

COLABORACIÓN ESPECIAL**LOS MÉTODOS DE PARTICIPACIÓN DEL USUARIO
EN LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD
DE LOS SERVICIOS SANITARIOS (*)****Pedro J. Saturno Hernández.**

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

RESUMEN

La participación del usuario, el cliente externo del servicio de salud, está considerada como un requisito indispensable de los programas de Evaluación y Mejora de la Calidad. Los esquemas metodológicos de su puesta en práctica son muy variados y específicos, pero no excluyentes. Revisamos las principales características, utilidad potencial y puntos críticos de las formas más habituales de participación del usuario en la evaluación de la calidad de los servicios de salud, agrupándolas según sean decididas activamente por él mismo (a través de asociaciones de consumidores o formulando quejas) o requeridas por el sistema (por ejemplo a través de informes o encuestas de satisfacción y expectativas). Estas últimas pueden constituir elementos esenciales de los programas de Evaluación y Mejora de la Calidad y por lo tanto es conveniente prestar especial atención a su estructuración práctica y las posibles trampas metodológicas, que son analizadas.

Palabras Clave: Participación usuario. Evaluación calidad. Satisfacción.

ABSTRACT

Involvement of consumers, the external customers of health services, in quality of care evaluation activities is increasingly regarded as a requisite for quality improvement programs. There are many but not mutually exclusive approaches to incorporate consumer participation to quality improvement activities. This paper reviews the main characteristics, and potential usefulness and pitfalls of the more common approaches. Participation methods are grouped in two groups: those actively decided and initiated by consumers (i.e. complaints, choosing providers, consumers' associations initiatives, etc.), and those requested by providers (i.e. satisfaction and expectations surveys, patients' reports, etc.). Given that requested consumer involvement may constitute a key element in quality improvement programs, special attention is paid to critically analyzing its methodological implications.

Key words: Consumer participation. Quality of care evaluation Patient satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La evaluación y mejora de la calidad (EMC) está siendo crecientemente considerada como un elemento imprescindible del funcionamiento rutinario de cualquier institución y a todos los niveles del sistema. Tras un progresivo y continuado desarrollo metodológico y operativo dentro del campo de la asistencia sanitaria, en relación al interés también creciente tanto de los profesionales sanitarios como de la administración y de la población en general¹⁻⁵, es perceptible en los últimos años un espectacular avance del

tema, empujado por la incorporación plena de los supuestos filosóficos y metodológicos del control de calidad de la industria⁶⁻⁹. Siguiendo los principios de la Garantía de Calidad en la industria, las actividades de EMC (con diversos nombres y correspondientes siglas) y el objetivo de la calidad han de tener un lugar absolutamente prioritario en cualquier empresa que quiera progresar¹⁰⁻¹².

Uno de los componentes que aporta el modelo industrial al enfoque tradicional de la EMC en el campo sanitario es un énfasis

Correspondencia:
Pedro J. Saturno Hernández.
Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Facultad de Medicina.
30100 Espinardo (Murcia). Fax: 968-36 39 47

(*) Este trabajo esta basado en la Ponencia presentada en el Tercer Congreso de Atención Primaria de Murcia. Jumilla, 3-4 de Marzo de 1994 y se ha desarrollado en el marco del proyecto FIS 94/0024.

renovado en la importancia del usuario, el "cliente" de nuestra actividad¹³. La incorporación del cliente al funcionamiento del sistema de salud en general y a las actividades de EMC en particular no es, sin embargo, algo novedoso para el sistema de salud. De forma paralela, sin una estructuración global del tema, se han venido desarrollando diversos enfoques y actividades, encaminados a que la participación del usuario, cliente o población adscrita a los servicios de salud en general sea una realidad. Este trabajo, partiendo de unas nociones generales sobre el objetivo de la EMC y sus enfoques principales, va a tratar de resumir críticamente las formas de participación en la EMC de los usuarios y población en general, cuya contribución es potencialmente muy rica, pero también, probablemente, la más sujeta a equívocos, manipulaciones y trampas metodológicas.

EVALUAR LA CALIDAD: CÓMO Y PARA QUÉ

El objetivo de las evaluaciones de la calidad en los programas de EMC, es conocer la realidad *para saber qué hacer para mejorarla*. Es decir, una evaluación que ayude a diseñar las intervenciones factibles y realistas que conduzcan a elevar el nivel de calidad de la atención, optimizando los recursos de que disponemos. Aunque puedan ser legítimas en otro contexto, en los programas de EMC no caben las evaluaciones enfocadas a *denunciar* situaciones o *culpar* a ningún enemigo, ni tampoco las evaluaciones-investigación que tienen como objetivo el *saber qué pasa*, sin que se pretenda ir más allá del simple nivel de conocimiento o curiosidad "científica", que luego puede servir o no para mejorar la calidad del servicio.

Por otra parte, las iniciativas de EMC pueden tener dos enfoques —*interno* y *externo*— según que partan de los implicados directamente en aquello que se evalúa (auto-

evaluación, enfoque *interno*) o se pretenda evaluar las actuaciones ajenas (enfoque *externo*). La Tabla 1 resume los enfoques potencialmente utilizables en EMC por cada uno de los tres protagonistas de los servicios de salud. Este resumen expresa:

(i) La gran potencialidad de actividades que corresponde al personal gestor, con énfasis en enfoques externos cuando hablamos de calidad de la asistencia. El enfoque interno sería referido a sus propios circuitos organizativos y su actividad como *servidores* de los profesionales encargados de la atención directa.

(ii) La preponderancia absoluta del enfoque interno para el personal asistencial, en base a la responsabilidad que se deriva de la confianza que el usuario/población deposita en ellos, su propio compromiso con el acercamiento científico a los problemas de salud, y su obligación moral de mantener y mejorar en lo posible el nivel de competencia profesional.

(iii) El potencial acercamiento tanto externo (como clientes) como interno (como participantes de la organización y proceso asistencial), teóricamente al alcance del usuario/población, sin que pueda señalarse a priori cual de los dos puede resultar más lógico, importante o preponderante. El tema central de las líneas que siguen son precisamente las formas concretas en que puede el usuario ejercer su protagonismo en EMC.

TABLA 1

Evaluación de la calidad. Protagonistas y enfoques

	TIPO DE EVALUACIÓN	
	Enfoque Interno	Enfoque Externo
Administración	++	+++
Personal Asistencial	+++	
Usuarios/Población	++	++

¿CÓMO PUEDE EL USUARIO PARTICIPAR EN LA EVALUACIÓN Y MEJORA DEL SERVICIO DE SALUD?

De una forma esquemática, podemos clasificar las principales formas en que el usuario puede contribuir a la EMC en dos grandes grupos metodológicos, según que sea a iniciativa propia (*activa*) o solicitada por el sistema de salud (*requerida*). La distinción es importante metodológicamente pero, al igual que ocurre con los enfoques interno y externo, ambas iniciativas no deben considerarse como excluyentes. Ambas son útiles, ambas son teóricamente necesarias, y por tanto el grado de desarrollo de alguna de ellas no debería oscurecer a la otra, ni impedir que se avance en el conocimiento de métodos y mecanismos de optimización de cada una de las formas de participación posible. No puede decirse sin embargo que se haya demostrado un parecido nivel de utilidad en EMC para todas ellas, ni que la metodología de su puesta en marcha y aprovechamiento efectivo para EMC esté igualmente desarrollada. En la actualidad, aún dentro de las muchas dificultades y puntos oscuros que todavía existen, parece que se sabe mucho más de los métodos y aprovechamiento rutinario de la evaluación *requerida* que de las diversas formas de evaluación activa. Se podría incluso llegar a decir que la *requerida* es más útil para la EMC, pero esta afirmación estaría obviamente sesgada por la mayor experiencia existente sobre este tipo de evaluación en los sistemas de salud y por el hecho de que sea precisamente el sistema de salud quien normalmente la propicia, mientras que la intervención del sistema en el diseño y concreción de la participación activa es bastante menor y, por tanto, su incorporación y aprovechamiento rutinarios lógicamente más difíciles.

Pero, ¿cuáles son las formas concretas, activas o requeridas, que pueden vehicular la contribución del usuario a la EMC? Según se resume en la Tabla 2, y dejando al margen los cauces de participación política

TABLA 2

Formas de participación del cliente externo en la evaluación y mejora de la calidad

<i>Activa</i>
<ul style="list-style-type: none"> * Elección de proveedores * Quejas y reclamaciones * Asociaciones de usuarios y consumidores * Consejos de Salud y otros órganos de participación comunitaria en salud
<i>Requerida</i>
<ul style="list-style-type: none"> * Encuestas de satisfacción, opinión y expectativas * Grupos focales, informadores clave y otras técnicas de investigación cualitativa * Informes de los usuarios

en general, el usuario puede *activamente* cambiar de proveedor (médico, equipo, centro u hospital), formular quejas y reclamaciones, actuar a través de asociaciones de usuarios y consumidores, y participar a través de los Consejos de Salud y órganos similares en la política de calidad de las instituciones concretas a las que se adscriban. Todas estas formas de participación activa configuran, en terminología de A. Donabedian, el papel del usuario como *reformador* de la atención sanitaria¹⁴.

PARTICIPACIÓN ACTIVA

1. El **cambio de proveedor**, considerado como resultado final de una evaluación global de la atención que se recibe, está constantemente incorporado a las discusiones y reformas de los servicios de salud que intentan aumentar la eficiencia y la calidad (por lo menos la que el usuario pueda percibir) a través de la competencia¹⁵⁻¹⁷. El usuario iría a quién o quienes le ofrecieran mejor calidad o mejor relación calidad/coste, contribuyendo así a que las instituciones y profesionales se esforzaran en no perder "clientes" aumentando su calidad y su eficiencia. A pesar de su lógica aparente, no parece haber, sin embar-

go, estudios concluyentes sobre la efectividad real de esta manera de contribuir a la eficiencia y calidad de los servicios de salud. Es aún una discusión abierta^{18,19}.

2. Las “ventanillas”, libros o puntos de recepción de **quejas y reclamaciones** existen desde hace mucho tiempo en la práctica totalidad de instituciones sanitarias. Su utilidad más ampliamente reconocida para la EMC es como mecanismo de identificación de problemas u oportunidades de mejora. Sin embargo su utilización real y la forma en que se estructura en general su presencia en la organización de las instituciones de salud, dista mucho de ser positiva y homogénea. No parece infrecuente el que no se utilicen en absoluto. Lo más normal es probablemente una franca infrautilización, acompañada de una consciente o inconsciente desincentivación al usuario para que las practique. Existe, no obstante, una incipiente literatura sobre el tema²⁰⁻²⁶ que hace pensar en la posibilidad de una mayor y más eficiente utilización de esta forma de contribución del usuario a la EMC.

3. Las **asociaciones de consumidores**, bien desarrolladas en otros países y con un papel de exigencia creciente en cuanto a los datos a contrastar para poder valorar la calidad asistencial de las instituciones, apenas han intervenido en este sentido en nuestro país. En teoría es un campo potencialmente muy rico y que se debiera desarrollar más^{14, 27}. Sin embargo, experiencias como la ocurrida en Estados Unidos de hacer públicas y juzgar la calidad de los hospitales por su tasa de mortalidad o de infecciones han sido tan justamente contestadas que han de alertar sobre la sobresimplificación y serios problemas de validez que tiene la idea de la calidad global y la consiguiente identificación y uso de indicadores supuestamente “representativos”. Son demasiado numerosos los servicios diferentes que ofrecen las instituciones sanitarias y los factores de confusión a tener en cuenta, como para que sea simple y operativa la idea del indicador global. Lo cual no invalida, desde luego, el

papel que pueden jugar las asociaciones de usuarios utilizando otro tipo de enfoques. De la misma manera, podemos incluir en este grupo otros tipos de asociaciones de la población en general (por ejemplo, Asociaciones de Vecinos), de ex-pacientes, o de personal sanitario (Sociedades científicas, Colegios profesionales).

4. Los **Consejos de Salud** y órganos similares de participación de la comunidad en las instituciones sanitarias, propugnados por la Ley General de Sanidad, son en teoría el ámbito ideal para la participación también en las actividades de EMC, especialmente en su vertiente de enfoque interno, comprometido. Desde los Consejos de Salud se podrían establecer prioridades en relación a los problemas y oportunidades de mejora a abordar, ayudar en el diseño de los aspectos organizativos que afecten al trato y la accesibilidad del usuario, y ayudar también en la priorización, diseño y puesta en marcha de nuevos servicios o modificaciones de los existentes, optimizando los recursos disponibles. En este mismo sentido, llevando el argumento a nivel de usuario individual, éste tiene (o debería tener) la oportunidad de definir y decidir conjuntamente con el profesional que lo atiende el curso a seguir en un determinado proceso asistencial para que pueda ser considerado de calidad^{14, 27}. Completando el panorama de la utilidad potencial de la participación comunitaria a través de los Consejos de Salud, hay autores que la consideran imprescindible para poner en marcha y mejorar las actividades de promoción de la salud²⁸⁻³⁰. Sin embargo, la realidad parece ser otra. En relación a los Consejos de Salud son aún escasas, aunque las hay, la descripción de experiencias abiertamente positivas²⁹⁻³³. Aunque es aún más raro encontrar bibliografía absolutamente crítica o en contra de éste y otros tipos de participación popular³⁴. Lo más común entre los profesionales del sistema es una tendencia a considerar la articulación efectiva de este tipo de participación como un reto metodológico sin resolver o, directamente, prescindible o falto de interés

^{34, 35}. Una instrumentalización diversa, no siempre constructiva, de los Consejos, una eventual poca representatividad de sus componentes, la poca evidencia de beneficios a corto plazo en relación al tiempo que se invierte en ello, y las dificultades de comunicación y definición de funciones entre sus componentes que conllevan la falta de tradición y experiencias en este tema, están probablemente en la base de este sentimiento de rechazo o minusvaloración. No debería ser así cuando, sobre todo en Atención Primaria, la participación de la Comunidad forma parte de su propia definición y ha sido señalada como uno de los tres pilares básicos de la Estrategia Global para conseguir la Salud para Todos ³⁶. Pero, desde luego, su implantación efectiva y funcionamiento rutinario parecen ser aún en grandísima parte un reto metodológico, sujeto a diversos y encontrados puntos de vista ^{34, 37}.

En comparación, hay mucho más camino recorrido en relación a la participación *requerida*, y es actualmente incuestionable su importancia para los programas de EMC. Más aún: se tiende a considerarla como imprescindible. Por otra parte, la puesta en marcha y aprovechamiento rutinario de las formas de participación solicitadas al usuario para mejorar la calidad del servicio, cae directamente en el ámbito de responsabilidad del personal (asistencial y gestor) del sistema. Aunque sólo sea por este conjunto de razones, merece la pena que nos detengamos un poco más en describir las características de este tipo de participación.

LA PARTICIPACIÓN QUE SOLICITA EL SISTEMA: TIPOS Y CARACTERÍSTICAS

El sistema de salud, a cualquiera de sus niveles, puede incorporar a sus actividades de EMC la evaluación que hace el usuario de los servicios que se le ofrecen *preguntándole*. Esta es la idea simple y básica. Sin em-

bargo su práctica correcta y eficiente precisa de una serie de consideraciones metodológicas, relacionadas con las características de lo que se pregunta y su utilización prevista para la EMC.

Una primera distinción debe establecerse entre aquellas preguntas que exploran percepciones *subjetivas* y las que buscan el aporte de datos *objetivos* sobre el servicio recibido ³⁸. El representante genuino y prácticamente único de esta última modalidad son los llamados *informes de los usuarios (Patients' Reports)*. Entre las subjetivas se encuentran las encuestas de satisfacción, opinión y expectativas del usuario, (todas ellas englobables de manera genérica como *encuestas de opinión*), y también en general las comparativamente menos frecuentemente empleadas técnicas de investigación cualitativa, como los grupos focales, útiles tanto para detectar déficits sentidos por el usuario cómo para averiguar sus expectativas del servicio que recibe e intentar diseñar los servicios y las encuestas de satisfacción en torno al cumplimiento de estas expectativas ³⁹⁻⁴¹.

La distinción entre indagar evaluación subjetiva u objetiva, tiene trascendencia tanto en el diseño del instrumento en sí, como en la utilidad y tipo de intervención que puede generar en EMC. Centrándonos en las técnicas de encuesta, con mucho las más utilizadas, la Tabla 3 resume con un ejemplo las diferencias en el tipo de pregunta según se indague la *opinión* (incluida la satisfacción) o el *informe*. En el *informe* se va buscando información sobre si han ocurrido o no aspectos concretos de la atención. En las encuestas de opinión se busca la valoración sobre lo que se ha hecho, según la percepción del usuario. Dada su trascendencia práctica, merece la pena detallar las principales características, usos y precauciones referentes a los tres tipos de encuesta que tienen un claro y relevante papel en los programas de EMC: Las encuestas de satisfacción, las de expectativas y los informes de los usuarios.

TABLA 3

Principales diferencias entre las encuestas de opinión y los informes

	<i>Enfoque</i>	<i>Aspectos técnicos de la atención</i>	<i>Aspectos interpersonales de la atención</i>
OPINIÓN	Subjetivo	<i>Evaluación en una escala</i> (ej: malo a excelente) de la atención profesional recibida	<i>Evaluación en una escala</i> (ej: mala a excelente) de la cortesía y respeto mostrado por los profesionales
INFORME	Objetivo	<i>Indicación (sí/no)</i> de realización de acciones concretas (ej: toma de tensión arterial)	<i>Indicación (sí/no)</i> de realización de acciones concretas (ej: si el médico le saludó al entrar)

Adaptado de: Davies, AR., Ware, JE., Involving Consumers in Quality of Care Assessment, *Health Affairs*, Spring 1988: 33-48

LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

La satisfacción es una de las dimensiones que forma parte de la mayoría de las definiciones de calidad asistencial, y además uno de los resultados a considerar como fruto del propio proceso asistencial. Las encuestas de satisfacción parecen un componente obvio de los programas de EMC, y por lo tanto se han venido proponiendo varios modelos y escalas para su uso rutinario^{42, 43}, tanto para la atención ambulatoria⁴⁴ como para la hospitalaria⁴⁵, que han sido a su vez objeto de revisiones y metanálisis para poder concluir sobre su validez, utilidad y explicaciones causales del ente multidimensional que se ha revelado es la satisfacción del usuario de los servicios de salud⁴⁶⁻⁵³. También en nuestro país son las encuestas de satisfacción la modalidad de participación del usuario en la evaluación de la calidad de la asistencia que más atención ha recibido, tanto a nivel de Centros de Salud o áreas geográficas delimitadas⁵⁴⁻⁵⁹ como a nivel de sistema⁶⁰⁻⁶⁴, aunque, como en otros países, no se haya llegado a comprender en su totalidad los factores subyacentes y la utilidad práctica de estas encuestas para la EMC en la mayoría de los casos. Sin embargo, es difícil minimizar la importancia de poder medir la satisfacción, y hacerlo bien. Adicionalmente, como cuando medimos cualquiera de los aspectos relacionados con la Calidad en un programa de EMC, la medición debe de servir para diseñar intervenciones que mejoren, si ello es posible, la situación de partida. Es-

tas dos condicionantes —la *validez* y la *utilidad* de la medición— no siempre se respetan en los diseños y explotación de las encuestas de satisfacción, que pueden convertirse con facilidad en ejercicios vacíos, inútiles y científicamente esferpéticos.

Para ser *útil* en EMC, una encuesta de satisfacción debe indagar además del grado de satisfacción o insatisfacción las *causas* con que se relaciona. De otro modo, no sabríamos qué hacer para mejorar si resultaran unos niveles de satisfacción bajos (en la industria de servicios en general se tiende a considerar como límite mínimo un 80% de clientes satisfechos⁶⁵).

Para ser *válida* y poder ser interpretada sobre todo en comparaciones con otras mediciones, hay que tener en cuenta en el diseño de la aplicación de la encuesta y/o en los propios apartados de la misma para incluirlos en el análisis, los *factores de confusión* que ya se sabe que influyen en los niveles de satisfacción y que en cambio no tienen nada que ver con que el servicio evaluado sea mejor o peor.

La Tabla 4 resume las principales causas y factores de confusión en torno a la satisfacción, según se desprende de la literatura publicada sobre el tema^{55-53, 66-72}. Cada uno de los apartados merecería un comentario detallado. Destaquemos únicamente que entre las causas parece que la más constante y sobre la que hay más evidencia causal es lo relativo al trato recibido, el componente interpersonal y

TABLA 4
Satisfacción del usuario. Principales causas
y factores de confusión

<i>Causas</i>
* Relación interpersonal (trato recibido)
* Accesibilidad: barreras organizativas (tiempos de espera, disccordinación entre niveles, etc.)
* Resolución de problemas según expectativas
* Percepción del nivel técnico-científico de los profesionales
* Condiciones medioambientales de la asistencia
<i>Factores de confusión</i>
* Edad
* Sexo
* Nivel cultural
* Estado de salud
* Experiencias previas
* Formas de financiación
* Tiempo pasado desde que se recibió la asistencia hasta la contestación de la encuesta

la comunicación establecida entre el usuario y los profesionales^{47, 53, 70}. En relación a los factores de confusión, es notorio lo frecuente que viene siendo el no tenerlos en cuenta en comparaciones entre instituciones, provincias, Comunidades Autónomas e incluso países. A nadie se le ocurre hoy en día comparar tasas de mortalidad entre poblaciones sin ajustar al menos por edad; en cambio se le sigue ocurriendo aún a demasiada gente comparar satisfacciones con muy pocas o ninguna precaución en cuanto a los necesarios ajustes por los múltiples factores de confusión que puedan estar presentes.

La forma más desviada de encuesta de satisfacción, en relación a lo que pueda ser su utilidad en EMC, es aquella que se realiza a la población en general, haya utilizado o no recientemente los servicios que se le pide valorar. Estas encuestas lo que miden no es satisfacción con el servicio de salud concreto (¿cómo se va a valorar lo que no se ha utilizado y por tanto no se conoce?), sino una especie de estado de opinión pública, más cercano e influenciado por situaciones políticas

o sociales de malestar o bienestar del país o población a quien se le pregunta, que con la calidad real de los servicios prestados.

Las encuestas de satisfacción, razonablemente diseñadas, tienen su máxima aplicabilidad en su uso rutinario como parte de los programas de EMC internos de las instituciones sanitarias.

LOS ESTUDIOS DE EXPECTATIVAS

El estudio de las expectativas y necesidades de la población a "servir" va cobrando cada vez más fuerza como una actividad necesaria en las actividades de EMC. Este énfasis es un trasplante más al sector de salud de lo que es un principio indiscutible en otras industrias de servicios. La idea es congruente con la definición genérica de lo que es calidad en la industria (producir o dar un servicio que cumpla con las expectativas del cliente a quien va dirigido, es decir, que sirva para lo que se supone debe servir), y con la necesidad de tener claro a qué sector de mercado (qué clientela) queremos captar como usuarios y diseñar un servicio o producto que les mantenga fieles y satisfechos compradores del mismo. Para su introducción en los programas de EMC, se dice incluso que el conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios es más importante que el de la satisfacción^{13, 73-75}. Sin embargo, las aplicaciones prácticas de este enfoque en los servicios de salud, han sido no tanto o únicamente para *diseñar* los servicios a ofrecer, sino para saber qué preguntar en las encuestas de satisfacción como posibles causas de insatisfacción puesto que ya sabemos qué cosas son valoradas por los usuarios^{40, 65, 75, 76}. Las expectativas pueden explorarse con técnicas cualitativas (por ejemplo Grupos Focales) y con cuestionarios específicos o unidos a los de satisfacción. En su interpretación tienen los mismos problemas de ajuste que la satisfacción.

Sin quitarle importancia alguna a las expectativas (de hecho pueden influir incluso

en la sensación de mejora tras intervenciones quirúrgicas⁷⁷) hay que advertir no obstante sobre un peligro muy cierto de sobrevalorar las expectativas expresadas por el usuario, así como, por extensión, sobrevalorar también lo que se conoce como *calidad percibida* y sus posibles causas. El peligro consiste en olvidar o no prestar suficiente atención a otras expectativas no siempre explicitadas por el usuario. El usuario va a expresar fundamentalmente una serie de expectativas y características de un servicio de calidad que responden a su visión de la calidad y que efectivamente van a correlacionarse con su satisfacción en la medida en que estas características están presentes en el servicio que se le ofrezca. Es la calidad *expresada* o unidimensional del modelo de N. Kano⁷⁸ (ver Tabla 5), equivalente a las causas más frecuentemente encontradas en las encuestas de satisfacción (buen trato, poco tiempo de espera, etc.).

Sin embargo hay otros dos tipos de expectativas, que son las que podíamos llamar de calidad *esperada* e *inesperada*. La *esperada* es todo lo que se da por supuesto, y que en los servicios de salud se refiere casi exclusivamente a características científico-técnicas (por ejemplo, diagnósticos y tratamientos correctos y sin complicaciones). Su presencia se considera normal y su ausencia, si se percibe, produce insatisfacción. Es más, la evidencia empírica señala que la calidad técnica de la atención sanitaria no es adecuadamente valorada por el usuario⁷⁹ y que su va-

riabilidad objetiva no se traduce en una variabilidad del mismo sentido en cuanto a satisfacción⁸⁰. Sería en cambio irresponsable, cegados por su poca o nula influencia en la satisfacción, no considerar la calidad científico-técnica al diseñar y evaluar la calidad de la atención.

Las expectativas y calidad *inesperadas*, se refieren a sobreatenciones, detalles de trato, consideración, rapidez, etc. que sorprenden al usuario porque no las considera normales (en la onda de la calidad expresada), ni jamás va a dar por supuesta su existencia (en la onda de la calidad esperada). La calidad *inesperada*, si aparece, maravilla al usuario, lo sobresatisface.

La conclusión es que los tres tipos de expectativas deben de tenerse en cuenta, y que es fácil sesgar las apreciaciones y las acciones hacia una de ellas (la *expresada*) en peligro detrimento de la *esperada*, y que si lo que preocupa de forma prioritaria es la calidad aparente y la satisfacción del usuario, merecería la pena investigar o intentar incidir sobre la calidad *inesperada*, relacionada precisamente con expectativas inexistentes o raramente expresadas por el usuario de forma espontánea.

EL INFORME DE LOS USUARIOS

Es probablemente el método de evaluación requerida al usuario más recientemente, incorporado a los programas de EMC. De

TABLA 5

Expectativas del usuario y efectos en la satisfacción según su grado de cumplimiento

TIPO DE EXPECTATIVA	EFECTO DE LA SATISFACCIÓN (Incumplimiento --- ➔ Cumplimiento)
Calidad esperada	Insatisfacción --- ➔ Efecto nulo
Calidad expresada (unidimensional)	Insatisfacción --- ➔ Satisfacción
Calidad inesperada	Efecto nulo --- ➔ Sobresatisfacción

Adaptado de: Kano, N., Seraku, N., Takahashi, F., and Tsuji, S. "Attractive Quality and Must Be Quality". *Quality*, 1984, 14(2), 39-48.

hecho, podría decirse que aunque el marco teórico y la metodología están razonablemente desarrollados, son escasos los programas que lo tienen incorporado a sus mediciones rutinarias. Sin embargo, en el plano internacional se le viene concediendo recientemente una importancia creciente a su utilización para evaluar y mejorar la calidad de la asistencia. El *informe* del usuario consiste esencialmente en indagar determinados aspectos objetivos considerados relevantes, en relación a procesos asistenciales en los que haya participado el usuario encuestado, con la idea de construir indicadores que sirvan para monitorizar la calidad de la atención prestada. Esta monitorización evidencia áreas o aspectos que deben ser evaluados o modificados para mejorar la asistencia que se presta.

La objetividad buscada en el *informe* y el estar referido a experiencias y situaciones concretas y vividas por los usuarios, lo hacen de una utilidad más directa y evidente para la EMC que las encuestas de opinión y satisfacción⁷⁴. En el *informe* aparece claro, directamente, qué es lo que falla y debe mejorarse. Sin embargo, la dificultad estriba precisamente en diseñar adecuadamente el cuestionario para conseguir respuestas válidas y, sobre todo, en elegir qué aspectos se preguntan; aspectos que han de tener la suficiente relevancia para dar lugar a indicadores sólidos y útiles.

El *informe* parece estar suscitando un interés y atención crecientes precisamente por las múltiples vertientes que se le están descubriendo en su utilidad. A pesar de la relativamente escasa experiencia existente sobre el tema, toda la evidencia empírica parece confirmar la fiabilidad, validez y utilidad de este método⁸¹, considerado como un campo prometedor para la EMC hace sólo unos años. Su utilidad tiene dos vertientes distintas y complementarias: (i) como *sustituto* de otras fuentes de datos, y (ii) como *complemento* al proveer información no registrada en ninguna otra fuente. Como *sustituto* se ha comprobado parcialmente y se sigue investi-

gando su fiabilidad y menor coste en relación, por ejemplo, a los audits de Historias Clínicas^{38, 81}, una ventaja adicional es que puede ser una fuente más homogénea y comparable entre centros que los registros o Historias Clínicas, que pueden llegar a ser muy diferentes y de calidad desigual de un centro a otro. Como *complemento*, el *informe* puede ser la única fuente rutinaria de información sobre aspectos interpersonales del proceso de atención, además de sobre otros datos corrientemente no registrados, que sólo sabe el usuario, y que sin embargo son tremendamente relevantes para la calidad (por ejemplo coordinación o descoordinación de mensajes recibidos de los distintos profesionales que intervengan en el proceso, explicaciones dadas sobre tratamientos y pruebas complementarias, etc., etc.). Al tener como objetivo las experiencias reales y concretas de los usuarios, el informe se ha presentado también como una manera de obviar la gran diversidad de preferencias, expectativas y sus respectivos factores de confusión²⁷. Con el *informe* se intenta saber la frecuencia e intensidad de acciones y resultados indeseables, sea por comisión o por omisión.

Parece evidente que el *informe* del usuario es un enfoque a desarrollar y adaptar en los sistemas de salud y así está ocurriendo. Tanto en el plano hospitalario (por ejemplo los proyectos iniciados en el Beth Israel Hospital de Boston, extendido después a otros muchos hospitales, y el macro proyecto del Picker/Commonwealth Patient-centered Care Program^{27,74}), como en el de la atención primaria o ambulatoria^{27,82}.

Como puede verse, la gama de opciones a través de las cuales puede el usuario contribuir a elevar la calidad de los servicios sanitarios es importante y metodológicamente diversa. Todas ellas comparten, sin embargo, el objetivo común de ayudar a saber qué hacer para mejorar. Corresponde a cada equipo, institución o sistema a elegir, incentivar e implantar aquella o aquellas que se consideren más factibles y útiles en su determinado contexto, sin renunciar por ello a las de-

más. Lo que sí es siempre conveniente, sea cual sea la opción elegida, es procurar aplicarla con un adecuado rigor metodológico. De otra manera puede resultar un desilusionante despilfarro de recursos y energía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. Definición y métodos de evaluación. Méjico: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
2. Vuori HV: El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: SG-Masson, 1988.
3. Watkins CJ: The measurement of the Quality of General Practitioner Care, The Royal College of General Practitioners. Londres: Occasional Paper 15, 1981.
4. Lohr KN (ed.): Medicare. A Strategy for Quality Assurance, Vol. I y II. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 1990.
5. Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. Striving for Quality in Health Care. An inquiry into Policy and Practice. Health Administration Press, Ann Arbor, 1991.
6. Berwick DM: Controlling variation in health care. A consultation from Walter Shewart. *Med Care* 1991; 29: 1212-25.
7. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. Curing Health Care. New Strategies for Quality Improvement. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
8. O'Leary DS: CQI-A step beyond QA. *J Comm Perspectives* 1990; 10(2):2-3.
9. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations: The Transition from QA to CQI. An Introduction to Quality Improvement in Health Care. Oakbrook: JCAHO, 1991.
10. Deming WE: Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis. Madrid: Díaz de Santos, 1989.
11. Juran JM, Gryna FM (eds.). Manual de Control de Calidad, Barcelona: Reverté, 1990.
12. Ishikawa K: What is Total Quality Control?. The Japanese Way. Prentice Hall: Englewood Cliffs, 1985.
13. Lchr H, Strosberg M: Quality Improvement in Health Care: Is the Patient Still Left Out?. *QRB* 1991; Oct; 326-329.
14. Donabedian A. Quality Assurance in health care: Consumer's role. *Qual Health Care* 1992; 1:247-251.
15. Enthoven A, Kromik R. A Consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy. *N Eng J Med* 1989; 320:94-101.
16. Saltman RB. Patient choice and patient empowerment: A conceptual analysis. Occasional Paper, nº 40. Estocolmo: Swedish Center for Policy and Business studies, 1992.
17. Saltman RB. Recent health policy initiatives in Nordic countries. *Health Care Finan Rev* 1992; 13:157-166.
18. Waitzkin H. The strange career of managed competition: From military failure to medical success? *Am J Public Health* 1994; 84:482-489.
19. Glaser WA. The competition vogue and its outcomes. *Lancet* 1993, 341:805-812.
20. Pociello V. La reclamaciones y quejas de los usuarios: análisis y estudio de su influencia sobre la organización de los hospitales. *Hosp* 2000 1987:2:113-124.
21. Villalbi JR, Farrés J, Alberca O, Mascaró P. La reforma de la asistencia primaria vista por los pacientes: un estudio de las quejas de los usuarios. *Rev Clin Esp* 1987; 181:223-226.
22. Díaz Álvarez A, Castaño Barroeta C, Menéndez García M, Fanjul Moró MJ. Las reclamaciones de los usuarios: un instrumento de control de calidad. *Aten Primaria* 1987; 4:184-188.
23. Puyol Piñuela F, Uzuriaga López de Sabando I. La calificación de las reclamaciones como método para detectar y priorizar problemas de calidad asistencial. Bilbao: 1º Jornadas de Calidad Asistencial. Nov, 1993.
24. Pereiro I, Rodríguez Moya R, Andreu C., Costa E, Chana P, Rodrigo C. Propuesta de

- clasificación de las reclamaciones de los usuarios en atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 1994; 1:27-30.
25. Pereiro I, Rodríguez Moya R, Andreu C., Costa E, Chana P, Rodrigo C. Propuesta de clasificación de las reclamaciones de los usuarios en atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 1994; 1:27-30.
 26. Cabeza de Vaca MJ: Estudio de las reclamaciones del distrito de Bahía 1991-92. Granada: V Congreso de la SESPAS, 1993.
 27. Moloney TW, Paul B. The Consumer movement takes hold in medical care. *Health Aff* 1991; Winter: 268-279.
 28. Turabian JL. Participación comunitaria y salud: manteniendo el sentido de la proporción. *Aten Primaria* 1993; 11:66-71.
 29. Uriarte Rodríguez A, Ruiz-Giménez Aguilar JL. Organización de un centro de salud a partir de la participación ciudadana. El ejemplo del Centro de Salud de Vicente Soldevilla. *Aten Primaria* 1993, 11:253-257.
 30. Sánchez Esteve V. Experiencia del Consejo de Salud del Centro de Salud La Ñora. III Congreso de Atención Primaria de Salud, Jumilla, Murcia: Libro de Ponencias y Comunicaciones, 1994;33-44.
 31. De la Revilla L, Gálvez M, Delgado A. El Consejo de Salud del Barrio de la Cartuja (Granada): una experiencia de participación comunitaria. *Aten Primaria* 1987; 2:63-67.
 32. Ribas MA, Sendra MP, Miralles S. et al. Evaluación de una experiencia de participación de la comunidad: El Consejo de Salud de Novelda (Alicante). *Aten Primaria* 1987; 4:407-412.
 33. Barceló ML, Martínez E, Sánchez A. et al. Los Consejos de Salud: balance de un año de funcionamiento. *Aten Primaria* 1992; 9:73-78.
 34. De Miguel JM. Participación de la población. En: *La Salud Pública del futuro*, Barcelona: Ariel, 1985. Cap. 6.
 35. Buitrago F, Marroyo J, Botejara F: Participación de la Comunidad. En: *Organización del Equipo de Atención Primaria*. Madrid: Insalud: 1990; 301-319.
 36. WHO: *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Ginebra: WHO, 1981.
 37. Vuori H. La participación comunitaria en atención primaria: un medio o una finalidad en si misma. *Aten Primaria* 1992;10:1036-1048.
 38. Davies AR, Ware JE. Involving Consumers in Quality of Care Assessment. *Health Aff* 1989; Spring:33-48.
 39. Leebow W, Ersoz CJ. *The Health Care manager's guide to Continuous Quality Improvement* Chicago: AHA, 1991.
 40. Peters DA. Improving quality requires consumer input: using focus groups. *J. Nurs. Care Qual* 1993; 7:34-41.
 41. Elbeck M. Patient Contribution to the design and meaning of patient satisfaction for quality assurance purposes: the psychiatric case. *Health Care Manage Rev* 1992; 17:91-95.
 42. Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988; 26(4):393-402.
 43. Meterko M, Rubin HR. Patient Judgements of Hospital Quality. A Taxonomy. *Med Care* 1990; Supplement September: S10-S14.
 44. Pascoe GC. Patient satisfaction in Primary Health Care: A literature review and analysis. *Eval Program Planning* 1983; 6:185-210.
 45. Rubin HR. Patient evaluations of hospital care: A review of the literature. *Med Care* 1990; Supplement September: S3-S9.
 46. Smith C. Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Qual Assur Health Care* 1992; 4(3):171-177.
 47. Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A Causal Model of Health Status and Satisfaction With Medical Care. *Med Care* 1993; 31(1):84-94.
 48. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990; 30(7):811-818.
 49. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27:637-644.
 50. Hall JA, Dornan MC. What Patients like about their medical care and how often they

- are asked: a meta-analysis of the satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27(9):935-939.
51. Weiss GL. Patient satisfaction with Primary Medical Care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care* 1988; 26(4):383-392.
 52. Wright SJ. Health satisfaction: A detailed test of the Multiple Discrepancies theory model. *Soc Indic Res* 1985; 17:299-313.
 53. Cleary PD, MacNeil BJ. Patient Satisfaction as an indicator of Quality Care. *Inquiry* 1988; 25:25-36.
 54. Bretones C, Sánchez JE. Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Aten Primaria* 1989; 6(5):312-316.
 55. Mateos C, Alcázar AC, Martínez J, et al. Análisis del grado de satisfacción de la población atendida en el Centro de Salud Huerta de la Reina de Córdoba. *Aten Primaria* 1988; 5(4):192-196.
 56. Benavides FG, Nolasco A, Jiménez L, et al. Aplicación y validez de un cuestionario para medir la satisfacción de los usuarios de un Centro de Salud. *Aten Primaria* 1987; 2(2):91-95.
 57. Gálvez M, De La Revilla L. Análisis de una encuesta de opinión sobre el Centro de Salud de Cartuja (Granada) recogida a la población atendida. *Aten Primaria* 1985; 2(2):68-72.
 58. Orus MA, De Marcos L, Naberan C, et al. Encuesta de opinión a los usuarios de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona. *Aten Primaria* 1985; 2(2):91-95
 59. Calvo-Rubio M, Montero FJ, Tapia G. et al. Opinión de los usuarios sobre la consulta de enfermería en un medio rural. *Aten Primaria* 1989; 6(6):398-404.
 60. Rodríguez C. Las "escalas" como medida de la satisfacción de la atención médica en Andalucía. *Gac Sanit* 1986; 5:237-242.
 61. Cuanter: Satisfacción en España con el Sistema Nacional de Salud. Encuesta realizada para la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema de Salud, bajo la dirección de R. Blendon. Un resumen de sus resultados se publicó en: *Sucinta descripción del sistema y evaluación del mismo, apéndice del informe de la Comisión de Análisis y Evaluación*, Madrid, 1991.
 62. Ministerio de Sanidad y Consumo. Investigación sobre calidad percibida por el usuario del Insalud en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
 63. Instituto Nacional de la Salud. Estudio de motivación y satisfacción en los servicios de urgencia hospitalarios. Madrid: Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud, 1990.
 64. López G, Gulin I, Arcelay A, Sánchez R. La encuesta de post-hospitalización: indicador de calidad percibida por los clientes de los hospitales de Osakidetza en el año 1992. Bilbao: 1ª Jornada de Calidad Asistencial, 1993.
 65. Horovitz J. Medir la satisfacción del cliente. En: *La Calidad del Servicio. A la conquista del cliente*. Madrid: McGraw Hill, 1990.
 66. Kibbee P. Evaluation of Patient Satisfaction. Considerations for the Survey Process. En: Spath PL (ed.): *Quality management in Ambulatory Care*, Chicago: AHA, 1992.
 67. Mc Millan J. Measuring consumer satisfaction to improve quality of care. *Health Prog* 1987; 68:54-55.
 68. Distefano MK, Pryer MW, Garrison JL. Attitudinal, demographic and outcome correlates of clients' satisfaction. *Psychol Reports* 1980, 47:287-89.
 69. Elliot T, Dumaye T, Johnson P. Determining patient satisfaction in a Medicare Health Maintenance Organization. *J Ambul Care Manage* 1991; 14:34-46.
 70. Woolley FR. The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Soc Sci Med* 1978; 12:123-28.
 71. Fleming GV: Hospital Structure and Customer Satisfaction. *Health Serv Res* 1981; 16:43-63.
 72. Vuori H. Patient satisfaction-an-attribute or indicator of the quality of care? *QRB* 1987; 13:106-8.
 73. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. The importance of patient preferences in the me-

- asurement of health care satisfaction. *Med Care* 1993; 31:1138-1149.
74. Koska MT. Surveying customer needs, not satisfaction, is crucial to CQI. *Hosp* 1992; Nov; 50-53.
 75. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry L: Calidad Total en la gestión de servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
 76. Brown SW, Nelson AM, Broskesh SJ, Wood SD: Patient Satisfaction pays. Quality service for practice Success. Aspen: Gaithersburg, MD, 1993.
 77. Flood AB, Lorence DP, Ding J, McPherson K, Black NA. The role of expectation in patients reports of post-operative outcomes and improvement following therapy. *Med Care* 1993; 31:1043-1056.
 78. Kano N, Seraku N, Takahashi F, Tsuji S. Attractive Quality and Must Be Quality. *Quality* 1984; 14:39-48.
 79. Da Silva MR. Avaliação da qualidade na perspectiva do utente-importancia dos aspectos não técnicos da prestação. *Rev Port Saúde Pública* 1993; 11(4):29-45.
 80. Haas-Wilson D. The relationship between the Dimensions of Health Care, Quality and price: The case of eye care. *Med Care* 1994; 32:175-182.
 81. Brown JB, Adams ME. Patients as Reliable Reporters of Medical Care Process. *Med Care* 1992; 30:400-411.
 82. Palmer RH. Patients Reports on Systems Performance (PROSPER) Project Contract 1R01 HSO 6469-03. Research proposal and Interim reports I and II. Boston: QCa-Re Center, Harvard School of Public Health.