

Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios

Rocío Díaz

Universidad de Málaga

Correspondencia

Rocío Díaz

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Departamento de Economía y Administración de Empresa

El Ejido, s/n

29071 Málaga

Correo electrónico: romu@uma.es

Resumen

El paciente se ha convertido en el principal motor y centro de los servicios sanitarios. Su grado de satisfacción sería, pues, el indicador fundamental de la calidad asistencial. Procedemos, por tanto, a definir la satisfacción del paciente a través de los conceptos de expectativas y calidad percibida, y a partir de ahí analizaremos algunas de las técnicas más usadas para el conocimiento de la opinión de los usuarios de los servicios de salud, haciendo especial hincapié en los círculos del paciente o grupos focales.

Palabras clave: Paciente. Satisfacción. Expectativas. Calidad percibida. Grupos focales.

Summary

Patient has become the main motor and centre of health services. So that, his satisfaction level would be the main indicator for quality in health care. We are going to describe the patient's satisfaction starting from expectations and perceived quality concepts, and then, we will analyze some techniques used to know what people think about health care services. Finally, we will pay special attention to focal groups.

Key words: Patient. Satisfaction. Expectations. Perceived quality. Focal groups.

Introducción

Los últimos años han significado para el sector sanitario de España, como en la mayoría de los países de nuestro entorno, una serie de importantes cambios.

Estos nuevos retos planteados tienen que enfocarse correctamente, de forma que se consolide lo que funciona bien y se pretenda mejorar lo que no funciona de forma adecuada. Conviene explicitar qué entendemos por "forma adecuada": con ello queremos referirnos a la adaptación, la asimilación, la aproximación o la congruencia de la prestación de servicios sanitarios con los requerimientos que la sociedad actual formula, que han evolucionado rápidamente, tanto desde la perspectiva sociológica como desde los modelos de funcionamiento y expectativas.

La aparición e implantación de fórmulas de gestión que puedan amoldarse con las nuevas pautas culturales y sociales han originado un ámbito de referencia en el que las empresas que prestan asistencia sanitaria se han introducido en un proceso de reconversión, cuyos frutos han sido modernas empresas de servicios.

Pero estas novedades no deben quedarse en la obtención de resultados rápidos y aparentes como los conseguidos a través de los cambios en las estructuras organizativas (con la separa-

ción de las funciones de planificación y financiación, por un lado, y las de provisión de servicios, por otra) o a través de las nuevas formas jurídicas (fundaciones, institutos, etc.) que, si bien se trata de elementos necesarios, no tienen la condición de suficientes para que el nuevo modelo no sólo funcione sino que se consolide y perdure; es en este aspecto donde el factor humano hace acto de presencia en toda su importancia como principio crítico. Las transformaciones duraderas sólo son viables si las actitudes y comportamientos de las personas que las ponen en juego se conducen hacia la finalidad que se persigue¹.

Dentro de este marco la satisfacción de los clientes pasa a situarse como uno de los objetivos principales y, al menos en las empresas que adoptan como propios los principios de la calidad total², adquiere más importancia incluso que los mismos beneficios empresariales³.

De los múltiples enfoques para abordar la transformación y perfeccionamiento de una organización, los que mejor funcionan son los que la consideran como un todo, una unidad sinérgica. Son los enfoques que persiguen la calidad total, la mejora continua en todos los servicios que prestan cada uno de los departamentos de la empresa.

Por estos caminos se mueve, y sin perjuicio ni exclusión de otros instrumentos que trabajan hacia los mismos objetivos, el modelo europeo de excelencia.

Este modelo se basa en tres pilares básicos: mejora continua, integración y participación. Se establecen prioridades en las áreas más relevantes, sin perder de vista a un todo unido, un conjunto que funciona a través de todos sus elementos, coordinados mediante políticas y estrategias basadas en la coherencia de metas. Al mismo tiempo, se promueve la implicación de todos los profesionales, sanitarios o no, como elementos integradores de la organización. Y, por último, se persigue innovar, mejorar y aprender, como claves básicas para todos estos sistemas de búsqueda de excelencia y de calidad total. Nos parece esencial este último aspecto de la participación, tanto por su aún no suficientemente aprovechado rendimiento como por sus posibilidades.

Dentro de este contexto, el "aprehender" necesita la búsqueda de información útil, que vendrá facilitada desde dentro y desde fuera, es decir, desde los profesionales que prestan el servicio sanitario, directamente o bien otros servicios complementarios (administración, hostelería), hasta los propios pacientes. El término "paciente" englobaría, además de a los usuarios de tales servicios, a sus familiares y conocidos y a la población, en general, como cliente/paciente potencial.

Debemos destacar la importancia que ha cobrado en la actualidad la orientación de los servicios de salud hacia las necesidades de los pacientes, ofreciendo nuevos enfoques a los nuevos problemas y nuevas soluciones a los nuevos entornos tecnológicos y sociales.

La consideración de que el ciudadano cuenta con escasos o nulos conocimientos sobre las características de los servicios que se le prestan ha dado paso a una situación en la que representa un papel de agente activo en la organización sanitaria. En sentido empresarial, se trata de una orientación del servicio al cliente (en este caso, externo) y la preocupación por satisfacer sus necesidades. De la relevancia que han cobrado estas ideas da buena muestra el hecho de que en una propuesta tan extendida como el Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad al que ya hemos aludido, la orientación hacia el usuario y su satisfacción es el criterio con mayor peso específico a la hora de valorar la excelencia de una compañía (20%)⁴.

De esta forma, el ciudadano se convierte en motor y centro del sistema sanitario. Las necesidades del paciente son "el eje sobre el que deben articularse las prestaciones asistenciales y constituir la base de la organización de los servicios y de los propios hospitales"⁵.

El presente artículo tiene el propósito de estudiar la satisfacción de los pacientes como base del éxito de cualquier organización que preste servicios de salud, y como elemento fundamental para una gestión de la calidad total, entendiendo por ella un conjunto de principios y métodos organizados de estrategia global, dirigidos a movilizar a toda la empresa a fin de obtener la mayor satisfacción del cliente al menor coste posible⁶. Procedemos, por tanto, a definir la satisfacción del paciente a través de los conceptos de expectativas y calidad percibida y, a partir de ahí, analizaremos algunas de las técnicas más usadas para el conocimiento de la opinión de los usuarios de los servicios de salud, haciendo especial hincapié en los grupos focales o "círculos del paciente".

Satisfacción del paciente

Los usuarios y su satisfacción son ahora la piedra angular del servicio de sanidad. Partiendo de esta premisa, se impulsa una nueva cultura de gestión estableciéndose una serie de prioridades: la mejora en el acceso al sistema, la participación del ciudadano, la continuidad en la asistencia por un mismo especialista o la libre elección de unos servicios sanitarios que pretenden ser más personalizados, confortables y de alta calidad humana y científicotécnica⁷.

Todos estos son elementos constitutivos de lo que llamaríamos un servicio de calidad total y global, cuyo fin primordial y concreto sería la satisfacción del usuario. La satisfacción también ha sido testigo de una evolución paralela. Era un tema, normalmente, tratado desde la óptica de los proveedores sanitarios que, gracias a su experiencia y conocimientos, eran capaces de delimitar las necesidades de los pacientes. En la actualidad, hemos pasado a una nueva manera de entender la satisfacción del paciente, acudiendo directamente a ellos para determinar cuáles son realmente sus necesidades y sus expectativas.

Se trata de una nueva forma de trabajar que, en la bibliografía alrededor de esta materia, se ha denominado "cuidados centrados o focalizados en el paciente". Todo esto implica un cambio cultural de las organizaciones sanitarias y de la forma en que los profesionales deben tratar y ver al paciente/cliente.

Desde esta perspectiva, es necesario que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar su satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria⁸. Entre las teorías de la satisfacción más extendidas, y sobre la que existe mayor solidez empírica, destaca la correspondiente al denominado paradigma de la "desconfirmación de expectativas"⁹. Según este enfoque, se entiende que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia), es decir, la diferencia entre las expectativas del paciente y las percepciones respecto al servicio prestado. Según este modelo, la satisfacción aparece como resultado de la confirmación de las expectativas o de la desconfirmación positiva de las mismas, mientras que la mayor insatisfacción se produce en el paciente que posee una expectativa exigente y que recibe una mala asistencia¹⁰.

La técnica es sencilla: el punto de partida es conocer qué necesita y espera el paciente (real y potencial). Estas necesidades se convertirán en requisitos y objetivos que configurarán la calidad global del servicio sanitario. Esto supone una reorientación de los procesos asistenciales para que incorporen el punto de vista del paciente, lo que "debe" revertir en una mejora de la efectividad y de la eficiencia, de acuerdo con el modelo de calidad total que hace trabajar a toda la organización en la búsqueda de la satisfacción del paciente¹¹.

Pero el enfoque no se queda ahí. El siguiente paso sería determinar si se están alcanzando los objetivos propuestos, esto es, evaluar la adecuación entre la calidad de los servicios ofrecidos, disponibles y accesibles, y las necesidades de

los usuarios; sus expectativas. Y tal adecuación no puede tarse más que por el propio paciente, lo que éste percibe, lo que a su paracer ocurre durante la prestación del servicio; es la calidad percibida. Parasuraman et al¹² concluyeron la elaboración de un instrumento para la medición de la percepción de la calidad de los servicios, al que denominaron Servqual. La medida de la calidad mediante Servqual se basa en el llamado paradigma de la desconfirmación antes mencionado, que expresa la diferencia entre lo que el cliente espera y lo que percibe¹². Dicho estudio se realizó basándose en cinco dimensiones básicas de la calidad recogidas en este modelo: fiabilidad, seguridad o garantía, sensibilidad o capacidad de respuesta, empatía y, por último, elementos tangibles.

Con este análisis, y de la concurrencia del binomio expectativas-calidad percibida, obtendremos el nivel de satisfacción del usuario de los servicios sanitarios, satisfacción que será tanto mayor, no sólo cuanto más adecuación se produzca entre expectativas y percepciones del paciente, sino cuanto mayor sea la superación de esas expectativas.

De esta forma, la satisfacción del paciente dependerá de los siguientes factores¹³:

1. Del grado de conocimiento de las expectativas (expectativas).
2. De la transformación de este conocimiento en oferta adecuada al mismo (calidad asistencial).
3. De lo que sucede en el momento de la verdad (calidad asistencial) o, mejor dicho, de lo que percibe el paciente en la prestación de estos servicios (calidad percibida).

A continuación se aclaran un poco más estos factores:

Expectativas del paciente

Hemos comprobado que una forma de conseguir la máxima adecuación de los servicios prestados a las expectativas del paciente, y de esta manera lograr la satisfacción del mismo, es el conocimiento de dichas expectativas. Por tanto, los proveedores de los servicios de salud (médicos, administradores y empleados en contacto con los pacientes) deben identificar qué esperan los pacientes de un servicio sanitario para, de esta forma, conseguir su satisfacción. Por este motivo, sería importante que se incluyese el estudio de estas expectativas en los planes de formación de los profesionales de la sanidad.

O'Connor et al¹⁴ consideran que las expectativas del paciente son fundamentales a la hora de la formación del grado de satisfacción sobre la calidad del servicio sanitario recibido. De esta forma, estos investigadores compararon las expectativas de los pacientes con las expectativas correspondientes a los proveedores sanitarios dentro de una gran clínica médica de multiespecialidad. El objeto de este trabajo era tratar de determinar el nivel de coincidencia entre ambas perspectivas¹⁵.

Las conclusiones a las que llegaron apuntaban a que los proveedores de los servicios sanitarios tienden a subestimar las expectativas de los pacientes (para cuatro de las cinco di-

mensiones básicas de la calidad recogidas en el modelo Servqual: fiabilidad, sensibilidad, garantía y empatía) excepto en lo relativo a los elementos tangibles, que tienden a sobrestimar. Por otro lado, administradores y empleados no médicos resultaron ser los que más se aproximaban a las expectativas sobre calidad del servicio de los pacientes, excepto los elementos tangibles en los que los médicos se acercan más a lo que esperan los pacientes.

Respecto a la formulación de las expectativas, es importante añadir que se producen a partir de los siguientes elementos:

- Las necesidades personales y las situaciones del momento.
- Las experiencias propias en el servicio (satisfacción anterior).
- La recomendación de los expertos (familiares y profesionales).
- El impacto de las comunicaciones (informaciones directas de los responsables de gestión de los servicios de salud o de fuentes de información independientes del sector sanitario).
- Y la cultura y educación de cada paciente.

Es decir, que las expectativas son individuales, dependen de las características de cada persona, pero a través de diversos estudios en relación con este tema, los aspectos fundamentales en los que coinciden la mayoría de los usuarios respecto a qué esperan de los servicios sanitarios serían los siguientes:

- Relaciones interpersonales (tipo y profundidad de la información ofrecida según la demanda del paciente sobre su problema de salud, amabilidad, actitud receptiva, trato humano en general con los pacientes, interés, etc.).
- Aspectos técnicos de la atención (diagnóstico y medicación correcta).
- Aspectos relacionados con el confort (características y estado de las instalaciones, hostelería, horario de visitas, etc.).

Calidad percibida y calidad del servicio

Debemos volver a insistir en que las expectativas no deben considerarse un límite (no son el nivel óptimo al que deben acercarse, en lo posible, las prestaciones sanitarias), sino que lo ideal es superar esas expectativas, de forma que se logre maximizar la satisfacción, y maximizar lo que algunos autores denominan “calidad sorpresa” que englobaría los aspectos no esperados por el cliente, de manera que se genera una fuerte sensación de “buen servicio”¹⁶.

Lo realmente importante para el consumidor es su grado de satisfacción. Éste será el resultado según lo visto hasta ahora, de contraponer lo que inicialmente esperaba (expectativas) a lo que finalmente percibe (calidad percibida), que no exactamente la que recibe (calidad asistencial). La calidad global que la prestación de un servicio puede ofrecer y que el

usuario del mismo recibe no tiene por qué coincidir con la que éste percibe, aunque lógicamente sí estarán directa e íntimamente relacionadas.

Así entendemos por calidad percibida la evaluación que los pacientes realizan de la calidad asistencial que han recibido en los servicios sanitarios por ellos demandados. Son percepciones subjetivas de una realidad objetiva.

El fin de una mejora continua en la calidad asistencial es el cuidado e impulso de la calidad percibida y, al mismo tiempo, potenciar estímulos para que los pacientes logren superar sus expectativas personales sobre lo ideal.

Teniendo en cuenta que la percepción que el paciente tenga de la calidad del servicio influirá en sus expectativas futuras, este proceso de mejora no estaría completo sin una constante revisión y perfeccionamiento de la calidad asistencial ofrecida. Por otro lado, las variables que podemos considerar controlables (sobre las que puede incidirse) por los proveedores sanitarios son las señaladas como integrantes de la calidad asistencial, la calidad del servicio. De aquí la importancia de identificar correctamente las necesidades y las expectativas de los pacientes y de conocer su opinión y sus percepciones para hacer que toda la organización trabaje y se implique, en este sentido, en la búsqueda de la satisfacción del usuario, maximizando su calidad percibida.

Sin embargo, no es mucha la experiencia en la delimitación de opiniones y preocupaciones de los pacientes, a pesar del carácter crítico que representa, como se ha argumentado, el análisis del punto de vista de los usuarios de los servicios de salud.

El paciente participa y suele aportar información de forma “no orientada” a través de buzones de sugerencias, quejas, hojas de reclamaciones, elección de centros sanitarios o la elección de médico. No obstante, esta información no es suficiente. Las técnicas de investigación “orientadas”, destinadas a conocer determinados aspectos de la asistencia sanitaria, son especialmente útiles a la hora de analizar la perspectiva del paciente y valorar adecuadamente la calidad asistencial.

El usuario como evaluador del servicio sanitario

En las últimas décadas, se ha producido un creciente interés en los servicios sanitarios por la medición, evaluación y mejora de la calidad en la asistencia sanitaria. En un principio, esta medición se centró en las estructuras, pero cada vez más el interés se centra en los resultados. Entre las diferentes medidas de resultado se encuentra la satisfacción del usuario. La satisfacción del usuario es el objetivo y resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad, al considerarla el eje central del servicio. Este tipo de medición es importante tanto para los profesionales sanitarios como para los gestores y contratadores de los servicios. Por tanto, es necesario contar con instrumentos que sean válidos y fiables para medir esa satisfacción. Ahora bien, esa satisfacción se considera la diferencia entre las expectativas y las percepciones del usuario del servicio. Por consiguiente, a través de los distintos métodos se evaluará no sólo la prestación del

servicio en sí sino también en comparación con las expectativas de los usuarios, ya que estas expectativas son los parámetros que los usuarios usan para juzgar las prestaciones que perciben.

Generalmente, este tipo de información se obtiene mediante la utilización de métodos “orientados”, cuantitativos u objetivos y cualitativos o subjetivos. Entre los primeros, podríamos destacar los informes del usuario (*patient reports*), que se utilizan para obtener información objetiva sobre la calidad de la atención recibida, y, entre los segundos, las encuestas de satisfacción y los grupos focales o círculos del paciente que proporcionan resultados sobre la asistencia sanitaria desde la perspectiva (subjetividad) del paciente.

A continuación, se detallarán las características fundamentales de la encuesta y los informes, para después dar paso a los círculos del paciente, por considerarlos un instrumento de gran potencialidad, pero que aún no goza de bastante aplicación práctica.

Informe del usuario y encuesta de satisfacción

La idea de preguntarle directamente al usuario para obtener datos objetivos sobre experiencias concretas asistenciales, aunque escasamente utilizada hasta ahora, surge con fuerza desde hace años a escala internacional bajo el término de *patient reports* (informes del paciente) señalándose una serie de argumentos que aconsejan su utilización¹⁷. A través de este instrumento, el paciente contesta en relación con hechos objetivos; por ejemplo, si se le ha realizado o no una actividad asistencial o si el médico le ha dado oportunidad de discutir el tratamiento¹⁸. Por otro lado, la encuesta es el método de participación del usuario más empleado para conocer su satisfacción con los servicios recibidos. Su objetivo es conocer cómo evalúan los clientes el sistema sanitario y establecer una retroalimentación informativa hacia el personal sanitario a fin de que conozca la evaluación de su actividad global⁶. A través de su información se obtienen respuestas subjetivas de valoración sobre la atención recibida, que suelen ser graduadas en varios niveles y se utilizan escalas de actitudes.

A través del informe, se tiene oportunidad de obtener respuestas muy concretas, relativas exclusivamente al acto asistencial que acaba de tener lugar, lo que reduce los sesgos debidos a un recuerdo deficiente de lo sucedido en la consulta, como es el caso de las encuestas realizadas al cabo de varias semanas o meses después de que se haya producido algún acto asistencial. Por otro lado, esto podría ser una ventaja, pues eliminan la “contaminación” de la percepción del acto asistencial¹⁹, aportando una visión más amplia y menos subjetiva por la acción del paso del tiempo.

La principal diferencia con respecto a la encuesta y ventaja del informe es la de su operatividad. Por ejemplo, después de aplicar una encuesta de satisfacción podemos obtener como resultado que “un 75% está muy satisfecho con las explicaciones dadas por su médico” o que “un 80% está muy de acuerdo con el tiempo de espera en la realización de una radiografía”. Sin embargo, en el informe, los resultados serían del tipo siguiente: “a un 20% de los pacien-

tes el médico le ha atendido entre 15 y 20 min" o "un 35% de los pacientes no ha tenido la oportunidad de comentar con su médico sus expectativas en cuanto al tratamiento". Por tanto, podemos observar que a través del informe conocemos dónde hay un problema rápidamente y en qué consiste exactamente¹⁸.

Otra distinción entre ambos instrumentos, es que el informe se dirige sólo hacia los usuarios reales que han tenido experiencia con el servicio prestado. En cambio, la encuesta aporta algo más, ya que puede recoger información tanto de pacientes reales como potenciales.

A simple título ilustrativo, podemos facilitar datos referentes a la materia que nos ocupa (satisfacción del paciente), recogidos en distintos trabajos en los cuales se han empleado estas dos técnicas.

En primer lugar, el Servicio Andaluz de Salud realizó una encuesta de satisfacción a casi 26.000 usuarios de los centros de atención primaria y especializada de toda Andalucía, con objeto de conocer su opinión sobre los servicios que reciben. En dicha encuesta se valoran aspectos de accesibilidad, organizativos y de infraestructuras de los centros. Además, también ofrecen su opinión sobre la atención que les han prestado los profesionales sanitarios y no sanitarios. Los resultados más evidentes a través de este estudio demostraban que la satisfacción es muy alta para cualquiera de los ítems valorados tanto para el caso de atención primaria como para la hospitalización; por ejemplo, un 86% de los usuarios recomendarían a su médico de cabecera y un 90% de usuarios manifiestan encontrarse satisfechos con la atención recibida durante su hospitalización. Resultando además muy bien valorada la atención domiciliaria, tanto médica como de enfermería. Sin embargo, también son evidentes algunas áreas a mejorar, como por ejemplo la obtención de cita cuando el usuario lo necesita, las comunicaciones telefónicas con sus centros o el tiempo de espera hasta entrar en consulta. Estos serían los aspectos peor valorados por el usuario en atención primaria. Respecto a la hospitalización, destacan las pocas respuestas positivas relacionadas con la valoración de la intimidad del hospital, la dificultad para identificar a los profesionales o la valoración de la comodidad de las instalaciones.

En general, tanto en los hospitales como en atención primaria, resultan bien valorados el trato, el respeto y la comprensión de la información recibida, según la encuesta realizada por el Servicio Andaluz de Salud⁷.

En segundo lugar, Lahuerta¹⁹ en 1996 realizó un estudio sobre la satisfacción a través de la técnica del informe, comparando las expectativas y las percepciones sobre la calidad asistencial en pediatría preventiva y ginecología. Se desarrolló seleccionando al azar una muestra representativa de pacientes que fueron entrevistados al finalizar la consulta. En dicho trabajo participaron 210 pacientes que acudieron a consulta médica a dos centros de la entidad Sanitas. Los resultados ponen de manifiesto índices elevados de satisfacción con la asistencia. La percepción de calidad asistencial alcanzó o superó las expectativas de los pacientes en todos los índices, con la única salvedad de los tiempos de citación y de consulta que fueron inferiores a los esperados.

No obstante, existe un problema: fundamentar el conocimiento de la satisfacción a través de encuestas e informes diseñados por personal técnico puede conducir a la obtención de respuestas a cuestiones que interesan únicamente a los profesionales, pero que pueden no coincidir con las que más preocupan al usuario. Sería recomendable, por tanto, la aplicación de otras técnicas que permitieran subsanar ese defecto, como los círculos del paciente o los grupos focales.

Círculos del paciente

Los círculos del paciente tienen su origen en los círculos de calidad tradicionales, que están constituidos por un número variable entre cuatro y 12 empleados, pertenecientes a una misma sección o departamento de la empresa y del mismo nivel jerárquico. Los miembros de estos círculos de calidad son voluntarios y se reúnen de forma periódica para identificar, analizar y resolver problemas o realizar mejoras relacionadas con el desarrollo de su actividad²⁰.

En 1990, los administradores sanitarios adoptaron este método, sustituyendo empleados por pacientes, y surgiendo así los círculos del paciente o también llamados grupos focales. Se trata de técnicas subjetivas utilizadas para analizar la realidad sanitaria desde el punto de vista del paciente, el eje central en todo servicio sanitario. Concretamente, podemos considerar los grupos focales como una metodología que permite alcanzar los siguientes objetivos:

- Conocer la experiencia vivida por el paciente durante la prestación sanitaria, aspecto desconocido por los profesionales.
- Explorar fácilmente las expectativas de los pacientes, con puntos de vista distintos.
- Conocer la calidad percibida por los mismos.
- Encontrar oportunidades de mejora dirigidas a aumentar la calidad percibida y, por ende, la calidad global del servicio.
- Conocer dónde se producen las ineficiencias y la mejor forma de solucionarlas desde la perspectiva del destinatario de la prestación sanitaria.
- Identificar los aspectos de la atención sanitaria que son más valorados por el usuario.

Todo ello, permite encontrar oportunidades de mejora dirigidas a aumentar la calidad de la atención en el servicio sanitario. En un estudio realizado sobre calidad percibida por el usuario en octubre de 1999, por Saturno PJ et al²¹, tras la realización de 54 grupos focales en siete hospitales representativos del territorio INSALUD, se analizaron los aspectos más relevantes para el usuario, como paso previo para conocer su satisfacción por la atención recibida en esos hospitales. De dicho estudio se obtuvieron 14 dimensiones relevantes para el usuario: información; identificación del personal; organización; entorno físico e infraestructura; trato; trato discriminatorio; apoyo emocional del profesional; compañía; percepción de la calidad científico-técnica de los profesionales; continuidad en los cuidados; tiempo de respuesta; confidencialidad; intimidad, y consideración de las preferencias y valores.

Podemos comprobar, a través de estos datos, los beneficios que se derivan de la aplicación de esta técnica, tanto para los usuarios de los servicios sanitarios como para la propia organización que los presta. Los participantes perciben su utilidad, se sienten elementos integrantes del sistema sanitario y, además, parte importante en él. Adquieren un carácter de compromiso. Esto sin mencionar los efectos positivos que la voluntad de mejorar el servicio y el grado de satisfacción, constatada directamente a través de esta técnica, significa para la imagen de la calidad asistencial.

Estudia aspectos que van mucho más allá de la simple eficacia del tratamiento médico: el valor creado no es sólo curar o prevenir la enfermedad, sino además el trato, la información, entre otros. "El investigador, cuando tiene contacto personal con el paciente e interroga dimensiones no habituales de la asistencia sanitaria, adquiere una apreciación global más ajustada a su realidad individual-familiar-social-médica, que es difícil de cuantificar, pero que enriquece notablemente la calidad asistencial y permite conocer los deseos y aspiraciones del individuo respecto a su enfermedad."²²

En cuanto a la organización de los círculos del paciente, no existe una estructura organizativa estándar, no se necesita un modelo organizativo especial, ya que éste deberá ser función del tipo de organización sanitaria de que se trate. No obstante, en una gran organización será necesario establecer una estructura fuerte para evitar que los círculos se conviertan en grupos descontrolados²³.

A título ilustrativo, la figura 1 nos presenta la estructura organizativa más frecuente de los círculos del paciente. Como podemos observar su estructura se asemeja bastante a la establecida para los círculos de calidad, teniendo en cuenta las siguientes salvedades: mientras en los círculos de calidad los miembros son empleados, en los círculos del paciente son una combinación mayoritariamente de pacientes, aunque también participan empleados; para la figura del líder, en los primeros, será el supervisor de los empleados miembros del círculo, y en los círculos del paciente es el jefe de enfermeros¹⁵.

Seguidamente, se explica los participantes fundamentales de los círculos del paciente, así como sus responsabilidades:

1. *Comité de dirección.* Está constituido por administradores sanitarios y su misión consiste en establecer las políticas y cursos de acción a seguir y organizar todo el programa para la puesta en marcha y el correcto funcionamiento del círculo del paciente. Además, trata de superar las limitaciones de conocimientos y capacidad técnica de los pacientes y contribuye a extender, dentro de la organización, la cultura de calidad total y creación de valor al consumidor.
2. *Líder o moderador.* Es miembro integrante del círculo propiamente dicho y su función general es conseguir la buena marcha del círculo, estimulando la participación activa de todos los miembros del círculo. Para ello, seguirá las normas establecidas por el comité de dirección.

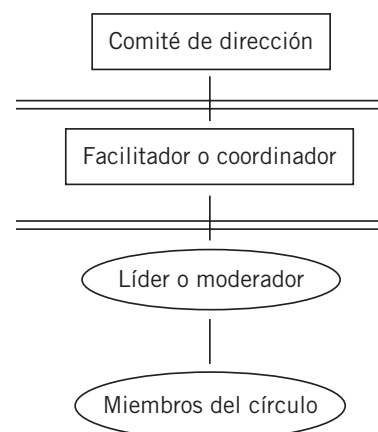
3. *Facilitador o coordinador.* Su misión principal es servir de enlace entre el líder y el comité. Entre sus responsabilidades podemos destacar las siguientes⁶:

- Llevar a cabo las políticas y estrategias generales determinadas por el comité de dirección.
- Controlar el cumplimiento del programa del círculo del paciente que está bajo su responsabilidad.
- Formar al líder de los círculos.
- Recoger informes de los círculos y prepararlos para su entrega al comité de dirección.

Por otro lado, en cuanto al funcionamiento de los grupos focales, podemos destacar las siguientes etapas¹⁵:

1. Selección y entrenamiento. Fase esencial y más delicada pues condiciona la evolución y los resultados del grupo. Se realiza la selección de los participantes para proceder a su entrenamiento. Esto tendrá especial trascendencia en lo que se refiere a la figura del líder o moderador, que deberá ser instruido en dinámica de grupos, trabajo en equipo y técnicas de identificación de problemas. Recibirán orientaciones y el material adecuado para comprender la metodología de los círculos, entender el proceso y tener claras sus responsabilidades y las limitaciones del modelo.
2. Ordenación de áreas problemáticas, basándose en la importancia que le han concedido los miembros del grupo.
3. Solución de problemas concretos. Se parte de categorías de problemas generales y desciende progresivamente hacia aspectos más concretos, a los que los participantes consideren más conveniente. Se recogen datos, para conocer todo lo que rodea y condiciona el problema y analizar sus causas. La opinión del comité de dirección resulta importante en esta fase, desde la visión del conjunto que posee, para orientar a los participantes en qué aspectos de mejora de la calidad deben abordarse antes.

Figura 1. Estructura organizativa de los círculos del paciente



Debe señalarse la especial importancia de la identificación de las causas que influyen directamente en las percepciones del paciente sobre la calidad de la prestación del servicio.

4. Propuesta de soluciones que previamente discutidas y estudiadas resultan a juicio de los miembros del círculo del paciente las más adecuadas para el problema concreto. Se presentarán al comité de dirección para que realice la elección de las más viables para su puesta en práctica.

Además, es importante añadir las posibilidades adicionales que este instrumento puede aportar. La obtención de información (sobre comprensión de expectativas, determinación de cómo se valora la calidad del servicio, solución de problemas y mejora de la satisfacción) no ha de detenerse en los pacientes o clientes externos reales. Al mismo tiempo deben intentar recopilarse datos de lo que se denomina su círculo social (amigos, vecinos o familiares) que son usuarios indirectos y, además, son clientes externos potenciales. De esta forma, desde los tres actuantes (profesionales, pacientes reales y potenciales), pueden contrastarse opiniones, aclarar presupuestos y dialogar *in situ* aprovechando los beneficios de la retroalimentación en la comunicación directa.

Hemos detectado las ventajas y beneficios que ofrecen estas técnicas de evaluación de la satisfacción del usuario, pero cabría también destacar algunos de los inconvenientes que pueden surgir de su aplicación:

- Coste en tiempo y esfuerzo por parte de los miembros del grupo, además actitud positiva en la colaboración. Para solucionarlo, habría que concienciarlos y motivarlos, de forma que perciban la utilidad de su labor y el interés que los proveedores sanitarios ponen en lograr su satisfacción, dándole la oportunidad de trabajar en la mejora del servicio.
- Coste en tiempo, esfuerzo y dinero por parte de los gestores sanitarios que deben disponer de medios materiales y personales para que funcionen estos grupos.
- Convencimiento absoluto y fuerte apoyo de los diferentes niveles directivos, comprometidos a través de una cultura organizacional que valore la información que estos métodos concluyan.
- Efectiva puesta en marcha de alguna de las soluciones aportadas.
- El análisis de la información obtenida es complejo por estar cargado de subjetividad y sobre todo hay que evitar la tendencia a cuantificar, ya que esto podría llevar a generalizar, siendo fundamental recordar que los resultados no se pueden proyectar a la población general.

Conclusiones

1. El cambio experimentado en la prestación de los servicios sanitarios ha colocado al paciente y su satisfacción en el centro de todas las miradas. No obstan-

te, para que esta transformación tenga éxito, dicho cambio requiere la implicación y el convencimiento de todas las personas que entran en juego. Es necesario que todos, proveedores sanitarios y pacientes (reales, directos o indirectos, y potenciales) asuman su papel de partes activas y colaboren en la búsqueda de una mejora continua de la calidad asistencial.

2. Es necesario conocer las expectativas de los pacientes y la calidad que éstos perciben, ya que de su concurrencia obtendremos el *nivel de satisfacción* de los usuarios de los servicios sanitarios, satisfacción que será tanto mayor, no sólo cuanto más adecuación se produzca entre expectativas y percepciones del paciente, sino cuanto mayor sea la superación de las mismas.
3. Para conseguir toda esta información, lo ideal es acudir a los propios pacientes. Se pretende conseguir de ellos su máxima *participación*, con la finalidad de incorporar sus opiniones a las decisiones que afectan al modo en que se les presta el servicio y la calidad de éste.
4. Para el análisis y evaluación de las opiniones y preocupaciones de los pacientes contamos con una serie de métodos. Entre los más conocidos podemos citar el informe y la encuesta. Pero éstos son instrumentos exclusivamente diseñados por personal técnico, por lo que fácilmente pueden obviarse problemas que el usuario puede considerar esenciales.
5. Una solución al problema antes aludido son los círculos del paciente que pueden resultar una técnica de gran potencialidad, a pesar de su todavía escasa puesta en práctica. Entre las ventajas que los grupos focales pueden aportar destacamos:
 - Pueden ser una forma eficaz de implicar al paciente en el proceso de mejora, haciéndole ver el importante papel que desempeña, mejorando su percepción sobre el esfuerzo que se está realizando por mejorar el nivel de la calidad asistencial, el servicio y su satisfacción.
 - La obtención de información que estos círculos pueden facilitar en lo referente a las tareas que hemos venido exponiendo puede ser muy elevada, debido a las posibilidades que ofrece una comunicación con retroalimentación inmediata.
 - Por otro lado, es susceptible de ser utilizado como paso previo a la hora de elaborar un cuestionario que pretenda medir la satisfacción del usuario de los servicios de salud, porque permite conocer lo que de verdad le interesa al usuario, que será lo que realmente influirá en su satisfacción. Lógicamente, ejerce en este aspecto, una función que va más allá de la simple complementariedad.
6. Por último, hay que añadir las posibilidades adicionales que este instrumento puede aportar. La obtención de información no ha de detenerse en los pacientes o clientes reales, deben recopilarse datos de los que se denomina su círculo social (amigos, vecinos o familiares) que son pacientes potenciales. De

esta manera, desde los tres actuantes (profesionales, pacientes reales y potenciales), pueden contrastarse opiniones, y dialogar, aprovechando los beneficios de la retroalimentación en la comunicación directa.

Bibliografía

1. Triguell Sabaté L. Modelo europeo de excelencia de la EFQM: un instrumento facilitador de la mejora continua. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:445.
2. Cottle D. El servicio centrado en el cliente. Madrid, 1991.
3. European Foundation for Quality Management. Total Quality Management. Bruselas, 1992.
4. Corbella A, Maturana S. Papel del ciudadano en los servicios de salud. Posibilidades y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:357.
5. Sánchez Legrán F. La participación de los usuarios en la sanidad debe ser ya una realidad. *Rev SAS información* 2000;4:3.
6. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
7. Servicio Andaluz de Salud Información. Contrato-Programa de los hospitales del SAS para el año 2000. 2000;5.
8. Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing sanitario. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
9. Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial* 2000;5:36-42.
10. Cadotte, Woodruff R. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *J Marketing Res* 1987;24:305-14.
11. Feigenbaum AV. Total quality control. Washington: McGraw-Hill, 1961.
12. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing* 1994; 58:111-24.
13. Chías J. La imagen de los servicios. *ICE* 1993;722:119-25.
14. O'Connor SJ, Shewchuk RM, Carney LW. En: Martín Fuentes MT, Román González MV, editores. Los círculos del paciente: pieza clave para mejorar la calidad en el sistema sanitario. *Harvard Business Review* 1998;86:96-103.
15. Martín Fuentes MT, Román González MV. Los círculos del paciente: pieza clave para mejorar la calidad en el sistema sanitario. *Harvard Business Review* 1998;86:96-103.
16. Palacio Lapuente, Díez JD. ¿Influye la calidad técnica de nuestro trabajo en la satisfacción de nuestros clientes? *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:661-6.
17. Clearly PD, Edgman-Levitan MR, Moloney THW, McMullen W, Walker JD, Delbanco THL. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*, Winter 1991;255-67.
18. Saturno PJ, Sánchez JA. El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 1995;10:271-9.
19. Lahuerta J, Hernández JM, Ruiz Ferrán J. Evaluación de la satisfacción asistencial en dos centros de Sanitas. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:4.
20. Moreno Luzón MD, Herrera Gómez J, Martínez-Fuentes C. El trabajo en equipo y la calidad total. *ESIC-MARKET* 1995;89: 83-97.
21. Saturno PJ, Más Castillo A, Para Hidalgo P, González Barberá M, López Santiago A, Llor Esteban B, et al. Análisis de grupos focales en el proceso de elaboración de una encuesta posthospitalización, tipo informe, sobre calidad percibida por el usuario. XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial 1999;14:627.
22. Fernández Samos R, Arias R, Ortega JM, Fernández Morán C, Vaquero F. Impresiones de los pacientes sobre aspectos de la asistencia sanitaria. XIV Congreso de la Sociedad Española de la Calidad Asistencial, 1995. Libro de comunicaciones.
23. Barranco FJ. Planificación estratégica de recursos humanos. Del marketing interno a la planificación. Madrid: Pirámide, 1993.