



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
EMPRESARIALES

Mejorando la experiencia del paciente en la Sanidad Privada

Clave: 201602966

MADRID | Junio 2020

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo analizar la situación actual de los servicios sanitarios privados en España, y así poder identificar las principales debilidades que interfieren en la experiencia del paciente. La finalidad de este análisis es aportar posibles soluciones que puedan ser útiles para la mejora de los servicios, y por consiguiente de la experiencia del paciente.

El análisis de las debilidades estará basado en un estudio realizado por Lukkap en 2019 acerca de la experiencia del paciente en la sanidad privada. Una vez identificadas y comentadas las debilidades principales de los servicios sanitarios, se aportarán distintas soluciones. Para dar estas soluciones, se han llevado a cabo entrevistas a profesionales sanitarios, los cuales han aportado su punto de vista acerca de las debilidades y posibles mejoras para los servicios.

Para poner al lector en situación, el trabajo comienza tratando distintos temas, así como la sanidad en España, la sanidad privada y la experiencia de paciente. Tras estos temas, se pasará a analizar los distintos patient journeys que recogen las percepciones del paciente en la sanidad privada.

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the current situation of private health services in Spain, in order to identify the main weaknesses that interfere with the patient experience. The aim of this analysis is to provide possible solutions that may be useful for the improvement of services, and therefore of the patient's experience.

The analysis of the weaknesses will be based on a study carried out by Lukkap in 2019 on the patient experience in private healthcare. Once the main weaknesses of the health services have been identified and commented on, different solutions will be provided. For these solutions, interviews have been carried out with health professionals, who have provided their point of view on the weaknesses and possible improvements for the services.

In order to put the reader in the right situation, the work begins by dealing with issues, such as health care in Spain, private health care and the patient experience. After these

topics, we will move on to analyze the different patient journeys that gather the patient's perceptions of private healthcare.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Breve introducción.....	1
1.2. Objetivos del trabajo	1
1.3. Metodología	2
2. LA SANIDAD EN ESPAÑA.....	4
2.1 Características	4
2.2 Factores de riesgo	5
2.3 El sistema sanitario	8
2.3.1 El gasto sanitario	9
2.3.2 Profesionales sanitarios	10
2.3.3 Accesibilidad y más temas relevantes	10
3. SANIDAD PRIVADA	13
3.1 Contribución	13
3.2 Ventajas	14
3.3 Gasto y Ahorro.....	14
3.4 Actividad y accesibilidad.....	15
4. LA EXPERIENCIA DE CLIENTE	16
4.1 La experiencia de cliente	16
4.2 CEM y CRM.....	18
4.3 La experiencia de paciente y los PRO's	19
4.5 Uso de los PRO's.....	20
4.6 Los resultados de los PRO's	21
5. PATIENT JOURNEY	23
5.1 Clasificación de las experiencias	23
5.2 Estudio del Patient Journey.....	24
5.2.1 Oncología.....	25
5.2.2 Traumatología.....	27
5.2.3 Enfermedades respiratorias	29
5.2.4 Diabetes	30
5.2.5 Embarazo	32
6. LOS PUNTOS DÉBILES: CAUSAS Y CONSECUENCIAS	35
5.1 Acompañamiento	35

5.2 Ausencia de información	37
5.3 Prioridad.....	38
5.4 Farmacias	38
5.5 Tiempos de espera	39
5.6 Otros problemas	39
7. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA EXPEREINCIA DE PACIENTE	41
6.1 Acompañamiento	42
7.2 Ausencia de información	45
7.3 Tiempo de espera y tiempo en consulta.....	47
7.4 Prioridad.....	49
7.5 Otras aportaciones de los profesionales	49
7.6 Síntesis de las soluciones	51
8. CONCLUSIONES	53
9. BIBLIOGRAFÍA.....	56

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Esperanza de vida al nacer.....	4
Gráfico 2: Factores de riesgo (% de adultos)	7
Gráfico 3: Patient Journey Oncología.....	27
Gráfico 4: Patient Journey Traumatología.....	29
Gráfico 5: Patient Journey Enfermedades Respiratorias.....	30
Gráfico 6: Patient Journey Diabetes.....	32
Gráfico 7: Patient Journey Embarazo.....	34

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Perfil de los profesionales entrevistados.....	41
Tabla 2: Resumen de las soluciones para la mejora de la experiencia de paciente.....	51

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Breve introducción

Podemos describir sanidad como aquel conjunto de servicios, personas e instalaciones cuyo fin es curar, cuidar y proteger el estado de salud de la ciudadanía (Ucha, 2011). La evolución de este sector y su gestión, tanto en el ámbito público como en el privado, tienen una gran influencia en la sociedad.

Pero sanidad no es solo medicina, tecnología, tratamientos, medicamentos, consultas o diagnósticos. Una de las cosas más importantes a considerar dentro del mundo sanitario, es el paciente. Históricamente, la sanidad ha estado principalmente centrada en la investigación de la mejor tecnología, tratamientos, procesos y medicamentos, lo cual es muy importante para el prestigio y triunfo de los servicios sanitarios.

A pesar de la importancia de estas investigaciones y avances, la sanidad está evolucionando. No solo en lo técnico, sino que cada vez está centrando más su atención en el paciente. Esto es así porque una parte fundamental del éxito de la sanidad no es solo la cura, el diagnóstico o el tratamiento, sino que el paciente esté satisfecho con el servicio que recibe.

Uno de los principales objetivos de la sanidad es el de prestar un servicio de atención a los pacientes. Sin embargo, una buena experiencia para paciente es clave para un hospital, ya que, a mayor satisfacción, mayor fidelidad. Esta es una de las razones por las que los hospitales privados generalmente incluyen en su plan de negocio la mejora de los servicios proporcionados al cliente.

1.2. Objetivos del trabajo

El propósito principal de este trabajo está centrado en entender y profundizar en cómo es la experiencia del paciente actualmente en la sanidad privada española, y así tratar de mejorarla, para perfeccionarla y conseguir que sea la mejor posible. Para ello, trataré de aportar posibles soluciones o mejoras ante problemas que existen con respecto a los

servicios sanitarios. Ya que los pacientes son los clientes de la sanidad, esta ha de intentar ofrecerles el mejor servicio posible para lograr su satisfacción plena.

De esta manera, los objetivos de este trabajo se pueden dividir en dos secciones: la identificación de problemas o deficiencias en los servicios sanitarios privados, y la aportación de posibles mejoras con respecto a los problemas identificados.

Identificación de problemas o deficiencias:

El objetivo de esta sección es tratar de identificar los problemas o deficiencias más comunes de la sanidad española. Estos problemas, hacen que la experiencia del paciente no sea óptima. Es por ello por lo que en este trabajo me gustaría comentar las debilidades más comunes de los servicios sanitarios.

Aportación de posibles mejoras

Otro de los objetivos de este trabajo es que, una vez identificadas las deficiencias sanitarias en relación con la experiencia del paciente, trataré de aportar posibles soluciones para frenar o mejorar estas deficiencias.

Por lo general, los hospitales están mayoritariamente centrados en la parte más sanitaria, en los procesos y en las máquinas, más que en los pacientes. El enfoque principal debería ser siempre el paciente, ya que la parte humana y el acompañamiento es igual o más importante que lo técnico. El objetivo de este trabajo posiciona al paciente como elemento principal.

1.3. Metodología

El trabajo va a consistir en una revisión y un análisis de literatura, y en un trabajo de campo a través de entrevistas semiestructuradas a profesionales del sector.

En primer lugar, el trabajo estará centrado en aspectos teóricos acerca de la sanidad, así como la situación de sanidad en España, la sanidad privada, la experiencia de cliente y de paciente. La función de este marco teórico es situar al lector de este trabajo, para que conozca cómo es la sanidad española hoy en día, y el importante papel que juega la experiencia del paciente en ella. Para obtener información, se consultarán artículos,

estudios, informes, investigaciones, libros, entrevistas, páginas webs y demás fuentes secundarias que traten estos temas.

La segunda parte del trabajo estará centrada en la identificación de los problemas o deficiencias de la experiencia de paciente. Para esta parte, utilizaré como base un artículo llamado *“La experiencia del paciente en la Sanidad Privada, año 2019”*. Haré un recorrido por los diferentes mapas de experiencia de paciente (“patient journey” en adelante) de las diferentes especialidades sanitarias, que son analizadas en el artículo mencionado anteriormente. Durante este estudio de los distintos patient journeys, explicaré estos, analizando los puntos más fuertes y centrándome sobre todo en los puntos débiles de la experiencia de los pacientes durante su relación con el sistema sanitario privado, en los que el paciente está teniendo una experiencia negativa. Este artículo, será complementado con información adicional que se encuentre a lo largo del estudio.

La tercera parte del trabajo será la aportación de posibles medidas a implementar para tratar de mejorar los servicios sanitarios y con ellos, mejorar la experiencia del paciente. Para esto, una vez identificadas las debilidades, he llevado a cabo un trabajo de campo a través de entrevistas a diez profesionales del sector con distintos perfiles. Tanto médicos, como enfermeros o psicólogos que han trabajado o trabajan en sanidad pública y privada. El guion de estas entrevistas está basado en lo que he leído a lo largo del estudio de este tema. El objetivo es que los expertos, desde su experiencia aporten su punto de vista profesional acerca de estas deficiencias y acerca de las alternativas que ellos implementarían para mejorar los procesos sanitarios. De esta manera, el trabajo contará con una importante aportación por parte de profesionales sanitarios.

MARCO TEÓRICO

2. LA SANIDAD EN ESPAÑA

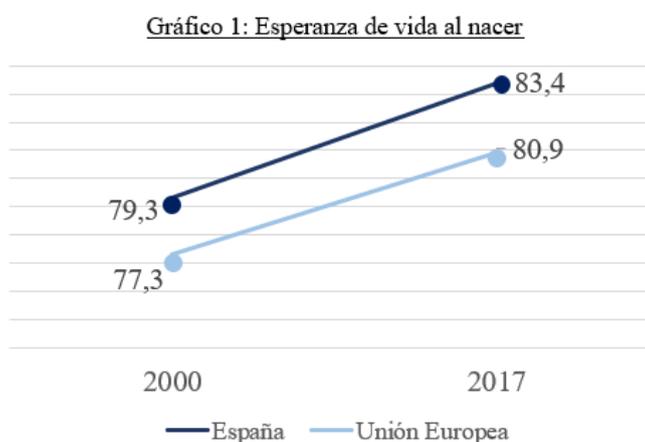
La sanidad española está valorada como una de las mejores mundialmente. Cuenta con un modelo sanitario de gran prestigio y uno de los más avanzados mundialmente, lo que la posiciona al país, según el ranking de Bloomberg (2018), como “la sanidad más eficiente de Europa y la tercera mejor del mundo”.

2.1 Características

A continuación, se exponen algunos datos importantes en relación con la Unión Europea.

España cuenta con la mayor esperanza de vida de la Unión Europea. La esperanza de vida actualmente es de 80,9 en los hombres y 86,3 en las mujeres. La media de ambos sexos está en un 83,5 aproximadamente (Expansión, 2020).

En el gráfico 1, podemos observar cómo la esperanza de vida se ha incrementado durante los últimos años, situándose España siempre por encima de la media de la Unión Europea.



Fuente: OCDE, 2019

Según la OCDE (2019), este incremento tan notable se dio gracias a la reducción de enfermedades cardiovasculares. A pesar de esta reducción, en 2016 seguían siendo las principales causas de mortalidad.

A pesar de que los españoles son los más longevos de la UE, muchos sufren en su vejez a raíz de enfermedades crónicas y discapacidades. El aumento de la esperanza de vida ha traído consigo el aumento de la mortalidad a raíz del Alzheimer, ya que esta enfermedad aparece con frecuencia en personas mayores (El Universal, 2015). Alrededor del 60% de la población española mayor de 65 años, sufre de alguna enfermedad crónica y otro porcentaje sufre alguna limitación en su vida diaria.

Sin embargo, España cuenta con una de las tasas de mortalidad más bajas en Europa. Las causas de esta mortalidad se consideran evitables y tratables (OCDE, 2019). Algunas de las causas evitables son los accidentes de tráfico, la sobredosis y enfermedades relacionadas con el alcohol y drogas, cardiopatías isquémicas... Por otro lado, las principales causas tratables de mortalidad las cuales también se encuentran por debajo de la UE, son las enfermedades cerebrovasculares o algunos tipos de cáncer como el colorrectal. Esto muestra la eficacia de los servicios sanitarios españoles, que por lo general son efectivos a la hora de tratar con éxito a personas con causas mortales.

En cuanto a la esperanza de vida y la mortalidad, existen diferencias en relación con las desigualdades sociales y a la posición económica de la población que se transmiten a la salud (Lima Barreto, 2017). En España, esta diferencia es menor que en otros países, alcanzando una diferencia de dos años entre mujeres con alto nivel educativo y mujeres con bajo nivel educativo, y cuatro años entre los hombres (OCDE, 2019). Esto explica, que la educación de la persona es vital en relación con su salud. A mayor educación, mejor nivel y esperanza de vida; las personas con más educación tienden a cuidarse mejor y son más conscientes de la importancia de la salud. Una educación de nivel alto está también relacionada con las oportunidades que uno recibe a raíz de la educación que tenga y el nivel de ingresos que obtenga gracias a su trabajo, consiguiendo así un nivel de vida mejor.

2.2 Factores de riesgo

La sanidad española cuenta con una serie de factores de riesgo por comportamiento del ciudadano, a los cuales más de un tercio de las muertes se pueden atribuir. Entre estos factores podemos destacar el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, una dieta

desequilibrada y poca actividad física (Jiménez, 2020). A continuación, se presentan estos factores de riesgo junto con datos de cómo se dan estos en la sociedad española.

Tabaco

El Doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus (OMS, 2019), Director General de la OMS, asevera que el tabaco es la causa de muerte de alrededor 8 millones de personas, y que además otros varios millones padecen enfermedades pulmonares a raíz del consumo de este.

Se calcula que aproximadamente un 16% de todas las muertes españolas durante 2017 se le pueden atribuir al consumo de tabaco (OCDE, 2019), lo que supone un porcentaje muy elevado. El problema principal es que una gran parte de la población sigue fumando incluso sabiendo lo dañino que es para su salud y el elevado número de muertes que causa al año; 67.000 aproximadamente en 2017, incluyendo no solo fumadores activos, sino también pasivos. Aunque el porcentaje de fumadores se ha visto reducido, sigue siendo mayor que en la mayoría del resto de países europeos. Según la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018), en 2017 alrededor de un 22% de adultos fumaba a diario en España, frente a una media europea del 19%.

Sobrepeso y obesidad

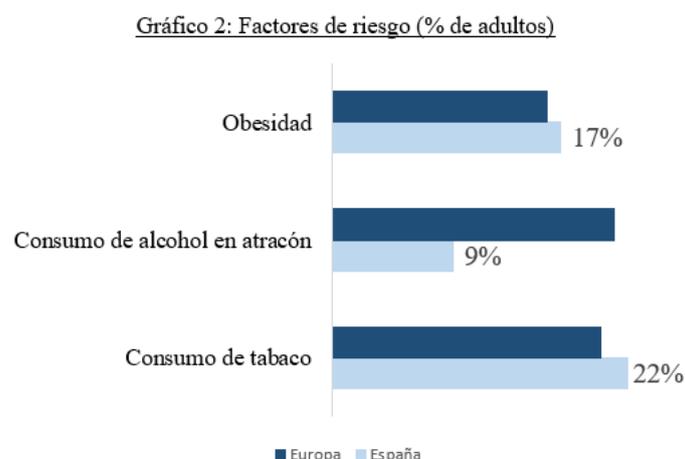
Otro factor de riesgo es el sobrepeso y la obesidad. Alrededor de un 12% (52.000 aproximadamente) de las muertes en España (OCDE,2017) están relacionadas con una alimentación inadecuada y desequilibrada, con una ingesta insuficiente de fruta y verdura, y muy alta de azúcares, sal y calorías.

Según el estudio *PASOS* (Unicef & Gasol Foundation, 2019) alrededor del 40% de niños entre 8 y 16 años sufren exceso de peso por causas relacionadas con la dieta inadecuada o exceso de hábitos insanos. En España, únicamente un 30% de los menores come fruta a diario y solo un 10% verduras y hortalizas. Este dato es una amenaza para los menores. Según la Unicef, este dato no está solamente asociado con un hábito nutricional inadecuado, sino que también se puede atribuir a la clase social, la educación y el nivel económico.

Nerea Martín Calvo (2019), pediatra del departamento de *Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra* y miembro del *Centro de Investigación Biomédica en Red de la Obesidad y Nutrición* "los colectivos más vulnerables desconocen qué elementos están relacionados con la obesidad y tienen menos formación sobre la dieta y el estilo de vida que es más saludable". Las actividades físicas y el deporte juegan también un papel vital en la salud de los niños. El especialista en política de infancia del *Comité Español de Unicef*, Gabriel González-Bueno (2019) explica "Es una tendencia general que la obesidad se está cebando en los colectivos más pobres y vulnerables. Por eso hay que buscar la manera de que haya políticas públicas en las que la actividad física y el deporte sea accesible para todos los niños, sean de la clase social que sean".

Alcohol

El riesgo de la salud por consumo excesivo de alcohol es menos preocupante que los factores previamente mencionados. En comparación con la UE, España se sitúa en buena posición, ya el porcentaje de adultos que confirma un consumo excesivo es del 9%, frente al 20% de los países de la UE. Además, desde el año 2000, este consumo se ha visto notablemente reducido en España (OCDE,2019). En cuanto a jóvenes y menores de edad, la tasa que afirma haber consumido alcohol de manera abundante, es también menor que en de otros países.



Fuente: OCDE 2019

Estos factores son un obstáculo para la sanidad española y hacen más difícil el objetivo de conseguir una salud excelente y segura de la población. Por otro lado, suponen un reto y una oportunidad de mejora. A pesar de que estos factores son por riesgos de comportamiento de la población, y no por malos servicios sanitarios, es también una responsabilidad de la sanidad española tratar de aminorar estos factores de riesgo y proteger la salud de todos los ciudadanos, ya que *el artículo 43 de la Constitución Española (1978)* “reconoce el derecho a la protección de la salud”.

Asimismo, *el artículo 43 de la Constitución Española (1978)* afirma que “los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

2.3 El sistema sanitario

Según la OMS (2014) el sistema sanitario se puede definir como un “conjunto complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines”.

Asimismo, la OMS (2014) explica que existen siete principios en los que se basa el sistema sanitario:

- Universalidad
- Atención integrada
- Equidad
- Eficiencia
- Funcionalidad
- Participación comunitaria
- Intersectorialidad

En cuanto a los servicios sanitarios por comunidades autónomas, según dice la *Ley General de Sanidad de 1986*, “en cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones

territoriales intracomunitarias, que estará gestionando bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.” De este modo, las 17 comunidades autónomas, como su propio nombre indica, tienen total autonomía para gestionar y planificar su propia estrategia y modo de operar a nivel de comunidad autónoma.

La planificación y regulación nacionales son tarea del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. El consejo Interterritorial del SNS (Servicio Nacional de Salud) es el principal organismo de coordinación y gestión. Juega un papel importante en los servicios sanitarios. La *Ley General de Sanidad de 1986* lo define como “el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración Estatal, y, coordinará las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal”.

A lo largo de los últimos años, se han llevado a cabo distintas reformas en el sistema sanitario español. Estas reformas han sido ejecutadas en parte a raíz de la crisis económica que sufrió España a partir del año 2007-2008. Estos cambios han supuesto reformas, principalmente en el gasto.

2.3.1 El gasto sanitario

El gasto sanitario español es menor que el de la UE. En 2017 (OCDE,2019) se situó un 15% por debajo de esta, alcanzando un gasto total en torno a los 105.000 millones de euros, lo que supone un 8,9% del PIB, mientras que la media europea es del 9,8%.

La crisis mencionada anteriormente fue una de las razones por las que el gasto destinado a servicios y actividades sanitarias se vio reducido. En concreto, el porcentaje de gasto público en sanidad descendió considerablemente a raíz de la crisis, y actualmente está volviendo a aumentar, pero no llega al nivel previo a la crisis.

El gasto tiene presión con respecto al futuro, ya que el envejecimiento de la población se junta con un crecimiento económico moderado, de tal modo que estará muy ajustado.

El gasto público forma una gran parte del gasto total. En 2017, este gasto público representaba el 70,47% del gasto total sanitario. De este 70,47 %, la mayoría están

destinados a servicios hospitalarios y especializados (Expansión, 2019). Además, el gasto público también invierte en farmacia, atención primaria de salud, gasto de capital, servicios colectivos de salud, traslados, prótesis y aparatos terapéuticos...

2.3.2 Profesionales sanitarios

España cuenta con un gran equipo de profesionales dedicados al sector sanitario. Durante los últimos años, el número de enfermeros y médicos se ha intensificado. El número de personal médico por cada mil personas en España es 3,9; algo superior a la media europea, que cuenta con un 3,6 (OCDE, 2019). Sin embargo, el personal de enfermería se encuentra por debajo de la media de la UE.

Actualmente España cuenta con un problema en relación con el personal sanitario. Esto se debe a que cada vez hay menos personal y la preocupación de disponibilidad en el futuro aumenta, ya que la gran mayoría de personal superaba los 55 años en 2017, cercanos a la edad de jubilación. Esta intranquilidad supuso un aumento de las plazas disponibles en facultades de medicina entre 2006 y 2010 (Riesgo & García, 2019). Sin embargo, con la crisis estas plazas volvieron a ser reducidas, y hoy en día esta preocupación sigue vigente

En cuanto a la enfermería, en 2018 dieron un paso importante. La capacidad de los enfermeros para prescribir medicamentos y vacunas fue aumentada en el año 2018, ya que estos están perfectamente capacitados (OCDE, 2019). El fin de esta nueva legislación es mejorar la accesibilidad y la eficacia de los servicios sanitarios apoyándolos en la enfermería y amplificando así de las oportunidades de estos profesionales. ´

2.3.3 Accesibilidad y más temas relevantes

La accesibilidad de la sanidad española varía según el servicio del que hablemos. La Oficina Europea de Estadística (Eurostat, citado por OCDE, 2019), publicó en marzo de 2017 un informe corroborando que España se encuentra en quinta posición con respecto a accesibilidad sanitaria, siguiendo a Austria, Alemania, Holanda y Eslovenia.

El informe del Eurostat expone también que el colectivo con peor acceso a los servicios sanitarios, de acuerdo con los parámetros antes mencionados, son las personas mayores

de 65 años. Sin embargo, España se encuentra en mejor posición que la UE, con un 0,9% en este colectivo, frente al 4,3% europeo.

Con respecto a los hospitales, estos han mejorado su eficiencia durante los últimos años. Esto se puede ver reflejado en el descenso del número de camas en hospitales, el cual ha descendido considerablemente, y en el año 2017 se encontraba por debajo de la media de la Unión Europea (OCDE,2019).

También se ha hecho hincapié en reducir y mejorar los servicios de limitado valor, ya que limitan la eficiencia del sistema sanitario. La American Board of Internal Medicine (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017), llevó a cabo una iniciativa denominada “Choosing Wisely”, la cual identificó los servicios ineficientes y contraproducentes y también aportó medidas para solucionar estos mismos.

La atención primaria, es uno de los pilares fundamentales sobre el que el sistema sanitario español se sustenta y su principal objetivo según la OMS (2019) es el “enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Aborda la salud y el bienestar físicos, mentales y sociales de una forma global e interrelacionada.” Es por esto por lo que a atención primaria es básica en la sanidad española.

Uno de los problemas de la accesibilidad a los servicios sanitarios españoles, es la distancia con respecto a estos servicios y hospitales. Para solucionar esta cuestión se está implementando cada vez más la telemedicina. Esta utiliza las tecnologías de comunicación e informática para mejorar la atención de salud en poblaciones de difícil acceso.

Los tiempos de espera pueden convertirse en un problema si hablamos de intervenciones quirúrgicas, en especial las operaciones de cataratas y la artroplastia de cadera. El tiempo de espera en 2018 se situó en los 100 días en cataratas y 150 en la artroplastia (OCDE,2019).

Es notable la diferencia entre las distintas comunidades autónomas, teniendo por lo general Madrid más facilidad de acceso y tiempos de espera más bajos que en otras comunidades autónomas donde el personal sanitario es más escaso. Para reducir estos tiempos de espera se han llevado a cabo medidas tal y como el incremento de las

intervenciones a través del aumento de horas de los cirujanos (a costa del incremento de su salario) o el incremento de financiación para invertir en más equipo sanitario. Adicionalmente, se ha establecido una ley con respecto a este problema, que establece un tiempo de espera máximo. Si este es superado, se le redirigirá al paciente a un servicio alternativo y compatible. Sin embargo, es un problema a que sigue vigente en la sanidad española.

Como conclusión, el envejecimiento de la población junto con el aumento de la esperanza de vida, y el aumento cada vez mayor de las enfermedades crónicas, suponen un mayor nivel de exigencia y esfuerzo para los profesionales médicos. Asimismo, todos estos factores son un obstáculo y un reto para la sanidad española, ya que hacen más complicada la consecución del objetivo de una buena salud para toda la población española y de unos excelentes servicios sanitarios. Sin embargo, también se puede mirar desde el otro punto de vista, considerándolos una oportunidad de mejora del sector sanitario español.

Ante esta situación de retos, se encuentra el sector privado apoyando al público, aportando sus recursos, ahorros, mejoras, accesibilidad ampliada para los pacientes y su calidad de servicios.

3. SANIDAD PRIVADA

La sanidad privada es un sector que actualmente se encuentra en auge, ya que cada vez es más la gente que recurre a esta. Este auge se puede atribuir a la constante preocupación del sector privado por proporcionar al paciente el mejor servicio. Un servicio basado en la calidad, la cual es percibida por los pacientes y hace que el auge continúe hoy en día.

Este éxito se da tanto en la rama aseguradora, la cual cuenta cada día con más número de población cubierta; como en la rama provisor, la cual ha mejorado y sigue mejorando sus servicios y gestión de estos.

3.1 Contribución

La contribución de la sanidad privada es de alta importancia para la productividad del sistema, ya que esta libera en gran parte al sistema público aportando con sus servicios y ayudando con los modelos insaturados.

Asimismo, supone una mejora de la accesibilidad a servicios que la población demanda, solucionando así uno de los problemas de accesibilidad tratados anteriormente. La sanidad privada también destaca por su gran aportación a la investigación de nuevos tratamientos y modelos, así como el desarrollo de estos y de actividades de una complejidad elevada (IDIS,2019). Todo ello a través de una exigente tecnología, avanzada y de alta calidad.

Es importante destacar también la actitud con la que el sector privado trabaja y busca siempre una mejora de sus procesos con respecto a los anteriores, para hacer de sus servicios los mejores, conseguir la satisfacción máxima del paciente y con ella una buena relación que traerá la fidelización de este. Adicionalmente, la sanidad privada es también un generador de empleo y contribuye de manera extraordinaria a la formación del personal sanitario.

España cuenta con una gran parte de la población asegurada. Esta tasa se encuentra en crecimiento, ya que cada vez son más las personas que contratan un seguro privado. El número de asegurados en el año 2018 llega a los 10,3 millones, aumentando la cifra un 4% con respecto al año 2017 (Europa Press, 2019). Esto hace que el sistema privado le

evite un gran peso al público y le permita ahorrar aportando con sus servicios, ya que muchos de los asegurados no hacen uso de los servicios públicos o hacen un uso moderado. Esta disminución de presión al sistema público hace que las listas de espera se vean reducidas.

3.2 Ventajas

El sistema privado cuenta con grandes ventajas para el paciente asegurado, ya que este es libre de elegir el servicio que mejor se ajuste a su necesidad, el tratamiento, el doctor que le atiende, el centro de preferencia por experiencia... Sin embargo, en la sanidad pública no existe esta posibilidad de tener preferencia por un centro, servicio o médico. Asimismo, otra de las grandes ventajas que ofrece la sanidad privada, es la capacidad de adaptación a las necesidades de cada paciente, ajustando los tratamientos específicamente a cada uno para conseguir los mejores resultados posibles. Es así como se consigue la máxima satisfacción del paciente y la lealtad de este.

3.3 Gasto y Ahorro

La sanidad privada representa gran peso de la productividad del sector sanitario. El gasto privado español supone un 29,3% del gasto sanitario total, dejando al gasto público el 70,7% restante (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

El gasto privado supone un 2,6% del PIB (System of Health Accounts-SHA, 2017). Madrid, Cataluña y el País Vasco son las comunidades autónomas que tienen más gasto en sanidad privada.

El ahorro que se genera para el SNS si un paciente acude exclusivamente al sistema privado es de 1.224€ al año. Por otro lado, si un paciente usa en conjunto la sanidad pública y la privada, este ahorro para la SNS es de 546€.

3.4 Actividad y accesibilidad

El sector privado lleva a cabo un alto porcentaje de la actividad asistencial sanitaria total del país. De manera cuantitativa, la sanidad privada se encarga de un total del 37,5% (1,9 millones) de las intervenciones quirúrgicas en España, el 30,1% (1,6 millones) de las altas y el 29,4% (8,7 millones) de las urgencias (IDIS,2019) .

La sanidad privada supone una mejora en cuanto a la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios gracias a la aportación de sus extensos servicios, que sirven como complemento de los servicios públicos. Este progreso en la accesibilidad se corrobora en el *Estudio de Indicadores de Resultados de Salud de la Sanidad Privada* (RESA, 2018), el cual afirma que los hospitales privados actúan de manera ágil y eficaz, reduciendo las medias en los tiempos de espera, de entrega, de atención en urgencias y del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento (en especialidades como oncología de mama, colon y pulmón).

Esta accesibilidad es en parte posible por la abundancia de hospitales privados en España. Estos representan un 57% del total de hospitales y centros hospitalarios del país y cuentan con el 33% del total de camas disponibles, siendo Cataluña la comunidad con un mayor número de hospitales privados (Ramírez, 2018).

La sanidad privada se puede llevar a cabo de tres maneras diferentes: a través de grupos hospitalarios, de compañías aseguradores o de hospitales independientes. En cuanto a los grupos hospitalarios, existe un alto grado de concentración, destacando Quirón salud, Vithas, Ribera salud, Asisa, HM hospitales, Sanitas, Recoletas y Cáser seguros. Algunos de estos grupos han apostado por su modelo de negocio privado y se han expandido al extranjero, ampliando su red de servicios y demostrando la alto valor de los servicios privados.

4. LA EXPERIENCIA DE CLIENTE

4.1 La experiencia de cliente

“La experiencia de cliente es la respuesta interna y subjetiva de los clientes ante cualquier contacto directo o indirecto con una empresa” (Meyer & Schwager, 2007). Esta respuesta interna y subjetiva se puede definir como el conjunto de percepciones del cliente después de haber interactuado de manera racional, física y emocional con una empresa.

Según Meyer & Schwager (2007), el contacto directo que un cliente tiene con la compañía ocurre en los procesos de compra, uso y servicio que esta ofrece. Este proceso, es habitualmente iniciado por el cliente; cuando este decide utilizar los recursos y servicios que la empresa ofrece. Por otro lado, el contacto indirecto se define como todo contacto no programado (en su gran mayoría) con representaciones del producto o servicio de la empresa. Estas representaciones pueden ser críticas u opiniones de otros clientes, publicidad en la radio, en la calle, en la televisión, noticias, reseñas... Es por esto por lo que la experiencia del cliente no comienza cuando este se pone en contacto voluntario con la empresa para hacer una compra o un uso de algún servicio, sino que comienza cuando este empieza a escuchar recomendaciones y críticas, ve o escucha publicidad...

Una buena experiencia de cliente desde el primer momento en el que este entra en contacto con la empresa es vital. La experiencia no es simplemente la calidad que el cliente perciba en el producto o servicio que está adquiriendo. Por supuesto que la calidad es un factor vital y una ventaja competitiva con respecto a los competidores, pero la experiencia del cliente va más allá, y tiene en cuenta el servicio, la facilidad, la amabilidad, el trato...

Para crear una excelente experiencia por parte del cliente, la empresa debe cuidar todos aquellos puntos en los que el cliente pueda estar en contacto con ella y con su producto o servicio, para que este tenga siempre una percepción positiva. Estos puntos se denominan puntos de contacto, y a su conjunto, se le denomina “patient journey” o “corredor del cliente”.

“En cada punto de contacto, la brecha entre las expectativas del cliente y su experiencia señala la diferencia entre su satisfacción y algo inferior” (Meyer & Schwager, 2007), lo que supone una experiencia negativa para el cliente, ya que no ha percibido la calidad

esperada. Para conseguir una experiencia positiva, la empresa ha de trabajar y diseñar cómo quiere que el cliente perciba su imagen, para evitar esta brecha.

En el libro *La atención del cliente y el servicio postventa*, escrito por Carlos Ongallo (2012), existe un apartado que denomina “Clientes satisfechos, clientes que repiten”. Con esto quiere presentar la importancia que tiene el mantener contento al cliente con un buen servicio, para conseguir la fidelización de este.

La experiencia del cliente busca principalmente la fidelización de este con la empresa y transformar lo que en un principio iba a ser una sola venta, en varias, convirtiendo así a los compradores en clientes continuos. Según Carlos Ongallo (2012) “La fidelización va a marcar las políticas de crecimiento, financieras y humanas de la empresa de venta directa.”. Refiriéndose así a que la fidelización marca el ritmo y actividad de la empresa, y que para que esta se consiga, el cliente debe tener una experiencia positiva.

Para cuidar la experiencia del cliente, la compañía ha de tener en cuenta varias cosas. La empresa se debe asegurar que la publicidad, tanto visual como auditiva es atractiva, con un diseño apropiado que se adecue con el producto o servicio de la marca y a la imagen que esta quiera transmitir.

Asimismo, la experiencia durante el contacto directo se debe cuidar también ya que es de las más importantes. Uno de estos puntos de contacto, es la experiencia durante la compra del producto. En ella es importante que el comprador perciba una buena calidad en el servicio, es decir, que reciba una buena atención, que esta atención sea amable y resolutiva, que perciba interés por parte del asistente en el problema o necesidad que el cliente pueda tener...Si la atención al cliente ha sido buena y adecuada, el cliente estará satisfecho, se irá mucho más contento con su producto y esto añadirá valor a la percepción del cliente sobre el producto o servicio adquirido.

En la venta directa no siempre es fácil conseguir la satisfacción del cliente, ya que esta depende de factores como el vendedor, el cual es una parte vital de la experiencia del comprador. En algunas ocasiones, el cliente no cuenta con un buen servicio por parte del vendedor y esto les provoca cierto rechazo a la hora de volver a adquirir el producto (con el cual sí están satisfechos). Es por ello por lo que los vendedores deben poseer la habilidad de la comunicación humana, para tratar de relacionarse de la manera más

correcta y eficaz posible y así conseguir una adecuada prestación de su servicio, que consiga atraer al cliente.

Otro punto de contacto directo es el uso de este producto/ servicio adquirido por el cliente. Es por ello, por lo que las empresas deben de esforzarse por ofrecer a sus clientes la mejor calidad. La calidad es una clara ventaja competitiva respecto a los competidores, y una de las razones de fidelización del cliente.

Por último, es también vital el servicio post venta. Este implica continuar con una excelente atención al cliente después de la venta del producto o servicio, en caso de que a este le surja alguna duda o complicación. Su propósito es mantener una buena relación con el cliente. Este servicio es igual de importante como los de antes y durante la venta.

4.2 CEM y CRM

En algunas ocasiones, la experiencia del cliente es en cierto modo abandonada por parte de la empresa, lo que hace se descuide.

La gestión de la experiencia del cliente (CEM) tiene como objetivo “entender, diseñar y gestionar las interacciones con Clientes para influir sobre las percepciones que éstos tienen, buscando incrementar su satisfacción, lealtad y apoyo” (Wow Custer Experience, 2017).

La CEM, se aplica en los momentos de interacción entre la empresa y el paciente; en los puntos de contacto. Este registro de las opiniones de los clientes se lleva a cabo a través de encuestas, estudio e investigaciones. Esta información es muy útil para las empresas, ya que con ella tratan de ajustar las expectativas del paciente, hacerlas realidad, y así mejorar las experiencias de los productos y servicios. De esta manera, las empresas logran localizar aquellos puntos más débiles del patient journey y así reducir las brechas entre expectativas y experiencia.

La gestión de relaciones con los clientes (CRM), registra y distribuye lo que una empresa sabe acerca de un cliente (Meyer & Schwager, 2007). Esta se lleva a cabo después de cualquier registro acerca de una interacción con un cliente. La información se obtiene en puntos de venta, a través de investigaciones de mercado, de clicks en la web, o haciendo

un seguimiento de las ventas (entre otros). Esta información es utilizada principalmente por aquellos grupos que están en contacto con el cliente, así como las personas de ventas, marketing y servicio al cliente. El fin de esta CRM es conseguir una mayor eficiencia y eficacia. Por otro lado, esta información también sirve para impulsar las llamadas “ventas cruzadas” y así aumentar las ventas combinando productos demandados con otros cuya demanda es menor.

Ambas, la CEM y la CRM son necesarias para mejorar la experiencia del paciente y conseguir su satisfacción y fidelización. Lo óptimo es combinar la información de la experiencia junto con datos extraídos de sistemas de CRM y otras bases de datos de clientes. Después de la recogida de información, esta será analizada y se localizarán aquellos puntos de contacto que necesiten solución o mejora.

4.3 La experiencia de paciente y los PRO's

La experiencia del paciente está altamente relacionada con lo expuesto sobre la experiencia del cliente. Todo lo anteriormente expuesto, se puede trasladar a este campo. En el sector sanitario, los clientes son los pacientes que acuden a los servicios sanitarios. Personas con problemas de salud que acuden a la sanidad para recibir una solución o tratamiento por parte de los profesionales.

Los Resultados Reportados por los Pacientes, conocidos como PRO por sus siglas en inglés (Patient Reported Outcomes), son una medida utilizada para medir la experiencia del paciente durante su enfermedad.

Según el estudio escrito por Alonso-Caballero y Ferrer-Fores (2017), donde se introduce la definición expuesta por la *Food and Drug Administration*, “Un PRO es cualquier informe del estado de salud de un paciente, que proviene directamente del paciente, sin interpretación de la respuesta del paciente por parte de un médico o cualquier otra persona”. Es por ello, por lo que estos PRO no se deben confundir con informes en los que los especialistas y médicos son los que completan la información sobre la gravedad del paciente.

Estos PRO, se pueden clasificar en cuatro grupos de instrumentos según dos criterios (Alonso-Caballero y Ferrer-Fores, 2017) . El primero, según la población a la que van dirigidos, se divide a su vez en **genéricos o específicos**. Los PRO's genéricos, son aquellos que pueden utilizarse de manera general para todo tipo de paciente, mientras que los específicos van dirigidos a pacientes con determinados síntomas o enfermedades.

El segundo criterio de clasificación, de acuerdo con el modelo de medida aplicado, pueden ser tanto psicométricos, como econométricos. Los instrumentos psicométricos se definen como “perfiles descriptivos de las dimensiones o componentes de la salud”, mientras que, por otro lado, los econométricos “son índices que resumen en un único valor global el estado de salud ponderado de acuerdo a las preferencias de la población” (Alonso-Caballero & Ferrer-Fores, 2017). Según los datos que el investigador quiera obtener, utilizará unas clasificaciones u otras.

Existen diversas propuestas de clasificación. Una de ellas fue creada en el año 2008 por Valderas y Alonso, quienes “identificaron un set mínimo común compuesto de tres ejes: el constructo, la población y el modelo de medida” (Alonso-Caballero & Ferrer-Fores, 2017).

4.5 Uso de los PRO's

Las PRO's son instrumentos que se pueden usar de varias formas. Alonso-Caballero y Ferrer-Fores (2017) exponen que autores como Van der Wee (2014), exponen tres maneras distintas para el uso de los PRO's.

En primer lugar, la información proveniente de este instrumento se puede utilizar con el fin de ayudar en la toma de ciertas decisiones sanitarias acerca del diagnóstico del paciente, de su tratamiento y de su evaluación, y así conseguir una mejora en la atención. Este uso es principalmente llevado a cabo por los proveedores de los servicios sanitarios, y es llevado a cabo durante la atención sanitaria.

En segundo lugar, otro tipo de aplicación de estos instrumentos es llevado a cabo por organizaciones sanitarias. Estas, no tienen el objetivo de mejorar la atención médica, sino evaluar el rendimiento de los servicios sanitarios por parte de sus proveedores de manera más sencilla. En este caso, la información se recoge de manera independiente al servicio clínico.

Por último, los PRO's pueden ser mixtos, en los cuales las organizaciones recogen información en el momento de la atención sanitaria. Estos datos son posteriormente utilizados para informar acerca del rendimiento de los servicios sanitarios a nivel regional o estatal.

4.6 Los resultados de los PRO's

Los resultados de las PRO's pueden ser útiles para varias cuestiones. Al ser instrumentos cuyo objetivo es conocer qué piensa el paciente acerca de su enfermedad y de los cuidados que este está recibiendo, los resultados de estos cuestionarios son de suma utilidad para facilitar la detección de posibles problemas o de ciertas insatisfacciones que el paciente pueda tener a lo largo de su contacto con los servicios sanitarios. Por lo tanto, con esta información es posible hacer un seguimiento del paciente a lo largo de toda su enfermedad. Con el análisis de estas insatisfacciones, se podrán sacar conclusiones acerca de qué es lo que interfiere en la experiencia del paciente para así tomar medidas y mejorarla. Este es uno de los objetivos principales del estudio del patient journey.

El uso diario de estos instrumentos puede ser también beneficioso en la relación médico-paciente, facilitando su comunicación y cercanía y promoviendo la toma de decisiones conjunta entre profesional y cliente. Esto es así, porque a través de las PRO's, el médico es capaz de conocer por lo que está pasando el paciente y lo que este opina acerca de sus servicios, pudiendo llegar a ofrecerle un servicio más ajustado a sus necesidades. Esto llevará a una mayor satisfacción del paciente, el cual llevará con mayor positivismo su enfermedad, aumentando la adherencia a su tratamiento (Alonso-Caballero & Ferrer-Fores, 2017).

Este instrumento puede ser por tanto utilizado para mejorar la evaluación de la atención sanitaria, comprobando si satisface o no los objetivos principales. Asimismo, los PRO's permiten investigar la manera de mejorar los servicios o la estrategia de gestión, con el fin de aumentar la calidad de estos en aquellos puntos en los que la atención es débil. Es por esto por lo que es tan importante contar con el punto de vista del paciente, ya que, si no se les pregunta acerca de su opinión, los servicios no sabrían los puntos que han de mejorar.

5. PATIENT JOURNEY

Como hemos podido observar a lo largo del trabajo, los pacientes son el mayor foco de atención de los servicios sanitarios. Es por ello por lo que el sector sanitario debe siempre dar lo mejor de sí mismo y mejorar sus procesos con el tiempo, especialmente aquellos más débiles.

El concepto de “patient journey” como ha sido anteriormente explicado, es el tiempo en el que el paciente se encuentra en contacto con los servicios sanitarios, es decir, es el recorrido que dibujan todos los puntos de contacto del paciente con estos servicios. Este proceso se divide en distintas etapas y momentos de relación entre paciente y sanidad. Comienza en el momento en el que el paciente detecta un problema en su salud y se pone en contacto con un servicio sanitario. Continuaría durante todo su proceso de interacción con el médico y su diagnóstico, así como el tratamiento que es asignado para la mejora y curación de su enfermedad. En caso de operación, el patient journey continuaría con el postoperatorio y las visitas que el paciente haga hasta una vez recuperado.

5.1 Clasificación de las experiencias

La experiencia del usuario al entrar en contacto con cualquier tipo de servicio se puede dividir de varias maneras. En este caso, el estudio *Experiencia de paciente en Sanidad Privada 2019: evolución, procesos y roles* realizado por Lukkap (2019) divide las experiencias de los pacientes en tres categorías: “wow, ok y ouch”.

La categoría “wow” recoge aquellas experiencias en las que la satisfacción del paciente se ha encontrado entre el 80% y el 100%. Este es el nivel de satisfacción óptimo, y al que todos los servicios quieren llegar y obtener por parte de los usuarios, ya que refleja un cliente satisfecho.

En segundo lugar, se encuentra la categoría “ok”, la cual recoge los niveles de satisfacción de entre un 60% y un 80%. No es un resultado del todo malo, pero es mejorable y supone una gran oportunidad de mejora, ya que el principal objetivo es conseguir la excelencia de los servicios sanitarios.

Por último, está la categoría “ouch”. Esta recoge las experiencias más negativas, en las que el usuario no ha recibido el servicio que esperaba y lo ha puntuado como malo o débil. Es aquí donde se encuentran las mayores oportunidades para mejorar los servicios sanitarios. Tan pronto cómo se detecten estos puntos débiles, han de ser analizados y mejorados.

5.2 Estudio del Patient Journey

Para estudiar los principales defectos de la sanidad en España, me he apoyado en el estudio llevado a cabo por Lukkap (2019) anteriormente mencionado y denominado: *Experiencia de Paciente en sanidad privada 2019. Evolución, procesos y roles*. Me he centrado únicamente en este estudio porque he tenido dificultad a la hora de obtener información sobre este tema. He podido comprobar que no hay mucho estudiado y que existe poca información (al menos pública) acerca de los patient journeys de los pacientes. Este estudio, analiza el patient journey de varias especialidades, analizando tanto los puntos fuertes en los que la experiencia del paciente es excelente, como los puntos débiles en que esta experiencia es mala o débil, e interfiere en la satisfacción de este.

Es complicado saber cuáles son los puntos débiles del servicio sanitario, sin contar con la opinión de los pacientes. Es por eso por lo que los patient journeys son necesarios para detectar esos puntos débiles que supondrán una oportunidad de mejora.

Cada enfermedad tiene un patient journey (también denominado mapa de experiencia del paciente o corredor del cliente) distinto, pero todos siguen un proceso parecido. En este estudio, se analizan los patient journeys de las varias especialidades, los cuales son de gran utilidad para analizar, comentar e ir identificando los principales problemas de la sanidad. A pesar de que este estudio analice solo algunas de las especialidades sanitarias, hace un buen recorrido por las muchas de las situaciones en las que los pacientes se pueden encontrar. Las especialidades estudiadas son oncología, diabetes, embarazo, enfermedades respiratorias y traumatología.

5.2.1 Oncología

“Recibir un diagnóstico de cáncer y pasar por un tratamiento para el mismo supone un hecho estresante que sobrepasa en numerosas ocasiones a las personas que lo padecen y a su familia.” (Bárez et al., 2003). Es por ello, que el servicio sanitario es vital para el bienestar no solo de los usuarios, pero también de sus familiares.

El patient journey de esta especialidad se divide en seis fases: pruebas, diagnóstico, corresponsabilidad, hospitalización, complicación y mejoría, según el estudio hecho por Lukkap (2019). Dentro de cada una de estas fases, se miden aspectos distintos.

En la primera fase, en la que el usuario se somete a pruebas, para saber cuál es su diagnóstico, esta especialidad obtiene una puntuación de 91.8% (Lukkap,2019), clasificándose, así como una experiencia wow. Este patient journey en concreto, analiza aspectos tales como la atención del equipo al usuario, la explicación del porqué de las pruebas realizadas, el uso de un lenguaje claro y entendible por el paciente, y el conocimiento del paciente a la hora de recoger los resultados.

La fase del diagnóstico no obtiene una puntuación tan elevada, ya que esta cae a un 76,8% (Lukkap,2019). Esta, mide aspectos como la explicación del médico al paciente de la enfermedad y del tratamiento al que este ha de someterse, las cuales obtienen una buena puntuación, ambas por encima del 90% (Lukkap,2019). Sin embargo, las siguientes no logran alcanzar la experiencia wow, y obtienen una puntuación del 60% (Lukkap,2019). Estas estudian la medida en la que el usuario se ha sentido acompañado y a disposición de un referente el cual le pudiese apoyar a lo largo de su enfermedad, así como la explicación clave del médico al usuario para contar lo que le sucede.

En tercer lugar, se encuentra la corresponsabilidad, la cual no llega tampoco a lograr una experiencia wow. Esta fase analiza los niveles de satisfacción que el paciente ha experimentado a la hora de coordinar citas con especialistas diferentes, de recibir información y consejos sobre cómo sobrellevar la enfermedad y de estar en contacto con los profesionales sanitarios en caso de urgencia o necesidad. Únicamente las dos últimas consiguen una experiencia wow, sin embargo, las dos primeras no lo hacen, siendo la experiencia del usuario algo peor.

La siguiente fase es la de hospitalización. Esta fase es vital, ya que “el paciente es vulnerable, por lo cual es necesario promover su bienestar” (Moreno Monsiváis, 2012). Es por ello por lo que para que el usuario se sienta a gusto, el servicio debe ser excelente. Como podemos comprobar en el gráfico 3, es una de las fases del patient journey que recibe una mejor puntuación, 88.8%. En esta fase, se evalúa la experiencia del paciente durante su estancia en el hospital y el trato que este ha recibido.

En oncología, es normal que exista la fase de complicación cuando el pronóstico del paciente no va como era esperado. En el estudio de Lukkap (2019) podemos comprobar que la experiencia del paciente no es la mejor, ya que obtiene una puntuación “ok” con un 73.4%. Cuando una complicación surge después de un largo proceso de enfermedad, psicológicamente es duro para el usuario, ya que este esperaba que el tratamiento acabase, pero a raíz de estas complicaciones, el tratamiento debe de alargarse.

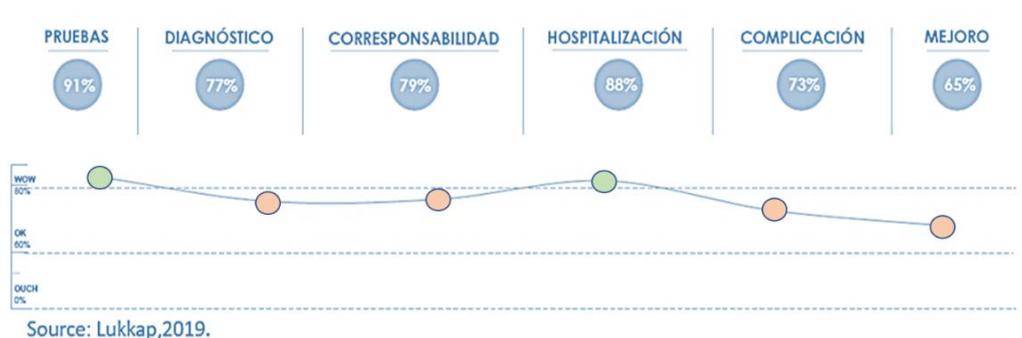
Según este estudio (Lukkap, 2019), uno de los puntos más débiles del patient journey en oncología, sucede durante este momento de complicación. Una vez los pacientes han sido diagnosticados con una complicación, muchos opinan que, al pedir cita con su médico de referencia a lo largo de la enfermedad, no se les da prioridad. Esto puede suponer una gran intranquilidad para el usuario, ya que cuando se trata de una enfermedad grave, en la que la propia vida se ve en peligro, existe una gran incertidumbre y el paciente siente miedo.

Por último, se encuentra la fase de mejoría en la que el paciente empieza a superar la enfermedad. Esta fase, es la que recibe una valoración global más baja, alcanzando tan solo un 64,9% de satisfacción (Lukkap, 2019) Según el estudio, el apoyo psicológico que demanda el paciente, una vez superado la enfermedad para entender bien el cambio y las consecuencias de la enfermedad, es muy débil. Este obtiene una puntuación del 17%, (Lukkap,2019) siendo así una experiencia “ouch” y claramente mejorable. En cuanto a la proporción de detalles sobre cómo el paciente ha de actuar una vez superada la enfermedad, en términos de dieta y hábitos, la satisfacción no es del todo buena, ya que obtiene una puntuación “ok” con un 66%.

Estas bajas satisfacciones en la última fase pueden deberse a que una vez los pacientes mejoran, y su pronóstico es estable, se les abandone en cierta medida. Esto puede darse a

que los servicios sanitarios en muchas ocasiones están principalmente centrados en erradicar la enfermedad, y una vez se demuestra que está ya está superada, el médico continua su trabajo de seguir tratando a otros pacientes, olvidando al anterior, que será atendido en revisiones periódicas.

Gráfico 3: Patient Journey Oncología



Como conclusión, los puntos más débiles de este patient journey serían las ocasiones de complicación en la enfermedad y la mejora de los pacientes. Estas han de ser mejoradas, para así lograr con ello la mejora de los servicios sanitarios.

5.2.2 Traumatología

Esta especialidad, sigue en cierto modo un patrón de fases similar al de oncología. Sin embargo, las puntuaciones de cada fase varían según la enfermedad que se trate.

El patient journey de esta especialidad empieza cuando surgen los primeros síntomas en el paciente. Durante esta fase, la experiencia es relativamente negativa, ya que el usuario antes de acudir a un médico acude a la farmacia, y puntúa como experiencia negativa los consejos sobre qué podía tomar ni tampoco y sobre acudir a un profesional ante esos síntomas presentados. De esta forma, esta primera fase obtiene una puntuación “ouch” (Lukkapp,2019).

A continuación, el paciente acude a urgencias. La satisfacción de esta fase es buena. Sin embargo, destaca como experiencia “ok” (Lukkapp,2019) el tiempo de espera en la consulta, el cual ha sido mayor del que el paciente esperaba.

La curva del patient journey en la fase de las pruebas de traumatología se comportan de una manera muy similar a cómo lo hacen en odontología. Sin embargo, la fase de diagnóstico se comporta de una manera diferente. Como ya analizamos, en oncología esta fase no lograba la puntuación “wow” (Lukkap,2019), ya que el servicio flojeaba en el acompañamiento al paciente, o en la explicación del profesional sobre cómo contar lo que el paciente había sido diagnosticado. Por otro lado, en traumatología, esta fase de diagnóstico se comporta de manera excepcional. Llega a alcanzar la experiencia “wow” (Lukkap,2019), ya que el paciente está satisfecho con todas las fases del proceso y opina que el médico le ha explicado a la perfección lo que le sucede, así como los tratamientos a seguir y las dudas que a este le han podido surgir.

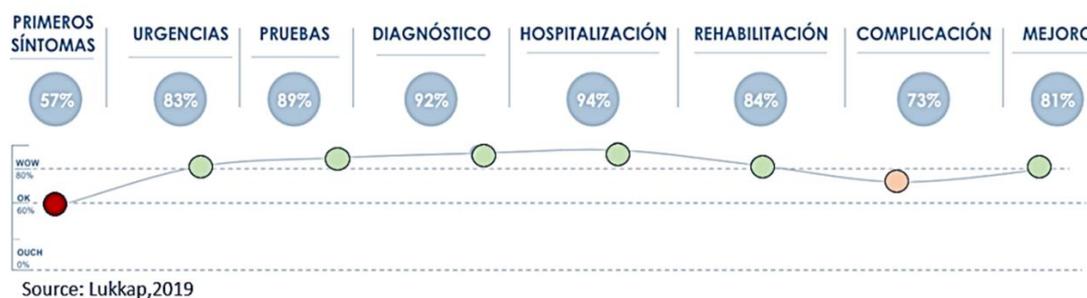
La fase de hospitalización, al igual que en odontología, obtiene una satisfacción “wow” (Lukkap,2019), logrando que el paciente se sienta a gusto con el servicio y cómodo durante su estancia en el hospital.

La siguiente fase en traumatología es la de rehabilitación. Esta obtiene una satisfacción del 84% (Lukkap,2019). Sin embargo, se puede observar cómo los pacientes han podido tener dificultades a la hora de encontrar centros cercanos a su domicilio, haciendo este proceso algo más costoso.

En la fase de complicación, se puede observar en el gráfico 4, cómo la curva del patient journey sufre una bajada. En esta fase, el paciente considera que, en su complicación, no se ha visto acompañado ni motivado por el personal y que ha notado una escasez de consejos sobre cómo cuidarse y evitar futuras complicaciones. Asimismo, el paciente considera que no se le ha explicado del todo el porqué de la complicación. Al igual que en oncología, el paciente de traumatología considera que no se le ha dado especial preferencia a la hora de coger cita con el médico.

Por último, encontramos la fase de mejoría del paciente. En el caso de esta especialidad, la experiencia del paciente es positiva, logrando una puntuación “wow”. Durante esta fase, el único punto que no obtiene puntuación “wow” es aquel en el que el médico informa al paciente acerca de su total recuperación y vuelta a su vida normal.

Gráfico 4: Patient Journey Traumatología



5.2.3 Enfermedades respiratorias

Esta especialidad sigue también un proceso parecido a los anteriores. El patient journey de esta enfermedad comienza cuando aparecen en el paciente los primeros síntomas, según el estudio realizado por Lukkapp (2019). Esta primera fase, al igual que en traumatología, obtiene una satisfacción “ouch”, ya que el paciente corrobora que en la farmacia no supieron aconsejarle sobre qué debía tomar ante tales síntomas, y que tampoco le aconsejaron acudir a un médico.

La fase de pruebas en esta especialidad obtiene una puntuación de 90,2% (Lukkapp,2019), siendo esta “wow” y logrando una satisfacción del paciente en todo momento. Durante esta fase, el proceso menos satisfactorio fue el acompañamiento al paciente, ya que esta puntuación es la menor de la fase, pero siendo aun así una experiencia “wow”.

El diagnóstico recibe también una experiencia “wow” en la que el paciente considera que el servicio sanitario ha sido satisfactorio, ya que ha recibido indicaciones acerca de su enfermedad y del tratamiento que debía llevar a cabo para su total recuperación (Lukkapp, 2019).

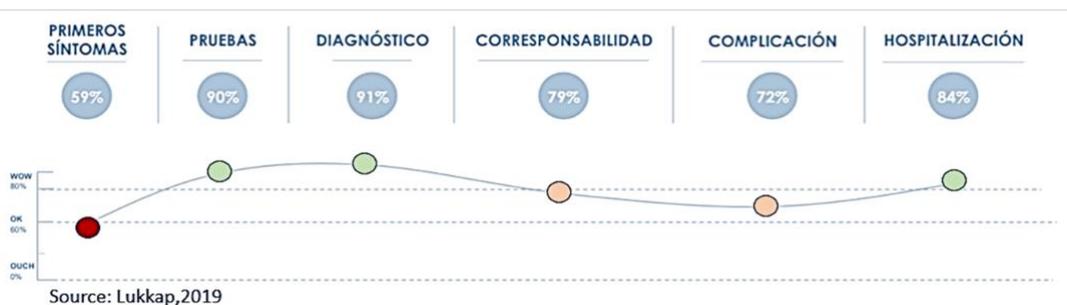
La fase de corresponsabilidad no alcanza una puntuación “wow”, sino que se queda en una experiencia “ok”. Unos de los puntos más débiles de esta fase, según el estudio de Lukkapp (2019) vuelve a ser el acompañamiento del paciente, cómo se ha podido observar anteriormente en las dos especialidades previamente analizadas. Aquí, el paciente percibe una falta de apoyo y consejos profesionales sobre cómo afrontar su nuevo día a día.

Asimismo, el paciente puntúa cómo “ok” la capacidad de contactar con un referente en caso de complicación.

En la fase de complicación, el patient journey obtiene una experiencia “ok”, como en las especialidades analizadas anteriormente. El principal problema a lo largo de esta fase vuelve a ser la ausencia de prioridad a la hora acceder a una cita médica, una vez surge alguna complicación. Además, la motivación que percibe el paciente en las complicaciones tampoco es la mejor, ya que obtienen un 77%, según el estudio de Lukkap (2019).

La última fase de hospitalización obtiene una puntuación “wow”, al igual que en las demás especialidades. Cómo podemos observar en el gráfico 5, el punto de satisfacción más bajo de esta fase se encuentra en las explicaciones que recibe el usuario acerca de cómo va a ser su paso por el hospital.

Gráfico 5: Patient Journey Enfermedades Respiratorias



5.2.4 Diabetes

“La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce” (OMS).

El patient journey de esta especialidad es algo más corto, en comparación con los anteriormente analizados. Este journey, consta de cuatro fases: diagnóstico, corresponsabilidad, complicación y hospitalización. Las tres primeras fases no llegan a alcanzar la experiencia “wow” (Lukkap,2019).

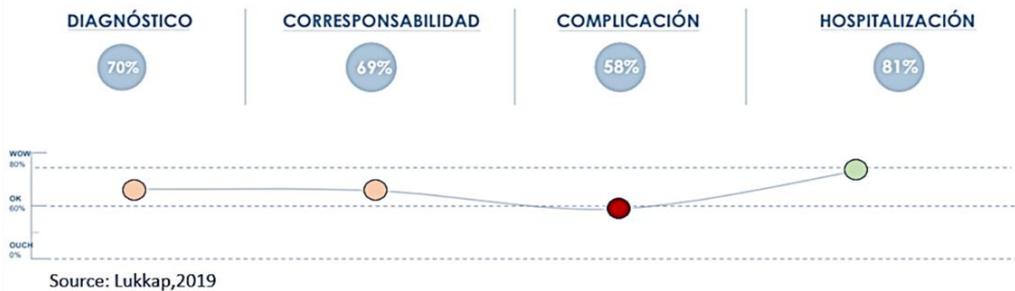
La primera fase de diagnóstico obtiene una puntuación del 70% y consigo una experiencia “ok” y por lo tanto mejorable. Uno de los puntos débiles de esta fase es la soledad del paciente, ya que este puntúa como experiencia “ouch” el tener un profesional en el que apoyarse a lo largo de su enfermedad. Asimismo, el paciente considera que el médico no le proporcionó una explicación clara sobre como contar a familiares o en el trabajo acerca de esta enfermedad.

La fase de corresponsabilidad es puntuada también como experiencia “ok” con un 69% (Lukkap,2019). Una debilidad de este mapa de paciente es el hecho de que estos no encuentran facilidad para coordinar citas con distintos especialistas. Por otro lado, en esta especialidad, el paciente también considera escasos el acompañamiento y los consejos acerca de cómo ha de ser la adaptación a la enfermedad, al igual que tampoco puntúa cómo “wow” (Lukkap,2019) el poder contactar con un referente con facilidad en caso de duda.

La tercera fase de este patient journey sería la aparición de alguna complicación a lo largo de la enfermedad. Esta fase obtiene la puntuación más baja de este patient journey, con un 58% de satisfacción (Lukkap,2019). El paciente considera como pobres los servicios sanitarios dedicados motivarle para que este continuase cuidándose. Además, este considera que no ha recibido los consejos suficientes acerca de cómo cuidarse y evitar complicaciones. Una vez más, el punto más bajo de la fase de complicación es aquel en el que el paciente piensa que no se les da prioridad para obtener una cita con su endocrino ese mismo día que surge la complicación.

La última fase de la diabetes es la hospitalización. Esta, obtiene una experiencia “wow” con un 81% (Lukkap,2019). La satisfacción más baja de esta fase es la explicación al paciente acerca de cómo va a ser su estado físico una vez salga del hospital.

Gráfico 6: Patient Journey Diabetes



5.2.5 Embarazo

El patient journey del embarazo es algo más largo. Las primeras fases, son parecidas a las enfermedades tratadas anteriormente.

El diagnóstico, obtiene un 83%, es decir es una experiencia “wow” (Lukkap,2019). Sin embargo, se puede comprobar que hay un punto débil que obtiene un 61% de satisfacción. Este es el punto en el que se evalúa la satisfacción del paciente con respecto a la figura de un referente que le acompañe a lo largo del embarazo, y le ayude con preocupaciones o posibles dudas.

La fase de corresponsabilidad obtiene una puntuación del 75%, y por lo tanto es una experiencia “ok” (Lukkap,2019). El principal punto débil de esta fase, cómo hemos visto en casos anteriores es la falta que encuentra el paciente con respecto a consejos y recomendaciones acerca de cómo adaptarse a su día a día durante el embarazo.

La fase de pruebas recibe una puntuación excelente. Obtiene un 90% de satisfacción (Lukkap,2019), y es por lo tanto una experiencia “wow”, en la cual el paciente se ha sentido cómodo, ha sentido interés por parte del profesional, le han explicado las dudas que este podía tener...

La fase de complicación recibe según el estudio de Lukkap (2019) una puntuación “ok”. La fase que hace que esta experiencia no sea “wow” vuelve a ser la insatisfacción a la hora de conseguir una cita con su ginecólogo con prioridad ante las complicaciones que puedan surgir.

La siguiente fase de este patient journey es el embarazo, el cual dura aproximadamente 40 semanas (Inatal,2020). Esta obtiene una puntuación global del 85%. Sin embargo, una de las fases del parto recibe una puntuación muy negativa (35% según Lukkap,2019). Esta puntuación mide la satisfacción del cliente acerca del interés por parte del profesional sanitarios a conocer mejor específicamente el embarazo de cada paciente para poder así personalizar la preparación para el parto.

En algunas ocasiones, “cuando un bebé nace antes de tiempo, tiene problemas de salud o nace en un parto difícil, va a la unidad de cuidados intensivos neonatales” (Kids Health, 2019). Esta fase es la de UCI. El estudio de Lukkap (2019) la puntúa como una experiencia global “ok”. Sin embargo, hay dos puntos en los que la satisfacción es “ouch”, ya que se encuentran por debajo del 60%. El paciente considera que, en la UCI, no contó con las comodidades necesarias. Asimismo, la peor puntuación del 10% confirma, que el centro no contaba con dispositivos remotos disponibles para los padres a través de los cuales podían ver al bebé cuando estos no se encontraban en el hospital.

La siguiente fase son los primeros días en el hospital. Esta obtiene una puntuación “ok” con el 76% de satisfacción (Lukkap,2019). El punto débil de esta fase es que el paciente considera como “ok” (Lukkap,2019) la explicación orientativa de los pasos que este iba a seguir desde que empieza la hospitalización hasta que termina.

Por último, se encuentra la fase que mide la satisfacción durante los primeros días en casa. Esta, obtienen una puntuación del 37% y por lo tanto “ouch” (Lukkap,2019). Una de las debilidades de esta fase es que el paciente considera que no ha obtenido el acompañamiento y apoyo emocional de profesionales que necesitaba después del parto. Asimismo, se puntúa con un 24% el hecho de que los servicios sanitarios se pusiesen en contacto con el paciente para comprobar si todo iba bien. Asimismo, es baja también la satisfacción que estudia el acceso del paciente a personal sanitario en caso de alguna duda acerca de la lactancia u otros temas. En relación con esto, el paciente puntúa también como “ouch” (Lukkap,2019) el acceso a un referente con el que ponerse en contacto en caso de complicación.

Gráfico 7: Patient Journey Embarazo



Source: Lukkit, 2019

6. LOS PUNTOS DÉBILES: CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Tras haber analizado los distintos patient journeys del estudio *Experiencia de Paciente en sanidad privada 2019. Evolución, procesos y roles* (Lukkap, 2019), se ha podido comprobar que los servicios sanitarios no son óptimos.

Los problemas o deficiencias de los servicios sanitarios españoles, identificados a lo largo de los patient journeys son aquellos en los que su satisfacción está por debajo del 80%, es decir, aquellos puntos que no logran una experiencia óptima, denominada experiencia “wow”. Estos puntos débiles obtienen, por el contrario, satisfacciones que suponen experiencias “ok” o “ouch”, las cuales han de ser mejoradas para lograr que cambien y se conviertan en experiencias “wow”.

Gracias al estudio realizado por Lukkap he podido identificar los problemas más comunes y repetidos en el sistema español. Por lo general, estas debilidades tienen más que ver con el trato al paciente y la cercanía, que con los procesos, máquinas o tratamientos médicos al que este es sometido. Los principales problemas identificados, serán expuestos a continuación.

5.1 Acompañamiento

Este es una de las principales debilidades de los servicios sanitarios. Tras haber analizado diferentes patient journeys, se ha podido comprobar que uno de los servicios peor cubiertos a lo largo del contacto entre sanidad y paciente, es el acompañamiento que este recibe. El paciente asegura que en ocasiones no ha dispuesto de un referente en el que poder apoyarse en caso de que le fuera necesario, o en caso de haberlo tenido, quizá la disponibilidad no era plena.

Cuando hablamos de acompañamiento, nos referimos también a toda ayuda psicológica y apoyo emocional que el paciente ha de recibir durante el período que dure su enfermedad. Estas son necesarias ya que, en ocasiones, las personas que padecen enfermedades se enfrentan a muchos cambios y pueden encontrar dificultades a la hora de adaptarse a ellos. Estos obstáculos “podrían derivar en un impacto psicológico negativo, tener una baja autoestima y depresión” (Retinosis.org, 2013). Este impacto, crea

en el paciente ciertos trastornos que hacen que su calidad de vida se vea reducida y más preocupante aún, hacen más complicada la recuperación de la enfermedad. Esto se debe a que el paciente, desmotivado, siga de manera errónea el tratamiento y descuide su salud. (Retinosis.org, 2013).

Según el doctor Javier García-Campayo (2013), psiquiatra del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, “El apoyo emocional facilita a afrontar mejor la enfermedad por parte de los pacientes, ya que permite conocer las fases de adaptación que se producen en una enfermedad de larga duración, y ofrece recursos para contrarrestar los pensamientos y emociones negativas”.

El acompañamiento al paciente puede ser a través de apoyo emocional, motivación para seguir cuidándose y mantener el ánimo, o consejos acerca de cómo este debe sobrellevar la situación, qué cosas debe hacer y qué cosas debe evitar para cuidarse y evitar complicaciones o recaídas.

Por lo tanto, el acompañamiento y la ayuda psicológica son vitales para que el usuario salga adelante, consiga afrontar la enfermedad y en caso de dificultad se sienta acompañado. Es de gran importancia mantener el ánimo del paciente, ya que afectará notablemente a su recuperación. En ocasiones, el paciente necesita también esta ayuda psicológica para asimilar, una vez ha finalizado su tratamiento y está recuperado. Es decir, el paciente requiere un acompañamiento no solo lo que dure la enfermedad, sino también a posteriori.

El médico juega un papel vital en el acompañamiento de los pacientes. El doctor Josep Vilaplana Birba, asegura que el médico ha de ser “un médico para enfermos, no para enfermedades” y que “más allá de ser capaces de proporcionar el diagnóstico y tratamiento adecuados en cada caso, los médicos debemos tener la habilidad de compartir con el paciente las decisiones que afectan a su salud, y acompañarlo a lo largo del tratamiento, especialmente en los momentos de mayor incertidumbre”(Vilaplana Birba, 2017).

5.2 Ausencia de información

Observando los patient journeys del estudio de Lukkap (2019), podría decirse que otra de las debilidades de los servicios sanitarios en España son las explicaciones y la información que el paciente recibe a lo largo de la enfermedad. Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad, este ha de hacerse a ella y para ello es necesario que la conozca y la entienda ya que es algo completamente nuevo para él.

Las explicaciones detalladas acerca de la enfermedad que sufre el paciente y las explicaciones ante posibles complicaciones que puedan surgir a lo largo de esta son por lo tanto esenciales para una experiencia positiva del usuario. Como se ha podido observar en el estudio de Lukkap (2019), en varias ocasiones el paciente puntúa estas explicaciones como experiencias “ok”, siendo estas explicaciones escasas y pobres.

Es común que los pacientes salgan de una consulta sin haber entendido del todo bien lo que el médico le ha tratado de explicar, ya sea por los tecnicismos que este ha utilizado o por la rapidez con la que lo ha hecho. Este es uno de los descontentos principales de los pacientes, el que el médico no haya aclarado todas las cuestiones (Garrote Díaz, 2012).

Esta pobreza en las explicaciones del médico al paciente es ocasionada en gran parte por la falta de tiempo del profesional. En España, el número de consultas se ha visto incrementado en los últimos años, provocando así una reducción de la duración de cada cita (Organización Médica General, 2008). Este reducido tiempo por cita se debe a la escasez de personal sanitario, el cual se ve desbordado, con un elevado número de citas diarias y no es capaz de dedicarle a cada paciente el tiempo que este requiere.

A raíz de esta escasez de tiempo y de la poca atención que puede proporcionarle el médico al usuario, se está deteriorando la relación entre ambos (Cortés, 2019), lo cual afecta a la confianza, comodidad y satisfacción del paciente, ya que, si el paciente es atendido rápido, a este le puede dar la sensación de que el servicio no es cuidadoso y de que el médico está más pendiente del tiempo que de atenderle. Cortés (2019) asegura que un médico no es capaz de hacer bien su trabajo en un tiempo tan reducido y que “es necesario que los profesionales puedan desarrollar su labor con el tiempo y los medios suficientes” y así entregar un servicio de valor. Y para eso necesitan tiempo.

5.3 Prioridad

A lo largo de los patient journeys del estudio realizado por Lukkap (2019) se puede comprobar cómo la puntuación que los pacientes dan a la prioridad que reciben es mediocre. Los pacientes hablan de una prioridad ante complicaciones que puedan surgir a lo largo de la enfermedad. Prioridad a la hora de conseguir cita ese mismo día/semana con el médico que les está tratando, con facilidad y rapidez.

Ante una complicación o situación imprevista, el paciente puede alterarse al no saber el porqué de esta. Es por ello, por lo que un paciente requiere ante una complicación una cita inmediata con su profesional, el cual podrá calmarle y explicarle lo que le sucede.

5.4 Farmacias

Como se puede observar en el estudio de Lukkap (2019), algunos patient journeys comienzan cuando una persona acude a una farmacia ante los primeros síntomas que esta presenta. La farmacéutica Iris Barreda, asegura que “muchos acuden la farmacia antes que al médico” (Pallás Caturra, 2020).

Según el estudio Indica+Pro promovido por SEFAC (SEFAC et al., 2018) la farmacia aporta gran valor al sistema sanitario ya que 9 de cada 10 casos son solucionados en farmacia sin necesidad de derivar el paciente a un médico. Estos casos son en relación con el paciente con síntomas y consultas menores. Sin embargo, algunos pacientes que presentan síntomas más fuertes acuden también a la farmacia en busca de una solución.

El estudio realizado por Lukkap (2019) refleja cómo en algunas especialidades cómo traumatología o enfermedades respiratorias, los pacientes consideran la experiencia de los servicios farmacéuticos como “ouch”. Esta satisfacción mide la experiencia en las farmacias antes de acudir al médico, en relación con los consejos que el usuario ha recibido ante sus síntomas y con la sugerencia por parte del farmacéutico de acudir al médico.

5.5 Tiempos de espera

En específico, el estudio de Lukkap (2019) identifica una debilidad en los tiempos de espera a los cuales el paciente se ve sometido en urgencias. “La percepción del paciente sobre los tiempos en Urgencias, o tiempo de espera percibido, afecta a su nivel de satisfacción” (Carbonell Torregrosa et al., 2006), y por ello es un tema que ha de ser analizado y mejorado.

EL tiempo de espera, no solo en el ámbito sanitario, sino en todos los ámbitos, es siempre un factor que interfiere en la experiencia del cliente. El tiempo de espera puede llegar a hacerse muy largo, ya que este se pasa más lentamente cuando el paciente no está ocupado, que cuando lo está (Becchetti , 2018). Si a esto le añadimos la preocupación que el paciente pueda tener acerca de su salud o el malestar por el que puede estar pasando durante la espera, esta experiencia es aún más costosa.

5.6 Otros problemas

Los problemas anteriormente mencionados son los más repetidos a lo largo del estudio de Lukkap (2019) y los de mayor peso en la experiencia del paciente. Sin embargo, se pueden observar más debilidades. Estas también han de ser mejoradas, ya que todo punto de contacto negativo con el paciente ha de ser analizado para tratar de hacer de esa debilidad una oportunidad de mejora del servicio y por lo tanto de la satisfacción del cliente. Los problemas son los siguientes.

Falta de conocimiento al paciente: el estudio de Lukkap (2019) puntúa de manera negativa la percepción del paciente acerca de cómo las clases de preparación al parto han sido adaptadas a sus propias necesidades, ya que los servicios sanitarios no se han preocupado del todo por conocerle de manera más personal. Esto demuestra, cómo la paciente embarazada anhela un contacto más cercano para que se conozcan mejor sus necesidades y los servicios se adapten a estas.

La relación médico- paciente es esencial, ya que el profesional juega un papel muy importante a lo largo del patient journey del usuario. Esta relación mide “la manera en

que fue tratado y examinado por el médico, satisfacción con la manera en que fue investigada la causa e informado el diagnóstico y tratamiento, satisfacción con el tiempo que le dedicó el médico en cada consulta”. (Franco & Pecci, 2002).

Además, existen otros problemas más específicos tales como la debilidad de la comodidades necesarias en la UCI de neonatos, o la disponibilidad de webcams para que los padres pudiesen observar a su bebé cuando no se encuentran en el hospital. Asimismo, el paciente considera que le gustaría que las restricciones para ver a su bebe en la UCI fuesen menores así poder acompañar al pequeño en todo momento.

Cómo se puede observar, los servicios sanitarios cuentan con gran variedad de debilidades que pueden ser mejoradas. A pesar de haber visto varias, me gustaría considerar cómo las más importantes el “acompañamiento” y las “explicaciones” al paciente.

7. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA EXPERIENCIA DE PACIENTE

Una vez identificadas las principales debilidades de los servicios sanitarios privados, me gustaría aportar posibles soluciones para intentar mejorar estos servicios y consigo la experiencia del paciente. Para esto, he realizado varias entrevistas a profesionales del sector sanitario. He decidido realizar entrevistas porque me parece un modo claro de contrastar lo que he analizado anteriormente, y porqué las entrevistas y los métodos cuantitativos son muy útiles a la hora de conocer el cómo y porqué de las cosas. Aportará gran valor al trabajo contar con la opinión de profesionales en continuo contacto con el paciente.

El objetivo principal de las entrevistas es comprobar y verificar con los profesionales las debilidades de los servicios sanitarios, y tomar las aportaciones de estos expertos para aportar las soluciones de mejora de los servicios. Estos me han dado su punto de vista profesional acerca de los problemas identificados y han compartido conmigo opiniones, soluciones y demás información que es muy útil para concluir este trabajo.

El perfil de los entrevistados es variado, ya que han sido tanto médicos, como enfermeros y psicólogos. Las características de los entrevistados se describen en la tabla 1.

La experiencia de todos ellos en el sector, supera los 10 años y muchos de ellos han trabajado tanto en sanidad privada cómo en pública

Tabla 1: Perfil de los profesionales entrevistados

NOMBRE	PROFESIÓN	AÑOS DE EXPERIENCIA	SANIDAD PÚBLICA/PRIVADA
Eugenia	Enfermería. Medicina interna y comunitaria	16	Pública
Jimena	Medicina interna	27	Pública
Ana	Psicología Clínica	12	Privada
Claudia	Psicología General Sanitaria	15	Privada
Sergi	Medicina Familiar y Comunitaria	20	Pública
Marta	Medicina de Familia	24	Privada
Silvia	Medicina de Familia	29	Privada
Pilar	Neonatología. Area de Pediatría	30	Privada
Juan	Cirugía Oral y Maxilofacial. Estomatología	35	Privada + Pública
Javier	Cirujía general	38	Privada

Elaboración propia

Las entrevistas han sido semiestructuradas, dejando a cada profesional salirse del guion y centrarse en cierta medida en su profesión y en lo que cada uno consideraba de mayor importancia. Para estructurarlas, he seguido un guion basándome en las debilidades analizadas en el apartado anterior. La entrevista comenzaba preguntando de forma general

acerca de la experiencia del paciente y su importancia. Después, la entrevista se dividía según las debilidades principales (acompañamiento, información al paciente, prioridad...), cada debilidad con unas preguntadas relacionadas. Para terminar la entrevista, incluí un último apartado con otras preguntas no relacionadas a ninguna debilidad específica.

Algunas de las entrevistas se han realizado presenciales, otras por teléfono y otras por email. En las presenciales o telefónicas, han sido entrevistas más fluidas y abiertas según iba fluyendo la conversación con el profesional. Sin embargo, las escritas por email no. Algunos de los profesionales han querido responder a todas las preguntas, y otros se han centrado solo en algunas debilidades, que consideraban más interesantes/importantes, o que tenían más que ver con su especialidad (por ejemplo, una de las psicólogas se centró solo en el acompañamiento al paciente).

A continuación, comentaré las dos debilidades más relevantes (acompañamiento y ausencia de información) junto con otras que tienen también cierta relevancia (tiempo de espera y tiempo en consulta y prioridad). Al final se comentarán otros aspectos, así como otras de las debilidades comentadas por el personal sanitario entrevistados.

6.1 Acompañamiento

El acompañamiento es un objetivo imprescindible a lo largo de todo el proceso de intervención. Hacer sentir al paciente que no está solo en lo que está viviendo, además de recoger, comprender y validar sus emociones es esencial. Como hemos podido comprobar a lo largo del estudio de las debilidades de la sanidad privada, el acompañamiento es una de las principales debilidades y a la que los pacientes dan especial importancia.

A través de las entrevistas, se puede comprobar la importancia que todos los expertos dan al acompañamiento y al estado anímico del paciente. Es fundamental que el paciente se sienta acompañado durante su enfermedad, ya que la sensación de miedo y soledad no ayudan a su recuperación.

Todos los entrevistados comparten la opinión acerca de que el referente del paciente ha de ser el médico, ya que es el que conoce a la perfección la enfermedad por la que pasa el paciente.

Asimismo, los entrevistados opinan que a pesar de que el referente sea el médico, el acompañamiento psicológico puede ser muy necesario en muchos casos en los que el paciente necesite un apoyo extra. Una de las soluciones para mejorar este escaso acompañamiento es aumentar los servicios psicológicos. Sería muy beneficioso para la experiencia del paciente intentar que todos o casi todos ellos sean puestos en contacto con un psicólogo una vez inician un tratamiento médico, sea cual sea e independientemente de su duración. Debido a que esto tendría un alto coste, una propuesta interesante sería que una vez el paciente sea puesto en contacto con un psicólogo, este tenga la opción voluntaria de asistir o no. De esta manera, aquellos pacientes que sienten que necesitan apoyo psicológico adicional, podrán acudir a él, y aquellos que no lo necesitan, disponen de un contacto por si en algún momento lo necesitasen.

Cada paciente es diferente y cada uno pasa por enfermedades y situaciones distintas. Además, cada uno tiene una fuerza psicológica y mental diferente, algunos tienen un estado de ánimo bueno, aunque su enfermedad sea más grave, y otros lo tienen muy malo. Es por esto por lo que es muy importante que las intervenciones de los profesionales se adapten al estado anímico que presenta cada paciente.

Otra solución apoyada por varios de los entrevistados para la mejora del acompañamiento es tratar de mejorar la relación médico-paciente y médico- psicólogo. El médico ha de conocer muy bien al paciente y analizar cómo es su estado de ánimo en todo momento. El acompañamiento de pacientes con estado anímico bajo es especialmente relevante ya que una identificación y un abordaje tempranos pueden prevenir la aparición de nuevos problemas de salud. Es por ello por lo que los médicos se deben asegurar del estado anímico del paciente, y si considera que necesita ayuda adicional, lo derive a psicólogo y se haga un acompañamiento doble. De esta manera, se aseguraría el médico de que el paciente de estado anímico bajo es acompañado de manera especial a aquel que tenga.

Asimismo, es importante que se mejore la relación entre el médico y el psicólogo, de tal forma que ambos estén en contacto continuo y se transmitan información acerca del paciente, para adaptarse a cada uno respecto a sus necesidades y poder ofrecer al paciente un servicio muy personalizado a su estado anímico.

No debemos olvidar la importancia del acompañamiento a los familiares del paciente, el cual suele apoyarse en sus seres queridos (familiares o amigos) que realmente conocen su personalidad, valores y debilidades para ayudarlo a afrontar la enfermedad. Todos los entrevistados afirman que el núcleo familiar tiene mucho impacto en la fase de recuperación del paciente. Por ello, los servicios sanitarios deben apoyar también a los familiares, que en ocasiones necesitan hablar con un psicólogo para afrontar la situación y para mostrarles a cómo apoyar a su familiar enfermo. Es por ello, que este acompañamiento debe ser también reforzado para mejorar el entorno del paciente.

En cuanto a los profesionales de la medicina, seis de diez entrevistados piensan que en algunas ocasiones ocurre que los profesionales de la medicina no tienen en cuenta la parte psicológica de toda intervención (dar un trato cercano, explicar las cosas con claridad sin dar por hecho que el paciente entiende tecnicismos, ofrecerse a resolver dudas, empatizar a la hora de dar malas noticias, transmitir un diagnóstico de forma adecuada, escuchar con atención las preferencias del paciente con respecto a sus opciones...).

Cuando se dan estas carencias la experiencia global del paciente se ve deteriorada incluso aunque el paciente reciba acompañamiento psicológico aparte. Por lo tanto, una de las soluciones para mejorar la calidad del acompañamiento al paciente, sería formar al médico, y hacerle consciente de que la parte psicológica es casi tan importante como la médica.

Asimismo, 8 de los entrevistados piensan que la calidad del acompañamiento al paciente en la atención psicológica es directamente proporcional al tiempo disponible para atender y a la capacidad para ofrecer un seguimiento regular y frecuente según el caso. El escaso acompañamiento se debe en parte a la falta de personal sanitario para hacerlo.

Para solucionar esta falta de recursos en cuanto a profesionales de Psicología disponibles, uno de los entrevistados comenta una solución muy interesante. En los Centros de AP de Reino Unido existe la figura del terapeuta de salud mental, orientada a evaluar y manejar casos que no requieren de la actuación de Psiquiatra ni de Psicología. Dado el elevado porcentaje de problemas de salud mental “de fácil manejo”, sería una buena opción dedicar recursos a implantar esta figura en la Atención Primaria.

Otra solución relacionada, apoyada por 5 de los 10 entrevistado es que, dado a la posible falta de personal de apoyo al paciente, es bueno que los hospitales se apoyen en voluntarios, que, aunque no sean profesionales y no sirvan de un modo completo y único, pueden ayudar a que los pacientes a sentirse acompañados.

Los entrevistados aseguran que los estados de ánimo positivos tienden a potenciar la salud y por ello es vital mejorar el acompañamiento. Las personas que se sienten acompañadas, cuidadas, importantes y vistas, afrontan la enfermedad y el dolor con mayor optimismo y tranquilidad.

Después de escuchar las opiniones de los profesionales, podemos concluir que el acompañamiento y el estado anímico del paciente han de ser cuidados a lo largo de su enfermedad, ya que son esenciales para su recuperación física. Como aconsejan todos los entrevistados, ambos, médico y psicólogo son necesarios para dar apoyo al paciente.

7.2 Ausencia de información

Otra de las grandes debilidades de los servicios sanitarios es la ausencia de información y explicaciones que recibe el paciente a lo largo de su enfermedad.

Esta debilidad puede deberse a distintos factores. Algunas de las causas comentadas por varios de los expertos entrevistados son las siguientes. La falta de tiempo de los profesionales, que no pueden dedicar toda la atención necesaria a cada paciente; algunos profesionales dan por hecho que el paciente sabe de lo que le están hablando cuando lo normal es que no sea así, ya que estos utilizan tecnicismos que el paciente no conoce; la falta de interés y/o de habilidades de algunos profesionales que no están bien formados en empatía y relación al paciente; el temor de muchos profesionales a la hora de dar malas noticias. Estos son aspectos muy importantes que interfieren en la experiencia del paciente, y que deberían ser cambiados.

Ante este problema, una posible solución que 8 de 10 entrevistados considera que sería muy beneficiosa, es que el médico trate de ponerse en la piel del paciente y que tanto ellos como el personal de enfermería les dediquen un poco más de tiempo. Seis de los entrevistados considera que existe una falta de entrenamiento en acompañamiento,

escucha y comunicación médico-paciente de los profesionales de la salud. Por ello, una posible solución es formar al médico en cómo ponerse en la piel del paciente, e ir más allá de la enfermedad o el tratamiento.

La solución posible sería aumentar la formación de los profesionales en este ámbito, y tratar de enseñarles a ser más empáticos y ser más conscientes de que el paciente necesita un trato más cercano, y unas explicaciones más claras y sencillas. Afortunadamente cada vez más son los profesionales que generosamente en su tiempo libre se forman en técnicas de acompañamiento, escucha empática y ayuda en procesos de duelo...Una combinación entre más recursos y más formación sería una buena manera de empezar.

La falta económica y de personal afectan en cierta medida en la capacidad de los profesionales que trabajan en el sector hospitalario. Muchas veces no es la falta de conciencia o de deseo de acompañar a los pacientes si no la incapacidad real debido a una demanda muy grande y un tiempo limitado.

La falta de información a veces puede ocurrir en relación con una alta carga o presión asistencial, que son muchas veces excesivos en algunos sectores de la profesión médica. Es fundamental recordar que la información al paciente es parte inexcusable de la práctica adecuada y humana de la atención médica y recibir el feed-back de la experiencia de paciente puede ser importante para recordar que los servicios deben ajustar los tiempos asistenciales y los de información/apoyo al paciente (o familiares/padres en nuestro ámbito) tan importante como el diagnóstico y prescripción asistencial.

La solución para esta falta de información puede ser triple. Lo primero, que el médico tuviera más tiempo para dedicarle a cada paciente y, en segundo lugar, que si lo tiene, se le forme en la importancia de dar información al paciente y resolver sus dudas. Esta formación tanto para concienciarlo de la importancia de dar información, como de la manera de comunicar. En tercer lugar, una efectiva solución sería dedicar un espacio temporal para la explicación de la información de modo establecido.

Marta (2020), directora de un importante hospital de Madrid contaba que en muchas ocasiones el paciente siente que no ha sido bien informado acerca de su enfermedad o

tratamiento, porque en el estado de shock al comunicarle que sufre una enfermedad hace que este se bloquee y no escuche ni retenga la información que el médico le cuenta.

Para dar solución a este shock traumático, sería muy útil que después de haberle explicado todo al paciente, se le proporcionara un folleto con toda la información acerca de su enfermedad, para que la pueda leer con calma en otro momento. Aunque esta solución ya se lleve a cabo en algunos hospitales, todos deberían incorporarla.

Una buena solución para mejorar este problema, en el que el paciente siente la ausencia de información es preguntando al paciente si ha comprendido todo bien y si quiere conocer más detalles acerca de su tratamiento. Para el paciente es más fácil decir “sí” o “no” cuando se le ofrece la posibilidad de aclarar sus dudas, que reconocer de primeras que no han entendido lo que el profesional trata como “obvio” o reclamar más información cuando el paciente percibe que el profesional le está intentando “despachar” rápido. Por ello, lo más efectivo y fácil para el paciente, es que el propio médico le pregunte si le ha quedado todo claro y le dé la confianza de poder preguntar cualquier duda.

Es importante que el médico dedique tiempo al paciente para que entienda todo sobre su enfermedad, tratamiento, efecto de la medicación, por qué se le administra y que efectos adversos podría tener por si el paciente los nota no le produzca intranquilidad... No todos los pacientes quieren conocer las complicaciones de la enfermedad y eso tiene que saber el médico detectarlo para transmitir adecuadamente la información al paciente.

Muchos de los profesionales entrevistados afirman que esta es una gran debilidad de los servicios sanitarios y que ha de ser mejorada cuanto antes. Aquellos que tienen más experiencia en el sector, opinan que lo más importante es incrementar la formación a los médicos, incluso desde que entran en la facultad, a empatizar mejor con el paciente y a adaptarse a sus niveles de entendimiento.

7.3 Tiempo de espera y tiempo en consulta

Otra de las debilidades de los servicios sanitarios que interfieren en la experiencia de paciente, son los tiempos de espera y el escaso tiempo en consulta. Ambos van de la

mano. Después de las entrevistas con los profesionales del sector, se puede confirmar que en general, prácticamente todos opinan que el tiempo en consulta no es suficiente para atender a los pacientes.

En este ámbito hay una clara diferencia entre sanidad pública y privada. Aquellos profesionales que se dedican a la sanidad privada confirman que su tiempo en consulta suele ser el necesario y se ajusta a las necesidades del paciente. Sin embargo, los profesionales que trabajan en servicios públicos no piensan lo mismo.

El tiempo perfecto siempre varía dependiendo de cada paciente. Sin embargo, el tiempo de consulta es limitado debido a una alta demanda de los servicios sanitarios.

En concreto, en la especialidad de psicología varía mucho la duración de las sesiones. Si es por privado es generalmente 1 hora, por aseguradora generalmente 30 minutos y por lo público, alrededor de 20 minutos. Las psicólogas entrevistadas consideran que una hora es un tiempo adecuado y media hora puede ser suficiente para algunos casos menos graves, pero menos de 30 minutos en Salud Mental es inaceptable si se quiere conseguir una atención de calidad en una especialidad que requiere tiempo y paciencia.

Asimismo, tres de los diez entrevistados considera que los tiempos de espera y el escaso tiempo en consulta se deben fundamentalmente a un problema organizativo y de gestión de recursos.

Una posible solución para mejorar el tiempo en consulta es reducir el número de consultas diarias debido a la sobrecarga actual de muchos profesionales. De este modo, se le podría dedicar más tiempo a cada paciente y adecuar el tiempo en consulta con sus necesidades.

Es cierto, que esta solución habría que estudiarla detalladamente, ya que esto no siempre es posible porque la población tiene derecho a una atención sanitaria de calidad, y reduciendo las consultas, no se podría ver al mismo número de pacientes y esto conllevaría a incrementar las listas de espera. Por esto, nueve de cada diez entrevistados aseveran que reducir el número de consultas debería ir unido con un aumento de profesionales sanitarios.

Otra posible solución es el aumento de la movilidad de los profesionales, ya que existen por ejemplo zonas de Madrid con pocos niños por pediatra y otras zonas con muchísimos

niños por pediatra. La movilidad ayudaría a repartir entre profesionales de manera equilibrada y conseguir una atención rápida a todo el que lo necesite.

7.4 Prioridad

Con respecto a esta debilidad, 8 de cada diez entrevistados consideran que es fundamental dar a los pacientes la prioridad que piden. Sin embargo, es difícil debido a la carga que tienen los profesionales sanitarios. Una opción atractiva para mejorar este problema es que los profesionales se quiten alguna consulta semanal (según la especialidad y la sobrecarga) para tener espacio libre para este tipo de consultas que surgen inesperadamente. Es una solución complicada, pero con una buena gestión de los servicios se puede llegar a conseguir.

Tres entrevistados aseveran que, en sus casos, cuando un paciente con un problema de salud crónico se agudiza, se le prioriza su atención, en ocasiones fuera de horario y de cita programada. Esto provoca en sus pacientes una satisfacción y agradecimiento pleno hacia ellos por haberles atendido cuando lo necesitaban.

Esta prioridad se podrá conseguir dependiendo de la patología y la situación del paciente. Hay pacientes a los que se les debe conseguir esta prioridad, sobre todo a aquellos que estén más graves.

La prioridad, comentan varios de los entrevistados, es fundamental para el paciente. Sin embargo, es complicada conseguirla siempre, ya que los profesionales andan muy apretados en su día a día. Sin embargo, son los mismos profesionales los que tienen que distinguir entre pacientes, y tratar de dar prioridad (aunque sea fuera de la jornada laboral), a aquellos pacientes que más lo necesiten y que consideren necesario, ya sea porque su enfermedad y tratamiento son más duros, o porque se trata de una paciente que psicológicamente es más débil.

7.5 Otras aportaciones de los profesionales

La psicóloga Claudia (2020), habla sobre otros problemas que ella considera relevantes hoy en día y que me gustaría comentar para dar más aportaciones para mejorar los servicios sanitarios. Claudia comenta en la entrevista que es un error utilizar un modelo

médico en el ámbito de la psicología, buscando principalmente eliminar o reducir el síntoma sin preocuparse por ir a la raíz de lo que lo está generando. Este modelo genera mejoras temporales, pero normalmente no permite cambios duraderos, lo que puede llevar a que el paciente se “queme” ante las recaídas y que tenga la sensación de haber pasado por una terapia detrás de otra sin éxito, perdiendo la confianza en la utilidad de estas intervenciones. La solución para esta debilidad identificada por la psicóloga, es tratar de buscar un entendimiento más profundo del paciente. No obstante, para ello es necesario tiempo, por lo que si éste falta, el profesional se verá obligado a realizar intervenciones más superficiales.

Otro problema de la sanidad que identifica Claudia (2020) es el síndrome de Burnout, muy común en el ámbito sanitario. Es un sector que conlleva mucha responsabilidad, sacrificio, carga emocional, etc. y en el que las condiciones no siempre son las adecuadas (sobrecarga de trabajo, bajos salarios, malos horarios...). Esto puede llevar a que los profesionales tengan tal desgaste físico y psicológico que vayan perdiendo la motivación en su trabajo y puedan llegar a tratar a los pacientes de forma insensible e incluso agresiva. La solución para mejorar debilidad es tanto la mejora en las condiciones laborales como el autocuidado. Los profesionales que se dedican a cuidar y acompañar también necesitan ser cuidados y acompañados, ya que muchos ven en su día a día a pacientes sufrir y no pueden evitar sufrir ellos también. Por ello, se les debería facilitar esta atención psicológica en todo momento. Este punto es de gran importancia, ya que si son los propios profesionales los que no están animados, no serán capaces de transmitir apoyo a los pacientes.

Asimismo, con respecto a la falta de personalización, el Doctor Javier, comenta que es un problema muy vigente junto con la excesiva frialdad en el trato médico-paciente. La solución para mejorar la personalización es formar al médico en cómo formar una buena relación con el paciente y así mejorar la comunicación. De esta forma, el paciente se sentirá más cómodo y el médico podrá conocerle mejor y así personalizar los servicios. Esta formación podría incluirse desde la facultad o en un posgrado, durante la formación MIR, y así empezar a inculcar la cultura de la buena comunicación desde el principio de la carrera profesional del personal sanitario.

Continuando con la relación médico-paciente, la falta de accesibilidad al médico crea en los pacientes una situación de ansiedad y falta de seguridad. Por ello dedicar más tiempo a la información/ y escucha y la accesibilidad para preguntar o consultar sobre “complicaciones” en el proceso asistencial es importante para mejorar la experiencia de los pacientes. En la satisfacción de la experiencia del paciente un pilar básico es una buena y accesible relación con el médico y el personal sanitario que le atiende, lo que permite una situación de confianza en su proceso asistencial.

Otras soluciones para mejorar la experiencia de paciente, es incrementar la posibilidad de contacto telefónico, es decir, aumentar las consultas por video llamada. De este modo se los médicos ahorrarían tiempo y facilitaría tanto al médico como al paciente, sobre todo en los casos de seguimiento.

7.6 Síntesis de las soluciones

Las soluciones para mejorar las debilidades recorridas anteriormente son las siguientes:

Tabla 2: Resumen de las soluciones para la mejora de la experiencia de paciente

Debilidad	Solución
Acompañamiento	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar los servicios psicológicos Mayor adaptación del profesional al estado anímico del paciente Mejorar la relación médico-paciente y médico psicólogo Incrementar el apoyo a familiares del paciente Formar al médico en la importancia del uso de psicólogos por los pacientes Introducir la figura del terapeuta de salud mental y del voluntario
Ausencia de información	<ul style="list-style-type: none"> Mayor implicación del médico para ponerse en la piel del paciente Más tiempo dedicado al paciente Formación al médico en acompañamiento, empatía y escucha Formación al médico de la importancia de transmitir de manera clara la información Dedicar un espacio temporal establecido para la explicación de la información Proporcionar al paciente un folleto con toda la información acerca de su enfermedad Incentivar que el médico pregunte al paciente si está todo claro y ha entendido todo Incrementar la formación al médico desde la facultad
Tiempo de espera y tiempo en consulta	<ul style="list-style-type: none"> Reducir el número de consultas diarias Aumento de profesionales sanitarios Aumento de la movilidad de los profesionales
Prioridad	<ul style="list-style-type: none"> Una consulta menos semanal para poder atender imprevistos El profesional ha de tratar de dar prioridad a los pacientes más urgentes Trabajar en ocasiones fuera de la jornada laboral
Otras aportaciones	<ul style="list-style-type: none"> Buscar un entendimiento más profundo del paciente Incorporación de atención psicológica periódica para los médicos Incremento de la personalización: más formación en la facultad o después del MIR Mejora de la accesibilidad al médico Consultas telefónicas o por videollamada

Elaboración propia

Es posible que las soluciones parezcan demasiado extensas, sin embargo, muchas de ellas son de fácil puesta en marcha, otras serán más costosas y requerirán más tiempo y dedicación de mejora. No es necesario hacer todo al mismo tiempo, sino que se pueden ir mejorando las debilidades poco a poco.

8. CONCLUSIONES

Al comienzo del trabajo se han definido los objetivos de este de la siguiente manera: entender cómo es la experiencia del paciente actualmente en la sanidad Privada española, y así tratar de mejorarla y conseguir que esta sea la mejor posible.

De esta forma, los objetivos se han dividido en dos secciones: la identificación de problemas o deficiencias en los servicios sanitarios privados que interfieren negativamente en la experiencia del paciente, y la aportación de posibles mejoras con respecto a los problemas identificados para mejorar los servicios sanitarios.

Después de un recorrido por la sanidad española, la sanidad privada, la experiencia de cliente y paciente, se ha analizado en profundidad los patient journeys del estudio realizado por Lukkap en 2019, sobre de la experiencia de paciente en la sanidad privada.

Después del análisis hemos identificado 5 debilidades principales de los servicios privados. Estas debilidades son el acompañamiento al paciente, la ausencia de información (las cuales son las más relevantes), la escasa prioridad, las farmacias y los elevados tiempos de espera y de consulta. Se comentan además otras debilidades, pero de menos importancia y menos identificadas por los pacientes.

Para dar respuesta a las posibles soluciones, se han llevado a cabo entrevistas a profesionales del sector, tanto médicos, como enfermeros y psicólogos. Contando con las opiniones de estos expertos se han aportado distintas opciones para dar solución a las debilidades y así mejorar la experiencia del paciente.

A raíz de las entrevistas se han sacado soluciones de todo tipo, como se puede comprobar en la tabla 2.

Con respecto al acompañamiento, se dan distintas oportunidades de mejora, así como: aumentar los servicios de psicología, una mayor adaptación del profesional al estado anímico del paciente, la mejora de la relación médico-paciente y médico psicólogo, un incremento al apoyo de los familiares del paciente, aumentar la formación a los médicos acerca de la importancia del uso de psicólogos por los pacientes y la introducción de la figura del terapeuta de salud mental y del voluntario.

Para mejorar la ausencia de información, se dan también muchas posibilidades para aminorar esta debilidad: una mayor implicación del médico para ponerse en la piel del paciente, el incremento del tiempo dedicado al paciente, mayor formación al médico acerca del acompañamiento, la empatía y la escucha y sobre de la importancia de transmitir de manera clara la información, dedicar un espacio temporal establecido para la explicación de la información, proporcionar al paciente un folleto con toda la información acerca de su enfermedad, incentivar que el médico pregunte al paciente si está todo claro y ha entendido todo y por último, tratar de incrementar la formación de los profesionales desde la facultad.

Para mejorar el tiempo de espera y el escaso tiempo en consulta se dan soluciones como la reducción del número de consultas por día, el aumento de los profesionales sanitarios y el aumento de la movilidad de os profesionales.

Con respecto al incremento de prioridad, se proponen soluciones como la reducción de una consulta semanal para poder atender los imprevistos, la selección del profesional de los pacientes más urgentes para darles esta prioridad y la necesidad de que el médico trabaje, en ocasiones puntuales, fuera de su jornada laboral.

Otras aportaciones que han surgido a raíz de las entrevistas son las siguientes: buscar un entendimiento más profundo del paciente, la incorporación de atención psicológica periódica para los médicos, el incremento de la personalización unido a una mayor formación sobre este tema en la facultad o después del MIR, la mejora de la accesibilidad al médico y un incremento de consultas telefónicas o por videollamada.

Después de aportar diversas posibilidades de mejora de la experiencia del paciente, mi recomendación es que cada hospital o consulta privada, analice cuales de estas debilidades se presentan con más frecuencia en sus servicios, y a partir de ahí tratar de implementar poco a poco las soluciones aportadas.

Este trabajo recoge soluciones de gran valor y que pueden ayudar considerablemente a mejorar los servicios sanitarios y la experiencia de los pacientes. Por esto, se puede decir que el trabajo tiene aportaciones en tres sentidos, hacia la investigación, la gestión hospitalaria y la sociedad. Las implicaciones académicas son importantes, ya que el trabajo puede ayudar a futuras investigaciones.

Asimismo, la implicación en la gestión hospitalaria es también amplia, ya que las soluciones pueden ayudar a gestores de hospitales a mejorar sus procesos y servicios, y tomar medidas para mejorar la experiencia del paciente, incrementar la fidelización e incluso mejorar los resultados económicos. Por último, considero que este trabajo tiene también una implicación con la sociedad, ya que la mejora de los servicios y de la experiencia en la sanidad hará que la sociedad esté mejor atendida, lo cual es un bien que nos beneficia a todos.

A pesar de aportar soluciones que aportan valor, este trabajo cuenta con algunas limitaciones. Una de ellas es que el estudio de las debilidades se basa en un único estudio, el de Lukkit (aunque es muy completo). Esto se debe a que he encontrado dificultad para encontrar otros estudios acerca de este tema, y por eso considero que el trabajo aporta valor a esta escasez. Otra limitación es que el estudio de Lukkit estudia solo cinco especialidades y solo lo hace en la sanidad privada. Es por esto por lo que el trabajo está únicamente centrado en la sanidad privada. Por otro lado, el estudio está centrado solo en España. En un futuro, se podrían hacer otros más amplios contando con más países, o más específicos haciendo un estudio por comunidades autónomas. Por último, se puede considerar una limitación, que las entrevistas se reducen a diez profesionales. Esto podría ampliarse a más profesionales o a investigaciones cuantitativas.

9. BIBLIOGRAFÍA

Alonso-Caballero, J., & Ferrer-Fores, M. (2017). *Resultados reportados por los pacientes (PROs)*.

Arrillaga, J. (2019, agosto 17). El sistema sanitario español, entre los diez mejores del mundo. Recuperado 9 de marzo de 2020, de https://www.consalud.es/pacientes/el-sistema-sanitario-espanol-entre-los-diez-mejores-del-mundo_67404_102.html

Bárez, M., Blasco, T., & Fernández Castro, J. (2003, diciembre). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer.

Becchetti , Paula . (2018, 6 diciembre). La psicología de la espera y el tiempo de espera percibido. Recuperado 14 de junio de 2020,de <https://debmedia.com/blog/la-psicologia-tiempo-de-espera-percibido/>

Carbonell Torregrosa, M. Á., Girbés Borrás, J., & Broseta, J. V. C. (2006). *Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario*.

Cortés, N. (2019, 6 enero). El lastre de médicos y pacientes: no hay tiempo para pasar consulta. Recuperado 15 de junio de 2020,de https://www.consalud.es/profesionales/el-lastre-de-medicos-y-pacientes-no-hay-tiempo-para-pasar-consulta_58503_102.html

Hernández, B. (2019, 15 octubre). El 35% de los menores entre ocho y 16 años tiene exceso de peso en España. Recuperado 10 de junio de 2020, de https://elpais.com/elpais/2019/10/11/planeta_futuro/1570804133_027875.html

El Universal. (2015, 5 enero). Esperanza de vida aumenta los casos de Alzheimer. Recuperado 18 de marzo de 2020, de

<https://archivo.eluniversal.com.mx/ciencia/2015/esperanza-vida-alzheimer-99662.html>

Europa Press. Madrid. (2019, 26 marzo). La sanidad privada en España alcanza los 10,3 millones de asegurados. Recuperado 28 de marzo de 2020, de <https://www.heraldo.es/noticias/salud/2019/03/26/la-sanidad-privada-en-espana-alcanza-los-10-3-millones-de-asegurados-1305720.html#:~:text=La%20sanidad%20privada%20en%20Espa%C3%B1a%20alcanza%20los%2010%2C3%20millones%20de%20asegurados,-La%20cifra%20ha>

Expansión. Datosmacro. (2019, 1 julio). España - Gasto público Salud 2018. Recuperado 26 de marzo de 2020, de <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/espana>

Expansión. Datos Macro. (2020, 11 febrero). La esperanza de vida en España sube hasta los 83,5 años.

Franco, J. A., & Pecci, C. (2002). *La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas*. Recuperado 15 de junio de <http://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol63-03/2/md-px.pdf>

Inatal. (2020, mayo 3). La duración del embarazo: ¿son realmente 9 meses? . Recuperado 1 de junio de 2020, de <https://inatal.org/noticias/blog-del-editor/488-la-duracion-del-embarazo-son-realmente-9-meses.html>

Instituto para el desarrollo e integración de la Salud. IDIS. (2018). Estudio RESA 2018. Recuperado 28 de marzo de 2020, de <https://www.fundacionidis.com/informes/estudios-resa/estudio-resa-2018>

Instituto para el desarrollo e integración de la Salud. IDIS. (2019). *Sanidad privada, aportando valor Análisis de situación 2019*.

Jiménez, Á. (2020, 24 enero). En España, más de un tercio de las muertes pueden atribuirse a factores de riesgo por comportamiento. Recuperado 19 de marzo de 2022, de https://www.consalud.es/pacientes/espana-tercio-muertes-atribuirse-factores-riesgo-comportamiento_73339_102.html

Kids Health. (2019, enero). Cuando su bebé está en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Recuperado 3 de junio de 2020, de <https://kidshealth.org/es/parents/nicu-caring-esp.html>

La Constitución Española de 1978. Artículo 43. (1978). Recuperado 2 de junio de 2020, de <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=43&tipo=2>

Ley General de Sanidad. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Recuperado 2 de junio 2020, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Lima Barreto, M. (2017, julio). Desigualdades en Salud: una perspectiva global. Recuperado 19 de mayo de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702097&script=sci_arttext&tlng=es

Lukkap. (2019). Experiencia de Paciente en sanidad privada 2019 Evolución, procesos y roles.

Martínez de la Puente, F. (2019). ¿Qué ventajas tiene la sanidad privada? Recuperado 29 de marzo de 2020, de <https://www.seguroscea.es/blog/395-que-ventajas-tiene-la-sanidad-privada>

Meyer, C., & Schwager, A. (2007). *Comprendiendo la experiencia de paciente*. Recuperado 3 de abril de 2020, de <https://as02matic.files.wordpress.com/2012/02/003-comprendiendo-la-experiencia-del-cliente.pdf>

Ministerio de Sanidad. (2017). Gasto sanitario privado: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante según los países de la Unión Europea. Recuperado 28 de febrero de 2020, de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_2.htm

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018, junio). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. Recuperado 8 de junio de 2020, de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Sistema de Cuentas de Salud*. Recuperado 8 de junio de 2020, de <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>

Miranda Camarero, M. V. (2014). *Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española*. Recuperado 28 de marzo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000200001#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,la%20salud%20y%20otros%20sectores

Moreno Monsiváis, M. G. (2012, diciembre 12). Patient's perception on their well-being during hospitalization.

OCDE. (2019). *State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2019*.

Ongallo, C. (2012). *La atención al cliente y el servicio postventa* (1.ª ed.). Madrid, España: Ediciones Diaz de Santos. Recuperado 3 de abril de 2020, de <http://google-books.blogspot.com/2016/09/la-atencion-al-cliente-y-el-servicio.html>

Organización Médica General. (2008, enero). Tiempos mínimos en las consultas médicas. Recuperado 13 de junio de 2020, de https://www.cgcom.es/sites/default/files/08_01_25_tiempo_consulta_0.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2019, 27 febrero). Atención primaria. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019, 27 febrero). Atención primaria. Recuperado 20 de febrero de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Organización Mundial de la Salud. (2019, 29 mayo). La OMS destaca la enorme magnitud de la mortalidad por enfermedades pulmonares relacionadas con el tabaco. Recuperado 17 de marzo de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-05-2019-who-highlights-huge-scale-of-tobacco-related-lung-disease-deaths>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Diabetes. Recuperado de 15 de marzo de 2020, de <https://kidshealth.org/es/parents/nicu-caring-esp.html>

Pallás Caturla, M. (2020, 5 abril). Muchos acuden a la farmacia antes que al médico. Recuperado 8 de junio de 2020, de <https://www.diaridetarragona.com/ebre/Muchos-acuden-a-la-farmacacia-antes-que-al-medico-20200405-0046.html>

Ramírez, E. (2018, 16 mayo). La sanidad privada cuenta con el 57% de los hospitales y el 33% de las camas existentes en España. Recuperado de 19 de marzo de 2020, <http://isanidad.com/112822/la-sanidad-privada-cuenta-con-el-57-de-los-hospitales-y-el-33-de-las-camas-existentes-en-espana/>

Redacción Médica. (2018, 20 septiembre). España tiene la sanidad más eficiente de Europa y la 3a mejor del mundo. Recuperado 15 de febrero de 2020, de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/espana-tiene-la-sanidad-mas-eficiente-de-europa-y-la-3-mejor-del-mundo-4821>

Redacción Médica. (2017, 27 marzo). La sanidad española pierde un puesto en accesibilidad y es quinta de Europa. Recuperado 20 de febrero de 2020, de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-sanidad-espanola-pierde-un-puesto-en-accesibilidad-y-es-quinta-de-europa-7322>

Retinosis.org. (2013, 27 septiembre). El apoyo emocional, vital para el progreso de pacientes con enfermedades crónicas oculares. Recuperado 10 de junio de 2020, de <http://retinosis.org/el-apoyo-emocional-vital-para-el-progreso-de-pacientes-con-enfermedades-cronicas-oculares/#:~:text=%C2%ABE1%20apoyo%20emocional%20facilita%20a,Javier%20Garc%C3%ADa-Campayo%2C%20del%20Servicio>

Riesgo, I., & García, J. (2019, octubre). *Diez temas candentes de la sanidad española en 2019*.

SEFAC, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia, & Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. (2018). INDICA+PRO: Implantación de un servicio de indicación farmacéutica. Recuperado 13 de junio de 2020, de <https://investigacionsefac.org/indicapro/>

Ucha, F. (2011, agosto). Definición de Sanidad. Recuperado 20 de febrero de 2020, de <https://www.definicionabc.com/ciencia/sanidad.php>

Unicef, & Gasol Foundation. (2019, octubre). *Malnutrición, obesidad infantil y derechos de la infancia en España*. Recuperado 10 de junio de 2020 de https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Malnutricion_obesidad_infantil_y_derechos_de_la_infancia_en_Espana.pdf

Universidad de Cantabria. (2017). *Sistemas sanitarios: El sistema Sanitario Español*. Recuperado 14 de marzo de 2020, de https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1010/course/section/1165/TEMA37_sistemas_de_salud.pdf

Vilaplana Birba, Dr. J. (2017, 28 diciembre). Un médico para enfermos, no para enfermedades. Recuperado 6 de junio de 2020, de <https://www.monempresarial.com/es/2017/12/28/un-medico-para-enfermos-no-para-enfermedades/>

Wow Custer Experience. (2017, abril). Gestión de la Experiencia de Cliente. Recuperado 3 de junio de 2020, de <https://www.wowcx.com/que-es-gestion-de-la-experiencia-de-cliente/>