

# Satisfacción y calidad:

## ANÁLISIS DE LA EQUIVALENCIA O NO DE LOS TÉRMINOS\*

Freddy Velandia Salazar\* Nelson Ardón Centeno\*\* María Inés Jara Navarro\*\*\*

Fecha de recepción: 2-10-07 Fecha de aceptación: 6-11-07

### Resumen

El objetivo del presente artículo es ubicar las mediciones de la calidad percibida, que efectuó el DANE en las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003, en relación con el concepto de satisfacción del paciente. Para el efecto, primero se muestra, en forma breve, qué se entiende por calidad en salud en general y se indica que al hablar de la calidad de la atención médica se remite al problema de la satisfacción. Luego se aborda, con cierto detenimiento, el concepto de satisfacción y se explora la forma de relación entre los dos conceptos, la cual resulta de establecer en qué medida uno de los dos puede representar al otro. Desde esta perspectiva, las mediciones de la calidad se pueden interpretar bien como indicadores de la satisfacción, o como el uso de un método directo para medir esta última. Por último, se presentan las teorías que, de alguna manera, incorporan a la calidad percibida en la determinación de la satisfacción, y se resalta que ésta no constituye la totalidad de la explicación. Se trata de las teorías que ponen de presente el papel de las expectativas y su mayor o menor corroboración mediante las percepciones de los atributos de los productos, la cual es la forma usual de entender la calidad percibida. Se concluye que, si bien la calidad percibida de los cuidados de salud, como indicador, dice algo de los grados de satisfacción que alcanza el paciente, no parece ser, de todos modos, un buen representante, en la medida en que si bien las expectativas son un factor importante en la explicación, y aun si fueran el principal, hay acuerdo en la muy relevante intervención de otros factores.

**Palabras clave:** calidad, calidad percibida, satisfacción, expectativas, cuidados de salud, servicios de salud.

\* Artículo de investigación, constituye el segundo informe parcial publicado de la investigación institucional titulada Estructura, estado y modificación de la calidad y de la oportunidad de la atención médica en Colombia, desarrollada por investigadores de los programas de posgrado en Administración de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana, registro institucional No 1874. Se agradece a José Fernando Cardona, por sus aportes y participación en la primera fase de la investigación

\*\* Freddy Velandia Salazar. Investigador principal. Profesor investigador de los programas de posgrado en Administración de Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: velandia@javeriana.edu.co

\*\*\* Nelson Ardón Centeno. Profesor investigador de los programas de posgrado en administración de salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: nardon@javeriana.edu.co

\*\*\*\* María Inés Jara Navarro. Profesor investigador y directora de la revista Gerencia y Políticas de Salud, programas de posgrado en Administración de Salud Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: mjara@javeriana.edu.co.

## Abstract

The purpose of this article is to place perceived quality measurements, carried out by DANE in their Quality of Life surveys of 1997 and 2003, in relation to the concept of patient satisfaction. What is understood as health quality in general is shown briefly first and it is indicated that when quality medical attention is mentioned it is in light of a problem of satisfaction. Then, in more detail, the concept of satisfaction is considered and the shape of the relationship between the two concepts is explored, resulting from establishing the measure in which one of them can represent the other. From this perspective, quality measurements can be interpreted either as satisfaction indicators or as its direct measurement. Finally, the theories that somehow incorporate perceived quality in the determination of satisfaction are presented indicating that it doesn't constitute the totality of the explanation. These are theories that describe the paper played by expectations and their varying corroboration through the product attribute perception, which is the usual way of understanding perceived quality. It is concluded that although perceived quality of health care as an indicator, says something about the degree of satisfaction reached by the patient, it doesn't appear anyways, a good representative, as even if the expectations are an important factor in the explanation, and even if they were the principal one, there is agreement about the very relevant intervention of other factors.

**Key words:** quality, perceived quality, satisfaction, expectations, health care, health services.

## Introducción

En la encuesta de calidad de vida de 1997 se pregunta al encuestado si “considera que la calidad del servicio fue: buena, regular, mala” [1: ECV, 2003: pregunta F-24], y se espera que en su respuesta se refiera a todos los servicios de atención médica utilizados durante los últimos 30 días, bien sea para todas sus enfermedades crónicas o para su más grave problema de salud no crónico. La pregunta se refiere, entonces, a la calidad de un conjunto de servicios utilizados durante un período concreto, en un caso para un grupo de enfermedades y, en otro, para un problema específico.

En la encuesta de calidad de vida de 2003 se conserva la forma de la pregunta cuando se refiere a la más grave hospitalización durante los últimos 12 meses: “¿Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue: buena, regular, mala?” [2: ECV, 2003 pregunta F-27]. Sin embargo, se especifica más, en comparación con 1997, al referirse a

la calidad de un servicio concreto en relación con un problema concreto. En esta misma encuesta se mantiene en gran medida la forma de la pregunta por la calidad, cuando se hace referencia a los servicios ambulatorios. En dicho caso la pregunta abarca un conjunto de servicios utilizados para un problema específico, ocurrido dentro de un período de tiempo bien delimitado (los últimos 30 días); sin embargo, en términos de las dimensiones evaluadas su contenido puede cambiar, porque al preguntarse si “en general, considera que la calidad del servicio fue: buena, regular, mala” [2: ECV, 2003: pregunta F-18], el término “en general” puede introducir un cambio en el aspecto o dimensión de lo que se somete a evaluación.

Lo anterior indica que si bien en las dos encuestas de calidad de vida las preguntas se refieren siempre a períodos de tiempo bien delimitados, puede haber ciertas fluctuaciones en las dimensiones o en el contenido evaluado, y que de hecho las hay en la espe-



cificidad de lo que se somete a evaluación, pues unas veces son servicios específicos y, otras, conjuntos de servicios<sup>1</sup>.

Pero cualesquiera que sean los enfoques en cuanto a las delimitaciones de los períodos, de los servicios y de las dimensiones involucradas, hay una pregunta previa que es imperativo considerar: ¿qué se evalúa, en realidad, cuando se pregunta por la calidad?, o también, ¿a qué se refiere esa calidad, sea que se piense en un servicio concreto o en un conjunto de servicios, sea que se tomen en cuenta solo algunas dimensiones o que se consideren todas las dimensiones del servicio?; ¿es legítimo asimilar el término calidad al de satisfacción y afirmar que lo evaluado es la satisfacción del usuario?; ¿es lo mismo preguntarle al usuario por la calidad de un servicio que preguntarle por la satisfacción recibida al utilizar ese mismo servicio?

En cuanto a las dimensiones contenidas en el término “calidad”, tal como se usa en las dos encuestas<sup>2</sup>, el DANE no aclara en los manuales de recolección y de conceptos básicos a qué se refiere con tal expresión. Pero

se puede constatar, mediante un análisis del conjunto de preguntas y de su secuencia, que la pregunta o las preguntas por la calidad se refieren a todas las dimensiones de los servicios de atención médica contenidas en la perspectiva de evaluación del usuario, sean eventos propios de su relación con el proveedor o ciertos eventos técnicos de la propia atención. Entre los primeros están los trámites, la relación con el personal administrativo y/o asistencial, y la infraestructura administrativa, mientras que entre los segundos se encuentran la oportunidad, las capacidades, los conocimientos o habilidades del personal asistencial y las condiciones de la infraestructura y de la dotación técnica. En la perspectiva del usuario incluso pueden caber, si lo permite el tiempo transcurrido desde la recepción del servicio, dimensiones como el resultado o el impacto en el estado de salud. Se trata de expresiones sobre la calidad hechas desde un punto de vista particular, el del usuario, las cuales no tienen que coincidir necesariamente con las emitidas desde puntos de vista distintos como, por ejemplo, el del proveedor<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> En relación con los períodos tomados en cuenta para la medición de la satisfacción, Marshall et al. [3: 478] anotan que los estudios realizados van desde aquellos que se refieren a los cuidados de salud recibidos a lo largo de un período de tiempo, hasta los que se refieren a encuentros médicos específicos, incluidos aquellos que dejan abierto el período.

<sup>2</sup> “¿Qué es, entonces, lo que espera el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) que el encuestado evalúe cuando se le pregunta por la calidad? Queda claro que espera que se refiera a todos los componentes o dimensiones de los servicios de atención médica que quepan en su perspectiva de evaluación, en la cual cabrían tanto eventos propios de su relación con el proveedor (trámites, relación con el personal administrativo y/o asistencial, infraestructura ‘administrativa’), como eventos

técnicos de la propia atención (la oportunidad, las capacidades, conocimientos o habilidades del personal asistencial, condiciones de la infraestructura y de la dotación técnica). Y esto sin tener en cuenta que la misma pregunta contiene una última categoría (‘otro’), a través de la cual el encuestado puede hacer referencia a otros aspectos (se podría pensar en la eficacia o impacto de la atención en el estado de salud). Y ¿cómo se espera que el encuestado evalúe? Simplemente, a través de su percepción, para lo cual los manuales no dan ninguna instrucción” (Velandia et al., 2005: 120-121).

<sup>3</sup> Otras preguntas que no viene al caso responder en este artículo pero no por ello carecen de importancia son: ¿cuál es el punto de vista idóneo para evaluar la calidad? y, ¿qué aportan a esa evaluación los diversos puntos de vista?

Ahora bien, es importante señalar que el DANE tampoco indica en los manuales de recolección y de conceptos básicos que la calidad medida por medio de las encuestas realizadas por la institución sea equivalente a la satisfacción. El interés por la posibilidad de esta equivalencia procede más bien de los autores de este texto, quienes se dieron a la tarea de indagar en la literatura la relación entre los dos conceptos, bajo el presupuesto de que es la satisfacción y no la calidad lo que más frecuentemente se evalúa desde el punto de vista del usuario<sup>4</sup>. Sin embargo, es importante dejar claro desde ya que, generalmente, se entiende que las expresiones “satisfacción” y “calidad” se refieren a fenómenos de naturaleza distinta. Desde la perspectiva adoptada por muchos autores, la satisfacción, que comunica sentimientos de favorabilidad o desfavorabilidad, pertenece al campo de las actitudes y, por tanto, del afecto, mientras que la calidad percibida, la cual se califica, por ejemplo, como buena o mala, se refiere a creencias que como forma de la percepción forman parte de la cognición [4: 578; 5: 22, 24]. Sin embargo, su distinta naturaleza no invalida que dada la importante correlación empírica que muestran, la medición de uno de los conceptos pueda llegar a representar al otro, o servirle de indicador.

Un punto de referencia útil, pero no suficiente, es la disyuntiva en que tradicionalmente se plantea la función del concepto de satisfacción, bien como variable dependiente (en cuyo caso la calidad puede ser una de las explicaciones) o como variable independiente (en cuyo caso se pretende explicar, entre otros aspectos, la calidad). El que los dos conceptos ocupen posiciones funcionales diferentes no elimina la posibilidad de que uno de ellos pueda representar o ser indicador del otro. Sin embargo,

se debe admitir que en esta perspectiva la satisfacción no se puede llegar a entender como uno de los atributos de la calidad o como la calidad misma, aproximación interesante que es propia de tendencias recientes.

A fin de dilucidar con mayor profundidad la equivalencia o no equivalencia, o la convergencia o divergencia entre los términos en cuestión, el presente artículo intenta una aproximación teórica a ambos conceptos. Es importante subrayar que no se pretende efectuar una revisión completa de la literatura, ni de sus textos más relevantes, porque el interés no consiste en determinar “el estado del arte” en relación con la satisfacción o la calidad percibida. El objetivo es más limitado y, como se dijo antes, consiste en aclarar el significado de las preguntas formuladas por el DANE. Para ello se identificaron y revisaron algunos textos de interés, con una disponibilidad limitada de tiempo. En las secciones que siguen se encontrará la siguiente secuencia temática:

- *En la sección 1* se muestra, de forma muy breve, el concepto de calidad en general, y se ubica en ese contexto la medición del DANE. Se hace notar que cuando se habla de la calidad percibida de la atención médica, se hace una remisión a la satisfacción.
- *En la sección 2* se presenta, con cierto detalle, el concepto de satisfacción (incluido su contenido semántico), su desarrollo, la identificación del sujeto que la evalúa, y su constitución en términos de componentes.
- *En la sección 3* se muestra una primera forma de relación entre la calidad percibida y la satisfacción, en términos de los referentes de las mediciones; al final se indica en que sentido se podría interpretar la medición del DANE.
- *En la sección 4* se muestra una segunda forma de relación entre los dos con-

<sup>4</sup> Se debe señalar que en la literatura revisada se encuentran diversas posiciones sobre la relación entre los citados conceptos, a las cuales se hará referencia más adelante.



ceptos; para ello se identifica el lugar que ocupa la calidad percibida en los principales modelos teóricos que se han propuesto para explicar la satisfacción. Esta tarea conduce a mostrar el papel y naturaleza de las expectativas, de las cuales se mencionan las teorías que las incorporan, su variabilidad, sus tipologías, su aporte explicativo y su relación con los antecedentes demográficos de los pacientes.

- Por último, se elaboran unas conclusiones.

## 1. La calidad

Como en algunas de las preguntas de las encuestas de calidad de vida el DANE utiliza el término “calidad”, en lugar del término “satisfacción”, y espera que el usuario responda con fundamento en sus percepciones, se debe ubicar esta forma de preguntar en el contexto de los juicios sobre la calidad en salud. Debe haber claridad, no solo sobre los objetos evaluados y los puntos de vista desde los cuales se efectúan las evaluaciones, sino, además, sobre el contexto al cual pertenece el término “calidad”.

De acuerdo con el *Informe sobre la salud del mundo del año 2000*<sup>6</sup> de la OMS (citado en la II Conferencia Nacional de Salud<sup>5</sup> [6]), cuando se piensa en un sistema de salud la evaluación de la calidad debe tener en cuenta tanto la dimensión macro como la micro, con el fin de equilibrar los análisis y evitar su reducción, como se hace comúnmente, a solo la última dimensión. Un sistema de salud bueno y equitativo (macro) y una atención de salud buena y suficiente (micro) son tales, si responden a estándares de calidad establecidos, a la manera de requerimientos por parte de las sociedades y los individuos, en el marco de sus perspectivas, valores y principios.

En la dimensión macro predominan los estándares de calidad a nivel del sistema, sean estos implícitos o explícitos, con base en valores sociales y paradigmas internacionalmente aceptados. Es en correspondencia con estos estándares que una sociedad espera que su sistema de salud sea justo, equitativo, universal, solidario, eficiente, eficaz, democrático, participativo, descentralizado, integrado, etc. Un indicador de este estándar es el “desempeño del sistema de salud”.

En la dimensión micro predominan los estándares de calidad apoyados en la percepción, sensación, vivencia, satisfacción y situación de salud del usuario. Desde este punto de vista, se espera que la atención de salud sea accesible, oportuna, rápida, limpia, segura, eficaz, cómoda, respetuosa de la dignidad, de los derechos, la confidencialidad y privacidad del usuario, atenta a su consentimiento informado, integral y continua. Los indicadores específicos de esta dimensión tendrán una variabilidad amplia dependiendo de los atributos seleccionados, lo que se expresa en una atención de salud percibida por los usuarios como “atención mala e insuficiente”, siendo el indicador más característico la insatisfacción del usuario.

De manera desagregada, los aspectos que corresponden con el mencionado indicador, a nivel micro serían: las quejas por las dificultades de accesibilidad; la falta de atención pronta y sin demoras; la falta de comodidad, de limpieza y de seguridad; la falta de respeto a la dignidad de las personas, de confidencia-

<sup>5</sup> Conviene precisar que el término “desempeño” es denotado por la OMS como “logros basados en el potencial de recursos existentes”. Un indicador más específico dentro de este informe está referido a la “capacidad de respuesta” del sistema de salud, esto es, a la “satisfacción o insatisfacción de las expectativas de la población respecto del trato que debería recibir de proveedores de servicios preventivos, curativos o no personales” [6].

lidad y de privacidad, y la débil integralidad y continuidad en las prestaciones.

De acuerdo con las anteriores pautas, incluidas en el citado informe de la OMS, las evaluaciones efectuadas por el DANE se refieren a la atención médica como dimensión micro del sistema de salud de Colombia, y se efectúan desde el punto de vista parcial del usuario, el cual no le permite realizar evaluaciones completas de todas las dimensiones del sistema. A este respecto, y de manera consistente con lo antes mencionado, se debe tener presente la anotación de Sitzia y Wood, quienes recuerdan una afirmación de Redfern y Norman de la siguiente forma:

La calidad debe también incorporar consideraciones de equidad (que los cuidados sean imparcialmente distribuidos), accesibilidad (que estén disponibles y no indebidamente restringidos por el tiempo o la distancia), aceptabilidad (provistos de tal manera que satisfagan razonablemente las expectativas de los pacientes, los proveedores y el público), eficiencia (que los recursos no sean gastados en una persona en detrimento de otra), efectividad (alcanzar el beneficio pretendido para el individuo y la comunidad), y conveniencia (coherencia con las necesidades de los individuos, familias y comunidades) [7: 1831].

Por último, es importante resaltar que al pensar la calidad en términos de indicadores relativos a los atributos de la atención de salud, que es el objeto a evaluar en la dimensión micro del sistema de salud, se hace una remisión al problema de la satisfacción.

## 2. La satisfacción

### 2.1. Un punto de partida

La psicología es una de las ciencias que más se ha dedicado al problema de la satisfac-

ción. Múltiples teorías, representaciones empíricas y aproximaciones metodológicas han confirmado, desde final del siglo XIX e inicio del XX, la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano. Esta dialéctica se ha convertido en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica del comportamiento. Si alguna duda se albergara sobre este hecho, para disiparla bastaría con recordar los nombres de Freud, James y Winsbagger, luego de Rogers y Maslow y, más recientemente, la teoría de las emociones intelectuales, o de la programación neurolingüística.

El porqué de la importancia de la satisfacción en los sistemas de regulación del comportamiento humano es una pregunta compleja. Al respecto cabe decir que si bien, tradicionalmente, la psicología vinculó la satisfacción con una definición restringida del comportamiento, los más recientes estudios usan definiciones de mayor alcance [8].

- Una breve referencia semántica permite 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, citado por Zas [8]). También significa “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 [citado por Zas<sup>6</sup> [8]).

<sup>6</sup> El término “satisfacción” equivale a la palabra latina *satisfactio* (onis, que se deriva de *satisfacio* que, a su vez, se compone de dos partes: *satis*, que significa bastante, y *facio* que significa hacer. De esta forma, *satisfacio* es hacer bastante.



Es evidente que a partir de estas definiciones resulta difícil determinar qué es satisfacer y sentirse satisfecho, pero en esencia el fenómeno muestra tres aspectos esenciales, los cuales son destacados por Zas [8]: la satisfacción es siempre respecto de algo (o alguien); tiene que ver con algo que se quiere (se espera, se desea, etc.), y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.

Siguiendo a Zas se puede decir que la satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no<sup>7</sup>. Sin embargo, para que exista satisfacción o insatisfacción, como algo sentido en un sujeto, muchas veces debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no, como “satisfactorio” 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. No es una evaluación apenas desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a

grupos sociales determinados sienten de un modo o de otro.

## 2.2. El devenir investigativo del concepto

Mediante una revisión de la literatura, Morales y Hernández [9] observan que el concepto de satisfacción se ha ido matizando a partir del análisis de sus distintos aspectos y del avance de la investigación sobre la satisfacción del consumidor.

Estos autores encuentran que en los años setenta, cuando este campo de investigación empezó a crecer de manera notable, el interés se centró fundamentalmente en determinar las variables que intervienen en el proceso de formación de la satisfacción. Los primeros estudios fundamentados en una evaluación cognitiva determinaron la valoración de los atributos de los productos, la confirmación de las expectativas y los juicios de inquietud entre la satisfacción y las emociones generadas por el producto, pero enmascararon los procesos que subyacen al consumo y la satisfacción. En la década de los ochenta el interés se amplió para incluir, además, la investigación del propio proceso de formación de la satisfacción.

La evolución o transformación cronológica del concepto queda bien reflejada en la siguiente tabla, la cual Morales y Hernández [9] tomaron de Morales Sánchez.

<sup>7</sup> En tal sentido dicho fenómeno no pertenece 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.

**TABLA 1.**  
**SATISFACCIÓN: DEFINICIONES CRONOLÓGICAS**

AUTORES	DEFINICIÓN	CRITERIO	OBJETO	FASE
Howard y Sheth (1369)	Estado cognitivo derivado de la adecuación; o inadecuación de la recompensa recibida respecto a la inversión realizada	Estado cog~initivo	Adecuación o inadecuación de la recompensa a la inversión	Después del consumo
Hunt (1977)	Evaluación que analiza si una experiencia de consumo &s al menos tan buena como se esperaba	Evaluación de una experiencia	Analizar si la experiencia alcanza o supera las expectativas	Durante el consumo
Oliver (1980-1981)	Estado psicológico final resultante cuando la sensación que rodea la discrepancia de las expectativas se une con los sentimientos previos: acerca de la experiencia de consumo	Evaluación psicológica Final y respuesta emocional basada por estándar inicial en cuanto a las expectativas.	Discrepancia entre las expectativas y el rendimiento percibido del producto consumido. Evaluación de La Sorpresa inherente a la experiencia de compra o adquisición.	Durante la compra y/o consumo
Churchill y Surprenant (1982)	Respuesta a la compra de productos y/o uso de servicios que se deriva de la comparación, por el consumidor, de las recompensas y costos de compra con relación a sus consecuencias esperadas	Resultado Actitud	Comparación de los costos y las recompensas con las consecuencias esperadas de la compra	Después de la compra y del consumo
Swan, Trawick y Carroll (1982)	Juicio evaluativo o cognitivo que analiza si el producto resenta un resultado bueno o pobre o si el producto es sustituable o insustituable. Respuestas afectivas hacia el producto	Juicio o evaluación global determinado por respuestas afectivas y cognitivas.	Resultados del producto	Durante o después del consumo
Westbrock y Rely (1983)	Respuesta emocional causada por un proceso evaluativo-cognitivo. Las percepciones sobre un objeto, acción o condición, se comparan con necesidades y deseos del individuo	Respuesta emocional	Percepciones sobre un objeto, acción ocomparadas con necesidades y deseos del individuo	Después de la compra
Cadotte, Wodruft y Jenkins (1987)	Sensación desarrollada a partir de la evaluación de una experiencia de uso	Sensación causada por la evaluación	Experiencia de uso	Después del consumo
Tse, Nicosia y Wilton (1990)	Respuesta del consumidor a la evaluación de la discrepancia percibida entre expectativas y el resultado final percibida en el producto tras su consumo. Proceso multidimensional y dinámico.	Interactúan actividades mentales y conductuales a lo largo del tiempo. Respuesta causada por la evaluación	Discrepancia percibida entre expectativas, jotrás normas de resultado) y el resultado real del producto	Después del consumo
Westbrock y Oliver (1990)	Juicio evaluativo posterior a la selección de una compra específica	Juicio evaluativo	Selección de compra específica	Posterior a la Selección
Mano y Oliver (1992)	Respuesta del consumidor asociada posterior a la compra de un producto o al servicio consumado.	Respuesta cognitiva y afectiva	Respuesta promovida por factores cognitivos y afectivos	Posterior al consumo
Halstead, Hartman y Schvpidt (1394)	Respuesta afectiva asociada a una transacción específica resultante de la comparación del resultado del producto con algún estándar fijado con anterioridad a la compra	Respuest evaluativa del nivel de realización	Resultado del producto comparado con un estándar anterior a la compra	Durante o después del consumo
Oliver (1996)	Juicio del resultado que un producto o servicio ofrece para un nivel suficiente de realización en el consumo	Respuesta evaluath/a del nivel de realización	Producto o Servicio	Durante el consumo

Fuente: Morales Sánchez, citado en Morales y Hernández [9]





Los mencionados autores sostienen, con base en su revisión, que lo entendido como satisfacción depende del punto de vista desde donde se analice. Así, para los economistas la satisfacción es un *resultado o estado final*, mientras que para los psicólogos es un proceso de evaluación.

A su vez, hay dos perspectivas principales sobre la satisfacción como *resultado o estado final*. Una, la relaciona con un *sentimiento de estar saciado*, asociado a una baja activación, a una sensación de contento, de donde se asume que el producto posee un rendimiento continuo y satisfactorio<sup>8</sup>. La otra, y más reciente interpretación, incluye un rango de respuesta más amplio que la mera sensación de contento, pues en muchos casos la satisfacción supone una alta activación, por lo que se puede hablar de una *satisfacción como sorpresa*, positiva o negativa.

En la perspectiva asociada con la *sensación de contento*, la satisfacción corresponde a una *visión utilitarista* del comportamiento, la cual asume que la reacción del sujeto es el resultado del procesamiento de información y de la valoración del cumplimiento de las funciones que tiene asignadas un determinado producto. Como *sorpresa*, la satisfacción supone un ser humano que busca un placer *hedonista*, difícil de anticipar y valorar *a priori*.

Frente a la satisfacción como proceso, Morales y Hernández [9] también encuentran dos

<sup>8</sup> Se puede agregar que esta perspectiva corresponde a la siguiente definición del fenómeno de la satisfacción, que va más allá de sus elementos estructurales constituyentes: “en su ámbito más general es un estado de la mente producido por una mayor o menor optimización de la retroalimentación cerebral, en donde las diferentes regiones compensan su potencial energético, dando la sensación de plenitud e inapetencia extrema (...) [y que] la mayor o menor sensación de satisfacción, dependerá de la optimización del consumo energético que haga el cerebro” [10].

perspectivas, las cuales aparecieron en 1980: una de carácter cognitivista, sostenida por Oliver, y otra de índole afectiva, sustentada por Westbrook.

La perspectiva cognitivista se apoya en estudios experimentales previos, los cuales asumen que la satisfacción resulta de un procesamiento cognitivo de la información; además, suponen que este procesamiento actúa de manera independiente y puede dar cuenta de la satisfacción sin que medie la intervención de procesos afectivos. La satisfacción, entonces, es una evaluación emocional pos-compra o pos-uso que resulta de un procesamiento de la información relevante, el cual puede consistir en una comparación entre las expectativas del consumidor y el rendimiento percibido del producto, en la comparación social de costes y beneficios, así como en los procesos de atribución que realizan los consumidores. Esta perspectiva parece reflejar el dominio, desde finales de los años cincuenta, de la aproximación cognitiva en la investigación psicológica.

La perspectiva afectiva sostiene, con base en los postulados de Hunt, que la satisfacción no se debe entender solo a partir del procesamiento de información, y considera fundamental la presencia del componente afectivo en el proceso de consumo o uso del producto. Supone, asimismo, que durante la experiencia de compra aparece una serie de fenómenos mentales relacionados con sentimientos subjetivos, acompañados de emociones y estados de ánimo, y que estos elementos afectivos son distintos de la satisfacción y la anteceden. No obstante, a pesar de la insistencia de su proponente, Westbrook, solo hasta los años noventa se generalizó la consideración del afecto en el estudio de la satisfacción.

Las corrientes utilitarista y hedonista tienen, en las perspectivas del procesamiento cogni-



tivo y de los procesos afectivos, dos formas adicionales de expresión. El procesamiento cognitivo de información hace referencia a la corriente utilitarista, en la medida en que tiene en cuenta hasta qué punto el producto cumple con las funciones a este asignadas y conduce a la sensación de contento, mientras que la gran relevancia asignada a los procesos afectivos en la generación de la satisfacción como sorpresa se relaciona con la corriente hedonista.

Luego, recuerdan Morales y Hernández [9], surgió una propuesta integradora que ha ido ganando aceptación entre los investigadores. Esta considera que la satisfacción obedece a una doble vertiente, y que tanto los constructos cognitivos como los afectivos contribuyen a su formación. Se trata de dos mecanismos que actúan conjuntamente: el uno se refiere a la medida de los resultados funcionales o comparativos (qué le da el producto al consumidor), mientras que el otro se refiere a cómo el producto influye en el afecto (cómo provoca emociones).

### 2.3. ¿Satisfacción del cliente, consumidor, usuario o paciente?

A diario, un sujeto acude a las instituciones de salud en espera de algo, otros sujetos lo atienden con la esperanza de poder satisfacerlo y, en caso de que estos lleguen a constatar que no le aportan lo previsto, esperan que en la próxima oportunidad puedan subsanar las fallas.

Pero así como es importante aclarar qué se entiende por satisfacción, también lo es saber con precisión a quién se refiere. En la literatura se encuentran por lo menos cuatro categorías para denominar a quien acude a las instituciones de salud: cliente, consumidor, usuario y paciente. Incluso, se debería

agregar la categoría “demandante”, que junto con la categoría “oferente”, forma la diada con que la teoría económica se refiere a los agentes participantes en el mercado. Además, las categorías “cliente” y “consumidor” y, por supuesto, “demandante”, están referidas a algo que se denomina “servicio”, que es el objeto de la transacción.

En particular, y como anota Fitzpatrick (citado por Sitzia y Wood [7]), el término “satisfacción del paciente” exige especificar el referente del término “paciente”, y aclarar cómo se diferencia este último respecto de otras denominaciones.

“Cliente”, según observa Wassergug (citado por Sitzia y Wood [7]), había sido gradualmente reemplazado en los Estados Unidos por el término “consumidor”, debido a que la ideología del consumismo, de la cual formaba parte, no se acoplaba a la naturaleza de la relación médico-paciente o de la relación servicios de atención médica-paciente.

Pero a su vez el término “consumidor” fue criticado en el Reino Unido, como observa Blaxter (citado por Sitzia y Wood [7]), porque se lo entendía alienado a la ideología comercial. No obstante y desde otro punto de vista, el uso de este término dignifica la relación profesional-paciente, en la medida en que evita que el vocablo “paciente” se asocie con su uso tradicional de impotencia o subordinación al médico.

“Usuario” y “cliente” se usan comúnmente en las áreas de los servicios sociales y de la salud comunitaria, con la intención de erradicar la referencia a un sujeto pasivo y dependiente. Igual sucede, en particular, en la atención primaria de la salud, en donde esos términos son prevalecientes, y hay una fuerte resistencia a utilizar el término “consumidor”.



No obstante la discusión terminológica, subyace a estas posiciones la convicción de que al evaluar los servicios se requieren, sin duda, las expresiones del paciente<sup>9</sup>, las cuales remiten a un ser humano que sufre el dolor o el malestar, pero que tiene derechos a la atención y a la salud. En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud. Es un ser humano, que además de tener derecho a la atención y a la salud, también tiene el derecho a ausentarse de sus actividades habituales y responsabilidades, tal como lo obliga, en cumplimiento de las recomendaciones médicas, el cuidado de la enfermedad.

Se puede decir, entonces, que aquel sujeto que acude diariamente a las instituciones de salud en espera de algo, es alguien que como paciente sufre la enfermedad y solicita el cuidado. Frente a él, otros, antes o después de cualquier consideración de realidades como el mercado, deberían, solícitamente, procurarle el cuidado que puedan, de la manera más satisfactoria posible.

La investigación y reflexión sobre satisfacción del paciente, que emerge como un resultado del cuidado médico, es una tarea relevante que permite poner en evidencia los siguientes asuntos, señalados por autores como Del Banco y Daley, Dimatteo, Donovan, y Dwyer (citados por Sitzia y Wood [7]):

- Las necesidades sentidas por el paciente
- Su búsqueda de atención
- Las condiciones asistenciales a donde acude para recibirla
- Su disposición a pagar por ella
- Que siga o no las instrucciones del presta-

dor sobre el uso correcto del tratamiento

- Que continúe o no usando el tratamiento
- Que regrese o no al prestador de servicios
- Que recomiende o no los servicios a los demás.

En cuanto a sus objetos generales, la investigación de la satisfacción, según Fitzpatrick (citado por Sitzia y Wood [7]), debe, por una parte, observar las actitudes del paciente en relación con los servicios de salud y, por otra, captar su valoración de la intervención médica. Pero la investigación de la satisfacción, desde el punto de vista del paciente, puede obedecer a uno de tres distintos niveles de relevancia: puede ser tenida en cuenta solamente para describir los servicios de salud, puede ser entendida como una medida de los procesos del cuidado de la salud, o puede ser considerada como uno de los más importantes aspectos de las investigaciones sobre la satisfacción.

En cuanto a los aspectos tenidos en cuenta en el proceso de investigación y discusión de la satisfacción del paciente, se deben mencionar el desarrollo y transformación del concepto, las formas de medición o definición de indicadores y la búsqueda de determinantes. Esto se observa, entre otros autores, en Locker and Dunt, Abromowitz et al., Linder-Pelz, Ware et al., Fitzpatrick, y Williams (citados por Sitzia y Wood [7]).

#### 2.4. Componentes de la satisfacción

En la investigación y discusión de la satisfacción del paciente es corriente que los cuidados de salud se desglosen en términos de componentes, los cuales llegan a constituir objetos específicos de evaluación.

Han sido numerosas las tipologías propuestas para clasificar los componentes. Algunas de ellas han tenido amplia aplicabilidad, mientras que otras se han limitado a con-

<sup>9</sup> Es del latín *patior, páteris*, passus sum, que significa padecer, que hemos obtenido el término sanitario de paciente.



textos específicos. Una taxonomía de ocho componentes, muy conocida, es la propuesta por Ware et al. (citado por Sitzia y Wood [7]), la cual se puede sintetizar así:

- Aspectos interpersonales: características de la interacción de los prestadores con los pacientes: respeto, cortesía, interés y amistad, entre otros<sup>10</sup>.
- Calidad técnica de la atención: competencia de los proveedores y adhesión a altos estándares de diagnóstico y tratamiento<sup>11</sup>.
- Accesibilidad<sup>12</sup>.
- Aspectos financieros.
- Eficacia/resultados.
- Continuidad de la atención
- Ambiente físico.
- Integralidad: disponibilidad de recursos para la atención.

Otra propuesta es la de Rubin (citado por Sitzia y Wood [7]) quien identifica como importantes el cuidado de enfermería, la

atención médica, la comunicación, la protección administrativa, la protección del medio ambiente y el desempeño de los procesos. Amramowitz et al. (citado por Sitzia y Wood [7]) proponen diez componentes claves para la atención hospitalaria: la atención médica, el gobierno de casa, el cuidado de enfermería, el auxiliar de enfermería, los procedimientos y el tratamiento por parte del staff, los niveles de ruido, la comida, la limpieza, los servicios de portería y la calidad total. Baker (citado por Sitzia y Wood [7]) identifica los siguientes componentes de la satisfacción de la atención primaria en el Reino Unido: la continuidad del cuidado, la accesibilidad a cirugías, la calidad de la atención médica y la disponibilidad de médicos. En el contexto del paciente, McIaver (citado por Sitzia y Wood [7]) propone la accesibilidad, el tiempo de espera, el ámbito de la espera, la actitud del *staff*, y la información del paciente, como un componente crítico.

### 3. La calidad en relación con la satisfacción

En la medida en que las preguntas de las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003 se

<sup>10</sup> Los aspectos interpersonales de la atención médica son vistos como uno de los principales componentes de la satisfacción (e.g. Blanchard et al., citado por Sitzia y Wood [7]). Dos aspectos son vistos particularmente como importantes: comunicación y empatía (Moorey, McIver, citados por Sitzia y Wood, [7]). Definitivamente, aspectos como la comunicación, la postura, la distancia entre el médico y el paciente, el contacto visual, tranquilidad, empatía y familiaridad en la relación médico paciente están asociadas directamente con la satisfacción del paciente. La importancia de la empatía y la tranquilidad en dicha relación en pacientes con cáncer es igualmente significativa (Krause, citado por Sitzia y Wood [7]).

<sup>11</sup> Aunque se advierte del peligro de la seducción por la tecnología, en el sentido de que los altos niveles de intervención con alta tecnología están generalmente asociados con altos niveles de satisfacción.

Hopkins propone que existe un grave peligro a la hora de evaluar la satisfacción del paciente en relación con la atención médica, por cuanto ellos puede ser seducidos por la cantidad de los procesos tecnológicos, en el sentido de que la mayor satisfacción tecnológica se encuentra asociada con una mayor satisfacción (citado por Sitzia y Wood [7]).

<sup>12</sup> La definición de accesibilidad, según los estándares de Ware y Fitzpatrick, incluye problemas como el acceso físico al hospital, horas de cirugía, sistema de citas, recepción, rotación de médicos, visitas a las casas y lista de espera para las citas. Pocos parqueaderos, según Amramowitz et al., y el tiempo de espera en los centros de salud, según Astedt-Kurki y Häggman-Laitla, son variables relacionadas con la insatisfacción del paciente (citados por Sitzia y Wood [7]).



refieren a la calidad percibida de la atención médica, en lugar de la satisfacción, y que la literatura básicamente se ocupa de este último concepto, y sólo de manera marginal del primero, en esta sección se intenta poner en relación los dos conceptos. Se busca aclarar si al evaluar la calidad percibida se remite, de alguna manera, a enunciados sobre la satisfacción.

Las evaluaciones a través de las percepciones de los clientes, consumidores, usuarios o pacientes en la actualidad, son de uso muy frecuente, por parte de organizaciones, tanto privadas como públicas, de muy diversos sectores, incluido el ámbito sanitario. Los índices de calidad y de satisfacción, conforme el demandante es el juez final e inapelable de la gestión, constituyen uno de los principales activos sobre los cuales se basan las posibilidades de sostener la rentabilidad y el crecimiento de las empresas, o la confianza del ciudadano en los servicios que se le ofrecen. Lo que revelen las evaluaciones a través de las percepciones, ha de determinar en muy buena medida la capacidad competitiva de las empresas. Sin embargo, se debe tener claro qué se mide cuando se pregunta por la calidad o por la satisfacción, y cuál de los dos conceptos se debe usar en una situación específica, aunque se debe tener presente que no es fácil contar con medidas fiables y válidas de esos mismos constructos [11].

Los dos conceptos no son equivalentes, así estén altamente correlacionados. Mientras que los juicios sobre la calidad conllevan una mayor estabilidad en el tiempo y se refieren a dimensiones muy específicas que tienen que ver con los atributos del producto, las expresiones de satisfacción pueden cambiar en cada transacción y, si bien pueden estar determinadas por dimensiones de la calidad, también pueden provenir de fuentes que no están relacionadas con ellas. Por esta razón, las organizaciones no sólo deben contar con

una buena imagen en cuanto a la calidad de sus productos, sino que además deben vigilar la realización de cada transacción específica porque estas experiencias pueden afectar la lealtad del cliente [9].

La satisfacción se origina a partir del procesamiento cognitivo de la información, y es la consecuencia de la *experiencia de emociones* durante el proceso de consumo. Es el resultado de procesos sico-sociales de carácter cognitivo y afectivo. Se podría definir, entonces, como una evaluación pos-consumo y/o pos-uso, susceptible de cambiar en cada transacción. Por su parte, la calidad del servicio es la *valoración de la utilidad* de un producto o servicio, en cuanto a que haya cumplido con los fines que tiene encomendados y, también, a que haya producido sensaciones placenteras (Martínez-Tur, Peiró y Ramos, citados por Morales y Hernández [9]).

En los procesos investigativos también se diferencian los dos conceptos, toda vez que son distintos los objetivos que se pueden buscar. Así, la investigación de la calidad se centra en el estudio de sus dimensiones y medida, mientras que la investigación de la satisfacción lo hace en los procesos evaluativos que llevan a los individuos a mantener determinadas conductas de compra y consumo. En este último caso, la calidad es sólo uno de los factores que intervienen en el proceso (Morales Sánchez y Correal, citados por Morales y Hernández [9]).

De lo dicho no queda claro si la calidad es un antecedente o una consecuencia de la satisfacción. Al respecto fundamentalmente existen tres tendencias: a) la que plantea que la satisfacción provoca una percepción de calidad, de modo que la satisfacción influye en la evaluación a largo plazo de la calidad que perciben los individuos (Bitner; Bolton y Drew; Schommer y Wiederholt; citados por Morales y Hernández [9]); b) la que conside-

ra que es la calidad la que influye sobre la satisfacción que se experimenta, de manera que la satisfacción es una disposición que viene determinada, entre otros factores, por la calidad percibida (Bloemer y de Ruyter; Cronin y Taylor; citados por Morales y Hernández [9]), y c) la que piensa que la calidad de servicio percibida es tanto un antecedente como una consecuencia de la satisfacción (Martínez-Tur, Peiró y Ramos; Oliver; Parasuraman et al.; Rust y Oliver; Teas; citados por Morales y Hernández [9]).

### 3.1. La calidad como medida de la satisfacción

Según Ross et al. [5] la calidad del resultado o del producto es una de las medidas usadas para conocer la satisfacción, en el mismo sentido en que también se usan, entre otros, los reportes directos de satisfacción, las quejas, los indicadores de la conducta del paciente, o la diferencia entre las pre y las pos calificaciones (ratins) de las expectativas.

En esta aproximación, según los mismos autores, la medición de la calidad se refiere a cosas como la reducción de un síntoma y, en la medida en que el paciente percibe una mejora o considera que el producto es bueno, se presume que el paciente o consumidor está satisfecho. Sin embargo, se advierte que es posible encontrar pacientes saludables pero infelices o felices pero no saludables, como también pacientes que asignan altas calificaciones a la calidad de un producto pero que, al mismo tiempo, expresan que al usarlo no están satisfechos. En síntesis, “aunque la percepción de la calidad del producto es usada comúnmente como una medida de la satisfacción, tiene inherentes debilidades” [5: 21]. .

<sup>13</sup> La evaluación *indirecta* consiste en preguntar si se está o no de acuerdo con ciertos enunciados en relación con los médicos y sus cuidados

Con un matiz algo distinto, el uso de la calidad es considerado por Ware y Hays [12] como uno de los métodos directos<sup>13</sup> para evaluar la satisfacción, en cuyo caso se solicita al usuario que califique los servicios a partir de una escala que va de “excelente” a “pobre”. El otro método directo, que es más simple, consiste en describir cada característica específica de los servicios y solicitar su calificación en una escala que va de “muy satisfecho” a “muy insatisfecho”.

- Pero si se quiere saber cuál de los dos métodos directos es mejor, vale la pena tener en cuenta la investigación realizada por Ware y Hays [12: 401], quienes concluyen que si bien para las cuatro dimensiones de la satisfacción tomadas en cuenta, ambos métodos son adecuados, pues su consistencia interna y validez son satisfactorias, la evaluación de la calidad en la escala que va de “excelente” a “pobre” es superior a la evaluación de la satisfacción en la escala que va de “muy satisfecho” a “muy insatisfecho”. El primer método arroja calificaciones más bajas y más cercanas al punto medio de la escala, presenta mayor variabilidad en las respuestas y en las pruebas de validez sus evaluaciones tienden a estar más correlacionadas con las intenciones de conducta.

En la primera variante de esta perspectiva, es decir, la que se puede ver a través de Ross et al., la calidad del servicio y la satisfacción que este produce se entienden como dos eventos altamente, pero no perfectamente, correlacionados y, aunque no se dice nada sobre su secuencia temporal, parece lícito suponer que el fenómeno de la calidad antecede al de la satisfacción. Esto también es bien claro en el texto de Ross, Frommelt, Hezelwood y Chang. Se trata de un desarrollo fundamentado en el punto de vista que coloca a la satisfacción como variable dependiente.



En el caso de la segunda variante, la sostenida por Ware y Hays, se trata de dos métodos que usan dos escalas distintas aplicables al estudio de un mismo fenómeno, al que se denomina satisfacción: una, sobre un eje de calidad, y otra, sobre un eje de “satisfacción”.

### 3.2. La satisfacción como medida de la calidad

Algunos autores plantean que la medición de la satisfacción es una manera de revelar la calidad; así lo hace Donabedian:

La satisfacción del cliente es de importancia fundamental como una medida de la calidad del cuidado porque da información sobre el éxito del proveedor en alcanzar aquellos valores y expectativas sobre los cuales la última autoridad es el cliente (Donabedian, citado por Williams [13: 511]).

El sentido de la satisfacción como medida de la calidad se fundamenta en lo que se supone que ocurre cuando se expresa satisfacción o insatisfacción. En este contexto, el fenómeno de la calidad, también entendido como previo y condicionante de la variable dependiente, conformada por las expresiones de satisfacción, consiste en la mayor o menor aproximación de los atributos experimentados frente a unos antecedentes pertenecientes al usuario, como son sus valores y expectativas. En este sentido, Sitzia y Wood anotan que desde el punto de vista del paciente la calidad del cuidado de salud hace referencia al margen entre las expectativas y la experiencia actual [7: 1831].

Se debe anotar al margen que la adopción de la satisfacción como medida o indicador de la calidad refleja la presión, no sólo por monitorear y mejorar la prestación de los servicios de salud, sino, además, por incluir el punto de vista del paciente en el proceso de

auditoria [7: 1840]. En la actualidad, la medida de la satisfacción del usuario o paciente con los cuidados de salud recibidos, si bien es uno de los métodos utilizados para evaluar la calidad, es, también, una forma de promover su participación en el sistema de salud.

Sin embargo, la eficacia de la satisfacción en medir la calidad, como la asume Donabedian, se sustenta en tres supuestos, cuya validez se llega a poner en duda. Según estos las expresiones de satisfacción están en función de un proceso previo consistente en encontrar los valores y expectativas de los clientes; esas expresiones implican que el usuario aprueba o afirma ciertos atributos del servicio de salud, y, los valores y expectativas del paciente realmente existen [13: 511-514].

La medida de la calidad a través de la satisfacción tiene otros problemas. Se subraya, por ejemplo, que las respuestas satisfactorias que muestran los estudios empíricos no necesariamente reflejan buena calidad, ya que la insatisfacción podría estar asociada sólo con situaciones desfavorables extremas, de manera que la satisfacción sólo significaría que no ocurre nada extremadamente malo [7: 1835, 1840].

Además de aseverar que regularmente la mayoría de los clientes afirman estar satisfechos, independientemente de la calidad real, McCauley y Salter indican que resulta difícil evaluar la satisfacción. Las dificultades en la evaluación surgen, por una parte, de que los métodos y medidas usados para recolectar los datos suelen influir en las respuestas de los usuarios y, por otra, de que tanto el acceso a los servicios como sus repercusiones (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios) pueden afectar la satisfacción a tal nivel que esta no refleje el proceso de prestar atención [14].

La amplitud de los conceptos conduce a que si bien por una parte la calidad no quede bien representada por la satisfacción, por otra, este último fenómeno recoja más condicionantes que la calidad misma. Así, la calidad de vida, entendida como satisfacción en un sentido amplio, depende de algo más que, por ejemplo, los cuidados de enfermería, pues también obedece “a variables medio-ambientales, informacionales, personales o sociales” [7: 1834].

Por último, se recuerda que, dada su subjetividad, el punto de vista del usuario sobre la calidad es parcial. A este respecto es útil volver a citar a Sitzia y Wood, quienes al retomar la posición de Redfern y Norman indican que el concepto de calidad debe incorporar la equidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la eficiencia, la efectividad, y la conveniencia” [7: 1831].

### 3.3. La satisfacción como determinante de la calidad clínica

Williams [13: 510] anota que la investigación iniciada en los años cincuenta del siglo xx sobre la interacción entre el médico y el paciente, dio lugar a que la satisfacción se entendiera como un prerrequisito de la calidad, en la medida en que determina la conformidad o el acatamiento (compliance) por parte del paciente, y en que esta conformidad determina, a su vez, la alta calidad clínica del resultado, es decir aquello que primariamente interesaba a los profesionales de los cuidados de la salud.

En este sentido, el efecto de la satisfacción sobre la calidad clínica queda mediado por la conformidad. Esta se refiere a tres eventos: cumplimiento de citas (appointment keeping), la intención de cumplir con el tratamiento recomendado y el uso de la medicación. A este respecto Marshall et al. [3: 477] citan la correlación de 0,23 hallada

por Sherbourne et al. entre la satisfacción y los aspectos interpersonales del cuidado y la adhesión general a las recomendaciones médicas.

En este punto de vista, los términos satisfacción y calidad se refieren a fenómenos que ocurren, necesariamente, en momentos distintos del tiempo, pues primero se produce la satisfacción-insatisfacción, luego la conformidad-no conformidad y, por último, la alta-baja calidad clínica. Es lo que se debe entender cuando Linder-Pelz [4: 577] recuerda que en una parte de la investigación la satisfacción se ha enfocado como si fuera una variable independiente, útil para predecir conductas subsecuentes, siendo algunas de estas la conformidad con las instrucciones del médico y el cumplimiento futuro de citas. Además, se cuenta con la consecuencia, como también sostienen Roos et al. [5: 16], de que la satisfacción del paciente puede conducir a que este participe y cumpla con los tratamientos, lo cual aumenta la probabilidad de lograr resultados exitosos, y estos a su vez pueden aumentar la satisfacción del paciente.

### 3.4. La satisfacción como atributo de la calidad

El paso desde la satisfacción, como prerrequisito o instrumento para asegurar la calidad, hacia la satisfacción, como atributo de la calidad, se había consolidado como consecuencia, principalmente, de la presión ejercida por el movimiento consumidor (consumer movement), el cual se había hecho notable en todos los ámbitos de la vida en el siglo xx, hacia finales de los años sesenta y comienzos de los setenta.

La concepción de la satisfacción como uno de los atributos de la calidad se diferencia de aquella otra que entiende las evaluaciones de satisfacción hechas por el paciente como





una de las perspectivas posibles sobre la calidad, que además es diferente de las de otros actores. Si debe ser servido, el paciente debe tener voz en el proceso del servicio y su satisfacción se debe entender, en consecuencia, como un resultado legítimo y deseable en sí mismo y no sólo como un medio para mejorar la conformidad: ¡la satisfacción es calidad! Como menciona Williams:

La satisfacción del paciente podría ser incluida en las evaluaciones del Aseguramiento de la Calidad como (...) un atributo de un cuidado de calidad; como un legítimo y deseable resultado. Puesto simplemente, el cuidado no puede ser de alta calidad a menos que el paciente esté satisfecho [13: 510].

Respecto de la creciente presencia del paciente en las decisiones, Marshall, Hays, Sherbourne y Wells [3] se apoyan en Reiser para afirmar que, dado el clima corriente de contención de costos y el creciente interés por la calidad del cuidado médico, la importancia de la voz del paciente continuará creciendo en el mercado médico.

En esta concepción se entiende que el uso de la satisfacción corresponde al señalado por Linder-Pelz [4: 577] como el de una variable dependiente que está determinada por características del paciente y del servicio, pero en el cual la satisfacción es un resultado independiente de la eficacia del servicio. Ya no se afirma que la satisfacción sea una resultante de la calidad, sino que la satisfacción misma es uno de los atributos de la calidad.

Se puede afirmar, desde la perspectiva señalada en esta sección, que se cambia el contenido del concepto de calidad, el cual, si se sigue entendiendo como el cumplimiento de expectativas, debe incluir ahora la capacidad del servicio para satisfacer al paciente.

### 3.5. La satisfacción como forma de denominar a la calidad

Un ejemplo de este uso de la satisfacción es la investigación realizada por Rahmqvist sobre el proceso de admisión en varios hospitales de Suecia. Luego de afirmar que “la calidad del cuidado desde el punto de vista del paciente es un importante aspecto en el desarrollo de los servicios de salud”, el autor mide la satisfacción y anota que en ese país esta “frecuentemente comprende una parte vital de la evaluación del cuidado de salud” [15: 385].

Esta satisfacción se representa mediante un índice elaborado a partir de la agregación de los puntajes asignados a dos preguntas altamente interrelacionadas, una que se refiere a un afecto o sentimiento y otra a algo de carácter cognitivo como son las expectativas: “¿Cómo se sintió en relación con la admisión como un todo?”, e “Imagine una admisión que es perfecta en todos los aspectos. ¿Qué tan cerca o lejos de este ideal cree usted que estuvo su última admisión?” [15: 385]. En esta forma de elaborar el índice lo que Rahmqvist realmente hace es darle el nombre de “satisfacción” a la combinación de una medida del fenómeno de la calidad, que radica en el cumplimiento de las expectativas, con una medida de un afecto o sentimiento (cómo se sintió), que sirve de referente a otros autores cuando hablan estrictamente de la satisfacción.

### 3.6. La medición del DANE

Las evaluaciones que efectuó el DANE por medio de las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003 son, de manera literal, evaluaciones de la calidad hechas desde el punto de vista del usuario, fundamentadas en sus percepciones y referidas a servicios especí-

ficos o a conjuntos de servicios usados para resolver problemas concretos, o para grupos de problemas, siempre dentro de períodos bien delimitados.

Sin embargo, desde los puntos de vista analítico y práctico, esas evaluaciones se pueden interpretar y utilizar para medir la satisfacción, en la forma que se indicó en la sección 3.1. Una variante de esta perspectiva supone que la calidad precede a la satisfacción y asume, con ciertas debilidades, que las buenas evaluaciones de la calidad permiten esperar que el paciente logre estados satisfactorios a partir del uso de los servicios. De manera alternativa se puede pensar que la aproximación usada por el DANE es, desde el punto de vista de Ware y Hays [12], uno de los métodos directos para evaluar la satisfacción, en lugar del otro método directo que consiste en usar el término “satisfacción” en las preguntas.

#### **4. Las expectativas como determinantes de la satisfacción**

En la sección 1 se mostró brevemente el contenido del concepto de calidad con el fin de encuadrar en él las evaluaciones de la calidad percibida efectuadas por el DANE. Se indicó allí, además, la referencia que se hace a la satisfacción cuando se piensa en el problema de la calidad de los cuidados de la salud. Luego, en la sección 2, se hizo un recuento de los principales aspectos del concepto de satisfacción. Dicho recuento empezó por el contenido semántico del concepto y concluyó con la identificación de sus dimensiones, pasando por los cambios ocurridos en los enfoques del concepto y en la identificación del “quién” que efectúa las evaluaciones.

Una vez mostrados los dos conceptos por separado, en la sección 3 se buscó su vincula-

ción en el ámbito de la medición. Se intentó responder a la pregunta de si al medir la calidad percibida de la atención médica, se hace referencia, de alguna manera, a una medición de la satisfacción.

Sin embargo, resta indagar otra forma de relación, la cual surge de la siguiente consideración: cuando se piensa en la calidad en general, sea en un nivel micro o en un nivel macro (ver sección 2), se tienen en cuenta tanto unos estándares esperados como el desempeño real de los servicios. Esto es también lo que supone Donabedian al considerar que la satisfacción es una medida de la calidad, porque informa sobre si el proveedor logra alcanzar los valores y expectativas del paciente. En el caso específico del paciente, esta idea de la calidad se debe manifestar en una confrontación entre sus expectativas acerca de los atributos de los cuidados de salud y su percepción de los atributos reales.

¿Qué relación guarda, en un plano conceptual, la calidad percibida por el paciente, que es un elemento cognitivo, con los niveles de satisfacción que él mismo expresa, los cuales tienen un carácter actitudinal? Como se verá en la presente sección, al comienzo de la “historia” de la investigación y discusión de la satisfacción, la calidad percibida era si no el único, sí su más importante determinante. Sin embargo, con el correr del tiempo la calidad percibida, entendida como el juicio sobre la diferencia entre la percepción y las expectativas, se fue relegando a ser sólo uno de los determinantes de la satisfacción. Esta es otra manera de relatar las transformaciones a las cuales se hizo referencia en la sección 2.2.

La presente sección, de paso, permite identificar el conjunto de factores determinantes de la satisfacción, tal como se presentan en la literatura revisada; no obstante, se hace énfasis en el aporte de las expectativas, las

156



cuales aparecen repetidamente como la más importante entre las determinantes subjetivas<sup>14</sup> [7: 1840].

#### 4.1. Teorías que incorporan expectativas

Las primeras teorías que incorporan expectativas son las conocidas como las del valor-expectativa, las cuales, según Williams, fueron propuestas en la investigación de la satisfacción del paciente por Linder-Pelz, a partir de la investigación de Fishbein y Ajzen sobre la satisfacción en el trabajo [13: 511]. Linder-Pelz hizo esta propuesta en consideración a que tales teorías tenían en cuenta las relaciones entre las creencias y las actitudes: la fuerza de la creencia de que un objeto posee ciertos atributos y las evaluaciones que se hacen de estos, son, sin duda, determinantes de una actitud como lo es la satisfacción [4: 578].

De acuerdo con este autor, en la satisfacción intervienen cinco elementos de carácter psico-social: las creencias acerca de la ocurrencia de ciertos atributos, expresables en términos de probabilidades; el valor, bueno o malo, asignado a esos atributos; la percepción de la ocurrencia de tales atributos; las comparaciones interpersonales de modo que los servicios se comparen con experiencias previas, y las creencias que intervienen en los juicios individuales.

Según lo indicaba el mismo autor en 1982, Lawler planteaba tres variantes de la teoría del valor-expectativa, como son la teoría del cumplimiento (fulfilment theory), la teoría de la discrepancia (discrepancy theory) y la teoría de la equidad. La primera de estas variantes se refiere a la distancia que puede haber entre lo deseado, lo esperado, lo importante, o lo que debería ser, y lo realmente experimentado al consumir el producto. La segunda, otorga a esa distancia un carácter relativo, al dividirla entre lo esperado, deseado, importante, o que

debería ser. La tercera, considera el balance entre insumos y productos de cada consumidor y lo comparan con los balances de otros consumidores [4: 579].

Linder-Pelz aclara, desde un punto de vista socio-psicológico, que en el fenómeno de la satisfacción se involucran actitudes del paciente como individuo y se procede mediante comparaciones intrapersonales, y no precisamente por medio de comparaciones interpersonales o grupales, como sí sucede en el fenómeno de la privación relativa, que puede ocurrir al comparar los estados de un grupo social particular, definidos consensualmente, con los estados de otros grupos. Sin embargo, esto no significa que en la satisfacción los individuos no puedan ser influidos por lo que ellos creen que otros pueden alcanzar, es decir, por la situación de determinados grupos de referencia [4: 580].

Uno de los críticos de las teorías del valor-expectativa ha sido Williams, quien asegura que estas tienen una baja capacidad explicativa<sup>15</sup>. Sostiene que los partidarios de esas teorías suponen que existe un vínculo real entre la satisfacción y la distancia que pueda haber entre la experiencia y los valores y expectativas del usuario, pero advierte que la investigación empírica, apoyada en

<sup>14</sup> Según Linder-Pelz, Fishbein y Ajzen plantean la siguiente ecuación:  $Actitud = \sum B_i E_i$

En donde  $B_i$  es la fuerza de la creencia acerca de la presencia del atributo  $i$ , y  $E_i$  es el valor que se le atribuye a ese atributo  $i$ .

<sup>15</sup> Una formulación de la teoría del valor-expectativa, que Williams toma como referencia para elaborar su crítica, es la de Donabedian quien afirma que la satisfacción es una medida de la calidad de los servicios de salud, porque informa sobre "el éxito del proveedor en alcanzar aquellos valores y expectativas sobre los cuales la última autoridad es el cliente" (Donabedian, citado por Williams [13: 511]).

la teoría del cumplimiento (fulfilment), no arroja como resultado correlación alguna entre el cumplimiento y la satisfacción, y que si bien la investigación fundamentada en la teoría de la discrepancia permite ver alguna correlación inversa (a menor discrepancia, mayor satisfacción), la proporción de las variaciones de la satisfacción explicada por la discrepancia es bien pequeña [13: 511-512]. De hecho, según Sitzia y Wood, es la teoría de la discrepancia la más comúnmente usada, así sea de manera implícita, en la investigación sobre la satisfacción [7: 1834].

También anota Williams que las teorías del valor-expectativa suponen que el usuario aprueba o afirma ciertos atributos de los servicios. Sin embargo, recuerda que es posible que las expresiones de satisfacción o insatisfacción ocurran sin tomar en cuenta ciertos atributos de los servicios, y que más bien estos se den por supuestos, como se infiere del hecho de que las expectativas, por sí solas, tengan un efecto comprobado empíricamente sobre la satisfacción sin que intervenga lo que el proveedor entrega. Todo esto puede indicar, más bien, que “la satisfacción se puede originar en factores por fuera del sistema de cuidados de salud” [13: 512]. Ese efecto inmediato de las expectativas fue observado por Bond y Thomas (citado por Sitzia y Wood [7]) quienes a partir de una serie de estudios se dieron cuenta que los niveles de satisfacción bajan a medida que crecen las expectativas en relación con los cuidados de salud.

Por último, aclara Williams, las citadas teorías suponen la existencia de valores y expectativas en el paciente, lo cual no se revela entre quienes hacen contacto por primera vez con el sistema de salud. De hecho, aun en situaciones en donde las expectativas pudieran existir, podrían no servir para darle significado y utilidad a las mediciones de satisfacción, como ocurre con muchos usuarios quienes perciben como esotérica o

muy técnica la naturaleza del tratamiento. En estos casos los reportes de satisfacción sobre los aspectos técnicos son más bien expresiones de la confianza en la habilidad del equipo médico [13: 513].

Ware et al. (citado por Sitzia y Wood [7]) también adoptaron la intervención de las expectativas del paciente, las cuales, junto con sus preferencias personales y la realidad del cuidado recibido, determinan los grados de satisfacción, de modo que estos responden a las características de la atención y a la condición de su receptor.

Fitzpatrick (citado por Sitzia y Wood [7]), para quien la satisfacción es un concepto multicomponente que no puede ser visto como si estuviera integrado por diversos determinantes, planteó en su momento tres modelos independientes, cada uno de los cuales se asociaba con un determinante. En uno de sus modelos, entendido como “la necesidad para lo familiar”, las expectativas eran uno de los determinantes primarios de la satisfacción pero debían ser entendidas como socialmente creadas, particularmente, a partir de diferencias culturales<sup>16</sup>.

Por su parte, Thompson y Suñol destacaban en 1995 una secuencia evolutiva de tres teorías que se encuentran frecuentemente en el campo del mercadeo. Se trata de la teoría de la disconformidad de las expectativas, la de la asimilación-contraste y una que incorpora una zona de tolerancia en los niveles de las expectativas [16:131-133].

<sup>16</sup> Los dos modelos restantes, planteados por Fitzpatrick, eran el de “las metas perseguidas”, el cual suponía que la satisfacción se relacionaba con la solución del problema de salud del paciente, y el de “la importancia de las necesidades emocionales”, de acuerdo con el cual las expresiones de satisfacción estaban determinadas por el comportamiento afectivo y la capacidad de comunicación.



La teoría o modelo de la disconformidad (*expectancy disconfirmation*), dominante en la investigación de la satisfacción, supone, según Oliver, que los consumidores forman expectativas antes del consumo, observan el desempeño real de los atributos del producto, forman percepciones de disconformidad, combinan estas percepciones con los niveles de las expectativas, y forman juicios de satisfacción [17: 418-419]. En la enunciación de Thompson y Suñol la satisfacción o insatisfacción es el resultado de una comparación entre las expectativas previas y las percepciones de los atributos del producto. Entre más grande sea la divergencia, más alta será la satisfacción o insatisfacción, dependiendo de la dirección de la divergencia [16: 131].

La teoría de la disconformidad, según la formulación de Thompson y Suñol, está más cerca de la teoría del cumplimiento (*fulfilment theory*) que de la teoría de la discrepancia, en la medida en que sólo se refiere a la diferencia entre las expectativas y la experiencia con los atributos. Esto se puede notar a través del estudio empírico sobre autos y servicios educativos, realizado y presentado por Oliver, en el que los encuestados indicaron su disconformidad en una escala que iba de “mejor-que” a “peor-que”, en relación con lo esperado [17: 424]. Pero el emparentamiento con la teoría del cumplimiento es sólo parcial, pues en la teoría de la disconformidad, al menos en las formulaciones presentadas aquí, no aparecen los valores de los atributos del producto, como uno de sus elementos.

Después se agregó a la teoría el desempeño de los atributos, para determinar su in-

fluencia como una variable independiente adicional, y no sólo de manera indirecta a través de la disconformidad. Otras variables cognitivas que se agregaron son la equidad y la “atribución”; esta última es aquella que resulta del hecho de atribuirse resultados favorables a sí mismo y atribuirle algunos desfavorables a los demás<sup>17</sup>. Pero todos estos factores adicionados son claramente de carácter cognitivo [17: 419].

Un aporte no cognitivo a la teoría fue la inclusión del afecto entre sus determinantes. Este, positivo por una parte y negativo por la otra, es una respuesta al desempeño real de los atributos, los cuales son una fuente potencial de placer o frustración, de manera que a través del afecto encuentran una vía adicional de influencia sobre la satisfacción. El afecto también puede mediar la influencia de la “atribución”, sin que se le niegue a esta su efecto directo [17: 419-420]. Según Thompson y Suñol fue Westbrook quien incorporó los afectos positivos y negativos en la investigación, de manera simultánea [16: 131].

La forma de plantear el afecto dentro de la teoría, por parte de Oliver, consiste en mostrar que la experiencia de los atributos puede ser sintetizada y confrontada en un nivel inmediatamente más alto, correspondiente a la satisfacción con los atributos, el cual debe entenderse como “la respuesta psicológica frente al cumplimiento que los consumidores dan cuando evalúan la experiencia”. Es a través de estas respuestas de satisfacción o insatisfacción con los atributos como la experiencia de estos puede influir en los afectos positivos y negativos, incluidos algunos efectos cruzados [17: 421-422].

La teoría de la asimilación-contraste, según Thompson y Suñol situada a continuación en la secuencia, no es entendida por estos autores como una propuesta independiente de la teoría de la disconformidad sino, más

<sup>17</sup> Folkes precisa la atribución como aquella situación que da lugar a que la satisfacción sea más alta cuando el consumidor se atribuye resultados favorables a sí mismo y desfavorables a otros (Folkes, citado por Thompson y Suñol [16: 131].

bien, como una forma de precisar, en el plano teórico, el efecto de la disconformidad sobre la satisfacción. Cuando la diferencia entre las expectativas y las percepciones de los atributos es pequeña, el consumidor modifica sus percepciones en dirección hacia sus expectativas, lo cual se entiende como asimilación. Cuando la diferencia es grande, también se modifican las percepciones pero en el sentido contrario, de modo que se alejan de las expectativas y se amplía la diferencia, lo cual se entiende como el contraste. De esta forma, se supera la linealidad inicial de la influencia de la disconformidad sobre la satisfacción. Una consecuencia observable de la hipótesis así reformulada indica que debe haber una pequeña varianza en las medidas de satisfacción, excepto en circunstancias extremas, lo cual es coherente con la evidencia empírica [16: 132].

La teoría de la asimilación-contraste permite entender que la insatisfacción, como afirma Williams [13], sólo se exprese cuando ocurre un evento en extremo negativo. Al parecer, también permite entender que mientras no ocurran esos eventos, muchos pacientes emitan buenas calificaciones sin que sientan haber recibido una buena atención, dado que consideran que es lo más aceptable por parte de los administradores. Este fenómeno se denomina el “prejuicio de la respuesta socialmente aceptada” (Le Vois et al., citado por Sitzia y Wood [7]).

La teoría de la asimilación-contraste, formulada, entre otros, por Anderson y Ross, resulta de la fusión de dos teorías, planteadas inicialmente de manera separada: la de la asimilación y la del contraste. Ross et al. mencionan estas dos teorías dentro de una clasificación, procedente del campo del mercadeo, de aquellas teorías que pretenden dar cuenta de la forma como interactúan las expectativas y la experiencia subsecuente. La teoría de la asimilación dice que el no

confirmar las expectativas conduce al consumidor a modificar su evaluación de la calidad técnica del producto. La teoría del contraste plantea el efecto contrario al indicar que, al no confirmar sus expectativas, el consumidor modifica su evaluación de la calidad y exagera la incongruencia [5: 18].

Aparte de la teoría de síntesis, denominada asimilación-contraste, la clasificación citada también incluye una teoría de la negatividad generalizada y una del nivel de adaptación. La primera dice que el consumidor juzga el producto menos satisfactorio de lo que lo hubiera juzgado en ausencia de expectativas previas, y que generaliza esta actitud negativa a otros objetos. La segunda considera que las evaluaciones realmente permanecen cerca de las expectativas y son el punto de referencia para la satisfacción, porque esas expectativas son un nivel adaptable formado a partir de estímulos, de sus contextos y de las características psicológicas del consumidor [5: 18-19].

La teoría planteada por Parasuraman et al. es la tercera en la secuencia de las nombradas por Thompson y Suñol. Parasuraman et al. encontraron, por medio de una investigación cualitativa realizada sobre grupos focales, que las expectativas no aparecen en un solo nivel sino en dos niveles distintos entre los cuales queda definida una zona de tolerancia: un nivel deseado y un nivel adecuado. El nivel deseado, el cual es más alto y se refiere a lo que el consumidor espera recibir, es una mezcla de lo que él cree que puede ser y lo que debería ser. El nivel adecuado, que es más bajo y se refiere a lo que se considera aceptable, se fundamenta, en parte, en la evaluación que hace el consumidor sobre lo que será el servicio, es decir, su predicción [18: 42].

Las expectativas de los consumidores, en los casos de los servicios investigados, los



cuales son distintos a los de salud, se refieren a cinco dimensiones: la confiabilidad, los tangibles, la responsabilidad, la seguridad, y la empatía<sup>18</sup>. La zona de tolerancia es más estrecha en el caso de la confiabilidad, que se refiere al resultado, y más amplia en las otras cuatro dimensiones, las cuales se refieren al proceso del servicio. Además, el que los niveles absolutos de lo adecuado y lo deseado sean más altos en la confiabilidad, implica que esta dimensión es vista por los consumidores como el núcleo del servicio y que sobre ella tienen las más altas expectativas [18: 41, 42].

Thompson y Suñol ven una posible expresión de los efectos de asimilación cuando Parasuraman et al. afirman que si la percepción de los atributos cae dentro de la zona de tolerancia habrá satisfacción, aunque no en alto grado. Además, tienen en cuenta la distinción de las diversas dimensiones de las expectativas como algo importante en el contexto de los cuidados de salud, en donde las expectativas relativas a los resultados del tratamiento pueden ser más altas y tener una zona de tolerancia más estrecha que las expectativas relativas al proceso [16: 133].

#### 4.2. Variación de las expectativas

En la literatura se observa, frecuentemente, que las expectativas son cambiantes. Al respecto vale la pena recordar la teoría del nivel de adaptación, ya mencionada, la cual prevé que las evaluaciones realmente perma-

necen cerca de las expectativas porque estas se adaptan a partir de los estímulos, de sus contextos y de las características psicológicas del consumidor.

Se debe mencionar que esta variabilidad es otro de los hallazgos de Parasuraman et al. El nivel deseado puede cambiar con la experiencia del consumidor y con el crecimiento de las expectativas de otro consumidor con el cual se esté asociado. El nivel adecuado, por su parte, es aún más cambiante y puede ser modificado por el número de alternativas percibidas por el consumidor, y por el surgimiento de situaciones de falla del servicio que, temporalmente, hacen subir el nivel adecuado y reducen la zona de tolerancia [18: 42, 43].

Esta variabilidad debe entenderse a partir de la esencia cognitiva de las expectativas. Desde el comienzo, y básicamente así se consideraron después, Linder-Pelz las entendió como un “subconjunto de creencias (la información que un individuo tiene acerca de un atributo de un evento/objeto; probabilidad subjetiva de que un atributo esté asociado con un evento; anticipación de una ocurrencia; probabilidad percibida de un resultado)” [4: 581]. Este carácter cognitivo es confirmado por Thompson y Suñol quienes dicen que, a pesar de haber investigadores que consideran que las expectativas tienen causas afectivas y cognitivas, hay acuerdo en que son creencias, lo cual implica que son creadas y sostenidas por un proceso cognitivo<sup>19</sup> [16: 130].

<sup>18</sup> La *confiabilidad* se relaciona con el resultado del servicio y consiste en la habilidad para realizar el servicio prometido de manera confiable y precisa. Las cuatro dimensiones restantes se relacionan con el proceso del servicio: a) los tangibles se refieren a la apariencia de las facilidades físicas, equipo, personal, y materiales de comunicación, b) la responsabilidad hace referencia al deseo de ayudar al cliente y darle un pronto servicio, c) la

seguridad resulta del conocimiento y la cortesía de los empleados y su habilidad para crear confianza y confidencialidad, d) la empatía tiene que ver con el cuidado y la atención individualizada del cliente [18: 41,42].

<sup>19</sup> La complejidad del problema de las expectativas ha dado lugar a que estas sean tratadas en muchas disciplinas. Así, Thompson y Suñol lo encuentran en la psicología, la sociología, la investigación biomédica,

Con este fundamento, se debe tener en cuenta a Ross et al. cuando afirman que al entender las expectativas como creencias, hay lugar a la posibilidad de modificarlas mediante la nueva información que suministren la publicidad, el médico, y la experiencia de otros y del propio consumidor. Más aún, en la experiencia de interactuar con los cuidados, se pueden modificar las expectativas del paciente e igualmente se puede modificar la propia experiencia. En coherencia con la teoría de la asimilación-contraste, el paciente podría alterar sus percepciones de la realidad para conformarlas a sus expectativas, pero también podría alterar sus expectativas para conformarlas a la realidad, dependiendo de la magnitud de la disconformidad inicial [5: 24].

En este marco, Sitzia y Wood también pueden afirmar que las expectativas cambian con el conocimiento y las experiencias previas, y recordar que Bond y Thomas notaban que las expectativas crecen con el mejoramiento de la calidad, de modo que los más altos niveles de calidad llegan a asociarse con más bajos niveles de satisfacción.

### 4.3. Tipologías de las expectativas

En la literatura, según el criterio que se use, se encuentran diversas tipologías o sistemas de clasificación de las expectativas. Algunos de los criterios usados son el grado de especificidad de las expectativas, las dimensiones o momentos del servicio o cuidado de salud a los cuales ellas se refieren, y su nivel.

Desde el punto de vista del grado de especificidad, las expectativas pueden ser globales o específicas. Son específicas, las más usadas, cuando tienen en cuenta el estado momentáneo y las propiedades de la situación inmediata, de modo que llegan a referirse a algo tan concreto como, por ejemplo, los atributos del producto o la anticipación de futuros síntomas. Son globales cuando se refieren de

forma amplia al resultado de recibir el cuidado, como por ejemplo, esperar ser ayudado o esperar altas y bajas antes del mejoramiento, al final de cierto período [5: 19].

Desde el punto de vista de las dimensiones o momentos del servicio o cuidado de salud, las expectativas pueden referirse, como en Stimson y Webb, a los antecedentes, la interacción o a la acción. En el primer caso se refieren a los patrones de actividad y rutinas que el paciente espera; en el segundo, a eventos propios del proceso de intercambio con el médico (la forma y técnica de la entrevista o la información recibida), y en el tercero, a las acciones que el médico llegue a definir (prescripciones, referencias, consejos) (Stimson y Webb, citado por Sitzia y Wood [7: 1834-1835]).

Otra clasificación que sigue un criterio cercano al anterior de las dimensiones, distribuye las expectativas en términos del proceso, del papel del paciente, o del resultado del tratamiento [5: 20]. También la distribución, ya mencionada, hecha por Parasuraman et al. en términos del resultado (confiabilidad) y del proceso (los tangibles, la responsabilidad, la seguridad, y la empatía), surge de tomar en cuenta las dimensiones<sup>20</sup>.

Por último, con relación con el nivel, las expectativas se han distribuido en distintas formas, aparte de la ya mencionada distribución en deseadas y adecuadas de Parasuraman et al. Una forma, procedente de la investigación en mercadeo, las clasifica en ideales, esperadas, mínimas tolerables y merecidas, en donde lo ideal es un nivel deseado, lo esperado

así como la investigación en gerencia de servicios de salud y en mercadeo. Es en este último campo en donde el tema, según los autores, ha logrado el mayor desarrollo teórico [16: 128-129, 131].

<sup>20</sup> Esta forma de concebir las dimensiones de las expectativas es cercana a la descomposición de la satisfacción, la cual se mostró en la sección 2.4.





es una probabilidad objetiva de realización, lo mínimo tolerable es el más bajo nivel aceptado por el consumidor, y lo merecido es un nivel subjetivo de lo que se debe recibir por la inversión hecha. Otra forma de distribuirlas es en expectativas predichas y expectativas deseadas, siendo estas últimas más altas que las primeras [5: 20].

Un sistema de categorización, de uso frecuente, es el retomado por Thompson y Suñol quienes clasifican las expectativas en ideales, predichas, normativas e informes. En este sistema, las expectativas ideales indican el resultado al que se aspira, se desea, se quiere o se prefiere<sup>21</sup>, las predichas se refieren a resultados realistas, prácticos o anticipados, las normativas sugieren aquello que debería suceder e incluyen lo que se merece. Las expectativas informes incluyen los casos en que los usuarios no son capaces o no desean articular expectativas, lo cual puede ser un fenómeno temporal y previo a la experiencia y a la obtención de conocimientos, o también puede ser una actitud que toma por supuestos los atributos de los cuidados [16: 131].

Es importante señalar que no se observa el uso de una única tipología; dependiendo de las necesidades ellas se combinan, como en Parasuraman et al., por ejemplo, quienes cruzan una clasificación por dimensiones con una clasificación por niveles. También se deben señalar las amplias variaciones prácticas en el uso, por ejemplo, de los criterios referidos a las dimensiones o a los niveles, de lo cual antes se dieron ejemplos.

#### 4.4. Aporte explicativo de las expectativas

Existe consenso en cuanto a que las expectativas tienen un efecto sobre la satisfacción, y que este efecto opera mediante un mecanismo consistente en considerar su distancia

en relación con la experimentación de los atributos del producto. Además, algunos modelos les dan un papel como variable independiente con un efecto inmediato. Pero también se está de acuerdo en que, cualquiera que sea el mecanismo de influencia, las expectativas sólo explican una parte de la varianza de la satisfacción.

De hecho, hay autores como Williams, quienes con sentido crítico reconocen a estas una baja participación en la explicación. Williams cita los trabajos empíricos de Linder Pelz, en los cuales se encuentra que las expectativas sólo explican el 8% de la varianza de la satisfacción. Thompson y Suñol hallan que únicamente cerca del 20% de la varianza de la satisfacción con los cuidados de enfermería se explica por un conjunto de factores, entre los cuales están las expectativas. No es que Williams descarte a las expectativas, sino que más bien sugiere, con su crítica, que el mecanismo de influencia podría estar incorrectamente planteado, y talvez ellas reciban modificaciones a través del proceso del cuidado [13: 511, 512].

Una posición distinta, aunque por fuera de los servicios o cuidados de salud, es la de Oliver, quien a través de su trabajo de investigación corrobora lo que según él ya se sabía, en cuanto a que efectivamente las expectativas, a través de la disconformidad, tienen un papel en la explicación de la varianza de la satisfacción global, e incluso llegan a dominar por sobre las respuestas afectivas [17: 428].

Es importante resaltar el trabajo de Oliver. En este, para poder ubicar en su corres-

<sup>21</sup> Es lo que se quiere significar cuando se dice, como hace Fitzpatrick (citado por Sitzia y Wood [7]), que la expectativa es una actitud, la cual puede ser identificada como propiedad de individuos o de grupos, y se refiere, generalmente, a la noción de "aspiración".

pondiente lugar a las expectativas, el autor tuvo que someter a prueba un modelo muy completo, con tres factores, para explicar la satisfacción e insatisfacción global: a) el efecto de la disconformidad, b) los efectos de los afectos positivos y negativos (planteados en términos de sus componentes), que se entienden originados en la satisfacción e insatisfacción con los atributos, y estas a su vez originadas en la experiencia de los atributos y, c) el efecto directo de la satisfacción e insatisfacción con los atributos. No incluye en la prueba otras variables independientes como las expectativas mismas, la equidad, ni tampoco, de manera explícita, la “atribución” (la comparación de los resultados propios con los ajenos) por considerar, en este último caso, que se manifiesta a través de las categorías del afecto negativo [17: 422].

Además de permitirle corroborar el papel de las expectativas y su dominio por sobre las respuestas afectivas, el modelo, al incluir los otros dos factores, como son el afecto y la satisfacción e insatisfacción con los atributos, le permite a Oliver explicar una proporción superior al 80% del total de la varianza de la satisfacción e insatisfacción [17: 428].

Pero, en particular, el resultado de Oliver, en el sentido de que la disconformidad es un mejor predictor de la satisfacción en el caso de los carros, mientras que el afecto lo es en el caso del servicio educativo, es tomado en cuenta por Thompson y Suñol para entender por qué en el caso de los cuidados de salud el paradigma de la disconformidad no es productivo, y en cambio sí lo son los componentes afectivos (Oliver, citado por Thompson y Suñol [16: 132])

De hecho, no tomar en cuenta en la investigación empírica todos o la mayor parte de los factores ya identificados, incluidos las expectativas y el afecto, resulta en bajas explicaciones de la varianza de la satisfacción.

Es el caso de Rahmqvist, quien mediante un modelo de regresión estimó que los antecedentes de los pacientes sólo explican el 19% de las variaciones en un índice de satisfacción, lo cual es consistente, agrega él mismo, con una muy buena parte de la investigación empírica que sólo da cuenta de una pequeña fracción de tales variaciones [15: 387].

Sin embargo, es bueno advertir, como el mismo Rahmqvist [15: 389] hace, que en ese estudio no se tuvieron en cuenta todos los antecedentes, los cuales, de llegarse a incluir, deben aumentar la proporción explicada. Además, no se debe perder de vista que lo que se explica en esa investigación es, en parte, la calidad entendida como el cumplimiento de expectativas [15: 386].

Por último, como advertencia de la dificultad con que tropieza la investigación empírica sobre las expectativas, es útil tener presente una de las conclusiones de Sitzia y Wood:

Implícita en muchos modelos de la satisfacción del paciente está la noción de que la satisfacción es determinada, en alguna extensión, por ciertas características subjetivas. Las expectativas aparecen, repetidamente, como la más importante de estas características, aunque las variables demográficas edad, educación alcanzada y, en alguna medida, género y etnia se han identificado como influyentes. Un número de variables psicológicas puede también afectar las respuestas. Los investigadores deben tener conciencia que como estas variables, con excepción de las características demográficas básicas, son rara vez evaluadas en los estudios de satisfacción, y mucho menos consideradas en los análisis de las respuestas, una amplia duda cae sobre la validez de las conclusiones de los investigadores [7: 1840-1841].

Uno de los estudios en los cuales se determinó la influencia de un factor psico-social, es el realizado por Rahmqvist [15], quien, si



bien encontró que la edad es uno de los factores con mayor influencia en la satisfacción, también halló que el estado mental, medido en términos de la ansiedad del paciente, tiene una importante y significativa intervención.

#### 4.5. Los factores demográficos y las expectativas

En adición a lo dicho en la sección 4.2 es útil mencionar la importancia de ciertos factores demográficos en la variación de las expectativas, las cuales, como se indicó antes, tienen dos lugares de intervención en la satisfacción: por una parte, a través de su discrepancia con la experiencia real de los atributos, y, por otra, como una variable independiente más.

La edad es una de las características sociodemográficas que muestra mayor consistencia en la determinación de la satisfacción, pues es frecuente que aparezca en los estudios como uno de sus determinantes, y que presente una influencia directa. Sin embargo, también se sabe de su asociación estrecha e inversa con el nivel de las expectativas, lo cual implica que los pacientes de más edad expresen mayores grados de satisfacción debido a que tienen expectativas más bajas, aceptan con más facilidad las características de los hospitales y esperan menos información de parte de los médicos (e.g. Houst et al.; Blanchard et al.; Zahr et al.; citados por Sitzia y Wood [7]).

La influencia de la clase social es menos consistente a través de la investigación, aunque algunos estudios indican que los pacientes de clases altas se muestran más satisfechos, lo cual se atribuye a que estas personas reciben mejores servicios y mejor información por parte de los médicos y de las instituciones de salud (Hall y Dornan, citados por Sitzia y Wood [7]). Estos mejores servicios, probablemente se traducen

en una mejor percepción de atributos, y la mejor información, se sabe, es uno de los elementos que intervienen en la formación y modificación de las expectativas.

Sin que se indiquen sus relaciones con las expectativas, en la literatura se menciona el consistente efecto de la educación sobre la satisfacción, en el sentido de que los pacientes de más bajos niveles educativos expresan mejores grados de satisfacción. En cuanto al origen étnico, se tiene evidencia de que en Estados Unidos los blancos están más satisfechos que no los no blancos, y que en el Reino Unido los asiáticos están menos satisfechos, tal vez debido a la actitud del personal de salud, la alimentación y los problemas de comunicación. En cuanto al género, vale decir que algunas investigaciones muestran que, definitivamente, este no afecta la satisfacción (e.g. Doering; Delgado, et al.; Hopton et al.; citados por Sitzia y Wood [7]).

### Conclusiones

1. Las mediciones de la calidad percibida de los servicios de atención médica, realizadas mediante las encuestas de calidad de vida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia, DANE, las cuales que se refieren a servicios específicos o a conjuntos de servicios que se usan para resolver problemas concretos o grupos de problemas, dentro de períodos de tiempo delimitados, se pueden asumir, con importantes limitaciones, como indicadores de la satisfacción o como medidas directas de este último fenómeno.

Como indicador, en un contexto en el cual se presume que la calidad precede a la satisfacción y contribuye a determinarla, las evaluaciones de la calidad percibida permiten anticipar, con ciertas reservas importantes, los estados más

o menos satisfactorios a que llegan los pacientes. Alternativamente, y como medida directa, las evaluaciones de la calidad percibida son uno de los métodos directos existentes para evaluar la satisfacción.

Ninguna de las demás opciones encontradas para relacionar las mediciones de los dos conceptos se aplica al caso analizado, porque todas ellas exigen que se mida la satisfacción en lugar de la calidad percibida. De haberse medido la satisfacción, esta se hubiera podido interpretar como medida de la calidad, determinante de la misma, su atributo, o forma de denominarla.

Las categorías de respuesta previstas en las preguntas de las encuestas en términos de buena, regular o mala calidad, corresponden bastante bien a la escala de medición del mencionado método directo de evaluar la satisfacción y, en la medida en que es una pregunta general que no busca que se responda en términos de componentes o dimensiones del servicio, conduce a una evaluación global.

Sin embargo, quedan dudas sobre el problema de los componentes o dimensiones, porque si bien a través de los instrumentos de recolección se puede saber algo acerca de lo que el DANE entiende por calidad, no es seguro que los encuestados se hubieran referido a lo mismo. Debido a las características de los formularios y a los vacíos que hay en los manuales de recolección y de conceptos básicos, no es claro que los encuestados fueran guiados a pensar en términos de componentes o dimensiones de la atención médica o de la satisfacción, y a tenerlos en cuenta.

2. Las limitaciones de usar la calidad percibida como un indicador de la satisfacción, surgen de la comprensión de su verdade-

ro lugar entre los factores explicativos de esta última. La calidad percibida, que es un juicio, y, por tanto, tiene naturaleza cognitiva, resulta de confrontar las percepciones o experiencias de los atributos reales de los cuidados de salud con las expectativas que previamente el paciente se llega a formar de ellos. Los distintos modelos teóricos con que se pretende explicar la satisfacción, siempre le han asignado un muy relevante papel explicativo a la calidad, así entendida. Pero este rol ha cambiado con el transcurso de la historia de la investigación y de la discusión sobre la satisfacción.

Aunque desde siempre se consideró que la satisfacción hacía referencia a una actitud, en un comienzo la investigación y las aproximaciones teóricas supusieron que surgía del hecho cognitivo de confrontar la experiencia de los atributos del cuidado de la salud con las expectativas y valores del paciente. Sin embargo, con el avance de la discusión y sin desconocer la intervención de esa confrontación, se incorporaron los afectos en la discusión y en la investigación, al tiempo que se profundizó en la comprensión del proceso de formación de la satisfacción.

La primera teoría que incorporó expectativas, en términos de su confrontación con la experiencia de los atributos reales, la cual se puede entender como calidad percibida, fue la teoría del valor-expectativa con tres variantes: la teoría del cumplimiento (*fulfilment theory*), la teoría de la discrepancia (*discrepancy theory*), la más utilizada, y la teoría de la equidad. Pero ninguna de estas variantes incorporó elementos afectivos.

La evolución de los enfoques teóricos, la cual abarcó otros ámbitos además de los cuidados de salud, llegó a sintetizar estas primeras aproximaciones en la denominada teoría de la disconformidad



de las expectativas, a la que sucedieron, en una secuencia que condujo a una mayor capacidad explicativa, la teoría de la asimilación-contraste y la teoría de la existencia de una zona de tolerancia en los niveles de las expectativas.

Al modelo de la disconformidad (expectancy disconfirmation) que en su formulación más escueta decía que los consumidores forman expectativas antes del consumo, observan el desempeño real de los atributos del producto, forman percepciones de disconformidad, combinan estas percepciones con los niveles de las expectativas, y forman juicios de satisfacción, se le agregaron luego otras variables independientes cognitivas, como el desempeño de los atributos, la equidad, y la "atribución", y variables no cognitivas, como son los afectos positivos y negativos. De este modo, la calidad percibida, de ser el único o el principal determinante, se fue relegando a ser sólo uno de los determinantes de la satisfacción.

La teoría de la asimilación-contraste, entendida como una forma de precisar, en el plano teórico, el efecto de la disconformidad sobre la satisfacción, permitió comprender la forma como se ajustan las percepciones, según su margen de variación respecto de las expectativas, y dio lugar para que se superara la linealidad inicial del modelo de la disconformidad. En particular, se entendió la razón de la pequeña varianza que se observa en las medidas de satisfacción, y se limitó con ello, aun más, la importancia de la calidad percibida, pues a menos que el desempeño real de los atributos se aleje demasiado de lo esperado, no aparecen expresiones de insatisfacción; es decir, mientras no ocurran situaciones extremas, los pacientes no expresan insatisfacción a pesar de que la atención recibida no sea de buena calidad.

Al plantear que las expectativas aparecen en dos niveles distintos, la teoría de la existencia de una zona de tolerancia le da una cierta flexibilidad a aquella aseveración de que la satisfacción es una medida de la calidad, porque informa sobre el grado en que el proveedor alcanza los valores y expectativas del paciente. Como es claro, según la teoría, que hay satisfacción, aunque no en alto grado, cuando la percepción de los atributos cae dentro de la citada zona, surgen por lo menos tres maneras de concebir la calidad: o es la coincidencia de los atributos con el nivel deseado de las expectativas, que es el límite superior, o es la coincidencia con el nivel aceptado, que es el límite inferior o, simplemente, es el hecho de que se ubiquen en algún punto de la zona. Sin embargo, lo que quiera que sea lo que se entienda por calidad percibida, de alcanzarse, no genera altos grados de satisfacción.

- De forma consecuente con el papel que se le ha ido delimitando a las expectativas, la calidad percibida no es la totalidad de la explicación de la satisfacción, y podría no ser el mayor aportante. Si bien puede decir algo acerca de la satisfacción, no puede decirlo todo ni conducir a omitir lo que pueden decir otros factores determinantes. Por todo lo dicho, la calidad percibida no parece ser un buen indicador de la satisfacción y, de usarse con este fin, se deben tener presentes las reservas del caso.

## Referencias

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Encuesta nacional de calidad de vida. Formulario; Manual de recolección y conceptos básicos. Santa Fe de Bogotá: DANE; 1997.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Encuesta nacional de calidad de vida.

- Formulario; Manual de recolección y conceptos básicos Bogotá: DANE; 2003.
3. Marshall GN, Hays RD, Sherbourne, CD, Wells KB. The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. *Psychological Assessment* 1993; 5 (4).
  4. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine* 1982; 16.
  5. Ross C, Frommelt G, Hezelwood L, Chang RW. The role of expectations in patient satisfaction with medical cares. *JHCM*, december 1987; 7 (4).
  6. II Conferencia Nacional de Salud; Comisión de programa de calidad y satisfacción del usuario en el contexto de la reforma y modernización. *Calidad y satisfacción del usuario en el contexto de la reforma y modernización de la gestión*. Lima: Perú; 2003.
  7. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concept. *Soc Sci Med* 1997; 45 (12).
  8. Zas B. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. *Psicología-Científica.com*. Agosto 26 de 2002. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-d.html> 2002.
  9. Morales V, Hernández A. Calidad y satisfacción en losservicios: conceptualización. *Buenos Aires: Revista Digital* 2004; 10 (73). Disponible en <http://www.efdeportes.com/> Consultado el 13 de agosto de 2007.
  10. Wikipedia Enciclopedia Libre. [página principal en Internet]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/> Disponible en: <http://es.wikipedia.org/>. Consultado el 3 de julio de 2007 .Ultima actualización 14 de septiembre del 2007.
  11. Varela J, Rial A, García E. Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. *Psicotema* 2003, (15) (4). Disponible en <http://www.psicotema.com>.
  12. Ware JE, Hays RD Methods for measuring patient satisfaction with specific. *Medical Encounters*, april 1988; 26 (4).
  13. Williams B. Patient satisfaction: ¿a valid concept? *Social Science & Medicine* 1994; 38.
  14. McCauley A, Salter C. Satisfacción del cliente. En: *La importancia de la calidad*. Population Information Program, Center for Communication Programs, Johns Hopkins University School of Public Health. USA. 1998.
  15. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health* 2001; 13(5).
  16. Thompson AGH, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care* 1995; 7 (2).
  17. Oliver R. Cognitive, affective, and attribute aases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research* 1993; 20 (3).
  18. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review*, Spring 1991; 32 (3).

