



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ARTÍCULO ESPECIAL

Calidad percibida: ¿ilusión o percepción?

C.R. Cárcamo

Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C., Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile

Recibido el 2 de mayo de 2009; aceptado el 7 de diciembre de 2010
Disponible en Internet el 22 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Calidad en atención de salud;
Satisfacción de los pacientes;
Conocimiento;
Liderazgo

KEYWORDS

Quality of health care;
Patient satisfaction;
Cognition;
Leadership

Resumen Los pacientes, como seres humanos determinados en su estructura que son, no pueden distinguir en la experiencia entre ilusión y percepción, por tanto viven los distintos dominios de existencia como distintos dominios de realidad que configuran distintos dominios explicativos, que surgen de explicar su experiencia con elementos de su experiencia. Para ellos, la percepción de la calidad de servicio es vivida como un dominio de realidad personal, realidad que es una construcción personal, existiendo tantas realidades como pacientes que perciben su experiencia con elementos de su experiencia, y cuyas distinciones que la validan no son necesariamente consensuadas. La gestión sanitaria debe abandonar la idea de que es posible construir una calidad de servicio objetiva, para poder avanzar en construir estrategias efectivas de comunicación y consenso de criterios comunes de distinción de calidad de servicio, para lograr efectiva satisfacción y lealtad de los pacientes.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Perceived quality: illusion or perception

Abstract Patients as human beings determined by their structure cannot, while having an experience, distinguish between an illusion and reality, therefore they experience the different domains of existence and the different domains of reality. For them, the perception of service quality is experienced as a personal domain of reality, and this reality is a personal construction, generating as many realities as patients perceiving their experience with elements of their experience, whose distinctions that validate it are not necessarily shared or agreed.

Health management must abandon the idea in that it is possible to build an objective quality service, to be able to make progress in building effective communication strategies and common consensus criteria for a quality service of distinction, in order to achieve effective satisfaction and patient loyalty.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La tendencia actual de la gestión de calidad total en el ámbito hospitalario (*total quality management, TQM*) es

Correo electrónico: ccarcamo@mutual.cl

colocar al paciente en el centro, donde la calidad es vista como el resultado del alineamiento exitoso entre los servicios ofrecidos por el hospital y las necesidades de los pacientes. Una reciente encuesta en 351 hospitales europeos de más de 100 camas, realizada para determinar en qué grado dichos hospitales habían implementado estrategias centradas en las necesidades de los pacientes¹, ha determinado que, si bien la mayoría de los hospitales habían implementado estrategias centradas en el paciente, su aplicación en las consultas médicas era aún deficiente. Más aún, entre las distintas estrategias también había diferencias, ya que, por una parte, las políticas de aseguramiento de los derechos de los pacientes (85,5%) y de consentimiento informado (93%) tenían un alto grado de implementación, en cambio, las de aprendizaje de las experiencias de los pacientes (66%) eran de menor y más difícil implementación. ¿Por qué se hace difícil aprender de las experiencias de los pacientes?

Pese a que la relación entre calidad de servicio y la medición de la satisfacción del usuario ha recibido mucha atención académica en las últimas décadas²⁻⁵, aún existen grandes dificultades para acceder a instrumentos válidos y confiables⁶, ya que muchas veces entregamos procesos de calidad asistencial bien diseñados, que esperamos que satisfagan las expectativas de nuestros pacientes, pero, sorprendentemente, ellos a veces los perciben deficientes. Hay autores⁷ que aseveran que más importante que creer objetivamente que estamos entregando un servicio de calidad es la percepción del paciente que así sea. ¿Qué quieren decir? ¿Acaso un proceso de calidad objetivamente bien diseñado e implementado podría no ser percibido por los pacientes como tal? ¿La realidad objetiva para los gestores es diferente que para los pacientes? ¿Hay más de una realidad objetiva? ¿Hay distintas realidades de acuerdo con distintas percepciones de los pacientes? Y la respuesta propuesta desde la biología del conocer es sí, y las implicancias de esa aseveración van más allá de la biología.

Basada en la biología del conocer⁸⁻¹⁴, el presente artículo intenta explicar por qué como seres vivos no podemos acceder a una realidad objetiva, y señala implicancias y aplicaciones tecnológicas en la gestión sanitaria, en general, y en la medición de satisfacción usuaria, en particular.

Los pacientes son sistemas determinados estructuralmente

Si miramos el sistema nervioso, vamos a descubrir que este, en los animales multicelulares, es una red de células, una red de neuronas interconectadas de tal manera que incluso los elementos de la red que tratamos como sensores están bajo la acción de conexiones internas. Es decir, en un sentido estricto, el sistema nervioso es una red cerrada de relaciones de actividad entre sus elementos componentes que son neuronas. El sistema nervioso, como sistema celular neuronal, constituye una red de elementos interactuantes que se cierra sobre sí misma como una red de cambios de relaciones de actividad tal que todo cambio de relación de actividad, en una parte de la red, da origen a cambios de relaciones de actividad en otras y en la misma parte de la red.

Pero el sistema nervioso tiene una cosa peculiar: está acoplado a un organismo. Y está acoplado a un organismo

en una intersección estructural tal que algunos de sus componentes lo son también de las superficies de interacciones de este, pero sin confundirse con ellas. En otras palabras, algunos componentes del sistema nervioso son a la vez componentes del organismo formando sus superficies sensoras y efectoras, de modo que, en tanto componentes del sistema nervioso, operan como elementos neuronales, y en tanto componentes del organismo, operan como sensores y efectores.

El resultado es que, por una parte, los cambios de estado (cambios estructurales con conservación de identidad) de los componentes del sistema nervioso que interaccionan con las superficies efectoras del organismo resultan en cambios en el modo de encuentro de este en su dominio de existencia y, por otra, los cambios de estado de los elementos de las superficies sensoras del organismo surgen de los encuentros de este en su dominio de existencia, resultan en cambios en la participación de estos en la dinámica de relaciones de actividad del sistema nervioso que integran como elementos neuronales.

La consecuencia fundamental de todo esto es que los cambios de actividad en el sistema nervioso resultan en cambios en las interacciones del organismo, y los cambios en las interacciones del organismo resultan en cambios en la dinámica de estados del sistema nervioso. Más aún, todo esto ocurre de modo que, por una parte, la estructura de los componentes del sistema nervioso cambia con el fluir de su operar como red cerrada de cambios de relaciones de actividad de una manera contingente al fluir de las interacciones del organismo y, por otra parte, el observador ve los cambios de correlaciones sensoefectoras del organismo que resultan de la intersección del sistema nervioso con las superficies sensoras y efectoras de este como conductas.

Para la biología del conocer, el ser vivo es un sistema determinado estructuralmente en continuo cambio estructural. Esto es, lo que le sucede a un ser vivo en cada instante de su vivir está determinado en su estructura en ese instante, y no en algo externo a él. Lo mismo pasa con el sistema nervioso, aunque hay algo más. El sistema nervioso, como el ser vivo que integra, tiene una estructura dinámica en continuo cambio. Algunos de los cambios estructurales del sistema nervioso son plásticos, cambios permanentes, otros son cíclicos con diferentes constantes temporales y otros son alguna combinación de ambos. De modo que la estructura del sistema nervioso cambia, pero cambia de una manera contingente a la historia de interacciones del organismo. Y es precisamente porque ser vivo y sistema nervioso son sistemas determinados estructuralmente es que en la experiencia no podemos distinguir entre ilusión y percepción⁸⁻¹⁴.

El determinismo estructural no constituye ni una limitación ni un problema. Somos así. Somos sistemas determinados en nuestra estructura, y lo que pasa en nuestras interacciones está constitutivamente determinado en nosotros. Nuestras interacciones son encuentros que desencadenan en nosotros cambios estructurales determinados en nuestra estructura, y todos los fenómenos humanos, todas las experiencias humanas, deben explicarse desde allí.

Esto es, lo que le sucede a los pacientes en cada instante de su vivir está determinado en su estructura en ese instante, y no en algo externo a ellos. Por lo tanto, la calidad del servicio entregada, gatilla percepciones por parte

de los pacientes, pero no las determina. Dichas percepciones están determinadas por su estructura, es decir, por la historia previa de interacciones del paciente con el medio.

La objetividad entre paréntesis

¿Qué significa que en nuestra experiencia no podemos distinguir entre ilusión y percepción? Según Maturana, significa que constitutivamente no podemos acceder a una realidad objetiva independiente de nuestra experiencia, y de que un conjunto de observadores tampoco puede hacer tal distinción.

Por lo tanto, no podemos pretender que podemos validar nuestra explicación haciendo referencia a una realidad externa e independiente de nosotros y de nuestra actuación como observadores. Maturana señala esta situación y habla de poner «la objetividad entre paréntesis»⁸⁻¹⁴. El paréntesis indica, por lo tanto, «Nos damos cuenta de que no podemos hacer referencia a una realidad independiente de nosotros para validar nuestra actuación y no lo haremos. Al mismo tiempo nos haremos cargo de que, al explicar, explicamos nuestra experiencia con elementos de nuestra experiencia en circunstancias de que no podemos distinguir, en la experiencia, entre ilusión y percepción».

Si nos damos cuenta de que no podemos pretender tener acceso a una realidad independiente de nuestro operar como observadores para validar nuestra actuación, nos damos cuenta de que el observador valida su actuación desde sí, y de que este genera tantos dominios explicativos como modos de establecer coherencias relativas a la experiencia que la explicación adopta. Pero también nos damos cuenta de que vivenciamos cada dominio explicativo como un dominio de realidad, y que la noción de realidad es una noción explicativa de la experiencia.

Por ello, cada paciente no se cuestiona si las explicaciones que se dan frente a una percepción de servicio recibido corresponden o no a una «realidad objetiva», pues su explicación de su percepción validada desde su experiencia es «su» realidad.

Muchas realidades

En el camino explicativo que Maturana ha indicado como el camino de la «objetividad entre paréntesis» hay muchas realidades, cada una definida como un dominio explicativo de la experiencia con coherencias de la experiencia haciendo uso de un criterio de coherencias relativas a la experiencia que valida las explicaciones en él. Incluso lo que afirmamos en esta comunicación también pertenece a este camino explicativo. Es decir, no estamos hablando de una realidad independiente de nosotros en nuestro gesto de explicar, lo que les proponemos es una proposición explicativa que utiliza las coherencias de la experiencia de observar en la explicación de la experiencia de observar en la explicación de la experiencia "observar". Pero, desde el momento en que aceptamos hacer eso, todas las preguntas y todas las experiencias se nos hacen legítimas. Así, podemos preguntarnos ¿cómo surge la realidad?, en vez de suponerla como primaria e independiente de nosotros como observadores. Y si nos la planteamos como pregunta, nos comprometemos a proponer algún mecanismo generativo, alguna reformula-

ción que dé como resultado la experiencia que queremos explicar, que, según el caso, será la distinción de realidad u otra pregunta.

Desafíos para la gestión sanitaria

Hasta ahora, el concepto generalizado era que la satisfacción era directamente proporcional a la calidad recibida, lo propuesto es radical y provocador: la satisfacción expresada por los pacientes puede reflejar más bien su conocimiento como usuarios y sus expectativas, que en lugar de la calidad del servicio y la atención prestada. Por ejemplo, si los usuarios tienen un conocimiento limitado de las oportunidades o bajas expectativas de la calidad del servicio, pueden registrar una alta satisfacción, incluso si han recibido atención con bajos estándares de calidad. La calidad del servicio entregada «dispara» percepciones por parte de los pacientes, pero no las determina. Dichas percepciones están determinadas por su estructura e historia previa de interacciones con el medio. ¡A conocer las experiencias de nuestros pacientes!

En segundo lugar, la naturaleza personal y subjetiva de las evaluaciones significa que las visiones acerca de los estándares de calidad de servicio varían caso a caso. Los juicios individuales reflejan sus propias circunstancias y experiencias y no les permiten evaluaciones objetivas. ¡Abandonemos la frustración si nuestros pacientes no evalúan objetivamente nuestros servicios de calidad!

Tercero, hay necesidad de separar los sentimientos de satisfacción o insatisfacción con la entrega del servicio o el proceso de atención de los sentimientos relacionados con los resultados en el estado de salud. Dada la relación recíproca entre los resultados (*outcomes*) y la satisfacción con los cuidados recibidos, no es posible interpretar los datos sobre satisfacción independientemente de la información sobre el estado de salud. Eso como precaución al momento de analizar los datos, pero, en la gestión, ¡a mejorar la relación médico-paciente!

Cuarto, dado que los pacientes tienden a no admitir insatisfacción con los servicios que han escogido usar, ya que ello podría señalar una inconsistencia en su conducta, ¡a trabajar para que ellos tengan la percepción de mayor autonomía y participación en la toma de decisiones!

Conflicto de intereses

No hubo apoyo financiero externo, ni interferencia institucional en el diseño, análisis o conclusiones del estudio.

Bibliografía

1. Groene O, Lombarts MJMH, Klazinga N, et al. Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey (MARQUIS study). *Qual Saf Health Care*. 2009;18 Suppl 1:i44-50.
2. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LI. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing*. 1988;64:12-40.
3. Van Campen C, Sixma H, Friele R, et al. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Med Care Res Rev*. 1995;52:109-33.

4. Youssef F, Nel D, Bovaird T. Service quality in NHS hospitals. *J Manag Med.* 1995;9:66–74.
5. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res.* 1992;26:767–86.
6. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care.* 1999;11:319–28.
7. Lee F. *If Disney Ran Your Hospital: 91/2 Things You Would Do Differently.* 1.ª ed. Amer Hospital Assn; 2004.
8. Maturana H, Varela F. *El árbol del conocimiento.* 19.ª ed Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2008.
9. Maturana H. The organization of the living: a theory of the living organization. *Int J Machine Studies.* 1975;7:3–34.
10. Maturana H. *Desde la Biología a la Psicología.* 1.ª ed. Synthesis; 1993.
11. Maturana H. *Emociones y lenguaje en educación y política.* 7.ª ed Santiago de Chile: Hachette/CED; 1994.
12. Maturana H. *La objetividad: un argumento para obligar.* 1.ª ed Santiago de Chile: Dolmen; 1997.
13. Maturana H, Pörksen B. *Del ser al hacer: los orígenes de la Biología del Conocer.* 1.ª ed. Santiago de Chile: JC Sáez; 2007.
14. Dávila X, Maturana H. *Habitar Humano en seis ensayos de Biología-Cultural.* 1.ª ed Santiago de Chile: JC Sáez; 2008.