



## La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud

**Bárbara Zas Ros**

*Especialista en Psicología de la Salud*

*Master en Psicología Clínica*

*Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas*

*La Habana, Cuba*



 Ver perfil del autor

Para citar este artículo:

*Fecha publicación: 26/febrero/2002*

---

Zas Ros B. (2002, 26 de febrero). La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. *Revista Psicología Científica.com*, 4(3). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-d.html>

---

### RESUMEN

La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido y discutido en el campo de las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios. Relación satisfacción-excelencia, la verdadera complejidad del proceso de satisfacción y su medición, son los puntos centrales que se abordan en el presente artículo.

**Palabras clave:** Satisfacción con los servicios de salud, Excelencia en los servicios de salud, Calidad asistencial, Psicología de la Salud, Servicio de Psicología en instituciones de salud.

Si de satisfacciones se trata no cabe duda que la Psicología es una de las ciencias que más se ha dedicado a este tema. Múltiples teorías, representaciones empíricas, aproximaciones metodológicas desde finales del siglo pasado e inicio del presente han confirmado la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano convirtiéndose, en algunos casos, en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica comportamental. Si alguna duda se albergara bastaría con recordar los nombres primero de Freud, James y Winsbager, luego de Rogers y Maslow, y más recientemente de la convertida en "best seller" teoría de las emociones intelectuales, o de la pujante programación neurolingüística.

El por qué de la importancia de la satisfacción en los sistemas de regulación del comportamiento humano es algo que hasta le fue difícil explicar al prestigioso Sigmund Freud ante sus auditores de la antigua Viena (aunque a decir verdad, la explicación psicoanalítica, sin demeritar lo notable de su autor, me resultan en extremos azarosas y muy comprometidas con algo que pienso tiene que ver con la intimidad de lo humano, y no con el comportamiento de las instituciones). Si bien la Psicología tradicionalmente explicitó el vínculo entre satisfacción y comportamiento de una manera clara y que en principio tiene en su base una coherencia empírica con las representaciones intuitivas, aunque las trasciende ampliamente, los más recientes estudios no se conforman con cualquier tipo de comportamiento.

Ahora se trata no solo de que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que lo hagan excelentemente. La relación que se nos impone tiene que ver con la búsqueda de respuestas a la pregunta: ¿Qué tiene que ver la satisfacción con la excelencia? Digo como punto de partida que la satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción. No hay imagen de excelencia ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial. Pero como casi siempre sucede, los fenómenos de los que hablamos no pertenecen por entero al mundo de lo tangible, de lo directamente observable y cuantificable.

Como fenómeno esencialmente humano, la satisfacción así como la excelencia se resiste a un mero tratamiento estadístico. Y esto no es casual. La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, y culmina en él mismo, estamos haciendo referencia a un fenómeno esencialmente subjetivo desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Constituirían entonces puntos centrales a presentar y discutir en esta mesa redonda sobre el tema que nos ocupa: la naturaleza subjetiva de la categoría satisfacción y las implicaciones metodológicas que supone su medición o conversión en un indicador de calidad. Una breve referencia semiológica nos hace encontrar como definición de satisfacción: "la acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja" (Encarta 97). Al ser definida como la acción de satisfacer, pudiéramos siendo más exquisitos aún observar qué significa satisfacer: "Pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar...Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz.

Estar conforme uno con algo o alguien" (Encarta 97). Evidentemente cuando leemos esta definición nos damos cuenta de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Pero algo más allá de esta primera impresión, resulta evidente desde una lógica deductiva elemental. Se trata de dos aspectos esenciales:

1. La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.
2. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como "satisfactor" o no.

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. Entiéndase, no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro. De forma más sencilla pudiéramos decir refiriéndonos a lo que sucede a diario en nuestras instituciones de salud: Hay un sujeto (paciente) que viene a nosotros esperando algo, evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente. Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar que brindan al próximo paciente que espera. Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto demandante al interno de aquella institución de la cual el ahora deviene sujeto con una expectativa, sujeto expectante. Toda esta complicada trama (que diría más bien es todo un drama) nos permite irnos acercando a lo que fue la pregunta inicial que me hicieron en esta mesa ¿es la satisfacción entonces un indicador de excelencia en la calidad de la atención en salud? Sin dudas es un indicador, eso ya lo hemos dejado claro, más aún, es un instrumento de la excelencia.

El que sea un indicador de excelencia de la calidad, depende a mi juicio, de su implementación como indicador atendiendo a dos variables fundamentales:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el hospital), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, etc.) en la consideración de la satisfacción.
2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

Detengámonos entonces brevemente en cada una de estas variables citadas.

## **La complejidad del proceso**

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de al menos cuatro eslabones fundamentales del mismo:

1. Las variables intrasubjetivas del cliente ( paciente).
2. Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud.
3. El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
4. Las condiciones institucionales.

## **El cliente (paciente)**

El "paciente" (o cliente) que acude a una institución de salud, puede venir por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud.

En el transcurso por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato, establece amores y odios, esperanzas y frustraciones, soluciona o no soluciona el problema por el que vino.

Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o como dicen muchos "hicieron todo lo posible". Puede solucionar el problema y salir insatisfecho porque le cayó mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho un día o porque es alguien querellante, "protestón" o amargado .

Con esto quiero hacer énfasis en algo: Las expectativas que el paciente trae no tiene que ser necesariamente solucionar el problema de salud por el que vino ( sí esto fuera así nosotros los psicólogos y nuestros colegas los psiquiatras tuviéramos listados interminables de quejas de los pacientes neuróticos que atendemos). La expectativa de cada paciente es única y está también sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución de salud.

## **El supuesto dador (o el prestador de los servicios de salud)**

En honor a la verdad, es en aquella palabra queja, en la que nos centramos muchas veces para evaluar la competencia profesional de muchos de los trabajadores de la salud, sin embargo, buenos profesionales de la salud pueden recibir una queja de un paciente muy exigente, o de un paciente donde se procedió de un modo tan correcto e instituido que no era lo que el mismo esperaba, o sencillamente de un paciente pesado (porque de que los hay los hay).

Profesionales no muy capaces, pero simpáticos, sociables, dicharacheros, logran los mejores calificativos aunque ejecuten las mayores chapucerías técnicas, y como decimos vulgarmente "no pasa nada", "todo el mundo sale contento", y como es tan cómico el médico, o tan bien parecido ¿para qué quejarme?, si como dice el cuento: "Después de todo me divertí bastante".

Esta es una parte del análisis de este eslabón del proceso. La otra sería el considerar un principio elemental del funcionamiento psíquico humano: es muy difícil dar lo que no tenemos. Quiero decir si estamos muy insatisfechos en nuestra vida y en nuestro trabajo, es muy difícil que podamos satisfacer al que acuda en nuestra ayuda.

Mientras más satisfechos en su labor estén los que deben brindar una atención de calidad, más probabilidades existen de que se logre una atención satisfactoria.

Una atención de calidad no es necesariamente indicadora de atención satisfactoria, y cuando esto sucede, el que brinda los servicios de salud debe saber identificar las posibles variables que estuvieron implicadas en este proceso y debe saber reconocer cuáles fueron las Trampas de la Excelencia en las que quedaron atrapados.

## **Las trampas de la excelencia (el proceso de interrelación y las condiciones institucionales)**

1. *La comunicación como fuente generadora de insatisfacciones*

Puede suceder que le hayamos dado un exceso de información al paciente sobre lo óptimo a realizar en su caso, sobre todos los procedimientos posibles, en fin que vayamos sin darnos cuenta aumentando sus expectativas (por pretender ser excelentes), las cuales luego por alguna razón no llegan a cumplirse y provocan un estado de insatisfacción en el paciente. *"Las expectativas afectan los niveles de satisfacción"*, (Lele M, Sheth J, 1989, Pág. 116).

Puede ser que le hayamos confirmado una acción que no se cumple: *"hoy vienen a hacerle la interconsulta de dermatología"*, y ese día no aparece nadie.

Puede ser que se le haya hecho notar una deficiencia que él mismo no había notado o a la que no le dio suficiente importancia: *"qué salada estaba la comida hoy"*.

Es en el modo en que nos comunicamos, y en el modo de pretender a veces ser tan excelentes, que generamos fuentes de insatisfacción en nuestros pacientes.

## *2. La imagen: del profesional y la institución*

Hace un tiempo se puso de moda una canción que en uno de sus estribillos decía: "somos lo máximo". Si uno está ante lo máximo, espera lo máximo, si nos atiende una eminencia de la medicina en el mejor hospital, la atención esperada es también la máxima. A veces un fracaso puede ser el resultado de una excesiva propaganda. Sería mejor decir: *"Somos lo que somos"*, evalúe Ud.

## *3. El cumplimiento de los indicadores de eficiencia en la atención hospitalaria*

Disminuyendo la estadía, o viendo a todos los casos que lo necesitan, a modo de ejemplo, pudiéramos caer en la trampa de no hacer las cosas como se deben y brindar con ello una atención de menor calidad y más probable de ser evaluada insatisfactoriamente.

¿Se puede maximizar la satisfacción del cliente y minimizar los costos? (Lele M, Sheth J, 1989, Pág. 12). Teóricamente la respuesta a esta pregunta es "no se puede". Este cuestionamiento hecho para las grandes empresas, es imprescindible hacerlo en el área de la salud, máxime cuando somos un sector que no producimos bienes materiales, que gastamos constantemente recursos.

Minimizar los costes tratando de lograr un nivel mínimo de satisfacción constituye todo un reto sólo posible de lograr con un total dominio de todo el proceso que estamos describiendo y con una excelente dirección y cooperación de todos los factores intervinientes. Hago énfasis MÍNIMO CON MÍNIMO.

### **¿Mínimo es excelencia?**

La satisfacción entonces como indicador de excelencia, estaría necesitada inevitablemente de un análisis económico. Con pocos recursos económicos tenemos más posibilidades de que existan insatisfacciones en el paciente o en el prestador de los servicios de salud. La excelencia en la satisfacción está inevitablemente atravesada por la economía, y es un factor que no debemos nunca perder de vista a la hora de valorar lo sucedido en el proceso.

### **Medición del indicador : satisfacción**

#### *¿ A quién evalúo?*

En la actualidad, la evaluación de la satisfacción de los pacientes con los servicios que reciben constituye toda una exigencia (Grogan S., Conner M., Willits D., Norman P, 1995) en tanto los rangos de satisfacción del paciente están siendo usados para juzgar la calidad de la atención médica, e incluso, en ciertas prácticas médicas, para determinar los reembolsos (Weingarten SR., Stone E., Green A. 1995).

Implicar a los consumidores de los servicios de salud en las actividades de evaluación de la calidad de los mismos es un requisito para mejorarla por lo que se está poniendo especial atención en el análisis crítico de las implicaciones metodológicas de reconocer como elemento clave en el mejoramiento de los servicios la participación de los consumidores (Saturno PJ, 1995). Así, se planifican estrategias y desarrollan nuevos programas tomando en consideración las necesidades y los intereses de la población de acuerdo a sus propios criterios u opiniones (Gonzalves PE., Minderler JJ., Tompkins DL 1995).

Pero el problema de la medición de la satisfacción como indicador de excelencia de la calidad no debe quedarse sólo al nivel de la evaluación de los consumidores, pues sería como fraccionar todo el proceso. En mi opinión una correcta evaluación de los indicadores de satisfacción debe implicar también al dador, al productor de...

Esto hace que la complejidad metodológica del proceso se acreciente. Habría que indagar cuando de satisfacción como indicador de excelencia de la calidad de la atención en una institución de salud se trata, al cliente directo (paciente), al cliente indirecto (familiar), y al personal de asistencia.

Cada uno de estos grupos tendría sus particularidades y sus métodos propios de estudio. Cada uno de estos grupos tendría subgrupos (por ejemplo no es lo mismo un paciente internado en Cirugía que en Medicina Interna, como no es lo mismo un paciente hospitalizado que uno de Consulta Externa) que tienen sus especificidades, y todos estos elementos deben de tenerse en cuenta a la hora de determinar lo que vamos a medir y el instrumento con que vamos a medir el indicador.

### *¿Qué evalúo?*

Es necesario ante todo tener en cuenta de qué concepto de satisfacción vamos a partir para la evaluación. Existen algunas dimensiones referidas:

1. Evaluación de la satisfacción del paciente tomando como medida la competencia del profesional.
2. Evaluación de la satisfacción del paciente tomando como medida las cualidades personales y accesibilidad de los que brindan los servicios. (Delgado A, López LA, Luna del Castillo JD, 1995)
3. Evaluación de la satisfacción en función de los resultados del tratamiento (Baradell JG, 1995).
4. Evaluación de la satisfacción como el resultado de una relación entre expectativas traídas y cumplidas.

Cualquiera sea la dimensión sobre la que indagemos, es necesario tener claro de que el resultado como indicador quedaría limitado sólo a la dimensión sobre la cual estamos trabajando, por lo que el criterio sería : está satisfecho con respecto a ...

### *¿Con qué instrumento evalúo?*

Múltiples encuestas andan por todas partes referidas para el estudio de la satisfacción. Cualquiera de los aquí presentes ha elaborado alguna u otra. Sin embargo tendríamos que cuestionarnos hasta qué punto han sido reales instrumentos de medición del fenómeno que se pretende estudiar.

Pienso que uno de los obstáculos que ha impedido el desarrollo del estudio de la satisfacción como indicador de excelencia, ha sido precisamente la superficialidad con que instrumentalmente ha sido evaluado. Al no conocerse lo que realmente es, cualquiera puede medirlo con cualquier cosa, y se trata sin lugar a dudas de un complejo fenómeno del que bastante poco sabemos.

Realmente toda un área de trabajo se abre ante esta última pregunta de ¿con qué instrumento evalúo?. Lo importante parece ser no los instrumentos que se empleen ( Observación, entrevistas, encuestas, grupos focales, etc.) sino la rigurosidad científica con que sean puestos en práctica cualquiera de ello y la especificidad y particularidad de su estudio en los diferentes grupos y situaciones que abarcan las instituciones de salud.

En este mundo de objetividades y subjetividades, en este mundo de dolor y bienestar que son sin duda las instituciones de salud, aspirar a lo excelente no es sólo un propósito, sino un derecho de todos los hombres que actuamos en este campo de trabajo.

No sé si estoy satisfecha o no con estas reflexiones que les he traído. Siempre que uno escribe tiene la sensación de que podría haber dicho más con menos, de que podría haber sido más explícito o que podría haber empleado un mejor estilo literario aunque no me dedico a escribir, en fin de que me podría haber salido mucho mejor. Esa eterna inconformidad del ser humano es lo que genera su eterna insatisfacción, y es lo que genera ¿ por qué no? Su constante búsqueda por lo mejor, por lo óptimo, por lo excelente. Creo que este es un principio que diferencia al hombre de estos tiempos y de las sociedades contemporáneas.

## Referencias

Baradell JG. (1995). Clinical outcomes and satisfaction of patients of clinical nurse specialists in psychiatric-mental health nursing. *Arch Psychiatr Nurs*, 9(5): 240-50.

Delgado A, López LA, Luna del Castillo JD. (1995). Influence of the organizational model on user satisfaction. *Aten Primaria*, 16(6): 314-8, 320-1.

Encarta 1997. Enciclopedia Microsoft.

Gonzalves PE., Minderler JJ., Tompkins DL. (1955). A patient satisfaction survey: a basis for changing delivery of services. *Mil. Med.*, 160(10): 486-8.

Grogan S., Conner M., Willits D., Norman P. (1995). Development of a questionnaire to measure patient' s satisfaction with general practitioners' services. *Br J Gen Pract*, 45(399): 525-9.

Lele M, Sheth J. (1989). *El cliente es la clave*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A

Saturno PJ. (1995). Methods of user participation in the evaluation and improvement of the quality of health services. *Rev Esp Salud Pública*, 69(2): 163-75.

Weingarten SR., Stone E., Green A. et al. (1995). A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. *Am J Med*, 99(6): 590-6.