

Satisfacción *versus* experiencia del paciente, calidad de diseño *versus* calidad de conformidad

Patient satisfaction versus patient experience. Quality of design versus quality of conformity

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0740>

J.J. Mira^{1,2}, A. Martínez², J. Aranz³, M. Guilabert²

Sr. Editor:

Aunque en los años 60 se empezó a hablar de la satisfacción del paciente como medida de resultado de la intervención sanitaria, no fue hasta finales de los años 70 y principios de los 80 cuando hemos contado con modelos e instrumentos de medida validados y efectivos para capturar este resultado. Estos enfoques evaluativos rápidamente se extendieron¹, también en España², y en los años 90 fueron excepción los hospitales que no realizaban alguna medida de la satisfacción de sus pacientes. En Atención Primaria la extensión de estas métricas fue, en cambio, desigual³.

La satisfacción del paciente se entendió como un concepto multidimensional cuyos componentes variaban en función del tipo de prestación (ambulatoria, hospitalaria, etc.)⁴. Los modelos de las discrepancias y de la diferencia entre expectativas y percepciones fueron adoptados como constructos teóricos que justificaban y explicaban esta medida. Sin embargo, pese a que esta conceptualización contaba con todos los requisitos para consolidarse, la falta de resultados en su asociación con respecto a

otras medidas de calidad objetiva, basadas en la clínica del paciente, supusieron que empezara a cuestionarse su utilidad y que no despertara suficiente interés entre los clínicos. Además, la elaboración de planes de mejora derivados de los resultados de la satisfacción no fue la que se esperaba. España no fue diferente a esta tendencia y, aunque han continuado las encuestas a pacientes, sus resultados han sido utilizados de forma muy desigual.

Es obvio que los servicios que reclama una sociedad, en este caso sanitarios, son distintos en función del nivel de desarrollo y bienestar de la misma (calidad de diseño en términos clásicos). En un reciente estudio⁵, realizado a partir de los datos de los últimos diez años del barómetro sanitario, se ha confirmado la dependencia de la satisfacción de los pacientes de los recursos puestos a su disposición. Pero conviene recordar que existen otras variables (relacionadas con la calidad de conformidad) que condicionan el resultado, por lo que, aunque sea posible que haya que destinar nuevos recursos, para que se alcancen mejores resultados es necesario modificar el paradigma de la atención en la que descan-

An. Sist. Sanit. Navar. 2019; 42 (3): 361-363

1. Departamento de Salud Alicante-Sant Joan. Alicante.
2. Universidad Miguel Hernández. Elche.
3. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Recepción: 30/09/2019
Aceptación definitiva: 08/11/2019

Correspondencia:

José Joaquín Mira
Universidad Miguel Hernández
Edificio Altamira
Avda. de la Universidad, s/n
03202 Elche (Alicante)
E-mail: jose.mira@umh.es

san los recursos existentes (al menos, muchos de ellos).

Los pacientes valoran y esperan en la actualidad prestaciones distintas a las de los años 80 y 90. Tienen acceso a una información y un nivel de vida y bienestar diferente. Esperan tener un papel más activo.

La ciudadanía ha cobrado protagonismo como agente de salud, lo que sumado al reto que supone la cronicidad para todos los sistemas sanitarios, han propiciado modelos organizativos y esquemas de atención al paciente diferentes a los anteriores. En estos años hemos visto aparecer nuevos enfoques, conceptualizaciones y propuestas en torno a lo que se empezó llamando atención centrada en el paciente y que hoy reconocemos como atención centrada en la persona, que representa el nuevo reto para los sistemas de salud en este siglo.

El cambio del paradigma paternalista *lo mejor para el paciente, pero sin el paciente*, por otro que se resume con el aforismo utilizado por Coulter: *nada en mí, sin mí*, supone una auténtica revolución en la forma de organizar y prestar la atención sanitaria.

En este marco, han nacido nuevas formas de medir lo que los pacientes tienen que decir y desde hace unos años se ha empezado a medir la experiencia del paciente para reflejar la información que proporciona la persona sobre lo que le ha sucedido en la interacción continuada con los profesionales y los servicios sanitarios y sociales y su vivencia de dicha interacción y de los resultados obtenidos⁶, diferenciándose de la tradicional medida de la satisfacción en la que se le pide al paciente que gradúe su valoración de elementos concretos de la atención. Los primeros estudios sobre experiencia de paciente han confirmado la relación de esta nueva métrica con variables de resultado clínico y con indicadores de seguridad del paciente⁷, lo que ha reforzado su implantación.

En los últimos años hemos visto aparecer nuevos constructos que muchas veces se emplean de manera indistinta e intercambiable, lo que les resta validez y limita su impacto en la práctica, como activación (*patient activation*), co-producción (*coproduction*), implicación (*engagement*), o em-

poderamiento (*empowerment*). Todos ellos reflejan que, sin la participación activa del paciente, los resultados en salud que se alcanzan serán más pobres y su coste será mayor⁸. Lograr esta mayor implicación del paciente hasta alcanzar esa activación en el cuidado de su salud, supone atender no solo los aspectos estrictamente biológicos de la enfermedad (o enfermedades) sino también los aspectos emocionales, espirituales y relacionales que supone el proceso de enfermedad para la persona.

Que los pacientes pasen de adoptar un rol pasivo a uno más activo es responsabilidad del conjunto de actores del sistema sanitario y, por ende, social (incluyendo educativo). Pero no cabe duda de que un actor privilegiado de ese cambio es el profesional sanitario que interactúa directamente con los pacientes en el día a día⁹. El cambio de comportamiento que subyace a los nuevos modelos de interacción precisa del compromiso del colectivo de profesionales para ser una realidad. Si el profesional no lo permite, o no facilita que el paciente, por ejemplo, pregunte, este no lo hará aunque tenga dudas, ni tampoco se implicará activamente en el logro de objetivos terapéuticos si su médico no le invita a hacerlo.

En la práctica, estos nuevos enfoques suponen recuperar conceptos como el de autoeficacia, término que hace referencia a las creencias de cada individuo sobre sus propias capacidades de organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para lograr unos resultados determinados¹⁰. El nivel de autoeficacia percibida está ligado al éxito, puesto que sin expectativas de éxito es poco probable que una conducta se lleve a cabo, de ahí nace su importancia en términos de logros en autocuidado. Lograr este cambio pasa, también, por cuidar a quienes cuidan¹¹. El modelo de la Cuádruple Meta¹² recoge esta idea y enfatiza esta cuestión como pre-requisito para lograr una óptima calidad asistencial.

La transición del paciente de objeto a sujeto ha propiciado un cambio en la forma en la que se presta la atención sanitaria y esto se refleja en la evaluación del resultado de la intervención sanitaria. Fundamentalmente, el enfoque actual debe incorpo-

rar la perspectiva de la persona, para poder asegurar la calidad del proceso y del resultado de la intervención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. SITZIA J, WOOD N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1829-143.
2. BARRASA JI, AIBAR C. ¿Se utiliza la satisfacción de los pacientes para mejorar el Sistema Nacional de Salud español? Una revisión sistemática. *Rev Calid Asist* 2003; 18: 414-424. <https://doi.org/10.5334/ijic.2443>
3. PASCOE G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983; 6: 185-210. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90002-2](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90002-2)
4. MIRA JJ, ARANAZ J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clín* 2000; 114 (Suppl 3): 26-33.
5. VALLS MARTÍNEZ MC, ABAD SEGURA E. Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. *An Sist Sanit Navar* 2018; 41: 309-320. <https://doi.org/10.23938/assn.0315>
6. MIRA JJ, NUÑO-SOLINIS R, GUILBERT-MORA M, SOLAS-GASPAR O, FERNÁNDEZ-CANO P, GONZÁLEZ-MESTRE MA et al. Development and validation of an instrument for assessing patient experience of chronic illness care. *Int J Integrated Care* 2016; 16: 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.2443>
7. DOYLE C, LENNOX L, BELL D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013; 3: e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
8. DANET A, PRIETO MA, MARCH JC. La activación de pacientes crónicos y su relación con el personal sanitario en Andalucía. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40: 247-257. <https://doi.org/10.23938/assn.0017>
9. NAVARRO I, GUILBERT M, CARRILLO I, NEBOT C, MIRA JJ. ¿Cómo perciben los pacientes de las consultas de Atención Primaria la información para implicarse en su autocuidado? *An Sist Sanit Navar* 2016; 39: 133-138.
10. GAVRIEL J. Perceived self-efficacy. *Educ Prim Care* 2016; 27: 144-145. <https://doi.org/10.1080/14739879.2016.1142771>
11. PÉREZ-CIORDIA I, GUILLÉN-GRIMA F, BRUGOS A, AGUINAGA-ONTOSO I. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. *An Sist Sanit Navar* 2013; 36: 253-262. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272013000200008>
12. BODENHEIMER T, SINSKY C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014; 12: 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>

