



ORIGINAL

Análisis de satisfacción en mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama. Estudio multicéntrico en Servicios de Oncología

B. Braña-Marcos^{a,*}, D. Carrera-Martínez^b, M. de la Villa-Santoveña^c,
S. Avanzas-Fernández^d, M. Gracia-Corbato^e y E. Vegas-Pardavila^a

^a Unidad de Investigación, Fundación Hospital de Jove, Gijón, Asturias, España

^b Departamento de Enfermería, Centro Polivalente de Recursos Clara Ferrer, Establecimientos Residenciales para Ancianos del Principado de Asturias, Gijón, Asturias, España

^c Unidad de Cuidados Intermedios, Fundación Hospital de Jove, Gijón, Asturias, España

^d Servicio de Medicina Interna, Fundación Hospital de Jove, Gijón, Asturias, España

^e Servicio de Laboratorio, Fundación Hospital de Jove, Gijón, Asturias, España

Recibido el 15 de marzo de 2011; aceptado el 27 de abril de 2011

Disponible en Internet el 5 de julio de 2011

PALABRAS CLAVE

Servicio de Oncología;
Cáncer de mama;
Satisfacción;
Calidad percibida;
Paciente

Resumen

Objetivos: 1) Valoración del grado de satisfacción de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama con respecto de la atención recibida, identificando áreas susceptibles de mejora; 2) Comparación de proporciones de pacientes satisfechos e insatisfechos con la atención recibida en los Servicios de Oncología (SO) de Asturias.

Metodología: Estudio multicéntrico, transversal y comparativo mediante encuesta de satisfacción, anónima y voluntaria. La población a estudio estaba formada por mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en 2008, que recibían atención en los SO de Asturias. La herramienta utilizada fue el SERVQHOS-modificado, adaptado a nuestro contexto. Se realizó análisis Alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad del instrumento tras las adaptaciones, estadística descriptiva y test de Chi-cuadrado de Pearson en las comparaciones del grado de satisfacción entre los diferentes SO, asumiendo un nivel de confianza del 95%. Se utilizó el SPSS 18.0.

Resultados: Un total de 85 participantes del SO A, 107 del SO B y 34 del SO C. La información proporcionada por los médicos es el único aspecto de la calidad objetiva con que las participantes del SO A están satisfechas. Diferencias significativas entre los Servicios en cuanto al estado de las consultas ($p < 0,00$) y el tiempo de espera ($p < 0,00$). Todas las participantes están satisfechas con la amabilidad del personal, pero la mayor proporción de insatisfechas está en el SO B ($p < 0,00$). La comunicación con familiares no cubre las expectativas de las participantes del SO C ($p = 0,02$).

Conclusiones: Nuestros hallazgos han permitido detectar oportunidades de mejora en varios aspectos de la asistencia en nuestros SO. A partir de ellos se podrán potenciar los aspectos valorados como positivos y establecer medidas correctoras para los deficientes a fin de mejorar la calidad asistencial de los SO de Asturias.

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: investigacionenf@hospitaldejove.com, bebramar@hotmail.com (B. Braña-Marcos).

KEYWORDS

Oncology Service;
Breast cancer;
Satisfaction;
Perceived quality;
Patient

Analysis of Satisfaction in women with recent diagnosis of breast cancer. Multicenter study in Oncology Services**Abstract**

Objectives: 1) Evaluation of the level of satisfaction on the care received in women diagnosed with breast cancer and identifying improvement areas, 2) Comparison of proportions of patients satisfied and dissatisfied with the attention received in the Oncology Services (OS) in Asturias (Spain).

Methods: Multicenter, cross-sectional comparative study using an anonymous and voluntary satisfaction survey. The studied population was composed of women diagnosed with breast cancer in 2008, and receiving care in OS in Asturias. The tool used was the modified SERVQHOS, adapted to our context. Analysis was performed to determine Cronbach's alpha reliability of the instrument after the adjustments; descriptive statistics and Pearson chi-square test were carried out in the comparisons of satisfaction in the different OS, assuming a confidence level of 95%. The SPSS 18.0 statistics package was used.

Results: A total of 85 patients the OS A, 107 from the OS B and 34 from the OS C participated. The information provided by doctors was the only aspect of the objective quality with which participants of the OS A were satisfied. Significant differences were found between departments regarding the status of the clinics ($P < .00$) and waiting times ($P < .00$). All the participants were satisfied with the kindness of the staff, but the highest proportion of dissatisfied was in OS B ($P < .00$). Communication with family members did not reach participants' expectations in OS C ($P = .02$).

Conclusions: Our findings have identified improvement opportunities in several aspects of care in our OS. From them, aspects evaluated as positive might be promoted, while corrective actions might be established for the negative ones, all of them aimed to improve the quality of care in OS in Asturias.

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud establece el estudio de la satisfacción del usuario como principal indicador de calidad a la hora de valorar los resultados (incluidos los no técnicos) que es capaz de producir el proceso de atención^{1,2}. El modelo de excelencia *European Foundation for Quality Management* (EFQM), desde la perspectiva de la máxima participación de todos los actores del proceso asistencial, recomienda evaluar sistemáticamente la percepción de los usuarios y recurrir a medidas internas para mejorar el grado de satisfacción de los mismos³.

El estudio del grado de satisfacción del paciente proporciona información a los profesionales, gestores y administradores sobre la experiencia vivida por el paciente durante la atención, es decir, sobre la calidad asistencial percibida por el usuario^{4,5}. Por lo tanto, nos permite identificar áreas deficitarias del proceso de atención desde el punto de vista del paciente, detectando así oportunidades de mejora sobre las que actuar a fin de incrementar los niveles de calidad percibida y, en consecuencia, mejorar la calidad global de la asistencia sanitaria^{1,3,5-7}. Por otra parte, la satisfacción del paciente también ha sido relacionada con la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones de los profesionales y con la mejora del estado de salud y la calidad de vida de nuestros pacientes⁵⁻¹⁰.

Siguiendo el modelo de las necesidades emocionales propuesto por Fitzpatrick¹¹ hemos de puntualizar que la

mayoría de los problemas de salud conllevan una experiencia emocional para los pacientes, debido a la ansiedad e incertidumbre que generan estos procesos. Evidentemente, esto influirá en la experiencia vivida durante el proceso de atención y, por tanto, en su grado de satisfacción⁸. Por otro lado, los distintos problemas de salud no son vividos con la misma intensidad por los pacientes, por lo que entendemos inapropiado extrapolar resultados de satisfacción realizados de modo global a determinados servicios y /o grupos de pacientes^{2,5}. Sin embargo, no abundan los estudios que evalúan el grado de satisfacción en grupos determinados de pacientes. Un claro ejemplo de lo anterior es el cáncer, en concreto, el de mama, un proceso de gran impacto emocional tanto por la enfermedad en sí, como por las consecuencias físicas y psicológicas que conlleva. Nuestra búsqueda no recuperó estudios que evaluaran la satisfacción con la atención recibida en los Servicios de Oncología (SO) desde la perspectiva de este grupo de pacientes, ni estudios comparativos de distintos centros sanitarios en torno a esta temática. Por ello, nos planteamos la realización de este estudio, estableciendo como objetivo general la valoración del grado de satisfacción de las mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama con respecto de la atención recibida, identificando áreas susceptibles de mejora. Como objetivo específico establecimos la comparación de proporciones de pacientes satisfechos e insatisfechos con la atención recibida en los tres SO del Principado de Asturias.

Material y método

Se realizó un estudio multicéntrico, transversal y comparativo mediante encuesta de satisfacción, anónima y voluntaria. La población a estudio estaba formada por mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama, que recibían atención en los SO del Principado de Asturias. Éstos están centralizados en tres de los hospitales de nuestra Comunidad Autónoma: el Hospital de Cabueñes de Gijón, el Hospital Universitario Central de Asturias de Oviedo y el Hospital San Agustín de Avilés.

Previo realización de los trámites burocráticos oportunos, los responsables de los SO nos proporcionaron los datos de nuevos casos de cáncer de mama diagnosticados durante 2008 (entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2008). Los datos administrativos de las pacientes nos fueron proporcionados por los Servicios de Admisión de los centros sanitarios. El proceso de selección de participantes a partir de la población global (570 pacientes) se realizó de manera sistemática hasta alcanzar el tamaño muestral calculado (EPIDAT: 3,1; potencia: 80%; nivel de confianza: 95%). Se calculó la distribución de pacientes representativos por cada SO en función del número de nuevos casos de cáncer de mama diagnosticados durante 2008 en cada uno de los mismos. No haber recibido tratamientos oncológicos (quimioterapia, radioterapia y/o hormoterapia), un avanzado estado de la enfermedad que no permitiese acudir a las citas programadas con el SO y la presencia de alguna enfermedad mental o invalidante conformaron nuestros criterios de exclusión. La metodología llevada a cabo fue exactamente la misma en los tres Servicios. Todas las participantes concedieron autorización por escrito. A la salida de la consulta un miembro del equipo investigador les entregaba el cuestionario y les explicaba el modo de cumplimentación. Al tratarse de un cuestionario sencillo, en el que simplemente tenían que señalar aquella respuesta que se adaptaba mejor a su opinión, no precisaron ningún tipo de aclaración adicional durante su cumplimentación.

Se recogieron datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, asistencia a terapia, tiempo desde el diagnóstico). La herramienta utilizada para el análisis de la satisfacción fue el SERVQHOS-modificado, propuesto por Hernández et al en el 2000, diseñado para medir la satisfacción de los usuarios en la Unidad de Hemodiálisis. Este ha sido validado en estudios previos⁶. Está basado en la teoría de la desconfirmación de expectativas, que entiende la satisfacción como la diferencia entre lo que el paciente espera recibir y lo que percibe haber recibido durante el proceso de atención.

El SERVQHOS-modificado consta de 20 ítems sobre diversos ámbitos de la asistencia, con respuestas tipo Likert de 1 (mucho peor de lo esperado) a 5 (mucho mejor de lo esperado). Así, puntuaciones inferiores a 3 denotan insatisfacción, mientras puntuaciones superiores revelan satisfacción. Las puntuaciones correspondientes al 3 señalan a pacientes conformes, cuyas expectativas han sido cubiertas, pero no superadas. Por otra parte, el SERVQHOS-modificado inspecciona la valoración de la satisfacción global con la asistencia recibida a través de un ítem con las mismas opciones de respuesta y contempla 2 ítems sobre conocimiento del nombre de su médico/enfermera responsables. El cuestionario hace una distinción entre los

aspectos relacionados con la parte más humana de la asistencia (calidad subjetiva) y los aspectos organizativos y relacionados con las instalaciones (calidad objetiva).

Para nuestro estudio, se incluyó un ítem sobre valoración de la cantidad de información recibida respecto a su problema de salud y otro sobre valoración de la calidad de la información recibida en cuanto a la elección del tratamiento oncológico más adecuado. Fue necesaria la adaptación del cuestionario original a nuestro contexto, para lo que se sustituyó la palabra «hemodiálisis» por las palabras «oncología» y/o «tratamientos oncológicos».

Se realizó análisis de fiabilidad Alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad de la encuesta tras las adaptaciones realizadas. Se realizó estadística descriptiva y se utilizó el test de Chi-cuadrado de Pearson en las comparaciones del grado de satisfacción (proporción de pacientes satisfechas/insatisfechas) entre los diferentes SO. Se asumió un nivel de confianza del 95% y se utilizó el paquete estadístico *Statistic Product and Service Solutions* versión 18.0.

Nuestro protocolo de estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación de la Fundación Hospital de Jove y por el Comité Ético Regional de Investigación Clínica del Principado de Asturias.

Resultados

El número de pacientes que aceptaron la participación en nuestro estudio y que cumplían los criterios de inclusión fue de 226, que correspondían a 85 participantes del SO A, 107 del SO B y 34 del SO C. La totalidad de las pacientes nos devolvieron la encuesta debidamente cumplimentada, que, pese a las adaptaciones del cuestionario a nuestro contexto, sigue siendo un instrumento fiable (Alfa de Cronbach = 0,94).

Las características de nuestras participantes pueden verse convenientemente detalladas en la [tabla 1](#).

Como puede observarse en la [tabla 2](#), la información proporcionada por los médicos en el SO A es el único aspecto de la calidad objetiva con el que las pacientes se muestran satisfechas. Por el contrario, son motivo de insatisfacción para las participantes del SO B el tiempo de espera para ser atendido y la facilidad para llegar a la consulta. Para el resto de los aspectos auditados, las participantes se muestran conformes. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la proporción de satisfechas/insatisfechas entre los distintos servicios en relación al estado de las consultas ($p < 0,00$) y el tiempo de espera para ser atendidos ($p < 0,00$). Para ambos aspectos encontramos un mayor porcentaje de insatisfechas entre las participantes del SO B (28,9 y 34,6% respectivamente).

Cuando exploramos los distintos aspectos auditados relacionados con la calidad subjetiva ([tabla 3](#)), observamos puntuaciones medias más elevadas para los tres servicios. Así, todas las participantes se muestran ampliamente satisfechas con aspectos tales como la amabilidad del personal y la confianza que éste les transmite. Mientras que las participantes del SO A y del C se muestran conformes con el trato personalizado recibido, éste no llega a cubrir las expectativas de las pacientes del SO B. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la amabilidad del personal encontrando mayor proporción de insatisfechas (5,6%) en el hospital B ($p < 0,00$). La comunicación

Tabla 1 Características de las participantes de cada uno de los Servicios de Oncología auditados

Características de las pacientes	SO A Valor \pm DE (min-máx)	SO B Valor \pm DE (min-máx)	SO C Valor \pm DE (min-máx)
Edad (años)	57,86 \pm 11,77 (29-79)	54,26 \pm 10,17 (32-79)	58,00 \pm 11,98 (36-80)
Tiempo desde diagnóstico (meses)	15,92 \pm 2,82 (10-22)	15,93 \pm 3,14 (8-21)	15,21 \pm 2,82 (10-21)
	N (%)	N (%)	N (%)
Estado civil			
Soltera	6 (7,1)	8 (7,5)	4 (11,8)
Casada/pareja estable	61 (71,8)	79 (73,8)	21 (61,8)
Separada/divorciada	8 (9,4)	9 (8,4)	1 (2,9)
Viuda	10 (11,8)	11 (10,3)	8 (23,5)
Nivel de estudios			
No primarios	8 (9,4)	6 (5,6)	-
Primarios	40 (47,1)	39 (36,4)	20 (58,8)
Secundarios	19 (22,4)	31 (29)	7 (20,6)
Universitarios	18 (21,2)	31 (29)	7 (20,6)
Situación laboral			
En activo	20 (23,5)	27 (25,2)	9 (26,5)
ILT	9 (10,6)	21 (19,6)	3 (8,8)
En paro	6 (7,1)	8 (7,5)	2 (5,9)
Prejubilación	25 (29,4)	21 (19,6)	5 (14,7)
Ama de casa	25 (29,4)	30 (28,0)	15 (44,1)
Asistencia a terapia^a			
Sí	18 (21,2)	39 (36,4)	5 (14,7)
No	67 (78,8)	68 (63,4)	29 (85,3)
Total	85 (100)	107 (100)	34 (100)

DE: desviación típica; min: mínimo; máx: máximo; ILT: incapacidad laboral transitoria.

^a Asistencia a terapia: este ítem hace referencia a la asistencia a terapias psicológicas, psiquiátricas, alternativas, de relajación, artísticas, etc.

con los familiares resulta ser un aspecto en el que las puntuaciones otorgadas denotan conformidad por parte de nuestras pacientes. Sin embargo, en el SO C ésta no cubre las expectativas de sus participantes, lo que resulta ser estadísticamente significativo ($p = 0,02$).

La calidad global de la asistencia estimada por nuestras participantes en las tres consultas fue notable (4 sobre 5) y la comparación del grado de satisfacción en los tres Servicios, tampoco demostró significación estadística.

Como muestra la figura 1, mientras la totalidad de las participantes del SO B conocía el nombre del médico responsable de su atención, un porcentaje considerable de las del A y del C lo desconocían. Igualmente, el nombre de la enfermera era desconocido para la mayoría de las pacientes del SO B y del C. Para ambas observaciones encontramos diferencia estadísticamente significativa, con un valor de $p < 0,00$. Entendían que la cantidad de información recibida sobre su enfermedad había sido suficiente en la mayoría de los casos: el 94,05% de las participantes del SO A, el 83,18% del B y el 82,35% de las del C. Sin embargo, la valoración de la calidad de la información recibida en cuanto a la elección del tratamiento oncológico más adecuado reveló que el 8,82% de las pacientes del SO C la consideran poco o nada satisfactoria. Igualmente esta información es valorada como poco satisfactoria por el 2,80% de las pacientes del SO B. Por el contrario, la totalidad de las participantes del SO A

entienden que la información recibida para tal fin ha sido satisfactoria o muy satisfactoria ($p = 0,03$; fig. 2).

Discusión

En nuestro estudio hemos obtenido un alto índice de respuesta (100%), lo que es muy superior a lo descrito en la literatura consultada. Esto pudo estar condicionado porque todas las pacientes a las que se les administró el SERVQHOS-modificado habían aceptado previamente participar en un estudio más amplio sobre calidad de vida y este cuestionario era considerado por las participantes como parte de la globalidad de ese estudio. Sin embargo, a todas las pacientes, previamente a la administración de este cuestionario, se les informó de la voluntariedad de su cumplimentación, independientemente de su participación en el estudio de calidad de vida. Los factores mejor valorados por nuestras participantes en los servicios hacen referencia a aspectos relacionados con la calidad subjetiva: amabilidad del personal, confianza que éste les trasmite, trato personalizado recibido y disposición del personal para ayudar. Aspectos en los que, sin duda, el personal de enfermería desempeña un papel clave⁸. Por el contrario, nuestras pacientes valoran más críticamente aquellos aspectos relacionados con la calidad objetiva, tales como la

Tabla 2 Valoración de los aspectos de la asistencia relacionados con la calidad objetiva. Distribución de pacientes satisfechas e insatisfechas

Aspectos de la asistencia (Calidad objetiva)	SOA Media \pm DE (min-max)		SOB Media \pm DE (min-max)		SOC Media \pm DE (min-max)		p
	Mucho peor / peor (%)	Mejor / mucho mejor (%)	Mucho peor / peor (%)	Mejor / mucho mejor (%)	Mucho peor / peor (%)	Mejor / mucho mejor (%)	
Tecnología de los equipos	3,96 \pm 0,78 (3-5)		3,80 \pm 0,81 (2-5)		3,85 \pm 0,80 (2-5)		n.s.
	- / -	41,7 / 27,4	- / 4,7	43,4 / 20,6	- / -	32,4 / 26,5	
Apariencia del personal	3,93 \pm 0,83 (3-5)		3,71 \pm 0,80 (3-5)		3,82 \pm 0,90 (3-5)		n.s.
	- / -	30,9 / 30,9	- / -	28,0 / 21,5	- / -	17,6 / 32,4	
El personal cumple lo que dice	3,79 \pm 0,83 (3-5)		3,88 \pm 0,87 (2-5)		3,65 \pm 0,95 (1-5)		n.s.
	- / -	26,2 / 26,2	- / 1,9	28,0 / 30,8	2,9 / -	23,5 / 23,5	
Estado de las consultas	3,68 \pm 0,90 (2-5)		3,05 \pm 0,99 (1-5)		3,68 \pm 0,84		<0,00
	- / 4,8	22,6 / 25,0	3,7 / 25,2	16,8 / 10,28	- / -	20,6 / 23,5	
Información de los médicos	4,00 \pm 0,83 (2-5)		3,74 \pm 1,01 (1-5)		3,50 \pm 0,96 (2-5)		n.s.
	- / 2,4	38,1 / 32,1	2,8 / 7,5	36,5 / 25,2	- / 11,8	20,6 / 20,6	
Tiempo de espera	3,37 \pm 0,96 (1-5)		2,87 \pm 0,98 (1-5)		3,53 \pm 0,89 (1-5)		<0,00
	2,4 / 10,7	19,1 / 16,7	8,4 / 26,2	22,4 / 3,7	3,0 / -	23,5 / 17,7	
Facilidad para llegar	3,13 \pm 1,06 (1-5)		2,93 \pm 0,96 (1-5)		3,32 \pm 0,87 (1-5)		n.s.
	9,5 / 9,5	17,9 / 11,9	9,4 / 14,9	13,1 / 6,6	2,9 / 2,9	3,7 / 14,7	
Puntualidad de sesiones	3,48 \pm 1,0 (1-5)		3,24 \pm 1,08 (1-5)		3,56 \pm 0,99 (1-5)		n.s.
	4,8 / 4,8	26,2 / 17,9	4,7 / 19,6	21,5 / 15,9	2,9 / 8,8	35,3 / 17,7	

Nota: No se representan los porcentajes de pacientes conformes (puntuaciones mayores o iguales a 3 y menores de 4).

Tabla 3 Valoración de los aspectos de la asistencia relacionados con la calidad subjetiva. Distribución de pacientes satisfechas e insatisfechas

Aspectos de la asistencia (Calidad subjetiva)	SOA Media ± DE (min-max)		SOB Media ± DE (min-max)		SOC Media ± DE (min-max)		p
	Mucho peor / peor (%)	Mejor / mucho mejor (%)	Mucho peor / peor (%)	Mejor / mucho mejor (%)	Mucho peor / peor (%)	Mejor / mucho mejor (%)	
Interés: solucionar problemas	3,94 ± 0,82 (2-5)		3,83 ± 0,92 (1-5)		3,74 ± 0,75 (3-5)		n.s.
	- / 1,2	35,7 / 29,8	0,9 / 3,7	30,8 / 29,0	- / -	38,2 / 17,7	
Rapidez para resolver problemas	3,58 ± 0,85 (2-5)		3,50 ± 0,91 (1-5)		3,53 ± 0,96 (1-5)		n.s.
	- / 4,8	25,0 / 19,1	0,9 / 12,2	36,5 / 14,0	2,9 / 2,9	20,6 / 20,6	
Disposición para ayudar	4,06 ± 0,81 (3-5)		4,09 ± 0,86 (1-5)		4,06 ± 0,98 (1-5)		n.s.
	- / -	34,5 / 35,7	0,9 / 1,9	38,3 / 37,3	2,9 / -	29,4 / 41,2	
Confianza que transmite	4,30 ± 0,75 (3-5)		4,21 ± 0,78 (2-5)		4,12 ± 0,84 (3-5)		n.s.
	- / -	34,5 / 47,6	- / 1,8	39,2 / 42,0	- / -	29,4 / 41,2	
Amabilidad del personal	4,45 ± 0,68 (2-5)		4,19 ± 0,89 (2-5)		4,26 ± 0,89 (3-5)		<0,00
	- / -	33,3 / 56,0	- / 5,6	34,6 / 44,9	- / -	4,7 / 17,8	
Preparación del personal	3,95 ± 0,82 (3-5)		4,02 ± 0,82 (2-5)		4,06 ± 0,98 (2-5)		n.s.
	- / -	33,3 / 31,0	- / 1,9	38,3 / 41,7	- / 2,9	14,7 / 47,1	
Trato personalizado	4,18 ± 0,87 (2-5)		4,06 ± 0,89 (2-5)		4,21 ± 0,84 (3-5)		n.s.
	- / 1,19	26,2 / 46,3	- / 4,7	33,6 / 38,3	- / -	26,5 / 47,1	
Comprensión de necesidades	4,01 ± 0,87 (2-5)		3,95 ± 0,81 (2-5)		3,88 ± 0,85 (2-5)		n.s.
	- / 1,2	28,6 / 36,9	- / 2,8	42,1 / 28,1	- / 2,9	26,5 / 32,4	
Comunicación con familiares	3,74 ± 0,86 (3-5)		3,64 ± 0,85 (2-5)		3,59 ± 0,95 (3-5)		0,02
	- / -	19,1 / 27,4	- / 5,6	32,7 / 18,7	- / 5,9	11,8 / 26,5	
Interés de enfermería	4,05 ± 0,83 (3-5)		3,97 ± 0,87 (2-5)		3,85 ± 0,86 (3-5)		n.s.
	- / -	31,0 / 36,9	- / 4,7	38,3 / 31,8	- / -	26,5 / 29,4	
Información: tratamientos	4,00 ± 0,94 (2-5)		3,83 ± 0,89 (2-5)		3,85 ± 1,01 (1-5)		n.s.
	- / 6,0	29,8 / 38,1	- / 6,6	37,4 / 26,2	2,9 / 2,9	29,4 / 32,4	
Información: dietas /alivio de síntomas	3,67 ± 1,03 (2-5)		3,58 ± 0,96 (2-5)		3,82 ± 1,02 (3-5)		n.s.
	- / 13,1	22,6 / 28,6	0,9 / 10,3	29,0 / 20,6	- / 5,9	11,8 / 38,2	
Calidad global	4,14 ± 0,79 (1-5)		4,00 ± 0,88 (1-5)		3,94 ± 0,69 (3-5)		n.s.
	1,2 / -	45,2 / 35,7	0,9 / 4,7	44,9 / 30,8	- / -	52,9 / 20,6	

Nota: No se representan los porcentajes de pacientes conformes (puntuaciones mayores o iguales a 3 y menores de 4).

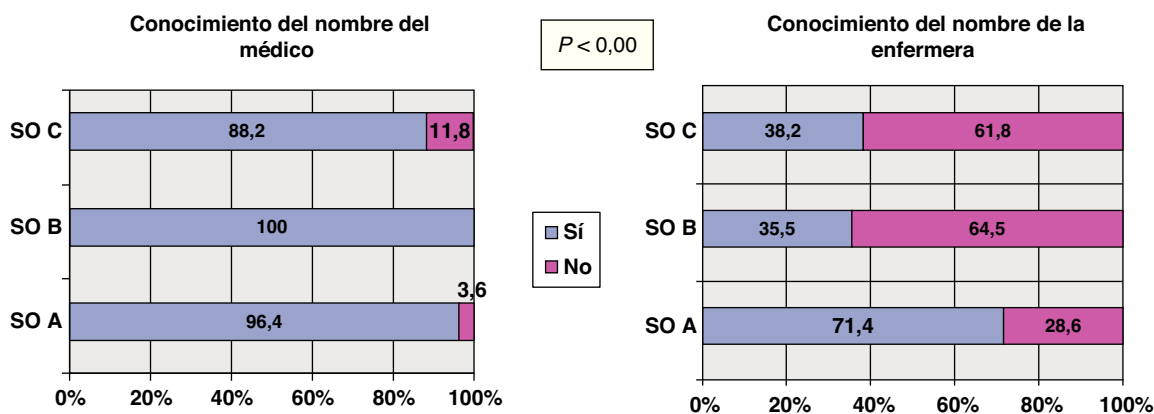


Figura 1 Conocimiento del nombre del médico y de la enfermera responsables. Distribución por Servicios de Oncología.

facilidad para llegar a la consulta, el tiempo de espera para ser atendido, la puntualidad de las sesiones o la rapidez para conseguir lo que necesita. Así mismo, observamos una actitud más disconforme con aspectos relacionados con las instalaciones (estado de las consultas). Estas observaciones están en consonancia con la bibliografía consultada^{1,8,12}.

Como hemos señalado, uno de los aspectos peor valorados por las participantes es la facilidad para llegar. Esto puede ser debido a que los tres servicios son «de referencia» y entre ellos se distribuyen las pacientes con cáncer de mama de la totalidad del territorio del Principado de Asturias. Esto supone que pacientes cuya vivienda habitual esté en la periferia de nuestra comunidad deben desplazarse más de 100 kilómetros para poder ser atendidas en el SO B, por ejemplo. Tanto el tiempo de espera para ser atendido como la puntualidad de las sesiones parecen aspectos fácilmente modificables mediante la introducción de innovaciones en la gestión de las citas. Así mismo, la instauración de circuitos preferentes de coordinación entre los SO y los Servicios de Análisis Clínicos y Farmacia, parecen ser indispensables para mejorar la rapidez y eficacia de estos últimos, de cara a disminuir el tiempo de espera para ser atendido y mejorar la puntualidad de las sesiones de tratamiento.

Llama la atención que un porcentaje considerable de las participantes desconozcan el nombre del médico responsable de su atención. Pero este hallazgo es más llamativo en cuanto al conocimiento del nombre de la enfermera, lo

que curiosamente está en consonancia con la bibliografía consultada^{9,12,13}. Aunque en el SO A las cifras son algo mejores, en los SO B y C el desconocimiento del nombre de la enfermera se informa en más del 60% de los casos. Esto es más alarmante si tenemos en cuenta que la totalidad de las participantes tienen un tiempo de seguimiento en el SO desde el diagnóstico hasta la realización del cuestionario de entre 8 y 22 meses. El desconocimiento del nombre del personal de enfermería podría deberse a la turnicidad y al alto índice de eventualidad de este colectivo, que no permite en muchas ocasiones que las pacientes identifiquen a una sola enfermera como «la referente»¹². De cualquier modo, la oportuna presentación tanto del personal médico como de enfermería por nombre, apellidos y categoría profesional en el primer contacto con el paciente debería ser ineludible^{12,14}. Por otra parte, estudios previos demuestran que el conocimiento del nombre del médico y del personal de enfermería mejora la receptividad de los pacientes⁹ y, por lo tanto, su conducta terapéutica, lo que, indudablemente son aspectos importantísimos del tratamiento del paciente oncológico.

Pese a que no existieron diferencias estadísticamente significativas, es destacable la labor realizada por el SO A, en el que más del 94% de sus participantes se mostraron conformes con la cantidad de información recibida acerca de su proceso de salud. Resulta llamativo, y para este aspecto sí encontramos diferencias significativas, que

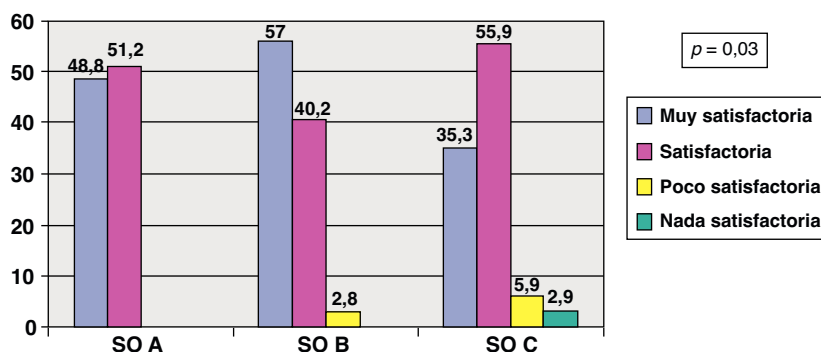


Figura 2 Valoración de la información recibida acerca de la elección del tratamiento oncológico más adecuado. Distribución por Servicios de Oncología.

la totalidad de las participantes de este servicio considerasen la información recibida acerca de la elección del tratamiento oncológico más adecuado como satisfactoria o muy satisfactoria, mientras un porcentaje de las participantes del SO C y del B la consideraban como poco o nada satisfactoria. Está sobradamente justificado que la información ha de ser adaptada a las características de la persona receptora¹⁴, por lo que éste resulta ser otro importante aspecto sobre el que deberemos actuar. Y no sólo con el objetivo de aumentar la calidad percibida y satisfacción de nuestras pacientes. Hemos de tener en cuenta que la participación activa en la toma de decisiones, así como la cantidad y tipo de información recibida durante el proceso de la enfermedad, también parece guardar relación con la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama^{7,15}. La formación y el entrenamiento del personal de salud en habilidades de comunicación podrían ser tremendamente útiles¹⁴.

Como hemos señalado, la encuesta de satisfacción se facilitaba una vez finalizada la consulta. La inmediatez de su cumplimentación tras la atención, evita los sesgos producidos por un recuerdo deficiente y la posibilidad de que la valoración se vea condicionada por la posible asistencia a otras consultas o servicios de salud². Por otra parte, las pacientes fueron informadas previamente a la cumplimentación del cuestionario de la imposibilidad de que el personal del servicio relacionase sus respuestas con sus datos personales. Esto, junto con el hecho de que las encuestas fuesen administradas por los miembros del equipo investigador, que éstos fueran externos a los SO y que no fueran vestidos de uniforme durante las entrevistas, hacía que las participantes considerasen al equipo como «auditores externos». Por lo tanto, no se sentían condicionadas a la hora de dar su opinión sobre su satisfacción con la atención recibida. Por otra parte, estamos en condiciones de afirmar que el personal de los tres servicios auditados desconocía que la evaluación sobre satisfacción se estaba llevando a cabo, por lo que, al no saberse evaluado, su comportamiento durante el proceso asistencial fue el habitual. Evitamos de este modo el sesgo Hawthorne, típicamente presente en este tipo de estudios, del que nos informan Hernández García et al². Por otra parte, el hecho de utilizar la misma metodología en todos los centros (instrumento de evaluación, instrucciones de cumplimentación, selección de los sujetos, época del año, etc.), nos ha permitido controlar otras posibles variables de confusión.

Sin embargo, nuestro estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, hemos de señalar que los cuestionarios fueron cubiertos por las participantes entre los meses de julio y noviembre de 2009. Por lo tanto, su mayoría coincidieron con la época estival, en que se da un mayor grado de eventualidad y variabilidad de personal. Esto pudo haber sido un factor influyente en la calidad percibida y, por lo tanto, de la satisfacción de nuestras pacientes.

La segunda limitación que encontramos ha sido el instrumento utilizado. Como hemos señalado, el SERVQHOS-modificado está basado en la teoría de la desconfirmación, entendiendo la satisfacción como la diferencia entre las expectativas de las pacientes y su percepción acerca de la calidad de la asistencia recibida. Así pues, si las expectativas de las pacientes con respecto a la atención son bajas, su valoración de la calidad percibida tras la consulta será mucho mayor, ya que sus expectativas se habrán superado en

gran medida. Por lo tanto, el grado de satisfacción manifestado por estas pacientes pudiera ser engañosamente mejor.

Durante la cumplimentación de los cuestionarios, muchas de las pacientes quisieron completar verbalmente con los investigadores su valoración sobre la calidad de la asistencia recibida. La incorporación de un componente cualitativo en nuestro estudio no estaba prevista y por ello no estamos en disposición de aportar datos de modo riguroso en este sentido. Sin embargo, nos parece interesante señalar que entre los aspectos más deficientes a los que hacían mención destacan la falta de información sobre cómo paliar los efectos estéticos de los tratamientos oncológicos y la falta de recursos en la comunidad para las pacientes con cáncer de mama, en donde puedan compartir experiencias y sentirse «acompañadas» por otras personas que están pasando por el mismo trance. Por este motivo, y siguiendo las recomendaciones de Mira et al⁷ y de Caminal⁵, futuras auditorías deberían incorporar además del SERVQHOS-modificado, un componente cualitativo a través del que las pacientes puedan expresar su opinión de un modo más abierto. De este modo, podríamos obtener una visión más realista de la satisfacción de nuestras pacientes, ya que el carácter cerrado del instrumento puede omitir algunos detalles importantes de los problemas percibidos por nuestras pacientes.

Nuestros hallazgos nos han permitido detectar oportunidades de mejora en varios aspectos de la asistencia proporcionada por los SO de nuestra comunidad autónoma. A partir de los resultados obtenidos se podrán potenciar aquellos aspectos valorados como positivos y establecer medidas correctoras de los deficientes, a fin de mejorar la calidad percibida y, por lo tanto, la calidad asistencial de los Servicios de Oncología del Principado de Asturias^{1,5,6}.

Dada la importancia y potencialidad de los hallazgos de cara a lograr una mejora de la calidad asistencial en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, recomendamos la incorporación de la medición del grado de satisfacción de los usuarios como un indicador más de resultado del proceso asistencial. Este deberá tener un seguimiento periódico de cara a evaluar el efecto de la implementación de las estrategias de mejora llevadas a cabo sobre la satisfacción de nuestras pacientes. Así mismo, recomendamos informar sobre la satisfacción de los pacientes al personal responsable de su atención, lo que constituirá una estrategia de motivación en aras de mejorar la calidad de la asistencia prestada.

Financiación

El presente artículo ha sido realizado en el contexto del proyecto PI08/1477, financiado por la Acción Estratégica en Salud 2008, Subprograma de Proyectos de Investigación en Salud, cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) y por el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación (PCTI) del Principado de Asturias (COF09-27).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas nuestras participantes, por su inestimable y desinteresada colaboración.

Bibliografía

- Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calid Asist.* 2002;17:22-9.
- Hernández-García I, González-Torga A, Villanueva-Ruiz C, García-Shimizu P, Martín-Ruiz AC, Arnau-Santos M. Satisfacción de los pacientes atendidos en una consulta externa de medicina preventiva. *Rev Calid Asist.* 2010;25:83-9.
- Mira JJ, Aranaz J, Lorenzo S, Rodríguez-Marin J, Moyano S. Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales p̄ublicos. *Psicothema.* 2001;13:581-5.
- De la Fuente-Rodríguez A, Fernández-Lerones MJ, Hoyos-Valencia Y, León-Rodríguez C, Zuloaga-Mendiolea C, Ruiz-Garrido M. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. *Rev Calid Asist.* 2009;24:109-14.
- Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial.* 2001;16:276-9.
- Hernández Meca E, Ochando García O, Mora Canales J, Lorenzo Martínez S, López Revuelta K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2005;8:90-6.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin.* 2000;114 Suppl 3:S26-33.
- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PD, Rodríguez Torres MC, Rodríguez Torres MA, Alcazar Iglesias M, Pereira Becerra F. Satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria en dos hospitales comarcales. *Enferm Clin.* 2002;12:201-9.
- Pérez-Blanco V. Satisfacción del paciente urológico en consultas externas. *Rev Calid Asist.* 2003;18:628-35.
- Arraras JI, Martínez M, Manterola A, Lainez N. La evaluación del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología.* 2004;1:87-98.
- Fitzpatrick R. Satisfaction with health care. En: Fitzpatrick R, editor. *The experience of illness.* Londres: Tavistock; 1984. p. 154-75; Citado por Sitzia J, et al. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med.* 1997;45:1829-43.
- Alfonsín-Serantes C, Viña-Vázquez J. Grado de satisfacción en el paciente trasplantado de pulmón. *Rev Calid Asist.* 2007;22:21-7.
- Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales p̄ublicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco países. *Gac Sanit.* 2000;14:291-3.
- Braña Marcos B. La vulnerabilidad de los derechos de los pacientes en el medio hospitalario. *Ética de los Cuidados.* 2009 ene-jun:2(3) [consultado 1/6/2010]. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n3/et7069.php>.
- Street RI, Voigt B. Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life. *Med Decis Making.* 1997;17:298-306.