

La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios

Josefina Caminal

Universidad Autónoma de Barcelona

Correspondencia

Josefina Caminal

Campus de Bellaterra. Edificio M

Laboratorio de Bioestadística

08193 Bellaterra, Cerdanyola del Vallès (Barcelona)

Tel.: 935 813 120

Fax: 935 812 344

E-mail: josefina.caminal@uab.es

El “por qué” del análisis de la satisfacción

En los últimos años, el estudio de la satisfacción de la sociedad española respecto a sus servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de valor creciente tanto para el marketing como en la investigación en servicios sanitarios. El hecho de que los proveedores de estos servicios y algunos investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y a la conducta del paciente, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad^{1,2}. El análisis de la satisfacción, también, se está utilizando como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias³⁻⁶.

Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios. En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. Y, en tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer⁷.

La posibilidad de considerar a los ciudadanos como consumidores de los servicios sanitarios aparece en las últimas décadas y tiene su origen en el sector privado. Según Calnan, hablar de ciudadano, cliente, consumidor, usuario o paciente tiene un significado diferente a pesar de que los términos se utilicen indistintamente⁸. En nuestro país, la mayor parte de los ciudadanos son usuarios o usuarios potenciales del sistema sanitario. A pesar de que el abanico de intereses es muy amplio, los usuarios centran sus intereses y expectativas sanitarias en la relación más inmediata, en las atenciones y en los servicios que reciben de los profesionales. Está claro que los principios básicos de los derechos de los consumidores no se pueden aplicar con demasiada facilidad al contexto de la atención sanitaria porque, por ejemplo, aquéllos que pagan por la atención no son necesariamente los que más se benefician de ella. Debería to-

marse en consideración que el uso de los diferentes términos que identifican al ciudadano cuando utiliza los servicios sanitarios no es banal, sino que puede ser, o es, un reflejo de los cambios sociales que definen la posición del mismo en el mercado sanitario.

Con independencia de los aspectos semánticos y sociológicos descritos, la tendencia actual es la de reconocer en los ciudadanos un nivel de autonomía muy superior al que el sistema sanitario les había dado hasta ahora. La capacidad de protección de la salud es considerada desde las diferentes formas de participación en la salud con independencia de la organización del sistema sanitario. Los individuos no son recipientes pasivos, sumisos seguidores de las órdenes y recomendaciones de los “expertos”. La población es más autónoma de lo que el sistema sanitario ha creído hasta ahora.

Así, la medida de la satisfacción es un instrumento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones sean públicas o privadas, de producción o de servicios, y la idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes se ha generalizado hasta tal punto que se ha llegado a modificar la definición de calidad. Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades⁹. Vuori añade que si se supone que los pacientes son racionales y capaces de realizar opciones inteligentes sobre su estado de salud, existe el imperativo ético de involucrar a los mismos en la mejora de la calidad de los servicios¹⁰.

El “objeto” y el “sujeto” de análisis

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad¹¹. Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual. Esto es, de múltiples posibilidades de expresión definidas en los espacios socioculturales en los que se muestra y de la multidimensionalidad de las experien-

cias previas relacionadas con ella. La satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social.

Carr-Hill probó que la satisfacción con la atención médica está influenciada por el grado en que la actuación del médico se corresponde con la expectativa del paciente. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. Algunas investigaciones añaden que una experiencia "mala" influye en la satisfacción del paciente más que tener experiencias "buenas"⁶. La diversidad de teorías sobre las expectativas como determinantes de la satisfacción unido a la dificultad o poco hábito por parte de las organizaciones sanitarias, en combinar los métodos cualitativos con los cuantitativos para identificar la mayoría de los factores relacionados con la satisfacción, representa una limitación añadida al conocimiento de ésta¹².

Desde la perspectiva del paciente, la medicina tiene las siguientes funciones: curar, a veces; aliviar, a menudo; y confortar, siempre. La primera se denomina "ciencia" de la medicina y las otras dos se denominan "arte". La tarea del médico en un episodio de enfermedad se puede dividir en dos: la técnica (ciencia) y la interpersonal (arte). A estas dos tareas habría que añadir las condiciones bajo las cuales se ofrece la atención tales como el confort, la rapidez o la amabilidad⁵. En general, se identifican tres aspectos que los pacientes valoran de la asistencia sanitaria: el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas), el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación) y la comunicación (dar y recibir información). A grandes rasgos podríamos considerar pues que los contenidos del proceso asistencial relacionados con la satisfacción deberían contener por lo menos tres dimensiones diferentes de la atención: 1. la ciencia de la medicina (aspectos técnicos/instrumentales de la asistencia), 2. el arte de la asistencia (aspectos comunicativos) y 3. las comodidades de la asistencia. La medida de la satisfacción será la medida de las diferentes dimensiones que la conforman¹³. Estas tres dimensiones son coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de medida de la satisfacción, aunque algunos autores incluyan otros aspectos relacionados con el proceso de atención o generen subdimensiones dentro de aquellas¹⁴⁻¹⁶.

A la complejidad de la definición de la satisfacción hay que añadir la "labilidad" del sujeto de análisis, que explica la resistencia de algunos autores a incluir la satisfacción entre los criterios de calidad asistencial. Esta resistencia se fundamenta en las siguientes razones: 1. la falta de conocimiento científico y técnico por parte de los pacientes para evaluar la calidad asistencial; 2. el estado físico o mental de los pacientes que puede influirlos, o en algunos casos incapacitarlos, para emitir juicios objetivos; 3. el rápido proceso asistencial (atención de enfermería, realización de pruebas diagnósticas, medidas terapéuticas) que dificulta que los pacientes puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que está ocurriendo y 4. la dificultad en definir lo que los pacientes consideran "calidad".

La calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico y los cambios del estado de salud (la percepción de éste varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación). Además, las características de los pacientes influyen en la actitud de los profesionales que repercute en la satisfacción de la población¹⁷.

A pesar de esta complejidad, Vuori propone una serie de consideraciones éticas, desde el punto de vista del paciente, que justificarían que la satisfacción se incluya en la evaluación de la calidad: 1. el principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica; 2. el principio democrático según el cual aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella; 3. los derechos del consumidor por los que el consumidor tiene derecho a decidir aquello que él quiere; 4. el concepto de enfermedad, que debería desplazarse del concepto biológico estricto al concepto experimental de la misma. Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa. Aunque la medicina no siempre puede curar, sí que puede ser útil a los pacientes y satisfacer sus necesidades. Por esta razón debe conocer cuáles son sus necesidades y experiencias. Una forma de alcanzar este conocimiento es, en parte, a través del análisis de la satisfacción⁵.

El "qué" y el "cómo"

A pesar de las limitaciones descritas, la medida de la satisfacción ha demostrado ser un instrumento útil para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios porque proporciona información sobre la calidad percibida por los ciudadanos¹⁰. Utilizado adecuadamente puede ser un buen instrumento para modular y adaptar los servicios a las necesidades expresadas por la población, así como un buen centinela de los cambios culturales y de preferencias de la población.

El objetivo del análisis de la satisfacción será pues facilitar información a los profesionales y a los gestores y administradores del sistema sanitario sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes de la organización que intervienen en el proceso asistencial. Si consideramos que la satisfacción con los servicios sanitarios es, predominantemente, un concepto derivado, las investigaciones sobre la misma se deberían dirigir a investigar las causas de la insatisfacción⁶. No obstante, los aspectos de la asistencia que causan más insatisfacción son largamente conocidos. En términos generales, se sabe que en los hospitales, las quejas incluyen la espera excesiva para una visita de consulta externa o para la admisión o la mala o insuficiente información o los aspectos relacionados con la hostelería. También se sabe que en la atención primaria, las críticas de los pacientes acostumbra a centrarse en problemas de acceso, como el sistema de cita previa, problemas en la relación médico-paciente y, tal vez, problemas en la comunicación¹⁸.

Como recomiendan Mira y Aranaz², la metodología más recomendable es la que combina técnicas de investigación cua-

litativa y cuantitativa así como el empleo de instrumentos que contengan elementos que faciliten la evaluación de las percepciones de los pacientes con la experiencia sobre si determinados "hechos de buena praxis" han ocurrido. Los investigadores de este ámbito de conocimiento han avanzado en el diseño de instrumentos de medida de la satisfacción para evaluar la calidad de los servicios. Un ejemplo de estos avances son los cuestionarios derivados del "SERVQUAL" para su uso en el ámbito hospitalario que combinan la medida de las expectativas y las percepciones¹⁹ o el "Consumer/Provider Survey" que mide las experiencias y las percepciones en la atención y resolución de problemas concretos en la atención primaria, desde una doble perspectiva la del usuario y la del proveedor²⁰.

Una de las maneras de facilitar la información a los profesionales, como alternativa o complemento a las encuestas clásicas, pueden ser otros sistemas de análisis como el de grabar la opinión de los pacientes, pasar posteriormente la cinta al personal sanitario y establecer grupos de participación en los que se reflexione sobre esa percepción de los pacientes. Las encuestas implican un proceso extenso, complejo, largo y caro al que hay que añadir el cuidado del uso de los instrumentos estandarizados por dos razones muy simples: el contexto y los objetivos de análisis. Además, el análisis debería incluir más estudios sobre grupos minoritarios puesto que es inapropiado asumir que los resultados que se obtienen de un estudio de población general son extrapolables. Ante esta situación, y desde una perspectiva de la gestión de los servicios sanitarios, se podría plantear la utilidad complementaria de los métodos cualitativos, habitualmente sacrificados por los profesionales de la salud.

Una razón adicional para introducir la utilización de la opinión de la población en las organizaciones sanitarias es porque se convierte en un instrumento útil para hacer efectivas las políticas más actuales sobre la calidad. Un ejemplo puede ser el Modelo Europeo de Excelencia de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), que promueve dichas políticas desde la perspectiva de la máxima participación de los diferentes actores del proceso asistencial. Los métodos cualitativos pueden representar en esta dirección una alternativa deseable para aproximarnos a una dimensión más real de lo que la población está expresando cuando dice las cosas. Porque cerrar las experiencias subjetivas en categorías rígidamente trazadas sin conocer la lógica que opera en los grupos sociales que investigamos puede inducirnos a "escuchar lo que queremos oír" y, por lo tanto, a falsear la realidad. La utilización de la evaluación cualitativa de forma complementaria a instrumentos clásicos de probada validez, facilitaría la monitorización del nivel de satisfacción de la población respecto a los servicios sanitarios en los programas de la mejora continua de la calidad a un coste asequible para el sistema.

Como se ha demostrado a lo largo de esta exposición, existe el consenso de la mayoría de los investigadores que la opinión expresada por los ciudadanos mediante diferentes vías, sea a través de las encuestas de satisfacción solas sea en combinación con los métodos cualitativos, ofrece una información esencial para conocer el funcionamiento de los servicios sanitarios desde el punto de vista de la población y como tal constituye un instrumento de participación de la misma en la mejora de

la calidad de la atención sanitaria. Esta evidencia constatada en el ámbito de la investigación no siempre se traduce en una experimentación en el ámbito de la gestión y administración sanitaria, por lo que la utilización sistemática de este tipo de información en el rediseño de los procesos asistenciales no debería sufrir más dilación.

Agradecimientos

A Emilia Sánchez y a María del Mar García por el trabajo de revisión del texto y porque sus sugerencias y aportaciones han ayudado a clarificar los conceptos que se quiere aportar con el mismo.

Bibliografía

1. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II-Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 1991;302:1129-32.
2. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Supl 3):26-33.
3. Rodríguez-Legido CI. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit* 1995;9: 311-5.
4. Delgado A, López LA, Luna JD. La satisfacción de los usuarios con los dos modelos sanitarios de asistencia primaria vigentes en Andalucía. *Gac Sanit* 1993;7:32-40.
5. Bolívar I, Grupo de estudio de la utilización de servicios sanitarios de Mataró. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria. *Gac Sanit* 1999;13(5): 371-83.
6. Blendon RJ, Donelan K. Public opinion about Spain's National Health System. *Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Anexo III*. Madrid, 1991.
7. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ* 1991;302:887-9.
8. Calnan M. Citizens, users and health care. *Eur J Public Health* 1997;7(1):1-2.
9. Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? *Cuadernos de Gestión* 1995;1(1):23-33.
10. Vuori H. Patient satisfaction-An attribute or indicator of the quality of care? *QRB* 1987;March:106-8.
11. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 1992;14(3):236-49.
12. Thompson A, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *Int J Qual Health Care* 1995;7(2):127-41.
13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *MMFQ* 1966;44(2):166-206.
14. Ware JE, Snyder M. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975;13:669-82.

- | | |
|---|---|
| <p>15. Hulka B, Kupper L, Daly B. Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: A community perspective. <i>Med Care</i> 1975;13:648-58.</p> <p>16. Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. <i>Cuadernos de Gestión</i> 1997;3(2):90-101.</p> <p>17. Hall J, Milburn M, Epstein MA. A causal model of health status and satisfaction with medical care. <i>Med Care</i> 1993;31:84-94.</p> <p>18. Caminal J, Schiaffino A, Segura A. Análisis de la satisfacción/opinión sobre los servicios sanitarios en la Enquesta de Salut de</p> | <p>Catalunya. En: <i>Pla de Salut de Catalunya, 1996-1998</i>. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Generalitat de Catalunya, Abril 1997.</p> <p>19. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. <i>Gac Sanit</i> 1997;11(4):176-89.</p> <p>20. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest C, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for managed care. <i>J Family Practice</i> 1998;46(3):216-26.</p> |
|---|---|