



# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## EDITORIAL

## En búsqueda de las experiencias de los pacientes

## In search of patient experiences

M. Santiñà Vila



Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínic, Editor de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, Barcelona, España

Disponible en Internet el 12 de marzo de 2015

Ya tenemos aquí un nuevo concepto proveniente del sector del *Business* que hace que ahora todos hablemos de las experiencias de los pacientes o de los ciudadanos, y que todos no hayamos puesto a trabajar en la búsqueda de esas experiencias, organizando grupos focales, reuniones y simposios.

Reflexionando sobre el tema, puede pensarse: ¿cómo hemos llegado a esta situación?, si hace solo 2 días estábamos hablando de conseguir satisfacer las necesidades de los pacientes y hasta apenas hace 3 de conocer la opinión de los mismos.

El sector público, y en concreto el de sanidad, acostumbra a importar conceptos, modelos y herramientas del sector privado, principalmente del mundo anglosajón, tanto del Reino Unido como de los Estados Unidos.

En calidad sabemos que conocer lo que desea el paciente (cliente) se enmarca dentro del concepto de la Calidad percibida, y que satisfaciendo sus necesidades es altamente probable que el paciente se sienta bien atendido en nuestros servicios sanitarios.

Reflexionemos un poco al respecto. En el entorno privado, la ecuación es: Clientes satisfechos = Mas clientes = Mas ingresos económicos = Mas beneficios para la Empresa = Mas valor para los accionistas/propietarios.

Pero ¿sirve la misma la ecuación para el entorno público? O más bien la ecuación es: Clientes satisfechos = Mas demanda = Listas de Espera = Mas reclamaciones = Menos valor para los propietarios (Administración).

No se me entienda mal. No quiero decir que no haya que satisfacer las necesidades de los pacientes, atenderles cuando lo necesitan y ofrecerles el mejor cuidado posible de

acuerdo con el estado del conocimiento médico existente. Lo que intento explicar es si hemos de copiar axiomas que son útiles para la empresa privada y calcarlos en la empresa pública que es lo que a veces parece que hacemos o tenemos que tratar de desarrollar, en el entorno sanitario público, nuestros propios axiomas.

Volvamos a las experiencias y para ellos entremos en el mundo y los conceptos del *marketing* (MK)<sup>1</sup>, y veamos su evolución muy esquemáticamente:

El concepto del MK establece que es un proceso social y administrativo mediante el cual grupos e individuos obtienen lo que necesitan y desean a través de generar, ofrecer e intercambiar procesos de valor con sus semejantes<sup>2</sup>.

En sus inicios, el MK (MK Transaccional) trataba al cliente como un ser anónimo y estático donde el *modus operandi* lo marcaban las 4P (*product, prize, promotion and place*) y cuyo principal objetivo era captar clientes. Este enfoque se utilizó poco en el sector sanitario público español.

El MK fue evolucionando y se llegó al denominado MK Relacional<sup>3</sup> que consiste en atraer y mantener, y en las organizaciones multiservicio intensificar las relaciones con los clientes, considerándolos incluso como socios. Este segundo enfoque pone de manifiesto la orientación al mercado, donde se tiene que tener en cuenta el punto de vista del consumidor.

Las características del MK Relacional son centrarse en retener al cliente, enfatizar en la calidad del producto para satisfacerlo, alto nivel de contacto con el cliente y tener en cuenta que la calidad incumbe a toda la organización. Este enfoque sí que ha sido utilizado en el sector sanitario público español<sup>4</sup>. De hecho era el enfoque utilizado hasta la fecha en que se introduce uno nuevo, el MK Experiencial.

Correo electrónico: [msantina@clinic.ub.es](mailto:msantina@clinic.ub.es)

El MK Experiencial<sup>5</sup> pone énfasis en la creación de valor para el cliente a través de la creación de experiencias agradables tanto en el momento de la compra como en el consumo y posconsumo, recorriendo para ello a la creación de emociones, sentimientos y pensamientos consecuencias de la interacción entre la marca o empresa y el cliente<sup>6,7</sup>.

Las características del MK Experiencial incluyen el enfoque centrado en las experiencias del cliente, conectándolo con la marca y la empresa. En este enfoque centrado en la manera de consumir, el consumo es definido como una experiencia holística. Los clientes son individuos racionales y emocionales<sup>8</sup>.

Mientras que el MK Tradicional se basa en las características funcionales del producto o servicio, el MK Experiencial considera que la experiencia del cliente le permiten conectar la empresa y la marca con la forma de vida del cliente. Las experiencias aportan valores emocionales, cognitivos o sensoriales sustituyendo a los tradicionales valores funcionales del producto o servicio. Los individuos deciden en función de criterios racionales, pero muy a menudo también en función de sus emociones, las cuales despiertan según su experiencia en el consumo de un determinado producto o servicio. La situación o el momento del consumo condicionan por lo que es esencial su conocimiento para adaptar su correcta adaptación (producto/servicio) a sus necesidades (cliente).

En resumen, el MK Transaccional busca interesar y vender, el MK Relacional busca satisfacer y retener y el MK Experiencial busca implicar<sup>9</sup>.

Y ahora, en el sector público sanitario, estamos empezando a trabajar en los conceptos del MK Experiencial, pero de nuevo pediría reflexión para no aceptar los conceptos *sensu stricto* y aplicarlos en el sector sanitario público español tal cual. Debemos preguntarnos: ¿Qué experiencias debemos buscar? ¿Han de ser las mismas en atención primaria que en atención hospitalaria? y ¿cuáles debemos de utilizar o potenciar? Porque, atención, no creo que nuestro producto o servicio sea proporcionar agradables momentos en un entorno fantástico, lleno de aromas y colores inolvidables, en el que los «clientes» quieran repetir una vez y otra y otra. Por tanto ¿las experiencias para que deben servir? Aporto una posible respuesta: para mejorar el servicio que estamos dando. ¿Varía mucho este planteamiento de lo que estábamos haciendo hasta ahora? ¿No buscábamos conocer esto cuando hacíamos encuestas cualitativas mediante grupos focales por ejemplo?

Quizás ahora, en la búsqueda de las experiencias, estamos poniendo el foco y el micrófono en determinadas experiencias personales (sesgo de elección, porque aceptamos esta y no otra) y olvidamos la finalidad de nuestros servicios sanitarios, si es que la hemos definido y si la hemos definido bien. ¿No nos tapan las ramas, la perspectiva de ver el bosque?

En la búsqueda de experiencias, se busca implicar y hacer participar más a los ciudadanos en las políticas de salud, en los servicios de salud, en su atención, ¿pero es este el mejor camino? O no sería más adecuado hacerlos participar, empezando por la base del sistema, en ¿cómo quieren su centro de salud? ¿Cómo se quieren relacionar con el personal del centro? Y empezar a trabajar en base a ello, facilitándoles toda la información necesaria para establecer esas nuevas relaciones sociales, esa nueva manera de relacionar los profesionales de los servicios de salud con los ciudadanos, corresponsabilizando a los ciudadanos de las decisiones que deben de tomarse en relación a su salud, en relación al funcionamiento del centro... etc. Y a partir de ese punto de inicio, ir desarrollando, ir madurando unos y otros, y aprender a convivir en la gestión de la escasez de recursos, aprender a tomar decisiones compartidas y a asumirlas, a aprender a saber lo que es necesidad real y vital, y lo que es consumo puro y duro.

Se habla mucho de los Consejos de Pacientes o de Ciudadanos<sup>10</sup>, de la participación de las asociaciones de los pacientes, de dar voz al paciente/ciudadano, pero lo ¿estamos haciendo bien? O de nuevo quemaremos una buena idea, yendo por un camino erróneo y quizás solo habremos conseguido darle otro barniz a la realidad sin cambiarla en profundidad.

Pensemos en todo ello y actuemos, desde la mejora continua de la Calidad Asistencial, en consecuencia.

## Bibliografía

1. Levitt T. *The marketing mode*. 1.ª ed. New York: Mc Graw-Hill; 1969.
2. Kotler P, Armstrong GA. *Principios de marketing*. 12.ª ed. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2012.
3. Berry LL, Shostack GL, Upah GD. *Emerging Perspectives on Service Marketing*. American Marketing Association. 1983:25–38.
4. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. *Calidad Total en la gestión de servicios*. Ed. Diaz de Santos. Madrid; 1993.
5. Lenderman M, Sánchez R. *Marketing Experiencial: La Revolución de las Marcas*. Madrid: Editorial Esic; 2008.
6. Moral Moral M, Fernández Alles MT. *Nuevas tendencias del marketing: el marketing experiencial*. Entelequia. 2012;14: 237–51.
7. Morgan RM, Hunt SD. *The Commitment-Trust. Theory of relationship marketing*. *Journal of Marketing*. 1994;58:20–38.
8. Schmitt BH. *Experiential Marketing*. Barcelona: Ed. Deusto; 2000.
9. Consolación Segura C, Sabaté Garriga F. *Marketing Experiencial: el marketing de los sentimientos y sus efectos sobre la mejora en la comunicación En Asociación para el desarrollo de la ingeniería ed. En: Libro de comunicaciones del XII Congreso de Ingeniería de Organización; 2008; Sep 3-5. 2008. p. 267–72.*
10. Generalitat de Catalunya. Canal Salud [consultado 15 Ene 2015]. Disponible en: [http://canalsalut.gencat.cat/es/home\\_ciudadania/participacio/consell\\_consultiu\\_pacients.2](http://canalsalut.gencat.cat/es/home_ciudadania/participacio/consell_consultiu_pacients.2).