

Satisfacción con la atención a la salud.

La perspectiva del usuario

**Maria del Pilar
Lavielle-Sotomayor,^{1,2}
Maricela Cerón-Ruiz,²
Patricia
Tovar-Larrea,²
Juan José
Bustamante-Rojano²**

¹Unidad de Investigación en Epidemiología

Clínica,

Hospital

de Especialidades,

Centro Médico

Nacional Siglo XXI,

Instituto Mexicano

del Seguro Social,

Distrito Federal

²Servicio de Salud

Mental,

Hospital General de México OD,

Secretaría de Salud,

Distrito Federal

RESUMEN

Introducción: la satisfacción de los pacientes con la atención es un indicador para evaluar la calidad de la atención, sin embargo, no se ha llegado a un consenso acerca de los aspectos que deben ser medidos.

Objetivo: describir los aspectos que integran la satisfacción con la atención recibida desde la perspectiva del paciente.

Material y métodos: estudio descriptivo con una aproximación cualitativa. Los conceptos culturalmente relevantes fueron determinados en pacientes de consulta de primera vez en el Hospital General de México, mediante dos entrevistas estructuradas. En el análisis de los datos se utilizó el escalamiento multidimensional y el índice de Smith.

Resultados: fueron entrevistados 95 pacientes, 71.4 % fue del sexo femenino. Los 52 conceptos mencionados estuvieron integrados en las dimensiones *Proceso*: expectativas acerca del compromiso del médico con el alivio del paciente y de su constante capacitación; así como la importancia de ser tratado de manera multidisciplinaria; *Estructura*: funcionamiento administrativo del hospital. Los pacientes percibían la necesidad de que mejorara la interacción con el personal de enfermería.

Conclusiones: la satisfacción con la atención desde la perspectiva del paciente está basada en la actitud humana, el compromiso y el desarrollo de las potencialidades del médico en beneficio del paciente.

SUMMARY

Background: patient's health care satisfaction is the most important element in the evaluation of the health care quality. Nevertheless, there is still no agreement regarding which aspects from this phenomenon should be measured.

Objective: to describe which aspects integrate health care satisfaction from the patient perspective.

Methods: a descriptive study was held with a qualitative technique. The cultural aspects were determined in the patients first medical examination in Mexico's General Hospital through two structured interviews. Multidimensional Scaling and the Smith's Index was used for the data analysis.

Results: 95 patients were interviewed, 71.4 % were women, and according to the statistic method used, the 52 concepts mentioned by the patients were integrated in two dimensions. The dimension "the Process", included patients expectations regarding the physician's commitment to their healing and constant training process. The dimension "the Structure", was concerned with the administrative management of the hospital. Patients also pointed out the need to improve their interaction with the nurse personnel.

Conclusions: health care satisfaction from the patients perspective is based upon attitude, and the physician's commitment and his/her developmental skills in benefit of the patient's healing.

Recibido: 6 de junio de 2006

Aceptado: 4 de enero de 2007

Introducción

En los últimos años ha crecido el interés en la evaluación de la satisfacción con la atención, como una forma de mejorar la calidad de los servicios de salud. Este concepto es definido como la interpretación de los usuarios acerca de la calidad de su interacción con los proveedores de la

atención a la salud, y es considerado un indicador del funcionamiento de las instituciones.¹⁻³

La satisfacción está relacionada tanto con algunas características de la interacción del médico con el usuario como de las instituciones de salud.⁴⁻⁷ Así mismo, es importante señalar que la satisfacción influye en los resultados de algunos aspectos de la práctica clínica: mejor cumplimien-

Palabras clave

- ✓ satisfacción del paciente
- ✓ calidad del cuidado de la salud

Key words

- ✓ patient satisfaction
- ✓ quality of health care

to con las citas médicas, el tratamiento y las recomendaciones médicas.⁸⁻¹¹ Estos factores son de vital importancia, sobre todo para los pacientes con enfermedades crónicas quienes por su discapacidad y complicaciones requieren supervisión médica durante largos períodos.^{12,13}

En la mayoría de los estudios enfocados a evaluar la satisfacción de los usuarios, de manera consistente se han encontrado altas tasas de satisfacción.¹⁴ No obstante, se ha cuestionado la validez de estos hallazgos debido a la dificultad para explicar la falta de asociación (o correlaciones muy bajas) entre el reporte de satisfacción y las áreas evaluadas. Todo hace suponer que las altas tasas de satisfacción pueden deberse a problemas metodológicos relacionados con los instrumentos de medición,¹⁵ particularmente con la tendencia de respuesta de los sujetos encuestados. Existen datos que muestran que ciertos factores pueden tener gran influencia sobre la respuesta de los individuos al contestar un cuestionario; la magnitud y gravedad del problema dependerá de la naturaleza del cuestionario y de las condiciones bajo las cuales es aplicado.¹⁶

Los factores que con mayor frecuencia afectan la respuesta de los sujetos son los sesgos derivados de la deseabilidad social (los pacientes reportan mayor satisfacción de la experimentada debido a la creencia de que los comentarios positivos son más aceptables para el investigador) y de la tendencia a congraciarse (cuando

los pacientes utilizan las encuestas para "ganarse" la aceptación del grupo de salud).^{17,18}

Otro problema en la evaluación de la satisfacción son las dimensiones que deben integrar los instrumentos para la evaluación de este fenómeno. Donabedian considera la evaluación de la *estructura* (conjunto de recursos físicos y materiales con los que se cuenta para brindar atención de salud), del *proceso* (procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realizan con el propósito de resolver un problema de salud) y de los *resultados de la atención* (la forma como respondió el paciente a la enfermedad).

Entre los aspectos que se incluyen en los instrumentos de evaluación de la satisfacción se encuentran la interacción del médico con el paciente, tiempos de consulta y de espera, privacidad, resultados de la atención, accesibilidad y calidad de las instalaciones de los servicios de salud, así como habilidades del médico.¹⁹⁻²² No obstante, la satisfacción ha sido valorada sólo desde la perspectiva del prestador de servicios y no se ha incorporado al usuario.

Por lo anterior, es necesario utilizar una aproximación teórica-metodológica que permita conocer qué es la satisfacción desde la perspectiva de los sujetos que reciben la atención, para identificar los aspectos que deben ser considerados en la evaluación de este fenómeno. El propósito del presente estudio fue identificar los factores que los pacientes consideran importantes para la evaluación de la satisfacción con la atención recibida.

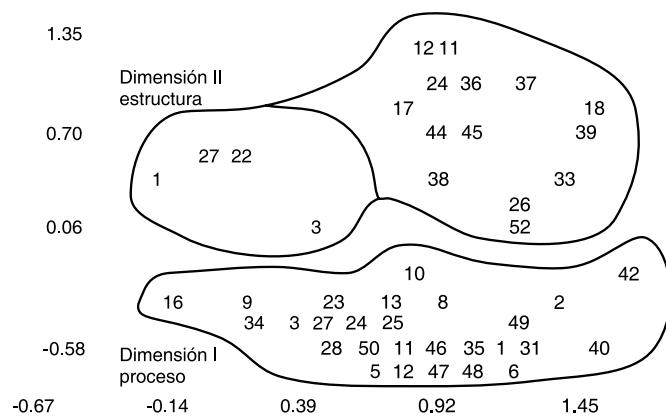


Figura 1. Escala de similitudes multidimensional. La correlación entre los 52 aspectos mencionados por los pacientes en relación con la satisfacción con la atención médica, se interpreta de acuerdo con la cercanía que mantienen y la forma como se agrupan en dimensiones

Material y métodos

Se entrevistaron pacientes que acudían a consulta de primera vez, captados en la Consulta Externa del Hospital General de México. A todos los participantes se les explicó el objetivo, procedimientos del estudio y se solicitó la firma de la carta de consentimiento informado.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo con una aproximación cualitativa, en el cual se utilizaron dos tipos de entrevistas estructuradas: listado libre y sorteo de montones, empleados en la antropología cognitiva con la finalidad de exponer a los individuos a un mismo estímulo y de esta manera obtener datos cuantificables.

A través de estas dos técnicas se describe lo que las personas piensan respecto a un fenóme-

no determinado, y cómo organizan esta información; estos métodos ayudan a definir lo que se conoce como dominios culturales o categorías de conceptos significativos para una cultura en particular.²³ Con el listado libre se obtienen los aspectos que a decir de los participantes son los más relevantes para considerar que fueron atendidos adecuadamente y, por lo tanto, que están satisfechos con la atención recibida. El sorteo de montones permite describir cómo los sujetos del estudio relacionan estos conceptos entre sí, y construir taxonomías que muestren dichas relaciones. Las ventajas más importantes de estas dos técnicas es que producen una información profunda del proceso cognitivo de los sujetos a través de un método fácil de aplicar y de entender por los participantes.²³

La información recabada con el listado libre y la relativa al sorteo de montones fue analizada con el programa Anthropac, versión 4.9.²⁴ A partir del listado libre de cada paciente se obtuvieron el número de conceptos listados, la frecuencia de los mismos y el orden en que se

escribieron. La relevancia se calculó de acuerdo con el índice de Smith, que resume frecuencia y orden de mención de cada concepto y en el que se asume que los conceptos mencionados en los primeros lugares y con mayor frecuencia tienen mayor importancia para el sujeto.

El sorteo de montones permitió analizar la semejanza entre los conceptos a partir de su proximidad (número de veces en que un concepto fue agrupado en el mismo montón con otro), la cual se expresó mediante análisis estadístico de la escala multidimensional de similitudes, que permite el manejo de datos nominales.

Resultados

Se entrevistaron 95 pacientes. El número de sujetos fue determinado de acuerdo con los criterios de la investigación cualitativa de redundancia y saturación de la información (cuando después de un número determinado de entrevistas la información se comienza a repetir, y

Cuadro I

Conceptos del dominio cultural relativos a la satisfacción con la atención médica, mencionados por los pacientes

-
- | | |
|---|---|
| 1. Dar preferencia a los más enfermos | 28. Que el médico tenga más paciencia |
| 2. Que el médico sea amable al explicar el diagnóstico | 29. Que los médicos hagan que uno les tenga fe |
| 3. Que nos traten como personas que buscan alivio | 30. Que el médico nos diga las consecuencias de nuestra enfermedad |
| 4. Médicos más capacitados | 31. Que el médico nos ayude a superar la enfermedad |
| 5. Que el médico haga revisiones a profundidad | 32. Que el médico nos quite los dolores |
| 6. Que el médico informe a qué se debe nuestra enfermedad | 33. Que no nos manden a varios lados |
| 7. Una buena consulta tratando que se entienda todo | 34. Que los médicos nos den un tratamiento correcto |
| 8. Puntualidad del médico en la consulta | 35. Buenos aparatos |
| 9. Que no receten medicinas caras | 36. Más agilidad en la caja de pagos |
| 10. Que nos den orientación psicológica | 37. Más amplitud en la sala de espera |
| 11. Que los médicos tengan experiencia | 38. Que no nos griten ni nos regañen |
| 12. Que el médico busque alternativas para la enfermedad | 39. Agilidad en los trámites |
| 13. Que los médicos estén actualizados | 40. Que el médico nos haga un diagnóstico correcto |
| 14. Que el médico nos ponga atención | 41. Darles curso de capacitación al personal acerca de cómo tratar a la gente |
| 15. Buena vigilancia | 42. Que nos canalicen a rehabilitación |
| 16. Que los médicos nos mejoren de la enfermedad | 43. Movilizar al personal |
| 17. Precios bajos | 44. Que el médico logre erradicar la enfermedad |
| 18. Que nos oriente gente especial | 45. Que respeten a los pacientes |
| 19. Amabilidad de los policías | 46. Que los médicos nos hagan estudios para checar que no estén equivocados |
| 20. Limpieza del hospital | 47. Que el médico recete el medicamento para la enfermedad |
| 21. Buen servicio de baños | 48. Que los médicos nos den confianza para poder hablar |
| 22. Que las enfermeras sean amables | 49. Que nos manden con el doctor adecuado |
| 23. Que los médicos no sean enojones y prepotentes | 50. Que el médico explique bien la enfermedad |
| 24. Que los médicos sean comprensivos | 51. Que los médicos nos hagan más preguntas |
| 25. Que no se molesten los médicos si hacemos preguntas | |
| 26. Que haya una buena comunicación | |
| 27. Más calidad humana | |
-

cuando los sujetos no aportan nuevos datos). La muestra estuvo constituida principalmente por mujeres (71.4 %), con edad media de 42.1 años y baja escolaridad (7.4 años). La mayoría de los participantes tenía pareja (57.1 %).

Dominio cultural de la satisfacción: Los pacientes mencionaron 52 aspectos que consideraron deben cubrirse durante la consulta para sentirse satisfechos con la atención (cuadro I). Los participantes del estudio mencionaron que estos conceptos hacían referencia a los aspectos que ayudarían a que mejorara la atención (39.9 %) y que cubría sus necesidades en el hospital (22.9 %), los que representan las expectativas de trato (17.1 %) y, finalmente, los que consideran que ayudarían a que la enfermedad se resolviera (8.6 %); 11.5 % no contestó.

Dimensiones de la satisfacción: Según el escalamiento multidimensional, los 52 conceptos mencionados por los pacientes fueron etiquetados siguiendo el modelo propuesto por Donabedian de manera modificada, debido a que dentro de los aspectos referidos no se encontró la dimensión de resultados. De esta manera quedaron dos dimensiones: dimensión I, proceso; dimensión II, estructura.

En la figura 1 se observa cada uno los 52 aspectos esquematizados por un número (cuadro I), representando la correlación entre cada uno —la cual se interpreta de acuerdo con la cercanía que mantienen en la figura— y la forma como se agrupan en dimensiones.

Como puede observarse, la dimensión I estuvo integrada por los conceptos que correspondían a lo que Donabedian definió como proceso, debido a que los términos que se agruparon en ella estaban vinculados con la percepción de los pacientes de un encuentro adecuado con el médico que les brinda atención. Los pacientes hicieron énfasis en los componentes relativos a la interacción con el médico, así como en sus habilidades y capacidades técnicas y humanas.

La dimensión de proceso contiene las expectativas relativas al compromiso genuino del médico con el alivio del paciente (“que no recete medicinas caras”, “que nos ayude a superar la enfermedad”, “que busque alternativas para la enfermedad”). En este sentido se espera que los profesionales de la salud se mantengan en constante capacitación que les permita arribar al diagnóstico y tratamiento correctos, de la

misma manera llevar de manera adecuada el proceso clínico (“que los médicos nos den un tratamiento correcto”, “que hagan revisiones a profundidad”, “que estén actualizados”).

Por otro lado, se encuentran los conceptos relativos a la importancia que tiene para el paciente ser tratado de manera multidisciplinaria. Esto sólo se puede lograr si el médico tiene una visión integral de las necesidades de atención de paciente (“que nos mande con el doctor adecuado”, “que nos de orientación psicológica”, “que nos canalice a rehabilitación”).

Otro aspecto relevante es la cordialidad del médico. El paciente espera que en el encuentro con el médico se favorezca el diálogo (“que el médico sea amable al explicar el diagnóstico”, “que no sea enojón y prepotente”).

La dimensión II se denominó estructura, siguiendo el formato de Donabedian. Los conceptos de esta dimensión están vinculados con los aspectos referentes al funcionamiento administrativo del hospital, principalmente al manejo y costo de cuotas, asignación de consultas, espacios físicos, etcétera (“que nos oriente gente especial”, “agilidad en los trámites”).

Así mismo, en este dominio se encuentra una subárea donde se aborda el aspecto del personal paramédico, especialmente el de enfermería. Al igual que con el personal médico, los pacientes perciben la necesidad de que mejore la interacción con el personal de enfermería, específicamente que exista más respeto y empatía hacia ellos (“que nos traten como lo que somos: personas que buscan alivio”).

Aspectos relevantes de la atención

De 52 conceptos que los pacientes mencionaron, los 20 más relevantes según el índice Smith están asociados con la interacción con el médico y los resultados de este encuentro (cuadro II). No hubo mención a los relacionados con el área administrativa de la atención ni con los espacios físicos del hospital.

Discusión

Según Donabedian, la calidad de la atención se refleja en la efectividad de las intervenciones y

por la satisfacción de los pacientes, definida desde su propia cultura. Este estudio reveló que desde la perspectiva del paciente el aspecto más valorado es la calidad del encuentro y las habilidades técnicas y humanas del personal médico: la actitud humana, el compromiso y el desarrollo de las potencialidades del médico en beneficio del paciente. Así mismo, se mostró que los aspectos relacionados con el área administrativa y del personal paramédico tienen un reducido impacto en la satisfacción de los pacientes.

Los resultados de nuestra investigación son consistentes con los hallazgos en estudios previos donde el encuentro clínico es determinante para la satisfacción de los pacientes, y en el cual son fundamentales los factores no técnicos como la educación, consejo, negociación y habilidad del médico para expresar una preocupación genuina por sus pacientes.^{25,26}

Un hecho importante de resaltar en este estudio, similar a lo encontrado en otros, es que los pacientes no hacen una diferencia entre el arte y la técnica de la atención. En este sentido, ambos aspectos son parte de un solo dominio,

como se mostró en la escala multidimensional.

No obstante que todos los aspectos mencionados por los pacientes están considerados en reglamentos y códigos internacionales, donde se resalta el respeto al paciente, a su figura como persona, todavía esta ideología no ha impregnado las instituciones de salud. Esto puede deberse que durante siglos en la medicina era impensable hablar de los derechos del paciente, por ejemplo, Hipócrates recomendaba no revelarle nada acerca de su condición actual y futura.²⁷ Actualmente se considera que esta actitud termina siendo contraproducente en la medida en que a pesar del tiempo y dinero invertidos para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuados, los resultados no son los esperados dado que el paciente no entiende lo que le sucede ni le convencen los argumentos del profesional de la salud debido a la deficiente comunicación entre ellos.²⁸

En resumen se puede decir que uno de los aspectos más importantes de la tarea clínica es la comprensión de la perspectiva del paciente, lo cual incrementa su satisfacción con la atención.

Pilar Lavielle-Sotomayor et al.
Satisfacción con la atención a la salud

Cuadro II

Los 20 aspectos más importantes, según el índice de Smith, mencionados por los pacientes en cuanto a satisfacción con la atención médica

	Índice de Smith
1. Que el médico nos diga las consecuencias de nuestra enfermedad	2.53
2. Que el médico nos haga estudios para checar que no está equivocado	2.50
3. Que el médico nos dé un tratamiento correcto	2.46
4. Que el médico nos informe a qué se debe nuestra enfermedad	2.32
5. Que el médico explique bien la enfermedad	2.21
6. Que los médicos tengan experiencia	2.18
7. Que el médico nos haga un diagnóstico correcto	2.17
8. Que nos manden con el doctor más adecuado	2.14
9. Que no se molesten los médicos si hacemos preguntas	2.14
10. Puntualidad del médico en la consulta	2.10
11. Que el médico busque alternativas para la enfermedad	2.07
12. Que receten medicamentos para la enfermedad que uno tiene	2.07
13. Que respeten a los pacientes	1.93
14. Que el médico haga revisiones a profundidad	1.85
15. Que los médicos estén actualizados	1.78
16. Una buena consulta tratando de que se entienda todo	1.75
17. Médicos más capacitados	1.71
18. Que los médicos nos den confianza para hablar	1.68
19. Que el médico nos ponga atención	1.64
20. Que el médico nos ayude a superar la enfermedad	1.44

Los hallazgos de este estudio pueden ser utilizados por el personal de salud para retomar la concepción plasmada en los lineamientos de Ética del Colegio de Médicos del Estado de Guanajuato: "La relación entre el médico, el paciente y la sociedad, debe ser una relación entre personas. Debe fomentarse la comunicación horizontal entre el prestador y el usuario, que permita a ambos actores asumir con responsabilidad, libertad y conocimiento, el plan a seguir en ese encuentro mutuo".²⁸

Referencias

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-1748.
2. Reemtsma K, Peacock H. Using surgical outcomes data. *Bull Am Coll Surg* 1997;8(5):24-27.
3. Kirsner R, Federman D. Patient satisfaction. Quality of care from the patient's perspective. *Arch Dermatol* 1997;133:1427-1431.
4. Palmer R, Connerton M. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Med Care* 1979;XVII(7):693-715.
5. Larsen D, Rootman I. Physician role performance and patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1976;10:29-32.
6. Stiles W, Putnam S, Wolf M, James S. Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Med Care* 1979;XVII(6):667-679.
7. Korsch B, Gozzi E, Francis V. Gaps in doctor-patient communication I. Doctor patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 1968;42(5):855-869.
8. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982;16:583-589.
9. Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: Moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev* 1993;50(2): 219-248.
10. Haya R, Gandek B, Rogers W, Kosinki M, Mchorney C, Ware J. Patient's ratings of outpatients visits in different practice settings. *JAMA* 1993; 270(7):835-840.
11. Zastowny T, Roghmann K, Cafferata G. Patient satisfaction and the use of health services explorations in causality. *Med Care* 1989;27:705-723.
12. Hill J, Bird H, Hopkins R, Lawton C, Wright V. Survey of satisfaction with care in a rheumatology outpatient clinic. *Ann Rheum Dis* 1992;51:195-197.
13. Bartlett E, Grayson M, Barker R, Levine D, Golden A, Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction. *Recall and adherence. J Chron Dis* 1984;37(9/10):755-764.
14. Sole T, Lipsky P. Satisfaction of patients attending an arthritis clinic in a county teaching hospital. *Arthritis Care Res* 1997;10(3):169-176.
15. Peck M, Asch D, Goold S, Rotter D, Ubel P, McIntyre L, Abbot K, Hoff J, Koropchak C, Tulsky J. Measuring patient expectations. *Med Care* 2001;39:100-108.
16. Streiner D, Norman G. Health measurement scales. Third edition. Great Britain. Oxford University Press; 2003.
17. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45(12): 1829-1843.
18. Wood S, Tarar M. Outcome audit in plastic surgery: the Cambridge classification. *Br J Plast Surg* 1994;47:122-126.
19. McKinley R, Stevenson K, Adams S, Mankus Scott T. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Fam Pract* 2002; 19(4):333-338.
20. Grogan S, Conner M, Norman P, Willits D, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Qual Health Care* 2000;9:210-215.
21. Campozana G, Vieira W, Luna C, Borges R, Landmann C. Health care users' satisfaction in Brazil. *Cad Saude Publica* 2005;21(Suppl 1):S109-S118.
22. Atkinson S. Anthropology in research on the quality of health services. *Cad Saude Publica* 1993; 9(3):283-299.
23. Bernard R. Social research methods. Qualitative and quantitative approaches. California, USA: Sage Publications; 2000.
24. Borgatti S. Anthropac 4.5. Columbia, S.C.: Analytic Technologies; 1992
25. Brody D, Miller S, Lerman C, Smith D, Lazaro C, Blum M. The relationship between patients' satisfaction with their physician and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care* 1989;27(11):1027-1035.
26. Like R, Zyzanski. Patient satisfaction with clinical encounter: social psychological determinants. *Soc Sci Med* 1987;24(4):351-357.
27. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. *JAMA* 1996;275(2):152-156.
28. Santos D. La comunicación médico-paciente. II Congreso Nacional de Bioética, México: 1998. **rm**