).

Freemon et al (1971) estiman que la satisfacción del paciente varía en función de ciertas condiciones de la interacción médico-paciente, como por ejemplo: duración de la interacción, proporción del tiempo de interacción en el que el profesional toma la palabra, actividad del médico, demostración de hostilidad por parte del médico, cantidad de preguntas formuladas y presencia de tópicos no médicos durante la interacción.

Hay que resaltar que los proveedores de cuidados (médicos, enfermeras, etc...) cuando son interrogados sobre qué consideran que favorece la satisfacción del paciente, la mayoría (por encima del 70%) se encuentran satisfechos de cómo trabajan y entienden que el tiempo de consulta es el factor principal para determinar el grado de satisfacción del paciente (Pilpel y Naggan, 1988). Resultado semejante es el aportado por Merkel (1984) con residentes de medicina de familia que se demuestran incapaces de determinar si el paciente que acaban de atender queda satisfecho con los cuidados prestados, achacando esta situación a la tecnología médica y al tradicional rol pasivo asignado al paciente.

Por último, decir que un aspecto importante en la relación médico-pa-

ciente, y no siempre resaltado, es la propia satisfacción del profesional con su nivel y condiciones de trabajo de tal modo que existen bastantes pruebas empíricas de la interacción de ambas variables (Linn et al., 1985; Zastowny, Roghmann y Cafferata, 1989; Rost, 1989).

(C) Factores estructurales y de organización (accesibilidad, modo de pago, duración del tratamiento, continuidad de cuidados). Parece demostrado que la continuidad de cuidados es un factor determinante de un elevado nivel de satisfacción (Hulka, Kupper y Daly, 1975; Weinberger, Greene y Mamlin, 1981). El hecho de que el paciente no sea atendido cada vez por un profesional o equipo diferente es valorado muy positivamente (Weiss y Ramsey, 1989); del mismo modo que se prefiere recibir feedback informativo acerca de la evolución del proceso (Peterson, 1989). La imagen que el hospital se ha creado en torno suyo determina el grado de satisfacción posterior de los pacientes (Thimmappaya y Agrawal, 1973) y hemos de ser conscientes de que un contacto previo determina la satisfacción posterior (Carmel, 1985).

El estudio de Thomas y Penchansky (1984) es especialmente interesante para entender las interrelaciones entre satisfacción del usuario y accesibilidad, entendida ésta en su sentido más amplio. Conforme a los resultados de su estudio con 287 familias encuestadas de la zona de Rochester (Nueva York), determinados factores organizativos de los servicios sanitarios interaccionan con características de los pacientes. Dichas interacciones definen niveles de satisfacción diferenciados. Así por ejemplo, para los varones y las personas de un nivel educativo elevado la insatisfacción con la disponibilidad (volumen y tipo de recursos sanitarios) disuade en el futuro a utilizar la red de servicios de salud; los mayores de 40 años y los de raza blanca valoran sobre todo cuando están satisfechos con los cuidados recibidos, las facilidades de horarios, cita previa, etc..., lo que denominados acomodación; para los jóvenes y las amas de casa resalta como más determinante el modo de financiación de los gastos sanitarios; por último, este estudio subraya que para las mujeres como grupo diferenciado, el factor que mejor predice el nivel de satisfacción de la usuaria es, precisamente, la aceptabilidad de las condiciones en las que se oferta y produce el cuidado (entorno, modelos de creencias de salud coincidentes, etc...).

Definición de Satisfacción del Paciente

Ahora bien, ¿qué es realmente la satisfacción del paciente?, o en otros términos, ¿a qué se están refiriendo los autores cuando hablan de la satisfacción del paciente?.

El término satisfacción del paciente es considerado, como ya hemos señalado, un elemento deseable e importante de la actuación médica, e intuitivamente entendido por todos, pero sin que exista acuerdo en lo que significa empíricamente (Pascoe, 1983).

Por citar a los autores más influyentes vemos que hay quienes identifican satisfacción del paciente con cantidad y calidad de la información que reciben, y basan en la comunicación con el paciente el criterio de satisfacción versus insatisfacción (Ley y Spelman, 1967). Otros, como Hulka et al (1970), Hulka et al. (1975), entienden que la satisfacción del paciente se compone de la suma de la satisfacción con la competencia profesional del médico, de su cualidad personal y de los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos.

Desde una perspectiva exclusivamente estadística Ware et al. (1978) definen diez factores de primer orden que enmarcan la satisfacción del paciente: 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. Ware y Snyder (1975) mediante la técnica del análisis factorial, resumen afirmando que la satisfacción del paciente dependerá: (1) conducta del médico; (2) disponibilidad de los cuidados; (3) continuidad/conveniencia de los cuidados; y (4) accesibilidad de los cuidados.

Wolf et al. (1978) consideran tres dimensiones a la hora de hablar de la satisfacción del usuario: (i) cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); (ii) afectiva (interés y comprensión que demuestra); y (iii) comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del profesional).

Feletti, Firman y Sanson-Fisher (1986), tras revisar los criterios de autores como Hulka, Wolf y Ware, construyen un cuestionario de satisfacción que intenta explorar 10 dimensiones distintas: 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. En su estudio, estos autores entrevistan a 503 pa-

cientes (obteniendo una tasa de respuesta del 87%) y llegan 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).

Desde una perspectiva distinta cabe señalar el trabajo de Halls y Dornan (1988a, 1988b) quienes realizan un meta-análisis de 221 estudios sobre satisfacción del paciente en el medio anglosajón, de los que destacan por su interés experimental aquellos que plantean estudios de carácter empírico (aproximadamente un 14% del total de estudios reseñados). Estos autores clasifican los estudios conforme a (entre paréntesis porcentaje de estudios revisados por estos autores con la característica definida):

(A) **Método del estudio:** directos (43%), indirectos (37%), ambos tipos de estudios (20%);

(B) **Especificidad del estudio:** sobre una consulta (52%), sobre un profesional o un servicio (26%), sobre su propia experiencia (11%), sobre los médicos en general (11%);

(C) **Tipo de cuidado:** servicios de salud en general (18%), hospitalarios (12%), ambulatorio (42%), cuidados de Salud Mental (5%), Obstetricia-Maternidades (7%), otros servicios (5%);

(D) **Dimensiones que recoge:** 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%), Manejo de los problemas no médicos (3%);

(E) **Número de dimensiones contempladas:** 1 aspecto (25%), 2-4 aspectos (46%), 5 - 7 aspectos (23%), 8 - 11 aspectos (6%);

(F) **Número de ítems en la encuesta:** como media 24.65 (dt = 30.50), mediana = 11, rango entre 1 y 99 ítems;

(G) **Fuente de información para confeccionar la encuesta:** Dr. Ware (10%), Dra. Hulka (6%), miscelánea de otros autores o encuestas (14%), elaboración propia (71%).

Estos últimos datos nos parecen especialmente curiosos, dado que podría entenderse como más sensato y acorde con el proceder y metodología científica, basarse en el resultado de otros investigadores o apoyar las investigaciones propias con las de otros equipos. El hecho de que casi 2/3 partes de los instrumentos de encuestas sean de elaboración propia, como más adelante comentaremos, refleja un crecimiento desordenado y poco eficaz del conocimiento en este área de investigación.

Los estudios recogidos en el mencionado meta-análisis realizado por Hall y Dornan, sobre un total de 1.00 punto, demuestran una satisfacción media en los estudios de 0.76 puntos (dt: 0.13); lo que conlleva una proporción de encuestados satisfechos del 81%.

De los estudios revisados (N: 221), las dimensiones más evaluadas en las diferentes encuestas de satisfacción fueron: calidad humana del profesional que presta la asistencia, tipo y calidad de información facilitada y calidad en general de los servicios. En la tabla 1 se presenta un resumen.

Tabla 1. Dimensiones de satisfacción evaluadas.

Aspectos evaluados	%	Frecuencia
Humanidad	65	143
Información	50	111
Calidad en General	45	100
Competencia	43	95
Satisfacción en General	43	96
Burocracia	28	61
Acceso	27	59
Coste	18	40
Facilidades	16	36
Resultado	6	13
Continuidad de cuidados	4	10
<u>Atención a problemas psico-sociales</u>	3	7

En la tabla 2 se presenta un resumen de este meta-análisis sobre la puntuación de cada una de las dimensiones, de manera que pueda evaluarse su importancia jerárquica en el contexto global de las encuestas.

Tabla 2. Ranking de Satisfacción con 11 aspectos del cuidado médico. Número medio de aspectos medidos por estudio: 3.91 (N: 107 estudios).

Aspectos evaluados	Puntuación	Ranking
Calidad en General	0.69	1
Humanidad	0.66	2
Competencia	0.63	3
Resultado	0.60	4
Facilidades	0.52	5
Continuidad de cuidados	0.48	6
Acceso	0.42	7
Información	0.40	8
Coste	0.28	9
Burocracia	0.24	10
Atención a problemas psico-sociales	0.15	11

Linder-Pelz (1982a, 1982b) por su parte, adopta un criterio distinto al resto de autores al hablar de la satisfacción de los pacientes. Ella considera que para afirmar qué causa satisfacción a un paciente o qué se deriva de un paciente satisfecho, es imprescindible antes saber concretamente de qué estamos hablando al utilizar el vocablo *satisfacción*. Es decir, parte de la necesidad de la construcción de un modelo teórico sobre qué representa el concepto de satisfacción del paciente.

Esta autora revisa las principales teorías socio-psicológicas sobre satisfacción del consumidor, basándose en el modelo de Fishbein y Ajzen (1974) sobre las actitudes, para definir el concepto de satisfacción del paciente como "*una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud*". Conforme a la idea de Fishbein y Ajzen, cabe distinguir entre actitudes (de naturaleza evaluativa o afectiva) y percepciones (de naturaleza cognitiva o

informativa de las características definitorias) sobre un objeto, en este caso los cuidados de salud recibidos. La actitud sería igual a la suma de los productos de las creencias o expectativas sobre cada una de las dimensiones que definen el objeto (cuidados de salud) por las evaluaciones que a juicio del paciente merecen.

$$\text{actitud (A)} = \sum \text{expectativas (Bi)} \times \text{evaluaciones (Ei)}$$

En un estudio empírico desarrollado en Manhattan con 125 pacientes, Linder-Pelz pone a prueba tanto esta hipótesis del modelo de Fishbein y Ajzen como otras hipótesis derivadas de las teorías de la discrepancia, del cumplimiento de expectativas, de la equidad, de la deprivación y de la disonancia. Linder-Pelz llega a la conclusión de que el modelo de Fishbein y Ajzen no es adecuado para explicar la satisfacción —iguales resultados a los obtenidos de forma independiente por Montano (1986)— encontrando pruebas a favor del **concepto de actitud** desarrollado por Triandis (1971) —entendiendo por actitud *una idea cargada de emoción que predispone para un conjunto de acciones*, con tres componentes, afectivo, cognitivo y de comportamiento— y de la **teoría de la discrepancia** que afirma que la satisfacción será mayor cuando la expectativa sobre los cuidados a recibir sea buena y la ocurrencia real así lo confirme; y que en el caso de una expectativa alta y una ocurrencia pobre, se producirá la satisfacción más baja —lo que coincide con resultados de otras investigaciones (Carmel, 1985)—.

Conforme a la teoría de la discrepancia podemos afirmar como hipótesis de trabajo que:

$$\text{SATISFACCION} = (\text{ocurrencia percibida} - \text{expectativa}) / \text{expectativa}$$

Dicho en otros términos, la satisfacción se produce por la comparación entre las expectativas sobre el servicio que se cree se recibirá y la percepción de los cuidados que realmente se reciben (Aranaz, Herrero y Mira, 1987).

Para Linder-Pelz la satisfacción del paciente se identifica con la expectativa que el paciente se ha formado sobre los cuidados, personal o centro que le atiende y viene determinada por el grado de disonancia entre la expectativa y la

realidad. Entendida así, la satisfacción del paciente es una herramienta más en el proceso de garantía de calidad, útil exclusivamente como medida subjetiva de la calidad de los servicios de salud y, en concreto, solo para valorar la satisfacción que producen encuentros puntuales con dispositivos asistenciales.

Conforme al modelo conceptual de Swartz y Brown para evaluar la calidad de los servicios de los profesionales existirían tres dimensiones a estudiar. La primera la del entorno en la que se produce el encuentro cliente-consumidor y profesional de la salud. El segundo, sobre las medidas de calidad percibidas, que incluyen las expectativas sobre el servicio y la experiencia con ese servicio. Por último, la calidad del servicio percibida que produce determinados interrogantes bien sean específicos del usuario, del profesional o de ambos, considerados como unidad interactiva:

- (a) expectativa del usuario sobre el sistema de salud y experiencia previas con el mismo;
- (b) coincidencia de la expectativa del usuario con la percepción del profesional de esa expectativa;
- (c) coincidencia de la experiencia del paciente con la percepción del profesional de esa experiencia;
- (d) coincidencia de la expectativa del profesional acerca de las características y modo de conducta del paciente con su propia percepción de las expectativas que trae el paciente.

ASPECTOS METODOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La medida de la satisfacción del paciente se puede realizar de muy diferentes formas, aunque la más difundida como ya hemos comentado es el empleo de cuestionarios o encuestas de opinión que exploran las actitudes de los usuarios (Ware, 1981; Cartwright, 1983). La forma de elaborar estas encuestas varía tremendamente desde quienes realizan preguntas abiertas y generales, que solo posibilitan información cualitativa (por ejemplo, "*durante su estancia en el hospital, ¿cómo considera que ha sido tratado?*"), hasta quienes formulan 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) (Ley, 1988).

Las actitudes están formadas por tres componentes: (a) cognitivo-perceptivo (la idea que la persona posee sobre el objeto de la actitud, p.e. un médico debe velar por el bienestar de su paciente); (b) afectivo (las opiniones que cau-

sa, p.e. "*pienso que ese médico es buena persona*"); y (c) de comportamiento (la predisposición a actuar de una manera determinada, p.e. recomendar ese médico a una amistad) (Triandis, 1971).

Para medir las actitudes podemos evaluar cada uno de los componentes de una actitud por separado. El diferencial semántico de Osgood, Suci y Tannenbaum (1957) es el instrumento de medida más utilizado en el caso del componente cognitivo. El diferencial del comportamiento es más usado para estimar el componente de comportamiento por su simplicidad. En cuanto al componente afectivo, los sistemas más difundidos son los propuestos por Thurstone (1928), Likert (1932) y Guttman (1944).

Tanto el método propuesto por Thurstone como el sugerido por Guttman, resultan demasiado complejos y han sido poco utilizados en el caso de la medida de la satisfacción de los usuarios. El método sugerido por Likert, en cambio, ha tenido gran aceptación entre los autores. Este método, conocido como método de las evaluaciones sumadas, permite ordenar los sujetos en base a sus respuestas a lo largo del continuo *favorable/desfavorable*. Para la correcta elaboración de este tipo de escala de medida, es necesario eliminar durante la fase de construcción todos aquellos items que no discriminan adecuadamente a los sujetos en base a su opinión favorable o desfavorable.

No obstante, los métodos de medida del componente afectivo de la actitud suelen resultar altamente complejos y requieren de una mayor inversión económica y de tiempo, por lo que actualmente no está muy difundido su uso. Aún cuando lo más habitual es encontrar encuestas de opinión supuestamente confeccionadas según la metodología propuesta por Likert. Lo cierto es que muchas de las encuestas de satisfacción se basan en preguntas seleccionadas arbitrariamente en base a criterios definidos *a priori*, sin elaboración posterior que garantice un nivel de discriminación adecuado, por lo que sus resultados deben ser contemplados con cautela.

Desde otro planteamiento, existen estudios que basados en una metodología diferente para la construcción de escalas de medida de las opiniones, se plantean definir *a priori* los factores que supuestamente determinan la satisfacción del paciente, elaborando items reactivos para cada uno de esos factores y sometiendo a un proceso de validación la encuesta así confeccionada. En este caso, se cuida tanto la validez de contenido, como la validez de constructo, la homogeneidad y la fiabilidad de la escala de medida de la satisfacción del paciente. Lamentablemente, solo en algunos casos se aporta información sobre la validez criterial de dichas escalas y, por consiguiente, su capacidad predictiva sobre pautas futuras de utilización de los servicios sanitarios es bastante escasa, salvo algunas excepciones como es el caso de Rubin, Ware y Hays (1990) y

Hays et al. (1990).

El formato típico de estos cuestionarios son enunciados con respuestas graduadas en cinco pasos de distancia uniforme (totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo). Cuando se comparan cuestionarios de 5 y 6 opciones de respuesta, nuestra experiencia nos indica que el factor de tendencia central aumenta artefactualmente la satisfacción (Aranaz, Herrero y Mira, 1987; Aranaz, Mira y Terol, 1987); al tiempo que se observa que existe mayor variabilidad en las respuestas y mejor capacidad de predicción de la conducta de volver a ese médico, recomendarlo a un amigo o de adherencia al tratamiento en preguntas con 5 opciones de respuesta (Ware y Hays, 1988).

Otra importante variación viene dada por los objetivos dispares de los equipos investigadores. Por ejemplo, si el interés es meramente informativo para la gestión del centro, mide una determinada dimensión, intenta comparar dos momentos temporales distintos o dos centros diferentes, etc... Aún refiriéndose al mismo concepto de satisfacción del usuario son difícilmente comparables los resultados de la encuesta de satisfacción del INSALUD (1985) y la encuesta de satisfacción del paciente con la accesibilidad de los cuidados de Thomas y Penchansky (1984) por citar dos casos.

Las encuestas de satisfacción del paciente pueden, a su vez, ser divididas conforme a si evalúan un contacto puntual con una unidad del sistema sanitario (por ejemplo, la Escala de Satisfacción con la Entrevista Médica (Medical Interview Satisfaction Scale) (Wolf, Putnam, James y Stiles, 1978), o si evalúan la atención global recibida durante la estancia en un centro asistencial (por ejemplo, una encuesta de post-hospitalización (Insalud, 1985).

Por último, comentar que habitualmente las tasas de participación en estos tipos de estudios en nuestro país se sitúan entre el 30 y el 40%. Parece que estas tasas varían según los países, tipo de centro, servicio o unidad asistencial, y sobre todo según quién tenga el encargo de realizar la encuesta. De todas formas, siempre queda la duda, y es uno de los aspectos más mencionados para desacreditar este tipo de trabajos, acerca de cuál es la satisfacción/insatisfacción del gran número de elementos que no participan. En este sentido, algunos autores aprovechan la circunstancia para indicar que precisamente la motivación para no contestar es la insatisfacción (Schidt, Lamprecht y Wittmenn, 1989).

ALGUNAS CONSIDERACIONES A RECORDAR

A la hora de plantearse la medida de la satisfacción se deben tener en cuenta, al menos, los siguientes aspectos: identificación de las dimensiones de la sa-

tisfacción; selección de ítems adecuados; qué método se seguirá para cuantificar la valencia de cada dimensión; y criterios de fiabilidad y validez de la medida (Sutherland, Lockwood, Minkin, Tritchler, Till y Llewellyn-Thomas, 1989). Para una exhaustiva revisión de tópicos a ser explorados conviene consultar el trabajo de Rubin (1990). Los resultados que poseemos indican que la consistencia interna de las escalas de medida de la satisfacción del paciente parecen estar en torno a 0.50 (Hinshaw et al, 1982; Abramowitz, Cote y Berry, 1987); y que la fiabilidad test-retest —estimada hace algún tiempo por Rice et al (1963)— estaría en torno a 0.92 .

En la construcción de las encuestas de satisfacción del paciente debería considerarse detenidamente, entre otros, los siguientes aspectos: los objetivos del estudio, las áreas a explorar, el número máximo de ítems que consideramos prudente realizar a los pacientes, el medio de entrevista (correo, entrevistador, teléfono, etc...), el tamaño muestral, el momento muestral (durante hospitalización, en la post-hospitalización llevándose el paciente la encuesta, mandarla por correo a la semana o al mes del alta hospitalaria, etc...) (Ley et al., 1976; Siemietycki, 1979; French, 1981; Aneshensel et al., 1982; Walker y Restuccia, 1984; Cassareal et al., 1986; Wren, 1971; Cartwright, 1986; Marcus y Crane, 1986). Una revisión puede verse en Nelson et al. (1990).

Algunas indicaciones a este respecto sugieren que: un número corto de preguntas realizadas por teléfono aumentan las tasas de respuestas. Encuestas realizadas sin que medie mucho tiempo desde el alta ofrecen resultados más positivos, del mismo modo que si se realizan durante la estancia hospitalaria. Sustituir en las preguntas el pronombre usted por la palabra *pacientes* (por ejemplo, *en vez de decir considera Vd., adecuada... decir, cree que los pacientes consideran adecuada...*), en cuyo caso, las valoraciones de satisfacción son más modestas de Hays y Ware (1986).

Una forma distinta de abordar el tema de la satisfacción del usuario, aunque todavía no muy ensayada, es la realización de estudios de análogos, tendencia que en los últimos años ha cobrado importancia (Roter, Hall y Katz, 1987; Sutherland, Lockwood, Minkin, Tritchler, Till y Llewellyn-Thomas, 1989). Estos estudios, orientados casi exclusivamente para poner a prueba con el máximo rigor experimental, hipótesis de trabajo sobre la satisfacción, estudian la opinión y/o el comportamiento de un reducido número de pacientes, a los que normalmente se les pide contesten imaginando diferentes escenarios sanitarios.

Por nuestra parte, entendemos que la satisfacción del paciente es un indicador consistente y suficiente para la gestión sanitaria, que aporta información valiosa acerca de cómo es vivido por el paciente el encuentro con las diferentes unidades que conforman el hospital, el centro de salud, la consulta, etc... En

esencia, lo que se afirma es que la satisfacción del paciente además de ser un objetivo y resultado deseable de la atención, es una contribución esencial para el logro de los objetivos del sistema sanitario.

En nuestra opinión, la medida de la satisfacción del paciente nos aporta pistas sobre la aceptabilidad individual y colectiva de los servicios prestados por un dispositivo asistencial. En definitiva, nos manifiesta el grado de calidad percibida, definida por tres factores: (a) la expectativa que el usuario tiene sobre el dispositivo y/o profesional del sistema de salud que le atiende, (b) las condiciones reales del dispositivo o de la unidad del sistema de salud que recibe a ese usuario, y (c) el tipo de relación interpersonal y de comunicación que se establece entre el usuario y el profesional de la salud (Aranaz, Herrero y Mira, 1987).

REFERENCIAS

Abramowitz S, Cote A, Berry E. Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Q Res Bull* 1987, April, 122.

Alfonso JL. *Servicios de Salud. Técnicas avanzadas de Marketing y Planificación Sanitaria*. Barcelona: Doyma, 1991.

Amat i Domingo A. El marketing dentro del hospital: su conexión con el público interno. *Todo Hospital* 1988, 47, 37-46.

Aneshensel C et al. Telephone versus in-person surveys of community health status. *Am J Public Health* 1982, 72, 1017-21.

Aranaz J, Herrero J, Mira J. *El hospital 'Virgen de los Lirios' del Insalud de Alcoy dibujado por sus usuarios (encuesta de post-hospitalización)* [monografía sanitaria]. Alicante: Insalud, 1987.

Aranaz J, Mira J, Terol F. Estudio sobre encuestas de post-hospitalización. Un análisis comparativo. *I Congreso de Control de Calidad Asistencial*. Valencia: 1987.

Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship. *J Health Soc Behav* 1980, 21, 170-80.

- Bene-Kociemba A, Cotton P, Fortgang R. Assessing patient satisfaction with state hospital and aftercare services. *Am J Psychol* 1982, 139, 660-2.
- Berkanovic E, Marcus A. Satisfaction with health services: some policy implications. *Med Care* 1976, 14, 873.
- Blendon R, Donelan K. British public opinion on National Health System. *Health Affairs* 1989, winter, 52-62.
- Blendon R, Taylor H. Views on health care: Public opinion in three nations. *Health Affairs* 1989, spring, 149-57.
- Blendon R et al. Spain's citizens assess their health care system. *Health Affairs* 1991, fall, 216-28.
- Cafferata G, Roghmann K. *Patient satisfaction and the use of health service: explorations in causality*. Eastern Sociological Meetings, 1978.
- Carmel S. Satisfaction with hospitalization: A comparative analysis of three types of services. *Soc Sci Med* 1985, 21, 1243-9.
- Cartwright A. *Patient and their doctors*. New York: Atherton, 1967.
- Cartwright A. Prescribing and the doctor-patient relationship. En: Pendleton D, Hasler J, (editores). *Doctor-patient communication*. London: Academic Press, 1983.
- Cartwright A. Who responds to postal questionnaires? *J Epidemiol Community Health* 1986, 40, 267-73.
- Cartwright A, Anderson R. *General practice revisited*. London: Tavistock Publications, 1981.
- Casarreal K, Mills J, Plant M. Improving service through patient surveys in a multihospital organization. *Hosp Health Serv Admin* 1986, March-April, 41.
- Cooke M, Ronalds C. Women doctors in urban general practice: the patients. *BMJ* 1985a, 290, 753-5.
- Cooke M, Ronalds C. Women doctors in urban general practice: the doctors. *BMJ* 1985b, 290, 755-8.

- DiMatteo M, Hays R. The significance of patients' perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center. *J Community Health* 1980, 6, 18.
- DiMatteo M, DiNicola D. *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioners role*. London: Pergamon Press, 1982.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart* 1966, 44, 166-202.
- Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behav Med* 1986, 9, 389-99.
- Fishbein M, Ajzen I. Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavioural criteria. *Psychol Rev* 1974, 81, 59-74.
- Fox J, Storms D. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med* 1981, 15, 557-64.
- Freemon B et al. Gaps in doctor-patient communications: Doctor-patient interaction analysis. *Pediatr Res* 1971, 5, 298-311.
- French K. Methodologic considerations in hospital opinion. *Surveys International J Nurs Stud* 1981, 18, 7.
- Guttman L. A basis scaling qualitative data. *American Sociological Review* 1944, 9, 139-50. [Traducción española: Summer GF, (editor). *Medición de Actitudes*. Editorial Trillas, 1976].
- Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988a, 27, 637-44.
- 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 Sci Med* 1988b, 27, 935-9.
- Hays R, Ware J. My medical care is better than yours: social desirability and patient satisfaction ratings. *Med Care* 1986, 24, 519-25.

- Hays R et al. Further evaluations of the PJHQ scales. *Med Care* 1990, 28(Suppl), 29-38.
- Hinshaw A, Atwood J. A patient satisfaction instrument, precision by replication. *Nurs Res* 1982, 31, 170.
- Hulka B et al. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970, 8, 429-35.
- Hulka B et al. Correlates of satisfaction and dis-satisfaction with medical care: A community perspective. *Med Care* 1975, 13, 648-58.
- Hulka B, Cassel J, Kupper L, Burdette J. Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *Am J Public Health* 1976, 66, 847-53.
- INSALUD. *Jornadas sobre humanización de la asistencia sanitaria en la red del Insalud*. Insalud, 1985a.
- INSALUD. *Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud (encuesta de post-hospitalización)*. Insalud, 1985b.
- Koos E. *The health of regionville*. New York: Hafner, 1954.
- Larsen D, Rootman I. Physician role performance and patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1976, 10, 29-32.
- Larsen K, Smith C. Assessment of non-verbal communication in the patient-physician interview. *J Fam Pract* 1981, 12, 481-8.
- Ley P. *Communicating with patient. Improving communicating, satisfaction and compliance*. London: Croom Helm, 1988.
- Ley P, Spelman M. *Communicating with the patient*. London: Staples Press, 1967.
- Ley P et al. Increasing patients' satisfaction with communication. *Br J Soc Psychol* 1976, 15, 403-13.

- Likert RA. Thecnique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* 1932, 140, 44-53. [Traducción española: Summer GF, (editor). *Medición de Actitudes*. Editorial Trillas, 1976].
- Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982a, 16, 577-82.
- Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982b, 16, 583-9.
- Linn L et al. Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Med Care* 1985, 23, 1171-8.
- Marcus A, Crane L. Telephone surveys in public health research. *Med Care* 1986, 24, 97-112.
- Martí E. El marketing hospitalario dirigido al usuario. *Todo Hospital* 1988, 47, 25-30.
- Meichenbaum D, Turk D. *Facilitating treatment adherence*. New York: Plenum Press, 1987.
- Merkel W. Physician perception of patient satisfaction. Do doctors know which patients are satisfied? *Med Care* 1984, 22, 453-9.
- Meterko M, Rubin H. Patient judgments of hospital quality: A taxonomy. *Med Care* 1990, 28(Suppl), 10-1.
- Montano D. Predicting and understanding influenza vaccination behavior. Alternatives to the health belief model. *Med Care* 1986, 24, 438-53.
- Nelson E et al. Pilot study methods: Desing of study. *Med Care* 1990, 28(Suppl), 15-6.
- Osgood C, Suci E, Tannenbaum P. *The measuring of meaning*. Urbana: University of Illinois Press, 1957. [Traducción española: La medida del significado. Editorial Gredos, 1976].
- Paloma M. El marketing hospitalario dirigido al usuario. *Todo Hospital* 1988, 47, 31-6.

Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. En: Attkisson C, Pascoe G, (editores). Patient satisfaction in health and mental health services. *Eval Program Plan Special Issue* 1983, 6(3-4), 185-418.

Pendlenton D, Hasler. *Journal Doctor-patient communication*. London: Academic Press, 1983.

Petersen MB. Using patient satisfaction data: an ongoing dialogue to solicit feedback. *Quality Res Bull* 1989, 15, 168-71.

Pilpel D, Naggan L. Evaluation of primary health services: the provider perspective. *J Community Health* 1988, 13, 210-21.

Pons J. El marketing en las empresas de servicios, cada vez más importante. *Todo Hospital* 1988, 47, 21-4.

Rice C et al. The ward evaluation scale. *J Clin Psychol* 1963, 19, 251.

Rodríguez C. *Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica*. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 1985.

Roghmann K, Hengst A, Zastowny T. Satisfaction with medical care. *Med Care* 1979, 12, 461-77.

Rost K. The influence of patient participation on satisfaction and compliance. *Diabetes Educ* 1989, 15, 139-43.

Roter D, Hall J, Katz N. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care* 1987, 25, 437-51.

Rubin H. Patient evaluations of hospital care: A review of the literature. *Med Care* 1990a, 28(Suppl), 3-9.

Rubin H et al. The Patient Judgments of Hospital Quality (PJHQ) Questionnaire. *Med Care* 1990b, 28(Suppl), 17-8.

Rubin H, Ware J, Hays R. The PJHQ questionnaire: Exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Med Care* 1990c, 28(Suppl), 22-6.

- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann W. Satisfaction with inpatient management. Development of a questionnaire and initial validity studies. *Med Psychol* 1989, 39, 248-55.
- Siemiatycki J. A comparison of mail, telephone, and home interview strategies for household health surveys. *Am J Public Health* 1979, 69, 238-45.
- Suñol R et al. El estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los programas de Control de Calidad. *Control de Calidad Asistencial* 1987, 2, 15-22.
- Sutherland HJ et al. Measuring satisfaction with health care: A comparison of single with paired rating strategies. *Soc Sci Med* 1989, 28, 53-8.
- Swartz T, Brown S. Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality. *J Academy Marketing Sci* 1989, 17, 189-95.
- Thimmappaya A, Agrawal K. Comparing a 'good' and a 'bad' hospital for patient satisfaction, ward social system, community image and inter-role perceptions. *Indian J Appl Psychol* 1973, 10, 26-32.
- Thomas J, Penchansky R. Relating satisfaction with access to utilization of services. *Med Care* 1984, 22, 553-68.
- Thurstone L. Attitudes can be measured. *Am J Soc* 1928, 33, 529-54.
- Triandis H. *Attitude and attitude change*. London: Wiley, 1971.
- Walker A, Restuccia J. Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: mail vs telephone. *Health Serv Res*, 1984, 19, 291-306.
- Ware J. How to survey patient satisfaction. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 1981, 15, 892-9.
- Ware J et al. Consumer perceptions of health care services: Implications for academic medicine. *J Med Educ* 1975, 50, 839-48.
- Ware J, Hays R. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988, 26, 393-402.

- Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975, 13, 669-82.
- Weinberger M, Greene J, Mamlin J. The impact of clinical encounter events on patient and physician satisfaction. *Soc Sci Med* 1981, 15, 239.
- Weiss G. Patient satisfaction with primary medical care. *Med Care* 1988, 26, 383-92.
- Weiss GL, Ramsey CA. Regular source of primary medical care and patient satisfaction. *Quality Res Bull* 1989, 15, 180-4.
- Wolf M et al. The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behaviour. *J Behav Med* 1978, 1, 391-401.
- Wreng G et al. Patient opinion polls. *JAMA* 1971, 45, 80.
- Zastowny T, Roghmann K, Hengst A. Satisfaction with medical care: Replications and theoretic reevaluation. *Med Care* 1983, 21, 294-322.
- Zastowny T, Roghmann K, Cafferata G. Patient satisfaction and the use of health services. *Med Care* 1989, 27, 705-23.

NOTAS:

Durante la preparación de este trabajo se dispuso de la Ayuda de Investigación del FISS 90/0335.

Este trabajo se recibió para su publicación en Mayo de 1992.