

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Su correlación con la calidad de atención y los juicios por mala praxis

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

Cada vez son más las voces que consideran a la “satisfacción del paciente” como un componente fundamental de los planes de calidad y seguridad hospitalaria, pudiendo incluso influir sobre las evoluciones clínicas y predecir el riesgo de juicios por responsabilidad profesional. En la época del derecho del consumidor, la experiencia del paciente durante su internación, intrínsecamente ligada con su satisfacción, es una de las primeras prioridades de los ejecutivos del área de salud. Sin embargo, la mayoría de los médicos priorizan los buenos resultados por sobre la percepción del paciente acerca de temas que les parecen menores como, por ejemplo si fueron tratados con cortesía y respeto, si los escuchaban con atención, si les explicaban las cosas o si limpiaban su baño y habitación con frecuencia.

El concepto de satisfacción del paciente y su forma de medición es tema de continuo debate y ha sufrido transformaciones durante la última década, sobre todo en los Estados Unidos. Desde 2007, los programas de seguridad social del Medicare y Medicaid requieren que todos los hospitales que les prestan servicios encuesten a sus pacientes utilizando un modelo estandarizado (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems-HCAHPS -).(1)(2) Los datos comparativos de los distintos hospitales son publicados en la página web del Medicare y se encuentran disponibles libremente para el escrutinio público.(3)

La mayoría de la evidencia científica parece confirmar que cuanto más alto califican los pacientes su experiencia hospitalaria, mejores son los resultados de su atención y menores las posibilidades de ser demandados por mala praxis. Sin embargo, también se

han alzado algunas voces críticas, que vinculan a la satisfacción de los pacientes con mayores gastos de salud y mortalidad y que se cuestionan si una mayor satisfacción del paciente, como se mide y se usa actualmente, es un buen objetivo en sí mismo o no.

Más allá de lo atendible de estas críticas y de la necesidad evidente de refinar la forma de medir la satisfacción de los pacientes, se debe asumir que cada vez son más las personas que comparten sus buenas y malas experiencias en las redes sociales. Comentarios críticos que antes quedaban en el círculo íntimo de la familia y amigos hoy son transmitidos a la velocidad del rayo a miles de personas. Las críticas lapidarias sobre la atención médica pueden destruir la reputación de un centro y exponerlo a pérdidas financieras importantes. Por ello, para tener éxito en esta nueva era, las instituciones de salud deben abordar la satisfacción del paciente de manera integral, comenzando con el establecimiento de una cultura dedicada a esto. La capacitación y el entrenamiento del personal, un sólido sistema de manejo de quejas y las estrategias de mejora continua son esenciales para transformar la experiencia del paciente y alcanzar por ende altos niveles de satisfacción.

Este artículo busca poner a la satisfacción de los pacientes en el radar de los actuales debates acerca de mejoras en la prestación de salud, analizando sus posibles correlaciones con la calidad de atención y con los juicios por mala praxis. Describiremos a su vez la experiencia del Medicare con su modelo de encuesta (que incorporamos íntegramente en nuestro apéndice). Daremos también lugar a las voces y trabajos que cuestionan el exagerado énfasis que se le está dando

actualmente a la satisfacción de los pacientes. Por último, discutiremos algunos planes de acción para avanzar en este tema.

Satisfacción del paciente y calidad de atención

Quienes se toman la satisfacción del paciente en serio, sostienen que a través de la misma se alcanza una mejor calidad de atención, un personal más contento con el trabajo (disminuyendo su rotación), una mejor salud financiera, un fortalecimiento de la posición competitiva y una menor exposición a juicios por mala praxis.(4)

Tal como ocurre con los datos obtenidos a partir los reportes de incidentes y eventos adversos, los resultados de las encuestas de satisfacción serían entonces indicadores importantes para los responsables de identificar y seguir cuestiones atinentes a la calidad y seguridad de la atención brindada en sus respectivas organizaciones.

El grado de correlación entre las experiencias de los pacientes con otros indicadores objetivos de calidad y seguridad es mayormente desconocido. Sin embargo, cada vez son más los trabajos científicos que correlacionan las buenas experiencias de los pacientes con mejores prácticas y resultados clínicos. Consideremos los siguientes hallazgos:

- Los hospitales en donde los pacientes reportan experiencias más positivas tienden a brindar una mejor calidad de atención (medida con indicadores objetivos). Por ejemplo, aquellas instituciones que califican más alto en las encuestas del Medicare, se encuentran también entre las primeras que pueden demostrar mejores prácticas y resultados en condiciones tales como diagnóstico y tratamiento de infarto de miocardio y neumonía.(5)
- Isaac y col.,(6) investigaron la correlación entre las encuestas de satisfacción del Medicare (HCAHPS) de más 800 hospitales norteamericanos con indicadores de calidad y seguridad con amplio consenso como los Patient Safety Indicators de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y los de la Hospital

Quality Alliance (HQA). En este estudio nacional, los investigadores encontraron una notable asociación entre las percepciones de los pacientes (medidas en encuestas estandarizadas) y la calidad técnica, (medida según los indicadores mencionados). Dos indicadores generales de las encuestas, como el puntaje total de 0 a 10 y si recomendaría el hospital, tuvieron una fuerte relación con un mejor desempeño técnico (cumplimiento de mejores prácticas) en la atención de casos de neumonías extrahospitalarias, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio y atención quirúrgica. Otras buenas experiencias de los pacientes en todas las áreas investigadas se asociaron con una menor tasa de úlceras por decúbito. Las infecciones intrahospitalarias estuvieron a su vez fuertemente relacionadas con la percepción que tenían los pacientes sobre la limpieza y tranquilidad del ambiente hospitalario y el nivel de comunicación y respuesta del personal.

- Los pacientes satisfechos son más propensos a comprender y cumplir con las instrucciones y medicación que se le dan al momento del alta, facilitando mejores resultados.(7)
- Otras investigaciones también han establecido una correlación positiva entre la satisfacción de los pacientes, la calidad del servicio prestado y su percepción de seguridad. Los autores de un trabajo destinado a investigar el papel que tiene la percepción de seguridad por parte de los pacientes puntualizan que aquellos que perciben que no están seguros experimentan mayores niveles de estrés durante su internación, contribuyendo a evoluciones menos favorables.(8)

Satisfacción del paciente y juicios por mala praxis

Son pocos los juicios que se originan exclusivamente en una mala praxis. De hecho, los índices de pacientes dañados y de negligencias reales superan ampliamente a los de juicios por responsabilidad profesional. Ya en 1986, una investigación encomendada por el estado de

Nueva York reveló que sólo 1 de cada 8 personas dañadas por negligencias reales iniciaban juicios por responsabilidad profesional. (9) Los resultados de este estudio fueron debatidos durante años. Sin embargo, un trabajo más reciente arrojó que cerca del 40% de los casos de mala praxis presentados ante los tribunales norteamericanos carecen de fundamentos. (10) Estos guarismos son asombrosamente coincidentes con nuestra experiencia en la Argentina. El análisis de nuestros peritos médicos sobre más de 1000 casos ingresados a NOBLE Compañía de Seguros en la última década, confirma que en el 40% de los casos no hay mala praxis. Más allá de cuáles sean los números finos, queda claro que una enorme cantidad de mediaciones y juicios carecen de mérito. La pregunta a formularse entonces es ¿por qué terminan demandando los pacientes?

En muchas circunstancias, el inicio de un juicio no se debe sólo al daño sufrido por el paciente; es una combinación de este daño con un factor adicional. Este plus funciona como una circunstancia agravante que lleva al paciente a buscar un abogado: una pobre comunicación(11), enojo, falta de sinceridad (12) o la necesidad de información real sobre lo sucedido.(13) Estos factores demuestran la importancia de una buena relación médico-institución- paciente y de la satisfacción de este último para prevenir acciones legales.

Uno de los primeros estudios sobre la relación entre la satisfacción de los pacientes y la responsabilidad profesional de los prestadores fue llevado a cabo por G. Hickson en 1992.(14) Su investigación mostró que la pobre comunicación había sido un factor relevante para que las madres de niños que habían experimentado daños permanentes o muertes por causas perinatales iniciaran juicios y obtuvieran importantes compensaciones económicas. Desde este temprano trabajo sobre la relación de los pacientes con sus médicos y los juicios por mala praxis, se han publicado numerosos artículos con similares hallazgos. Beckman y col.(15) por ejemplo, examinaron los testimonios de numerosos actores para determinar sus motivaciones para demandar a sus médicos, encontrando que los aspectos relacionales constituían la principal motivación. W. Levinson,(16) por otra parte, mostró que cuanto más atentos y comunicativos eran los profesionales, menor era la cantidad de juicios que recibían. Investigaciones posteriores de Hickson concluyeron que los médicos con peor historia siniestral

eran los que a su vez recibían más quejas sobre aspectos interpersonales.(17)

Más recientemente, Rodríguez y col. publicaron un artículo que buscaba saber si las encuestas de satisfacción podían ser útiles para predecir el riesgo individual a recibir quejas y demandas por mala praxis.(18) Encontraron que la calidad de la interacción con los médicos, valorada en encuestas de satisfacción, tenía una correlación negativa con las quejas presentadas sobre estos médicos (a menor satisfacción, más quejas). La buena relación fue definida por los investigadores como aquella en la cual los médicos explicaban las cosas claramente, daban instrucciones comprensibles, eran atentos, conocían la historia del paciente y destinaban el tiempo suficiente a la consulta. Observaron que el aumento de 1 punto de desvío estándar en la calidad de interacción se asociaba con un 35% menos de chances de recibir una queja en el caso de médicos de atención primaria, y con un 50% cuando se trataba de médicos de especialidades de alto riesgo. Sin embargo, no pudieron encontrar una asociación clara entre las encuestas de satisfacción y los juicios por mala praxis. Postulan en sus conclusiones que se necesitan estudios a mayor escala.

Más allá de la dificultad para predecir el riesgo individual a recibir demandas, los estudios demuestran una clara relación entre la calidad de la comunicación e interacción percibida por los pacientes y los juicios por mala praxis. Y las encuestas de satisfacción son la forma más efectiva para evaluar dicha comunicación e interacción. En un interesante trabajo, Stelfox y col.(19) evaluaron a 353 médicos de un hospital universitario cuyo desempeño había sido calificado por 10 pacientes o más durante un período de dos años. Los médicos fueron divididos en tres terciles de acuerdo a las encuestas de satisfacción que se entregaban a los pacientes al momento del alta. Encontraron que los profesionales del tercil del medio tenían un 26% más de demandas por mala praxis y los del tercil inferior un 110% más que los del tercil de médicos que habían recibido las más altas calificaciones en las encuestas.

En un estudio del 2009, Fullam y col.(20) analizaron los datos de un gran centro médico académico, combinando los datos de los juicios por mala praxis interpuestos y las encuestas de satisfacción de los pacientes sobre los médicos que los atendieron. Encontraron una relación entre los puntajes más bajos y

las demandas, proponiendo a las encuestas de satisfacción como una herramienta útil para identificar y mitigar riesgos. Sugieren que los hospitales inviten a los médicos que reciben comentarios negativos a participar en programas de capacitación en comunicación.

En resumen, la relación entre la comunicación, el servicio, la satisfacción general del paciente y los juicios por mala praxis es hoy más importante de lo que se pensaba previamente. Son estos los factores que movilizan una inmensa cantidad de demandas, más allá del posible daño que haya sufrido el paciente. Es por ello que los prestadores deberían establecer a la satisfacción de los pacientes como una prioridad.

Encuestas de satisfacción. La experiencia de Medicare

En los Estados Unidos, el peso que tiene actualmente la experiencia del paciente durante su internación se ve reflejada, y tal vez influenciada por la evolución de la legislación. Desde julio de 2007, Medicare requiere que las instituciones incluidas en su sistema de pagos prospectivos (Inpatient Prospective Payment System – IPPS-) encuesten a sus pacientes utilizando un formato estandarizado desarrollado por el propio Medicare (HCAHPS) y que remitan estos datos al organismo para ser publicados en una página web que compara las encuestas de satisfacción de los distintos centros(www.medicare.gov/hospitalcompare). En el apéndice de este artículo se adjunta el modelo de encuesta en español. Los hospitales participantes deben entregar estas encuestas a pacientes de las áreas clínicas, quirúrgicas y de maternidad, debiendo generar un mínimo 300 encuestas por año, distribuidas en los 12 meses. Se excluyen de la encuesta las áreas de pediatría y psiquiatría.

La encuesta, desarrollada en asociación con AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) y respaldada por el National Quality Forum (NQA), está conformada por preguntas acerca de la experiencia de los pacientes en nueve aspectos clave: (1)(2)

- Comunicación con enfermeras
- Comunicación con médicos
- Nivel de receptividad y respuesta del personal del hospital
- Limpieza y tranquilidad del ambiente hospitalario

- Manejo del dolor
- Comunicación sobre la medicación que recibe
- Información al momento del alta
- Puntaje general del hospital (de 0 a 10)
- Si recomendaría o no el hospital

Al establecer una encuesta estandarizada a nivel nacional y hacer públicos sus resultados, Medicare buscó crear un incentivo para que los hospitales mejoren la experiencia de los pacientes internados. Este incentivo se vio fortalecido por una ley del año 2010 (Patient Protection and Affordable Care Act), que autorizó a Medicare a incluir los resultados de las encuestas en sus programas de cálculo de pagos por valor.(21) Además, mediante esta ley, Medicare redujo un 2% sus reintegros a hospitales. Estos fondos son redistribuidos luego a los hospitales de acuerdo a su desempeño, medido a través de las encuestas de satisfacción y mediante la comprobación de la implementación de 12 indicadores de calidad basados en la evidencia. Los hospitales con mejor puntaje reciben más dinero de este fondo. Aquellos con puntajes bajos reciben menos y se arriesgan a no recibir nada. Si bien el 70% de los pagos están atados a mediciones de desempeño clínico y resultados, el 30% se basan en las experiencias de los pacientes.(22)

Con estas medidas, la satisfacción del paciente ha tomado una nueva dimensión, ya que impacta directamente sobre los resultados económicos de las instituciones. Según Medicare, “por primera vez, los pagos a los hospitales de todo el país por la internación de pacientes agudos se basarán en la calidad y no sólo en la cantidad de prestaciones que brindan.” (23)

Para los hospitales, las encuestas de satisfacción, que son subjetivas, representan un desafío mucho mayor que el cumplimiento de estándares clínicos, los cuales se pueden comprobar objetivamente.(24) Algunos autores incluso consideran que las encuestas de satisfacción presentan ciertas ventajas sobre la medición de indicadores clínicos.(6) Para los pacientes que deben elegir un hospital en la web, es más fácil comparar experiencias de otras personas con la atención que indicadores clínicos. Por otra parte, los actuales indicadores clínicos (ej: tratamiento de neumonías, infartos o insuficiencia cardíaca), cubren un espectro muy limitado de la atención, y algunos estudios observan que los indicadores en un ámbito no necesariamente reflejan la calidad de la atención en

otras áreas.(25) Las encuestas, en cambio, que reflejan las experiencias de una mayor muestra de pacientes, podrían brindar un panorama más representativo de algunos aspectos seleccionados de calidad en la atención.(6)

Una revisión de 2009 encontró evidencias consistentes de que los consumidores que visitan el sitio web de comparación de hospitales eligen aquellos con mejor puntaje.(26) Este sitio web de Medicare recibió en 2012 1,2 millones de visitas.(27) Para los administradores de riesgo de los Estados Unidos el mensaje es claro: los bajos puntajes publicados en la web pueden tener un impacto directo sobre el volumen de pacientes y sobre los ingresos del hospital.

Las encuestas de satisfacción también son un requisito de acreditación en los Estados Unidos. La Joint Commission requiere la recolección de datos sobre la percepción que tienen los pacientes de la calidad y seguridad de su atención.(28) La correcta administración de la encuesta de Medicare permite demostrar el cumplimiento de este requisito.

Voces críticas. ¿El “cliente” siempre tiene razón?

El auge de las encuestas de satisfacción como un indicador de calidad ha despertado críticas en los Estados Unidos. Las mismas sostienen que las encuestas, tal como se utilizan actualmente, no son realmente efectivas para medir calidad y que las respuestas pueden estar sesgadas por el estrés del paciente y por expectativas desmedidas. Este pensamiento se ve reflejado en declaraciones de médicos y directivos de salud de dicho país: (29)

- *“Ante esta nueva tendencia, los médicos pueden llegar a pedir exámenes o tratamientos para satisfacer al paciente y no por necesidad médica, lo cual puede exponerlos a riesgos sin beneficios. Un mejor enfoque es explicar claramente por qué un examen o un tratamiento no son necesarios, pero eso lleva tiempo, y el tiempo en las consultas médicas es escaso.”*
- *“Como en la actualidad muchos médicos reciben incentivos monetarios en base a la*

satisfacción del paciente, a veces se pueden rehusar a ver las desventajas de los exámenes y tratamientos que el paciente les pide.”

- *“Los prestadores que están demasiado preocupados por la satisfacción del paciente, pueden estar poco dispuestos a hablar de temas delicados como fumar, abuso de sustancias o salud mental, temas que por ende quedan sin tratarse.”*
- *“Un hospital es un lugar adonde la gente va para recibir un tratamiento médico. Gastar recursos limitados en un restaurante con un menú cinco estrellas para superar a la competencia y afectar la experiencia del paciente puede ser un uso poco sabio de los recursos.”*
- *“¿Cómo hacemos para que una de las experiencias más devastadoras en la vida de una persona se transforme en una experiencia positiva?. Necesitamos más foco sobre los datos de resultados y vidas salvadas y menos acerca de cómo es presentada la comida”*

Pese a la mayoritaria bibliografía a favor, no siempre el aumento en la satisfacción de los pacientes se traduciría en mejores resultados clínicos. Así lo afirma J. Fenton, Profesor Asistente del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de UC Davis, en un polémico artículo publicado en 2012 en Archives of Internal Medicine.(30) Su trabajo fue el primer estudio nacional en sugerir que el excesivo énfasis en la satisfacción de los pacientes puede tener efectos adversos indeseados.

Para realizar el estudio, Fenton y sus colegas evaluaron información de más de 50.000 adultos que respondieron al Panel de Encuesta de Gastos Médicos, una encuesta de representación nacional de la población de los Estados Unidos que evalúa el uso y costo de servicios médicos. Los encuestados completaron cuestionarios sobre su estado de salud y su experiencia con el sistema de atención médica, incluyendo con cuánta frecuencia los prestadores los escuchaban atentamente, eran respetuosos e invertían suficiente tiempo con ellos. A los participantes también se les pidió que categorizaran su atención médica en una escala de 0 a 10.

La información se revisó con el registro nacional de certificados de muerte. El estudio reveló que los pacientes que estaban más satisfechos eran más propensos a ser hospitalizados, tenían costos totales de salud aproximadamente 9% más altos y gastos de medicamentos también 9% más altos. Sorprendentemente, su índice de mortalidad también era más alto: por cada 100 personas que fallecieron en un período de cuatro años en el grupo de pacientes menos satisfechos, murieron 126 personas en el grupo de pacientes más satisfechos. Lo interesante, remarca el autor, es que los pacientes más satisfechos tenían mejor estado de salud física y mental que los pacientes menos satisfechos. La asociación entre mayor satisfacción de pacientes y mayor riesgo de morir también fue más fuerte en los pacientes más sanos.

El manejo de la medicación para el dolor y la solicitud por parte del paciente de estudios innecesarios parecen ser los principales puntos de conflicto entre la satisfacción de los pacientes y el correcto ejercicio de la medicina. De hecho, el 48% de los médicos norteamericanos que respondieron a una encuesta online reportaron haber alterado de alguna manera su tratamiento médico, indicando estudios innecesarios o prescribiendo medicación no indicada, para influir en los índices de satisfacción de sus pacientes. Es aún más alarmante el hecho de que el 14% de estos médicos era consciente de los eventos adversos relacionados con estos tratamientos superfluos, incluyendo reacciones alérgicas a la medicación, mayor resistencia bacteriana, daño renal y sobredosis de medicación.(31)

Las mejores prácticas clínicas no deberían ser sacrificadas en aras de una mayor satisfacción del paciente. Para ello, los profesionales deberían comunicarse de manera clara y proactiva con sus pacientes. Por ejemplo, si un médico sabe que determinado narcótico es incompatible con el plan de tratamiento o condición de un paciente, debería advertirle desde el inicio esta situación y brindarle alternativas. Además, si los prestadores cultivan una buena relación desde el inicio, es más probable que los pacientes confíen en sus consejos y cumplan con sus indicaciones o con la decisión de no realizar ciertos estudios o tratamientos.

De manera similar, los hospitales se enfrentan al hecho de que muchas prácticas que se realizan sobre los pacientes entran, por su naturaleza, en conflicto con la

percepción que éstos pueden tener de lo que significa un buen “servicio de atención al cliente”. Por ejemplo, cierto grado de ruido durante la noche no puede evitarse (ej: alarmas de los equipos, enfermeras realizando controles de signos vitales, etc.) y no todo dolor puede ser controlado en todo momento. Algunas condiciones requieren controles frecuentes y ajustes de la medicación, que los pacientes pueden considerar como una intrusión o un exceso, dejándolos por la tanto insatisfechos.(32)

En todos los casos, la seguridad de los pacientes debe estar por encima de su confort, aún arriesgándose a recibir una pobre calificación en las encuestas de satisfacción. Sin embargo, la comunicación respetuosa con los pacientes, informándoles que dichas medidas son para proteger su salud y seguridad puede hacer mucho para ellos comprendan y cambien cualquier percepción negativa que pudieran tener.

Plan de acción

Establezca una cultura focalizada en la experiencia del paciente

La “experiencia del paciente” o la “atención centrada en el paciente” no son más palabras vacías, al menos en los Estados Unidos. De hecho, más del 84% de 332 líderes de salud consultados en una encuesta del 2012 definieron a la satisfacción del paciente dentro de sus tres primeras prioridades.(33) En un ambiente donde todos los pacientes esperan recibir una atención segura y de calidad, es su experiencia personal lo que puede diferenciar a un hospital de otro.(34) Y para que esta experiencia salte de un nivel promedio a uno de excelencia se requieren grandes cambios culturales. La idea debe ser “comprada” por los líderes y debe invertirse en la satisfacción de los empleados (es imposible que haya pacientes satisfechos si el personal no lo está). Debe existir a su vez un compromiso generalizado por mejorar la comunicación y la relación. Una mirada de cambios muy pequeños y simples, como recibir a los pacientes con una sonrisa u ofrecer una disculpa sincera por cualquier inconveniente, pueden tener un impacto muy significativo. La mayoría de las organizaciones de salud no tienen una definición formal de lo que significa la “experiencia del paciente”. El Instituto Beryl, una organización dedicada a mejorar la experiencia de los pacientes define el concepto como

“la suma de de todas las interacciones, modeladas por la cultura de la organización, que influye en las percepciones del paciente a lo largo de la continuidad de su atención.” (35)

Ninguna definición que se elija sobre la experiencia del paciente puede dejar de lado a la cultura institucional que se requiere para que el concepto prenda y pueda crecer. Considere si la cultura de su institución estimula una experiencia positiva para los pacientes. En el cuadro 1. “En sus zapatos... se exponen algunos indicadores claves para mejorar la satisfacción de los pacientes. Los mismos fueron obtenidos a partir de una encuesta a 3.500 pacientes, quienes debieron elegir de una lista cuales eran aquellas prácticas que les brindaban mayor satisfacción.

Cuadro1

En sus zapatos: Indicadores de desempeño claves para mejorar la experiencia del paciente

Los siguientes indicadores de desempeño, íntimamente relacionados con las encuestas de satisfacción, pueden tener un impacto significativo sobre la percepción de los pacientes. Los mismos fueron identificados en una encuesta realizada a nivel nacional en los EE.UU a 3500 pacientes.

- Durante el proceso de admisión, los pacientes llegan a su habitación dentro de los 20 minutos. (90 minutos si son ingresados desde la guardia)
- Los pacientes siempre pueden hablar con sus médicos cuando lo requieren o desean.
- Los enfermeros siempre describen el plan de atención del día.
- Los pacientes siempre reciben ayuda rápida al apretar el botón de llamada.
- Los médicos y el personal agradecen al paciente por elegir su hospital
- Luego del alta, personal del hospital llama para verificar el estado del paciente.

Fuente: Wolf JA. *Patient perspectives on outstanding experiences*. Dallas (TX): Beryl Institute, 2012.

Mejore la comunicación con los pacientes

El valor de una comunicación respetuosa y efectiva nunca debe ser subestimado. La mejor comunicación – entre enfermeras y pacientes, médicos y pacientes, miembros del equipo y de la familia- es tal vez el elemento más importante para mejorar la experiencia del paciente. La mejora en la comunicación promueve que los pacientes cumplan mejor con su tratamiento, mejora la relación de los mismos con sus prestadores y disminuye el riesgo de juicios por mala praxis.(36)

Invierta en la satisfacción de sus empleados

Innumerables expertos en satisfacción de los pacientes citan ejemplos de instituciones de salud que han invertido enormes cantidades de dinero en renovar sus instalaciones, haciéndolas dignas de hoteles de lujo, olvidándose de invertir en su principal activo para mejorar la experiencia de los pacientes: su personal. Cuando los empleados están contentos, se sienten valorados y están convencidos de que su contribución es importante, los pacientes sienten esa diferencia. Aún antes de comenzar a trabajar, los candidatos a un puesto deben ser advertidos del compromiso institucional con la satisfacción del paciente y el rol crucial del personal en ese esfuerzo.

El mantener informados al máximo posible a los pacientes los hace sentir actores principales en su atención y contrarresta los sentimientos de impotencia que son citados como inherentes a una experiencia hospitalaria insatisfactoria. Los pacientes suelen afirmar que su insatisfacción se acota si se les informa los motivos de las demoras, o si advierten, por ejemplo, que el personal hace todo lo que puede para calmar a un paciente excitado, cuyos gritos molestan en una terapia intensiva. Esto los hace sentirse respetados y parte del proceso.(37)

Según las encuestas, la información influye positivamente en otros aspectos de la experiencia de los pacientes. Un hospital universitario observó que el ruido de las bombas de infusión era el principal obstáculo que interfería con la percepción de un ambiente tranquilo. Encontraron que sólo advirtiendo a los pacientes por adelantado de los ruidos de estos aparatos, la percepción de la tranquilidad del ambiente mejoraba.(38) Otros hospitales han mejorado sus resultados en las encuestas con medidas muy simples como la utilización de pizarras en las habitaciones, las cuales son utilizadas para comunicar los miembros del equipo, los planes de atención y las evaluaciones de dolor.(39)

La comunicación no podrá mejorar si no se realizan esfuerzos para capacitar a todo el personal en este sentido. Las habilidades interpersonales deben ser desarrolladas en todas las personas que tengan contacto con los pacientes. Las interacciones positivas con los administrativos y el personal de enfermería se encuentran fuertemente asociadas con altos niveles de satisfacción.(40)

Desarrolle, realice y evalúe encuestas de satisfacción

Las encuestas de satisfacción, como la que presentamos en nuestro apéndice, permiten identificar las áreas que requieren mejoras. Aquellos aspectos que reciben una baja puntuación deberían gatillar acciones específicas. Por ejemplo, si una UTI recibe constantes críticas acerca de su tranquilidad y nivel de ruido, se debe trabajar para identificar las causas raíces de los mismos, buscando generar ideas que contrarresten el problema. Se debería elegir una o dos de las principales sugerencias y, luego de su implementación, ver qué impacto tienen en las encuestas de satisfacción.

Desarrolle sistemas de manejo de quejas

El manejo de quejas es un aspecto importante de cualquier programa destinado a mejorar la experiencia de los pacientes. Los responsables de calidad y de manejo de riesgos de la institución deben llevar un registro de la cantidad y tipo de quejas que reciben y determinar las acciones correctivas que se requieran.

Todos quienes trabajan en la institución deberían estimular a los pacientes y a sus familias a que les

comenten sus preocupaciones, dudas o quejas. Se debe garantizar un proceso formal para manejar estas últimas. Quienes deseen profundizar este tema, pueden leer en nuestro blog www.nobleseguros.com/blog una revisión sobre el manejo de quejas, realizada en marzo de 2013.

Por otra parte, los pacientes utilizan cada vez más Facebook, Twitter y otras redes sociales como un foro donde exponer las experiencias negativas y positivas de su internación. Si el centro de salud posee una página Facebook o Twitter, los responsables de calidad deberían tener un control muy cercano de lo que se dice sobre su institución.

Examine el proceso de externación

El proceso de externación es una parte crucial de la experiencia del paciente. Un alta de internación bien hecha promueve una mejor evolución y ayuda a evitar readmisiones innecesarias. Se pueden incluir en las encuestas preguntas acerca de este aspecto de la atención, tales como si comprendió cuál era su responsabilidad luego de salir del hospital, si entendió el propósito de cada una de las medicaciones que se le indicaron, y si el personal tuvo en cuenta sus preferencias individuales cuando se determinaron sus necesidades luego del alta. (41)

Las instrucciones deben ser claras, garantizando que el paciente comprende las responsabilidades de su auto cuidado. Explique el manejo de la medicación y las pautas de alarma en términos sencillos. Solicite al paciente que repita lo que se le dijo para corroborar la adecuada recepción del mensaje. Las instrucciones escritas facilitan el proceso.

Agradezca al paciente. Una cosa tan simple como agradecer la elección de su centro puede hacer mucho para elevar su satisfacción.

Brinde al paciente/familia una persona de contacto a la que puedan acudir por cualquier duda que surja en sus domicilios. Haga que una enfermera llame al paciente entre las 24 hs y 48 hs. post alta para:

- Expresar interés por la evolución del paciente
- Interrogar sobre asuntos clínicos, como tolerancia a la medicación, manejo del dolor, y si comprende las instrucciones que se le dieron.

- Investigar sobre el nivel de satisfacción, invitándolo a realizar sugerencias para mejorar el servicio.

Las instituciones que han implementado controles telefónicos post-alta han observado una mejora en la percepción que tienen los pacientes de su atención y una reducción en las consultas de los mismos por guardia de emergencias. (42)

En el caso de tener que transferir al paciente a un tercer nivel, en lugar de tan sólo presentarle la lista de los centros posibles dentro de su cobertura, puede ser útil tratar de determinar en primer lugar cuál de estos centros cumple mejor con las necesidades de los pacientes y de sus familias y averiguar si tienen disponibilidad de camas antes de presentárselos a los pacientes como una opción. Esto ayuda a eliminar la desilusión que se produce cuando la primera opción no está disponible.

Reduzca los ruidos

Los pacientes frecuentemente mencionan a los ruidos molestos como una de las principales razones de su insatisfacción. Un nivel de ruidos excesivo, sobre todo en el turno noche, puede impedir el descanso necesario y aumentar los niveles de stress. Las siguientes estrategias pueden ayudar a contrarrestar este problema: (39)

- Brinde auriculares a aquellos pacientes que ven televisión durante la noche.
- Limite las actividades de limpieza (ej lustrado de pisos) a las horas diurnas.
- Ponga a disposición de los pacientes antifaces para dormir y tapones para los oídos.
- Implemente campañas institucionales de reducción de ruidos que incluyan señales, afiches y capacitación del personal
- Cuando remodela o construye un área nueva, invierta en material de construcción que absorba los ruidos.

Palabras finales

Los pacientes pueden no comprender los aspectos técnicos de la atención que reciben, pero suelen tener una muy buena percepción acerca de cómo son

tratados. La relación entre la comunicación, el servicio y la satisfacción de los pacientes con los resultados clínicos y la prevención de juicios es hoy más importante de lo que se pensaba. Todo parece indicar que las encuestas de satisfacción son indicadores tan importantes como los que miden aspectos técnicos y resultados clínicos.

Para triunfar en esta nueva era, las instituciones de salud deben adoptar un abordaje global hacia la satisfacción de los pacientes, que comienza estableciendo una cultura dedicada a mejorar la experiencia de los mismos. La concientización y capacitación de todo el personal, un adecuado proceso de manejo de quejas y estrategias puntuales de mejora son esenciales para transformar la percepción de los pacientes y para alcanzar altos niveles de satisfacción.

Bibliografía

1. CAHPS Hospital Survey [online repository of tools and information related to the HCAHPS survey]. <http://www.hcahpsonline.org/surveyinstrument.aspx>.
2. HCAHPS fact sheet. <http://www.hcahpsonline.org/files/HCAHPS%20Fact%20Sheet%20May%202012.pdf>
3. Hospital Compare. www.medicare.gov/hospitalcompare
4. Press I. Patient satisfaction: understanding and managing the experience of care. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press; 2006
5. Jha AK, Orav J, Zheng J et al. Patients' perceptions of hospital care in the United States. *N Engl J Med* 2008 Oct 30;359 (18):1921-31.
6. Isaac T, Zaslavsky AM, Cleary PD, et al. The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety. *Health Serv Res* 2010 Aug;45(4):1026-40. PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20528990>
7. DerGurahian J. The bottom line on happiness [online]. *Mod Healthc* 2009 Jun 1 <http://www.modernhealthcare.com/article/20090601/NEWS/905299991>
8. Rathert C, May DR, Williams ES. Beyond service quality: the mediating role of patient safety perceptions in the patient experience-satisfaction relationship. *Health Care Manage Rev* 2011 Oct-Dec;36(4):359-68. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21691210>
9. Weiler PC, Brennan TA, Newhouse JP, Leape LL, Lawthers AG, Hiatt HH, et al. 1992. "The Economic Consequences of Medical Injuries." *JAMA*. 267: 2487-92.
10. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, Puopolo AL, Brennan TA. 2006. "Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation." *NEJM*. 354:2024-2033
11. Huntington B, Kuhn N. 2003. "Communication gaffes: a root cause of malpractice claims." *Bayl Univ Med Cent*. 16(2):157-61.
12. Witman AB, Park DM, Hardin SB. 1996. "How do patients want physicians to handle mistakes?" *Arch Int Med*. 156:2565-69.
13. Byington M, Bender A. 2000. "Commentary: communicating with patients." *Harvard Risk Management Foundation Forum*.;20(6):1-5. www.rmhf.harvard.edu/files/documents/Forum_V20N6.pdf
14. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA.. 1992. "Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries." *JAMA*. 267(10): 1359-1363.
15. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. 1994. "The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions." *Arch Int Med*. 154(12): 1365-70.
16. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. 1997. "Physician-patient Communication: The Relationship with Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons." *JAMA*. 277: 553-559.
17. Hickson G, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. 2002. "Patient Complaints and Malpractice Risk." *JAMA*. 287(22): 2951-2957.
18. Rodriguez HP, Rodday AMC, Marshall RE, Nelson KL, Rogers WH, Safran DG. 2008. "Relation of patients' experiences with individual physicians to malpractice risk." *International J for Quality in Health Care*. 20(1):5-12.
19. Stelfox, HT, Gandhi, TK, Orav, EJ, & Gustafson, ML 2005 "The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits." *American Journal of Medicine*. 118:1126-33
20. Fullam F, Garman AN, Johnson TJ et al. The use of patient satisfaction surveys and alternative coding procedures to predict malpractice risk. *Med Care* 2009 May;47(5):553-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19365294>

21. United States Department of Labor. Affordable Care Act. Accesible en internet <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
22. CMS Centers for Medicare and Medicaid Services. Hospital Value-Based Purchasing. Accesible en internet: <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/hospital-value-based-purchasing/index.html?redirect=/hospital-value-based-purchasing>
23. CMS issues final rule for first year of hospital value-based purchasing program [press release online]. 2011 Apr 29
24. Adamy J. U.S. ties hospital payments to making patients happy [online]. *Wall St J* 2012 Oct 14 <http://www.wsj.com/article/SB10000872396390443890304578010264156073132.html>
25. Wilson, I. B., B. E. Landon, P.V.Marsden, L. R. Hirschhorn, K. McInnes, L. Ding, and P. D. Cleary. 2007. "Correlations among Measures of Quality in HIV Care in the United States: Cross Sectional Study." *British Medical Journal* 335 (7629): 1085.
26. Faber M, Bosch M, Wollersheim H, et al. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care* 2009 Jan;47(1):1-8.
27. ECRI. Patient Satisfaction. *Healthcare Risk Control. Patient Support Services 2*. May 21, 2013
28. Joint Commission. Comprehensive accreditation manual for hospitals. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission Resources; 2013 Jan 1.
29. Zeis M. Patient experience and HCAHPS: Little consensus on a top priority. *Health Leaders Media Intelligence*. August 2012. Disponible en la web: http://www.healthleadersmedia.com/intelligence/detail.cfm?content_id=282893&year=2012
30. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, et al. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med* 2012 Mar 12;172(5):405-11
31. Sullivan W, DeLucia J. 2+2=7? Seven things you may not know about Press Ganey statistics [online]. *Emerg Physicians Mon* 2010 Sep 22. <http://www.epmonthly.com/archives/features/227-seven-things-you-may-not-know-about-press-ganey-statistics>
32. Nelson R. Patient satisfaction metrics: customer service or quality care? *Am J Nurs* 2012 Aug;112(8):18-9.
33. Zeis M. Patient experience and HCAHPS: little consensus on a top priority [HealthLeaders Media Intelligence report online]. 2012 Aug <http://content.hcpro.com/pdf/content/282893.pdf>
34. Rodak S. 4 strategies to boost hospitals' HCAHPS scores [online]. *Beckers Hosp Rev* 2012 Sep 4 <http://www.beckershospitalreview.com/quality/4-strategies-to-boost-hospitals-hcahps-scores.html>
35. Wolf JA: The state of patient experience in American hospitals. Dallas (TX): Beryl Institute; 2011.
36. Merlino, James I. (Chief Experience Officer, Office of Patient Experience, Cleveland Clinics). Conversation with: ECRI Institute. 2013 Feb 19.
37. Frampton S, Guastello S, Brady C, et al. Patient-centered care improvement guide. Derby (CT): Planetree, Inc.; 2008: 217- 21.
38. Wilson L. Small details, big impact: providers find little things can make big difference in patient satisfaction [online]. *Mod Healthc* 2009 Jun. <http://www.modernhealthcare.com/article/20090601/NEWS/905299941>
39. Wolf JA: Benchmarking the patient experience: five priorities for improvement. Dallas (TX): Beryl Institute; 2012.
40. Klinkenberg WD, Boslaugh S, Waterman BM, et al. Inpatients' willingness to recommend: a multilevel analysis. *Health Care Manage Rev* 2011 Oct-Dec;36(4):349-58.
41. Birmingham J. New HCAHPS survey questions about discharges [online]. 2011 Nov 1 <http://connect.curaspan.com/articles/new-hcahps-survey-questions-about-discharges>

42. Bombard CF. HCAHPS is all about patient satisfaction [continuing education course online]. <http://ce.nurse.com/ce559/hcahps-is-all-about-patient-satisfaction/coursepage>.

Encuesta CAHPS[®] sobre Atención Hospitalaria

INSTRUCCIONES

- ◆ Llene esta encuesta únicamente si usted es el paciente que estuvo hospitalizado durante la estancia que se menciona en la carta que vino con la encuesta. No llene esta encuesta si usted no fue el paciente.
- ◆ Conteste todas las preguntas marcando el cuadrado que aparece a la izquierda de la respuesta que usted elija.
- ◆ A veces hay que saltarse alguna pregunta del cuestionario. Cuando esto ocurra, verá una flecha con una nota que le indicará la siguiente pregunta a la que tiene que pasar. Por ejemplo:

Sí

No → *Si contestó "No", pase a la pregunta 1*

El número en la carta de presentación de esta encuesta sirve para saber que ya envió su respuesta y que no hay que enviarle recordatorios. Por favor tenga en cuenta que las Preguntas 1-25 de esta encuesta forman parte de una iniciativa nacional para evaluar la calidad de la atención en los hospitales. OMB #0938-0981

Las siguientes preguntas se refieren sólo a la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en otro hospital.

EL CUIDADO QUE RECIBÍ DE LAS ENFERMERAS

1. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le trataban las enfermeras con cortesía y respeto?

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

2. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención las enfermeras?

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

3. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas las enfermeras en una forma que usted pudiera entender?

¹ Nunca

² A veces

³ La mayoría de las veces

⁴ Siempre

4. Durante esta vez que estuvo en el hospital, después de usar el botón para llamar a la enfermera, ¿con qué frecuencia le atendían tan pronto como usted quería?

- 1 Nunca
2 A veces
3 La mayoría de las veces
4 Siempre
9 Nunca usé el botón

EL CUIDADO QUE RECIBÍ DE LOS DOCTORES

5. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le trataban los doctores con cortesía y respeto?

- 1 Nunca
2 A veces
3 La mayoría de las veces
4 Siempre

6. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención los doctores?

- 1 Nunca
2 A veces
3 La mayoría de las veces
4 Siempre

7. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas los doctores en una forma que usted pudiera entender?

- 1 Nunca
2 A veces
3 La mayoría de las veces
4 Siempre

EL AMBIENTE EN EL HOSPITAL

8. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia mantenían su cuarto y su baño limpios?

- 1 Nunca
2 A veces
3 La mayoría de las veces
4 Siempre

9. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia estaba silenciosa el área alrededor de su habitación por la noche?

- 1 Nunca
2 A veces
3 La mayoría de las veces
4 Siempre

SU EXPERIENCIA EN ESTE HOSPITAL

10. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó que las enfermeras u otro personal del hospital le ayudaran a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*)?

- 1 Sí
2 No → Si contestó "No", pase a la pregunta 12

11. ¿Con qué frecuencia, le ayudaron a llegar al baño o a usar un orinal (*bedpan*) tan pronto como quería?

- 1 Nunca
2 A veces
3 La mayoría de las veces
4 Siempre

12. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿necesitó medicamentos para el dolor?

- Sí
 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 15

13. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia le controlaban bien el dolor?

- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre

14. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia hacía el personal del hospital todo lo que podía para aliviar su dolor?

- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre

15. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron algún medicamento que no hubiera tomado antes?

- Sí
 No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 18

16. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le dijo el personal del hospital para qué era el medicamento?

- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre

17. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le describió el personal del hospital los efectos secundarios posibles en una forma que pudiera entender?

- Nunca
 A veces
 La mayoría de las veces
 Siempre

CUANDO SALIÓ DEL HOSPITAL

18. Después de salir del hospital, ¿se fue directamente a su propia casa, a la casa de otra persona, o a otra institución de salud?

- A mi casa
 A la casa de otra persona
 A otra institución de salud → Si contestó “Otra”, pase a la pregunta 21

19. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿hablaron los doctores, enfermeras u otro personal del hospital con usted sobre si tendría la ayuda que necesitaba cuando se fuera del hospital?

- Sí
 No

20. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron información por escrito sobre los síntomas o problemas de salud a los que debía poner atención cuando se fuera del hospital?

- Sí
 No

CALIFICACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre la vez que estuvo en el hospital cuyo nombre aparece en la carta de presentación de esta encuesta. No incluya información sobre otras veces que estuvo en otro hospital.

21. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor hospital posible y el 10 el mejor hospital posible, ¿qué número usaría para calificar este hospital durante esta vez que estuvo en el hospital?

- 0 El peor hospital posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor hospital posible

22. ¿Les recomendaría este hospital a sus amigos y familiares?

- 1 Definitivamente no
- 2 Probablemente no
- 3 Probablemente sí
- 4 Definitivamente sí

CONOCIMIENTO SOBRE LA ATENCIÓN QUE NECESITARÍA CUANDO SALIERA DEL HOSPITAL

23. Durante esta vez que estuve en el hospital, el personal tuvo en cuenta mis preferencias y las de mi familia o mi cuidador al decidir qué atención necesitaría cuando saliera del hospital.

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 De acuerdo
- 4 Muy de acuerdo

24. Cuando salí del hospital entendía bien qué cosas del control de mi salud eran responsabilidad mía.

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 De acuerdo
- 4 Muy de acuerdo

25. Cuando salí del hospital había entendido claramente la razón por la que tomaba cada una de mis medicinas.

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 De acuerdo
- 4 Muy de acuerdo
- 5 No me dieron ninguna medicina cuando salí del hospital

ACERCA DE USTED

Sólo quedan unas cuantas preguntas.

26. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿lo admitieron al hospital a través de la sala de emergencias?

- ¹ Sí
² No

27. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- ¹ Excelente
² Muy buena
³ Buena
⁴ Regular
⁵ Mala

28. En general, ¿cómo calificaría toda su salud mental o emocional?

- ¹ Excelente
² Muy buena
³ Buena
⁴ Regular
⁵ Mala

29. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

- ¹ 8 años de escuela o menos
² 9-12 años de escuela, pero sin graduarse
³ Graduado de la escuela secundaria, Diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED)
⁴ Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años
⁵ Título universitario de 4 años
⁶ Título universitario de más de 4 años

30. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?

- ¹ No, ni hispano ni latino
² Sí, Puertorriqueño
³ Sí, Mexicano, mexicano americano, chicano
⁴ Sí, cubano
⁵ Sí, otro hispano/latino

31. ¿A qué raza pertenece? Por favor marque una o más.

- ¹ Blanca
² Negra o afro americana
³ Asiática
⁴ Nativa de Hawai o de otras Islas del Pacífico
⁵ Indígena Americana o nativa de Alaska

32. ¿Principalmente qué idioma habla en casa?

- ¹ Inglés
² Español
³ Chino
⁴ Ruso
⁵ Vietnamita
⁶ Algún otro idioma (*Escriba su respuesta usando letra de molde*):
-