

Satisfecho, sí gracias... Pero ahora qué...

José Joaquín Mira
Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. España.

La orientación al cliente es una exigencia de los modelos de calidad, en los que se entiende que las distintas partes interesadas (o grupos de interés) se deben tener en cuenta a la hora de diseñar los productos o servicios por parte de las organizaciones. Llevada a la práctica asistencial, la orientación al cliente supone un paso más en la sustitución del modelo de beneficencia, que tradicionalmente ha imperado en el sector sanitario, por otro de decisiones compartidas.

Debe entenderse que la satisfacción del paciente no es meramente una cuestión ética, y mucho menos estética. Sabemos que se asocia al posterior cumplimiento terapéutico, a estilos de práctica profesional que favorecen la toma de decisiones compartida, a la calidad de vida del paciente y a un buen resultado médico.

En el entorno sanitario, son cada vez más diversas las experiencias en las que se toma en cuenta la opinión del paciente para organizar los procesos asistenciales y las de puesta en práctica de métodos para evaluar la satisfacción del paciente, e identificar potenciales áreas de mejora. A las iniciativas institucionales de medida de la satisfacción de los pacientes, generalizadas cada vez más en los distintos servicios de salud, hay que sumar los estudios realizados sobre esta temática que, en los últimos años, se han incrementado notoriamente.

Esta proliferación de estudios sobre la satisfacción del paciente invita a una sosegada reflexión sobre qué estamos haciendo, con qué resultados y, sobre todo, para identificar con mayor claridad hacia dónde debemos dirigirnos. El trabajo de Barrasa et al¹, publicado en este mismo número de la revista, responde a esta necesidad y plantea con rigor los pros y los contras de la investigación realizada hasta ahora en nuestro país.

De 1986 a 2001 el número total de artículos españoles sobre satisfacción del paciente ha sido de 124, de los que un 13% corresponde a estudios sobre reclamaciones. Si analizamos comparativamente estos datos con los aportados en 1999 por Sitzia², en su estudio de revisión de artículos publicados en lengua inglesa sobre satisfacción del paciente, observamos un cierto paralelismo y algunas divergencias.

Los datos aportados por Barrasa¹ demuestran que un 50% de los artículos recurre a cuestionarios para evaluar la satisfacción, un 45,8% realiza entrevistas y el resto combina ambos métodos; mientras que el estudio de Sitzia refiere un 64% de estudios con cuestionarios, mientras que el 90% de los estudios españoles son de metodología cuantitativa y el 93% de los publicados en inglés se apoya en esta metodología. Un 47% de los trabajos españoles con encuestas sobre satisfacción presenta algún dato sobre la validez del instrumento utilizado, porcentaje ligeramente superior al 46% aportado por Sitzia. Otro dato a considerar es el porcentaje de estudios de medición de la satisfacción que recurren a un instrumento propio, que en estudios españoles es del 71% y en el caso de la revisión de Sitzia del 81%. Curiosamente, el porcentaje de estudios españoles centrados en la atención primaria (48,4%) supera claramente a los publicados en lengua inglesa (13%).

Si atendemos a los datos publicados, un rápido resumen sería el siguiente: un 9% de los estudios aplica cuestionarios ya conocidos, un 10% adicional recurre a estos instrumentos, aunque introduce alguna variación, y un 81% pone a prueba los nuevos cuestionarios.

Sitzia destacó que un 17% de los estudios con encuestas (con mayor probabilidad en el caso de estudios canadienses y menor probabilidad en los estudios realizados fuera de Estados Unidos y Europa) incluía información sobre la consistencia interna (normalmente mediante el coeficiente alfa de Cronbach) mientras que únicamente un 7% incluía alguna medida de validez de criterio, un 2% consideraba la validez de constructo y un 4% calculaba la fiabilidad test-retest. Sus conclusiones indicaban que los instrumentos contruidos expresamente para un determinado estudio, en términos generales, presentaban una menor validez y fiabilidad que los cuestionarios más "asentados" en la bibliografía.

El valor alfa de los estudios revisados oscila alrededor de 0,82 para las subescalas y en torno a 0,93 para las escalas de satisfacción. La fiabilidad de la división por mitades suele rondar un valor de 0,8. La correlación ítem-total media es de

0,27 y la correlación ítem-total de la subescala, de 0,60. La validez de criterio, considerando la correlación con otro instrumento, suele oscilar con otro cuestionario de satisfacción en torno a 0,86, con una medida concurrente de calidad percibida en torno a 0,72, y con la recomendación de acudir al centro en cuestión con correlaciones en torno a 0,68.

El referido artículo de Barrasa subraya que un 42% de los estudios publicados muestra algunos problemas de diseño (circunstancia que Sitzia cifra en torno al 54%), y que sólo un 3% de los estudios revisados tiene una clara orientación a la intervención, lo que ofrece una prueba indirecta de que podemos aprovechar mucho mejor la información que facilitan las encuestas de satisfacción.

Las cuestiones metodológicas nos conducen también a reflexionar sobre qué hay detrás del concepto de satisfacción.

En el conocido estudio de Hall y Dornan³ se puso de manifiesto que las dimensiones de la satisfacción que más frecuentemente se evaluaban eran: humanidad en la asistencia (65%), información (50%), competencia (43%), administración (28%), accesibilidad (27%), costes (18%), facilidades (16%), resultados (6%), continuidad de los cuidados (4%) y atención a los problemas psicosociales (3%). En estudios posteriores, las dimensiones que se han aislado casi sistemáticamente con metodologías cualitativas son: accesibilidad, comodidad, capacidad de respuesta, competencia de los profesionales, cortesía en el trato, información, continuidad de los cuidados y resultado de la intervención sanitaria, por lo que cabe suponer que éstos son los aspectos que más intervienen en la satisfacción del paciente.

Aunque la mayoría de autores ven en la teoría de "confirmación de expectativas" una sólida base para explicar cómo se produce la satisfacción, otras explicaciones recurren a la teoría de la "acción razonada".

En el primer caso, se explica que la satisfacción es función del grado de disonancia entre lo que espera el paciente y lo que recibe⁴. Dicho de otro modo, la satisfacción se produce cuando la percepción que tiene el paciente "cae" en la denominada "zona de tolerancia" (o rango en el que la atención recibida es aceptable para el paciente), o bien cuando se supera esta barrera y lo que se ofrece supera el mínimo aceptable por el paciente.

En el segundo caso, la satisfacción del paciente sería función, por un lado, de la evaluación de cada una de las dimensiones de la atención sanitaria y, por otro, de la importancia que para ese paciente tenga cada una de ellas, conforme a la fórmula siguiente⁵:

$$\text{Satisfacción} = \sum \text{Exp}_i \times \text{Eval}_i$$

donde *Exp* corresponde a las expectativas y *Eval* a las valoraciones del paciente.

Ambas teorías ponen de relieve que las percepciones del paciente acerca de la atención sanitaria, aun siendo importantes, no son suficientes para explicar el nivel de satisfacción de un paciente, y que las expectativas, al igual que los procesos de atribución y de aprendizaje social, desempeñan un papel trascendental para conocer finalmente cómo vive el paciente la experiencia sanitaria⁶.

La propuesta de Kano⁷ es especialmente útil para explicar esta relación entre lo que se espera y lo que se recibe. Según esta propuesta, debemos diferenciar a la hora de organizar el proceso asistencial entre distintos elementos:

- "Necesarios" en la atención al paciente y cuya ausencia genera insatisfacción (p. ej, las carencias de información vividas por el paciente).

- "Unidimensionales", demandados por los pacientes, cuya presencia produce satisfacción en forma proporcional al nivel de cumplimiento, como puede ser la accesibilidad.

- "Inversos", ya que su presencia genera una insatisfacción evidente, como las listas de espera que generan un buen número de quejas entre los pacientes.

- "Neutrales", que no generan ni satisfacción ni insatisfacción.

- "Atractivos", cuya característica fundamental es que no se esperan y, por tanto, no pueden generar insatisfacción, aunque si están presentes, sí crean satisfacción (es lo que denominamos el "detalle de lo inesperado").

Diríamos entonces que la satisfacción es consecuencia no sólo del esfuerzo profesional y organizativo, sino también el resultado de las vivencias, las actitudes y las creencias personales del paciente, todo lo cual conforma sus expectativas. La satisfacción e insatisfacción no son necesariamente un continuo y la ausencia de satisfacción no siempre se traduce en una insatisfacción manifiesta, y viceversa. Existen elementos cuya presencia no necesariamente incrementa de forma notoria la satisfacción de los pacientes, aun cuando su ausencia sí genera una evidente insatisfacción. Los antecedentes de la satisfacción suelen ser procesos cognitivos y emocionales, a los que se suma la valoración de la calidad percibida de la atención sanitaria. La imagen que el paciente posea de los servicios sanitarios puede llegar a influir poderosamente en esa valoración final del nivel de satisfacción con la atención sanitaria. A la hora de realizar cualquier evaluación de la satisfacción del paciente la frecuentación es una variable que debe considerarse. No serán igual las expectativas sobre un recurso sanitario al que se acude de forma esporádica que sobre un recurso sanitario al que se acude frecuentemente (p. ej., hospitalización frente a atención primaria).

¿Están satisfechos los ciudadanos con el sistema sanitario? ¿Están satisfechos nuestros pacientes con la atención que han recibido?

Si consideramos como un buen referente el estudio de Maderuelo et al⁶, de 1995, identificaremos como causas de insatisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario: las listas de espera, la lentitud en la realización de pruebas diagnósticas, la masificación de las consultas, la escasa coordinación entre niveles, una deficiente infraestructura sanitaria en el ámbito rural, la ineficacia para resolver las reclamaciones de los pacientes, las carencias de especialistas en algunos centros y la insuficiente información.

Los datos del CIS de 1997 sugerían que un 21,2% de los españoles entendía que el sistema sanitario funcionaba

bien o bastante bien, porcentaje que ascendió muy ligeramente en 1999, hasta el 21,9%, pero que ha disminuido sensiblemente hasta el 18,4%, en 2002. En este mismo período, el porcentaje de españoles que considera que el sistema sanitario precisa reformas estructurales ha pasado del 44,3 al 47,7%. Los entrevistados, en el último barómetro sanitario, destacaron como satisfactorios la cercanía de la atención primaria (7,39 puntos), el trato (7,23) y la confianza en los profesionales (7,10); el trato en las consultas de especialistas (6,63); los medios técnicos de que se han dotado los hospitales (7,46) y la atención de enfermería (6,87) y de los médicos hospitalarios (6,75). La confianza en los profesionales y el trato apropiado y cortés se repiten en todas las encuestas como los aspectos mejor valorados.

Los datos del barómetro del CIS de 2002 indican que los recursos sanitarios de las zonas rurales, los tiempos de espera o el tiempo que dedican los médicos a informar a sus pacientes, siguen siendo, a juicio de los ciudadanos, causas de insatisfacción.

Considerando los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes, realizadas por diversos servicios de salud o publicadas por distintos autores, y pese a lo arriesgado de los resúmenes de este tipo, parece entreverse que entre un 70 y un 80% de los pacientes está satisfecho –según los datos publicados– con las atenciones recibidas en el sistema público de salud, que entre un 17 y un 27% se muestra más o menos indiferente, pero no insatisfecho, y que un 2 o 3% está manifiestamente insatisfecho, satisfacción que paulatinamente se disipa en el tiempo y que en el plazo de un año se ve reducida, en casos más extremos, hasta en un 24%.

Por lo general, se coincide al afirmar que los pacientes de mayor edad están más satisfechos con la atención sanitaria recibida que los jóvenes, que las personas con ingresos económicos medios y superiores muestran niveles mayores de satisfacción y que, aun con cierta controversia, las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención médica que reciben, y sobre todo se muestran satisfechas con las características de entorno de los centros.

El nivel de salud del paciente tras el tratamiento también muestra una directa relación con su nivel de satisfacción y ésta, a su vez, ha demostrado una alta capacidad predictiva del nivel de calidad de vida que el paciente logra tener tras el tratamiento.

Se ha demostrado que la satisfacción del paciente se relaciona con la duración de la consulta, las habilidades de comunicación del profesional, que el paciente se sienta cómodo para consultar todas sus dudas o temores, la información recibida, la variedad y el número de preguntas que formula el

paciente y la posibilidad de comentar durante la consulta los aspectos de índole no clínica.

Si consideramos estos resultados, se deduce que debemos, a tenor de cómo lo viven los pacientes, felicitar a los profesionales por su competencia profesional y por el trato (los datos que se barajan indican que los profesionales suelen ser más exigentes consigo mismos de lo que la mayoría de los pacientes realmente son) y, a la vez, sugerir la necesidad de introducir cambios en aspectos organizativos, de comodidad y capacidad de respuesta en las organizaciones sanitarias, y ser más exigentes con los profesionales para que se aseguren de que los pacientes entienden la información que les dan.

Otras cuestiones que debemos afrontar pasan por incrementar la calidad de los estudios sobre la satisfacción del paciente; reconocer que ésta reside, en gran parte, en la propia satisfacción de los profesionales, y que debemos abordar esta cuestión con decisión y, cómo no, preguntarnos hasta qué punto estos estudios están resultando útiles para los clínicos, para el conjunto de los profesionales o para el sistema sanitario. La justificación o la complacencia nunca han sido buenas compañeras de los sistemas de calidad y, desde luego, no van a aportar mucho a la mejora de la atención sanitaria.

Bibliografía

1. Barrasa JI, Aibar C. ¿Se utiliza la satisfacción de los pacientes para mejorar el sistema nacional de salud español? Una revisión sistemática. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18:414-24.
2. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999;11:319-28.
3. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988;27:935-9.
4. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982;16:583-9.
5. Fishbein M, Ajzen I. Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An introduction to theory and research. Reading: Addison-Wesley, 1975.
6. Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev* 1993;50:219-48.
7. Kano N. A Prespective on Quality Activities in American Firms. *California Manag Rev* 1993;35:12-31.
8. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con el sistema sanitario. Un estudio Delphi. *Aten Primaria* 1996;31:348-52.