

## Calidad de la atención médica percibida en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso

Quality of medical care perceived at the National Center for Minimal Access Surgery

Rosa María Torres Mora<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7910-2653>

Rafael Torres Peña<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6599-987X>

Maricela Morera Pérez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3425-8398>

<sup>1</sup>Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

\*Autora para la correspondencia: [rosita@cce.sld.cu](mailto:rosita@cce.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** En la actualidad el nivel de satisfacción de los pacientes operados por cirugía de mínimo acceso en Cuba, se basa en el análisis de las opiniones y quejas obtenidas de diferentes fuentes, y no ha sido evaluada con un basamento científico.

**Objetivos:** Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes operados por cirugía de mínimo acceso e identificar los factores que inciden en él.

**Métodos:** Se aplicó una encuesta, diseñada y validada por expertos del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, a una muestra equiprobabilística de 111 pacientes, que acudieron a su primera consulta postoperatoria, entre septiembre y noviembre del 2014. El cuestionario incluyó 38 ítems, que evaluaron la percepción de la calidad de la atención médica en sus dimensiones de estructura, proceso y resultado. La calidad percibida se evaluó en tres niveles: por cada dimensión, por cada criterio para el conjunto de evaluados y por cada paciente según todos los criterios. Los estándares de calidad fueron fijados en 80 %.

**Resultados:** El 86,5 % de los pacientes percibieron una calidad satisfactoria, al evaluar al conjunto de criterios por encima del estándar. Los indicadores que evaluaron las tres dimensiones, superaron el estándar establecido con 81 % para la estructura, 91,7 % para los procesos y 97 % para los resultados. Las insatisfacciones fundamentales de los pacientes estuvieron relacionadas con aspectos de la tangibilidad de la estructura en el área de espera.

**Conclusiones:** La calidad de la atención médica percibida por los pacientes fue satisfactoria.

**Palabras clave:** satisfacción del paciente; calidad de la atención en salud; cuestionario.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** At present, the satisfaction level on patient operated by minimal access in Cuba is based on the analysis of opinions and complaints obtained from different sources, and have not been evaluated with a scientific basis.

**Objective:** To determine the level of satisfaction of patients operated by minimal access surgery and to identify the factors that influence it.

**Methods:** A survey, designed and validated by experts from the National Centre for Minimal Access Surgery, was applied to an probabilistic sample of 111 patients, who attended their first post-operative consultation between September and November 2014. The questionnaire included 38 items, which evaluated the perception of the quality of medical care in its structure, process and outcome dimensions. Perceived quality was evaluated at three levels: by each dimension, by each criterion for the group of people evaluated and by each patient according to all the criteria. Quality standards were set at 80%.

**Results:** 86,5% of the patients perceived a satisfactory quality, evaluating the set of criteria above the standard. The indicators that evaluated the three dimensions exceeded the established standard with 81% for the structure, 91.7% for the processes and 97% for the results. The fundamental dissatisfactions on patients were related to tangibility aspect of the structure in the waiting area.

**Conclusions:** The quality of medical care perceived by patients was satisfactory.

**Key words:** patient satisfaction; quality of health care; questionnaire.

Recibido: 03/03/2020

Aceptado: 09/04/2020

## **Introducción**

El número de intervenciones quirúrgicas realizadas por mínimo acceso en Cuba ha mantenido una tendencia creciente en los últimos años, hasta alcanzar en 2018 el 12,6 % de las intervenciones quirúrgicas mayores.<sup>(1)</sup>

La satisfacción de las necesidades de atención de la población por estos servicios, de innegable predilección por su efectividad e inocuidad, es cada vez mayor, a pesar de una capacidad instalada aún insuficiente para una demanda creciente.

La satisfacción con los servicios, es uno de los tres grandes propósitos del proceso de transformaciones que emprendió el sistema de salud cubano en el 2011, en correspondencia con los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución.<sup>(2,3)</sup>

Sin embargo, constituye un reto mayor, al necesitar cada vez más de métodos que permitan evaluarlo sobre bases científicas, lo cual no se define, en alcance ni en precisiones necesarias, en los métodos tradicionales basados en el análisis de opiniones y quejas recogidas por: organizaciones y organismos del estado, oficinas de atención a la población del sistema de salud, la prensa plana, así como la vigilancia por las Unidades de Análisis y Tendencias de Salud y las encuestas eventuales.<sup>(4,5)</sup>

En la actualidad ha sido diseñado y validado por expertos del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso (CNCMA), un instrumento que mide sobre una base científica el nivel de satisfacción de los pacientes que son intervenidos por cirugía de mínimo acceso.<sup>(6)</sup>

En esta investigación el instrumento es aplicado a una muestra de la población atendida en el CNCMA, con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción de los pacientes operados, así como identificar los factores que inciden en él.

## **Métodos**

Se trata de una investigación de desarrollo, en sistemas y servicios de salud, aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética Médica del CNCMA. Se realizó un estudio descriptivo, transversal cuyo objeto de estudio fue la calidad de la atención médica percibida por pacientes operados por cirugía de mínimo acceso, en sus dimensiones de estructura, proceso y resultado.

El universo de estudio estuvo integrado por todos los pacientes operados en el CNCMA, que acudieron a su primera consulta postoperatoria, entre los meses de septiembre y noviembre del 2014.

Se trabajó con una muestra equiprobabilística de pacientes del universo de estudio. Se realizó un muestreo simple aleatorio con selección sistemática, con un nivel de confianza del 95 %, una proporción esperada del 40 % y una precisión del 10 %. El cálculo del tamaño

muestral se realizó con el programa EpiInfo versión 11. La muestra quedó compuesta por 111 personas, y constituyó poco más del 10 % del total de pacientes del universo.

Los pacientes se seleccionaron a partir del listado de pacientes en consulta, disponible cada viernes de la semana anterior. Todas las especialidades quirúrgicas quedaron representadas en la investigación.

### **Aplicación del instrumento**

A todos los pacientes incluidos en la muestra se les aplicó una encuesta previamente diseñada, validada y publicada por expertos del CNCMA.<sup>(6)</sup> La información se obtuvo mediante una entrevista estructurada realizada a los pacientes al salir de la consulta médica. A cada encuestado se le explicó el carácter anónimo y voluntario de la encuesta, con la finalidad de obtener su consentimiento para participar en el estudio.

El cuestionario incluyó 38 ítems, de los cuales 8 evaluaron la accesibilidad a la institución (A<sub>1</sub>-A<sub>8</sub>), otras 10 preguntas exploraron la tangibilidad de los servicios (T<sub>1</sub>-T<sub>10</sub>), mientras que 16 (P<sub>1</sub>-P<sub>16</sub>) indagaron sobre la calidad de los diferentes procesos, explorándose la amabilidad, profesionalidad y aporte de información por parte de personal en las áreas de trámites (recepción, departamento de turnos y admisión), departamentos de endoscopías, imagenología y laboratorio clínico, sala de hospitalización, salón de operaciones y consulta externa. Las 4 preguntas finales (R<sub>1</sub>-R<sub>4</sub>) exploraron el nivel de satisfacción con el resultado del tratamiento recibido.

### **Análisis y procesamiento de datos**

La calidad percibida se evaluó en tres niveles:

- Por cada dimensión.
- Por cada criterio para el conjunto de evaluados.
- Por cada paciente según todos los criterios.

Los estándares de calidad fueron fijados en un 80 %, en concordancia con la validación de expertos realizada.<sup>(6)</sup>

Para cada uno de los 38 ítems de la encuesta se tabuló una respuesta (escala) y una evaluación. Las respuestas fueron consideradas como ítems positivos cuando el incremento en el número de la escala de Likert significó un incremento positivo de la calidad (ítems T<sub>4</sub>-T<sub>8</sub>, T<sub>10</sub>, P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>4</sub>-P<sub>16</sub>, R<sub>1</sub>-R<sub>4</sub>). Se consideró un ítem inverso cuando el incremento en el

número de la escala significó una disminución en sentido negativo de la calidad (ítems A<sub>1</sub>-A<sub>8</sub>, T<sub>1</sub>-T<sub>3</sub>, T<sub>9</sub>, P<sub>3</sub>).

Los indicadores para evaluar el nivel de calidad (por cada dimensión, criterio o paciente), se calcularon según la siguiente fórmula:

$$\begin{aligned} \text{Promedio de evaluación (de} & \quad \sum \text{ evaluación ítems respondidos (de la dimensión, criterio} \\ \text{la dimensión, criterio o} & \quad \text{o paciente)} \\ \text{paciente)} & \quad = \frac{\quad}{\# \text{ ítems respondidos (de la dimensión, criterio o paciente)}} \\ \text{Indicador (\%)} & \quad = \frac{\text{Promedio de Evaluación}}{3 \text{ (máxima puntuación posible de la evaluación)}} \times 100 \end{aligned}$$

Una respuesta relacionada con la tangibilidad (T<sub>4</sub>) no fue contemplada en la sumatoria por tratarse de una pregunta de comprobación, en la cual se le solicita al paciente su consideración sobre si los tiempos que debe permanecer en el área de espera influyen en la calidad de la atención recibida.

El procesamiento estadístico de la información obtenida se realizó con el programa IBM SPSS, versión 21. Los datos cuantitativos fundamentales que se emplearon fueron las frecuencias absolutas y relativas para cuantificar la magnitud del problema y compararlos con los estándares de cada uno de los niveles de calidad declarados. La información obtenida se presentó en forma gráfica y tabular.

## **Resultados**

Fueron encuestados 111 pacientes. El 68,5 % de ellos era del sexo femenino. El 52,3 % fueron adultos entre 30 y 59 años de edad y el 39,6 % adultos mayores. La edad media de los pacientes fue de 53 años.

En relación con el grado de escolaridad, el 46 % y el 35,1 % tenían un nivel escolar preuniversitario y universitario respectivamente, mientras que el 14,4 % tenía un nivel secundario y solo el 4,5 % un nivel primario.

Al evaluar el indicador de calidad por cada paciente para el conjunto de criterios, se observó que 96 pacientes percibieron una calidad satisfactoria, al evaluar al conjunto de criterios por encima del estándar establecido (Tabla 1).

**Tabla 1-** Calidad percibida por los pacientes según todos los criterios. CNCMA, septiembre - noviembre 2014

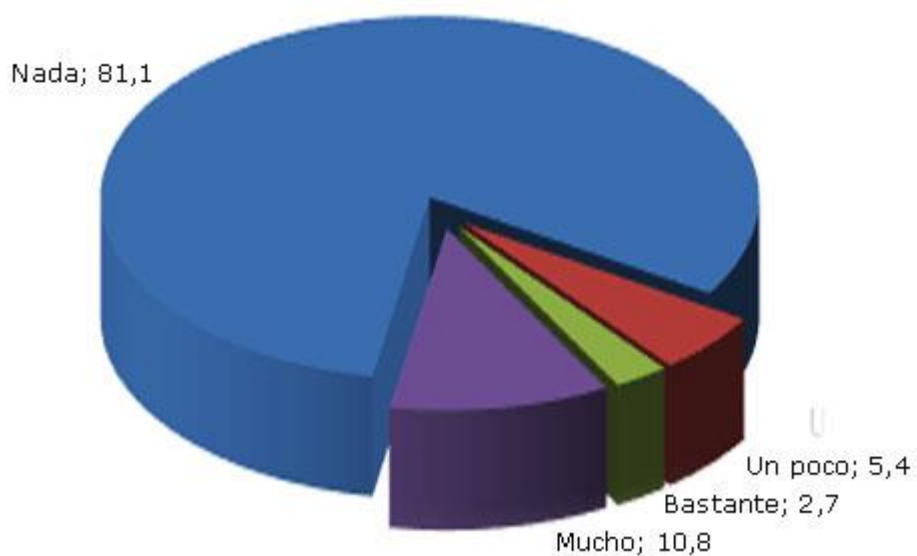
	Nº de pacientes	Indicador (%)	Estándar
Calidad percibida como satisfactoria	96	86,5	≥ 80 %
Calidad percibida como no satisfactoria	15	13,5	< 20 %

Los indicadores de la calidad percibida para cada una de las tres dimensiones de calidad (estructura, proceso y resultado), se muestran en la tabla 2, mientras que las evaluaciones de la calidad según cada criterio para el total de los pacientes se muestran en las tablas 3 y 4.

**Tabla 2-** Indicadores de calidad de la atención médica percibida por los pacientes, según sus dimensiones de estructura, proceso y resultado. CNCMA, septiembre - noviembre 2014

	Número de ítems			Σ evaluación de ítems	Promedio	Indicador (%)	Estándar
	perdidos	%	respondidos				
<b>Estructura</b>	<i>Categoría accesibilidad</i>						≥ 80 %
	200	22,5	688	1905	2,77	92,3	
	<i>Categoría tangibilidad</i>						
	1	0,1	996	2186	2,19	73,0	
	<i>Global</i>						
	201	10,7	1686	4091	2,43	81,0	
<b>Proceso</b>							≥ 80 %
	167	9,4	1609	4422	2,75	91,7	
<b>Resultado</b>	0	0,0	444	1292	2,91	97,0	≥ 80 %

La valoración de los pacientes acerca de la influencia de los tiempos de permanencia en el área de espera, en la calidad de la atención médica, se expone en la figura.



**Fig.** Distribución en por cientos de pacientes según, respuestas acerca de la influencia de los tiempos de permanencia en el área de espera en la calidad de la atención médica. CNCMA, septiembre – noviembre, 2014.

**Tabla 3-** Indicadores de calidad percibida por criterios asociados a la dimensión “Estructura”.  
CNCMA, septiembre - noviembre 2014

Dimensión	Criterios (ítems A1-A8 y T1-T10 de la encuesta)	Ítems perdidos No. (%)	Evaluación Promedio	D.E.	Indicador (%)	Estándar
Estructura (Accesibilidad)	Dificultad para obtener un turno y ser atendido. (A1)	--	2,83	0,55	94,3	≥ 80 %
	Dificultad para acceder a la institución. (A2)	--	2,68	0,76	89,2	
	<i>Tiempos de espera</i>					
	Desde que solicitó turno hasta la consulta inicial. (A3)	--	2,69	0,62	89,8	≥ 80 %
	Desde la consulta inicial hasta la realización de análisis sanguíneos. (A4)	5 (4,5 %)	2,87	0,39	95,6	
	Desde la consulta inicial hasta la realización de Ultrasonido. (A5)	33 (29,7 %)	2,92	0,35	97,4	
	Desde la consulta inicial hasta la realización de TAC y Rx. (A6)	71 (64,0 %)	3,00	0,00	100,0	
	Desde la consulta inicial hasta la realización de estudio endoscópico. (A7)	91 (82,0 %)	2,60	0,88	86,7	
Desde la consulta inicial hasta la resolución del problema de salud. (A8)	--	2,62	0,71	87,4		
Estructura (Tangibilidad)	<i>Tiempos de permanencia en el área de espera</i>					
	Durante la consulta de evaluación inicial. (T1)	5 (4,5 %)	2,69	0,62	89,8	≥ 80 %
	Durante las consultas preoperatorias. (T2)	33 (29,7 %)	2,87	0,39	95,6	
	Durante la primera consulta postoperatoria. (T3)	71 (64,0 %)	2,92	0,35	97,4	
	Intimidad y confort de la consulta médica (T5)	--	2,77	0,58	92,5	≥ 80 %
	Consulta 1	--	2,76	0,54	92,1	
	Consulta 3	--	2,64	0,92	87,9	
	Consulta 5	--	2,94	0,25	97,8	
	Consulta 6	--	2,35	0,93	78,4	
	Consulta 7	--	2,9	0,30	96,8	
	<i>Confort del área de espera</i>					
	Área limpia. (T6)	--	2,72	0,51	90,7	≥ 80 %
	Área ventilada. (T7)	--	1,94	1,06	64,6	
Área iluminada. (T8)	--	2,42	0,72	80,8		
Área ruidosa. (T9)	--	1,59	0,98	52,9		
Asientos cómodos y suficientes. (T10)	--	0,64	0,82	21,3		



**Tabla 4.** Indicadores de calidad percibida por criterios asociados a las dimensiones “Procesos” y “Resultados”. CNCMA, septiembre - noviembre 2014

Dimensión	Criterios (ítems P1-P16 y R1-R4 de la encuesta)	Ítems perdidos No. (%)	Evaluación Promedio	D.E.	Indicador (%)	Estándar
Procesos	<i>Atención amable e información adecuada por el personal</i>					
	Médico durante su consulta. (P1/P2)	--	2,95	0,23	98,5	≥ 80 %
	De enfermería. (P4/P5)	--	2,87	0,36	95,8	
	De información / recepción. (P6/P7)	--	2,65	0,75	88,4	
	Del Departamento de Turnos. (P8/P9)	--	2,42	0,91	81,1	
	De Admisión. (P10/P11)	2	2,77	0,57	92,0	
	Del Laboratorio Clínico. (P12)	9 (8,11 %)	2,88	0,43	96,1	
	Del Departamento de Imagenología. (P13)	64 (57,7 %)	2,79	0,59	92,9	
	Del Departamento de Endoscopia. (P14)	91 (82,0 %)	2,80	0,69	93,3	
	Del Salón de operaciones. (P15)	--	2,97	0,21	99,1	
	De la sala de hospitalización. (P16)	--	2,93	0,32	97,6	
	Brevidad de duración de la consulta médica (P3)	1	2,35	1,04	78,5	≥ 80 %
	Cirugía general	--	2,36	1,04	78,8	
	Ginecología	--	2,30	0,82	76,7	
	Urología	1	2,78	0,44	92,6	
	Neurocirugía	--	3,00	0,00	100	
	ORL	--	2,43	1,13	76,2	
Cirugía reconstructiva	--	1,43	1,51	47,6		
Resultados	Considerado el problema de salud resuelto. (R1)	--	2,71	0,62	90,4	≥ 80 %
	Valorada la calidad de atención recibida como buena. (R2)	--	2,97	0,16	99,1	
	Considerado como satisfecho por el servicio recibido. (R3)	--	2,95	0,25	98,5	
	Retorno al hospital de necesitar el servicio. (R4)	--	3,00	0,00	100	

## Discusión

La calidad de un servicio o producto tiene dos aristas diferentes, que dan lugar a los conceptos de “calidad técnica” y “calidad funcional”. La primera se refiere a la manera en cómo se brinda el servicio, reseñando el cumplimiento de los protocolos de actuación, analizados desde la óptica científico-técnica, mientras que la segunda se refiere a la calidad percibida por la persona que es atendida, lo cual es siempre más complejo de medir.<sup>(7)</sup>

Un paciente que sale de la consulta médica sin haber satisfecho sus expectativas, considerará que no recibió una atención de calidad. No importarán ante sus ojos la competencia profesional, ni los resultados médicos que obtenga. El profesional de la salud y la institución podrán creer que la atención fue calificada, pero si no satisficieron las necesidades del paciente, este no regresará por sobre todo lo demás.

La subjetividad de la apreciación del servicio recibido, hace posible que lo que para una persona es bueno, para otra puede ser considerado como “de mala calidad”, en dependencia del grado de exigencia, lo cual estará determinado por circunstancias de orden cultural, social y económico. Las personas de bajo nivel de escolaridad se conforman generalmente con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos tener que sufrir largas esperas. Igualmente sucede con los hombres y los adultos mayores, quienes suelen ser menos exigentes con el grado de satisfacción en relación con las mujeres.<sup>(8,9,10,11)</sup>

En el estudio actual, los hombres fueron minoritarios (31,5 %), los adultos mayores constituyeron el 39,6 %, y más del 80 % de los pacientes tenían un grado de escolaridad elevado (preuniversitario o universitario), en correspondencia con el nivel de instrucción de la población, lo cual favorece el nivel de las respuestas en el instrumento y le confiere mayor consistencia.

Las insatisfacciones se relacionan en general con criterios que atañen a una de las tres dimensiones de la calidad propuestos por *Donabedian*, la estructura, que incluye la accesibilidad y la tangibilidad de los servicios, el proceso de atención y el resultado y su repercusión en el estado de salud del paciente.<sup>(12)</sup>

Los criterios más frecuentemente relacionados con la accesibilidad y la tangibilidad del servicio son: la inaccesibilidad geográfica y/o económica, la complejidad de los trámites, los tiempos de espera prolongados y el confort inadecuado de las áreas. Los relacionados con el proceso de atención incluyen: la falta de información/comunicación, el maltrato del personal, una relación médico-paciente inadecuada y la corta duración de las consultas entre otros; mientras que dentro de los relacionados con la atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población se encuentran acciones diagnósticas y terapéuticas inadecuadas, la no disponibilidad de recursos, así como una capacidad de respuesta de la institución insuficiente.<sup>(5,11,13,14,15)</sup>

Los criterios empleados en el instrumento, fueron estructurados según esta clasificación, lo que permitió evaluar la calidad en tres niveles: por cada paciente según todos los criterios (calidad global), por cada dimensión según todos los pacientes y por cada criterio según todos los pacientes.

La calidad global se consideró adecuada, pues el 86,5 % de los pacientes percibieron una calidad satisfactoria, al evaluar al conjunto de criterios por encima del estándar establecido, lo cual se corresponde con la literatura revisada, que reconoce que un paciente es tratado adecuadamente cuando el 80 % de todos los criterios aplicados a su asistencia se han

cumplido con calidad.<sup>(16,17)</sup> (Tabla 1). Esta percepción global de satisfacción supera incluso a la de varios estudios realizado en otros países.<sup>(18,19,20)</sup>

Al evaluar la calidad por cada dimensión, si bien se observó que la dimensión “estructura” se percibió globalmente como satisfactoria al exhibir un indicador de 81 %, por encima del estándar establecido, el análisis de sus dos categorías, reflejó que aun cuando la accesibilidad al servicio mostró un elevado indicador de 92,3 %, la pérdida del 22,5 % de los ítems no permite afirmar que el valor de satisfacción de los pacientes para la misma sea confiable. Estas pérdidas se relacionaron con la evaluación de los tiempos transcurridos entre la indicación y la realización de estudios ultrasonográficos, radiológicos y endoscópicos en un grupo de pacientes en los que no fueron indicados. Por otra parte, la categoría “tangibilidad de los servicios”, exhibió un indicador de 73 %, inferior al estándar, y cuyas causas se asociaron al confort inadecuado de las áreas (Tablas 2 y 3).

El resto de los indicadores de calidad para las otras dos dimensiones de “procesos” y “resultados” estuvieron por encima del estándar, señalándose como significativo que la satisfacción por el “resultado” se comportó en un 97 %, muy por encima del indicador de la dimensión “estructura”, lo cual significa que aunque la estructura de la institución tiene una influencia importante en la percepción de la calidad, esta por sí sola no es suficiente para determinar la calidad percibida, ya que no asegura necesariamente un adecuado proceso y un buen resultado y por lo tanto aunque estos datos son generalmente fáciles de obtener, no deben utilizarse aisladamente como único procedimiento de evaluación.<sup>(16,21)</sup>

Al evaluar la calidad percibida según cada criterio para el conjunto de evaluados, se observó que todos los criterios que evaluaban la accesibilidad al servicio mostraron indicadores de calidad percibida superiores al estándar del 80 % (Tabla 4).

A pesar de que una de las inquietudes investigativas estuvo relacionada con el grado de dificultad que tendrían los pacientes para acceder a la institución, debido a su ubicación en un municipio periférico y alejado del conglomerado principal de hospitales, el indicador obtenido fue de 89,2 %, lo cual indica que la situación geográfica del hospital no constituye un factor que incide en la percepción de calidad por los pacientes.

Igualmente, el acceso a obtener un turno para ser atendido fue considerado como satisfactorio por el 94,3 % de los pacientes, lo cual demuestra que la estructura del centro, tal y como está concebida la inscripción de pacientes según lo establecido en el reglamento hospitalario, mediante la aceptación de remisiones médicas de cualquier institución hospitalaria, funciona adecuadamente.

Por otra parte, los tiempos de espera para recibir cualquier servicio constituyen criterios a los que se les asigna una mayor importancia al evaluar la estructura de una institución de salud. Entre ellos, el tiempo que transcurre desde que un paciente es visto en su consulta inicial hasta la resolución de su problema de salud, es considerado como el más relevante pues es el que determina en gran medida la magnitud de la lista de espera quirúrgica. En el estudio el indicador para este criterio fue de 87,4 %.

En investigaciones realizadas en otros países, al evaluar la calidad según la opinión de los pacientes, los tiempos de espera prolongados ocupan una de las primeras causas de insatisfacción.<sup>(15,22,23,24,25)</sup>

En Cuba, los estudios muestran que las principales insatisfacciones no están relacionadas con las listas de espera, lo cual podría responder a que el país cuenta con un sistema de salud gratuito, estatal y universal, que establece políticas de salud que garantizan el acceso universal de los pacientes a las intervenciones quirúrgicas, planifica, administra y controla la actividad, el aprovechamiento eficiente de los recursos y controla las listas quirúrgicas para garantizar los recursos necesarios.<sup>(14,26,27)</sup>

Para evaluar la tangibilidad de los servicios se exploraron criterios relacionados con los tiempos que debieron permanecer los pacientes en el área de espera, así como su confort.

Con excepción de los pacientes que fueron evaluados en su consulta inicial, que mostraron un nivel de satisfacción inferior al estándar (73 %), el resto de los pacientes vistos en consulta postoperatoria inicial y preoperatorias mostraron una elevada satisfacción del 95,5 % y 85,9 % respectivamente (Tabla 3).

En el análisis realizado se observó que la institución cuenta con un sistema escalonado de turnos, mediante el cual los pacientes son citados a la hora prevista de su consulta, recomendándoseles estar 20 minutos previos a la cita. Estos horarios son documentados en las hojas de cargo y existe un orden de citas preestablecido que prioriza a los pacientes operados recientes, luego a los pacientes en evaluación preoperatoria o seguimientos y finalmente los pacientes que son vistos por primera vez, quienes en la investigación mostraron niveles de satisfacción inferiores.

Las posibles causas de este resultado fueron asociadas a un factor “hospitalario” dado por el incumplimiento en los horarios, debido al comienzo tardío de las consultas o por alargamiento del tiempo previsto de cada una de ellas, con el corrimiento de los horarios y la afectación en mayor grado a los pacientes finales de la lista; y a un factor “paciente”, debido a que con frecuencia estos suelen llegar antes de la hora fijada, dado el tiempo que prevén

deberán emplear para llegar a la institución, asociado a dificultades con el transporte o a otros imprevistos, que finalmente conducen a que el paciente esté más tiempo que el previsto en el área de espera.

No obstante, al serle solicitado a los pacientes su consideración sobre si los tiempos que debía permanecer en el área de espera influían en la calidad de la atención recibida, el 81,1 % respondió que la influencia es nula, lo cual significa que no dan mucha importancia al tiempo que deban esperar por el médico, siempre que reciban una atención de calidad y a la cual están habituados. Este resultado podría también estar condicionado, por la cultura social desfavorable y prácticamente universal, de que el paciente tenga como expectativa asimilada como “lo usual” la espera prolongada para recibir un servicio (Fig.).

Otra esfera importante de la tangibilidad de los servicios está relacionada con el confort de los locales. En el estudio los pacientes mostraron niveles de satisfacción superiores al estándar para los criterios de iluminación y limpieza, aun tomándose en consideración el elevado nivel de contaminación al que estaba expuesta la institución en el momento que se aplicó el instrumento, como consecuencia de un proceso inversionista constructivo, el cual genera acumulación de polvo y materiales de la construcción.

Por otra parte, el ruido existente, consecuencia obligada de la construcción e imposible de minimizar, influyó de forma negativa en la percepción de calidad que tienen los pacientes de la estructura hospitalaria con un indicador de 52,9 %, muy por debajo del estándar. No obstante, el criterio de mayor impacto en el bajo nivel de satisfacción de las condiciones de la consulta externa estuvo relacionado con la suficiencia de asientos (21,3 %) (Tabla 3).

A pesar de que la institución ha implementado consultas con horarios escalonados, el espacio limitado para el área de espera de la consulta resultó ser un elemento negativo. También es conocido que la población acostumbrada a una atención médica gratuita y universal, acude a los hospitales en muchas ocasiones sin tener una cita previa, remitidos o no por otros especialistas y que finalmente terminan viéndose en las consultas por el carácter eminentemente humanista del personal médico, pero ello genera una presión adicional sobre la estructura hospitalaria pues este volumen de pacientes pulula desde horas tempranas para tratar de obtener la atención médica necesitada.

El sobreuso dado por el volumen de pacientes que hace uso de los asientos, la mala calidad de los asientos que se adquieren por las instancias pertinentes y en ocasiones la indisciplina social son las causas que influyen en el deterioro acelerado de los mismos, lo cual obliga a un recambio frecuente, no siempre posible.

El análisis del confort e intimidad de las consultas arrojó una elevada satisfacción por las condiciones de los locales (Tabla 3). Las consultas de la institución son climatizadas y cuentan con condiciones óptimas en cuanto a mobiliario e informatización. Solo el indicador para las condiciones de intimidad de la consulta No. 6 resultó afectado, debido a una diferencia sustancial detectada, dada por la presencia de dos escritorios que, al ser empleados por dos especialistas al unísono, afectó la satisfacción de los pacientes.

Los indicadores de proceso que evaluaron los criterios de amabilidad e información adecuada mostraron valores superiores al estándar establecido para todas las áreas exploradas, aunque dichos datos no fueron considerados concluyentes en los departamentos de imagenología y endoscopía, debido a los elevados porcentos de ítems perdidos, dados por la no atención de los pacientes encuestados en dichas áreas. Por cientos cercanos al 100 % en el salón de operaciones, la sala de hospitalización y durante la consulta médica reflejan la calidad de la atención, amabilidad y profesionalidad brindada en estas áreas (Tabla 4).

Estos indicadores de proceso son los que más influyen en las causas de insatisfacción en el país, tal y como fue demostrado en la encuesta nacional de satisfacción realizada en 1990, en la cual las principales insatisfacciones de la población se relacionaron con el trato inadecuado y los problemas en la realización de exámenes indicados por los médicos, mientras que un estudio realizado en el Hospital "Hermanos Ameijeiras" en el año 2004, determinó como variables más significativas, los servicios relacionados con la información, los problemas éticos y las condiciones materiales para la realización de estudios.<sup>(14,26)</sup> Estos resultados fueron consistentes además con los obtenidos por *Barragán* y otros, en un estudio de corte similar, en el que se aplicó un instrumento validado (SERVQHOS-E) para evaluar la calidad percibida por pacientes hospitalizados, y en el cual la amabilidad fue una de las variables mejor calificada con un indicador de 81,6 %.<sup>(28)</sup>

Dentro de los criterios que evaluaron los procesos, solo el tiempo de duración de las consultas preoperatorias, mostró un indicador de 78,5 %, inferior al estándar establecido (Tabla 4). En un intento por explicar sus causas, se analizó este criterio según la especialidad, confirmándose que, para las especialidades de urología y neurocirugía, el proceso de diagnóstico preoperatorio y decisión quirúrgica requiere de mayor tiempo, con estándares superiores al 90 %, mientras que para el resto de las especialidades el tiempo fue considerado en valores oscilantes entre el 75 y 80 %, a tono con el estándar promedio. Solo la especialidad de cirugía reconstructiva mostró una satisfacción de los pacientes del 47,6 %, muy por debajo del estándar, en correspondencia con las exigencias del grupo de pacientes

predominantes para esta especialidad que son los más jóvenes. No se descarta la influencia de un sesgo de información dado en lo fundamental por la distancia en el tiempo que existe entre el momento de aplicación de la encuesta y la realización de las consultas preoperatorias, y el cual estuvo igualmente por debajo del estándar para la especialidad de cirugía reconstructiva como reflejo de una espera más prolongada.

Resultaron significativos los elevados porcentos de satisfacción contemplados en las respuestas a las preguntas que evaluaron resultados, pues los pacientes valoraron la calidad de la atención médica recibida como buena y su solicitud de retornar al hospital de necesitarlo, en el 99,1 % y 100 % respectivamente (Tabla 4). Estos resultados guardan similitud con los obtenidos por *Barragán* y otros, quienes obtuvieron un nivel de satisfacción global del 92,9 % y una consideración de recomendar al hospital del 93,4 %.<sup>(28)</sup>

En las especialidades de urología y de neurocirugía, debido a las complejidades de sus tratamientos y la consecución del resultado final escalonado mediante múltiples operaciones, justifica que el indicador relacionado con la consideración del problema de salud como resuelto, descienda al 90,4 %, aunque supere el estándar. La consistencia de los indicadores de resultados por encima del 90 %, e incluso con desviaciones estándares bajas, sugieren que los estándares de calidad para esa dimensión podrían considerarse superiores en investigaciones futuras en correspondencia con el proceso de mejora continua de la calidad.

## **Consideraciones finales**

Los datos obtenidos en este estudio permiten afirmar que la calidad de la atención médica percibida por los pacientes fue satisfactoria, dado que los indicadores para el conjunto de pacientes según todos los criterios y los que evalúan las tres dimensiones consideradas en el estudio, superaron el estándar establecido. Aun cuando las insatisfacciones fundamentales de los pacientes estuvieron relacionadas con aspectos de la tangibilidad de la estructura en el área de espera, asociadas a la influencia de factores tales como la coexistencia de la prestación de la asistencia médica en consulta con el proceso inversionista constructivo, la insuficiente calidad y cuantía de asientos y la no proporcionalidad entre el número de pacientes evaluados y el espacio de esta área, estas no afectaron negativamente la percepción de la calidad del resultado de la atención médica; mientras que por otra parte, la elevada la calidad científico-técnica del servicio ofertado, asociada a la tecnología de punta instalada y

a la formación de alto nivel de los profesionales, constituyeron el mayor garante de la calidad percibida por los pacientes.

### **Referencias bibliográficas**

1. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Indicadores de la actividad quirúrgica. 2000-2018. En: Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana, Cuba: MINSAP; 2018 [acceso 07/02/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>
2. Morales Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell-Florit Serrate P, Arocha Mariño C, Valdivia Onega N, Druyet Castillo D, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. Rev Panam Salud Pública. 2018 [acceso 07/02/2019];42:e25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385798/>
3. Partido Comunista de Cuba. Actualización de los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021. La Habana: Editora Política. 2016 [acceso 21/02/2019] Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/01Folleto.Lineamientos-4.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública: Programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios. Resolución Ministerial 145/2007. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública. 2007 [acceso 07/02/2019] Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=193>
5. Pérez Maza B. La satisfacción de la población y los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2016 Dic [acceso 07/02/2019];42(4):507-9. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662016000400002&lng=es.](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000400002&lng=es)
6. Torres Mora RM, Torres Peña R, Gram Álvarez M, Morera Pérez M. Propuesta de instrumento para evaluar la calidad percibida por pacientes tratados por cirugía de mínimo acceso. Rev Cubana Enferm. 2018 [acceso 11/02/2019];34(1):[Aprox. 15 p.] Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1358/328>



7. Otero MJ, Otero IJ. ¿Qué es la calidad en salud? [Monografía en internet]. 2002 [acceso 11/04/2019]. Disponible en: [www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que\\_es\\_calidad\\_en\\_salud.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc)
8. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber a, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002 [acceso 16/04/2019];61:1-244. Disponible en: <http://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/1073/102382.pdf>
9. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res.* 2006 [acceso 16/04/2019];6:102. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-102>
10. Trinh LN, Fortier MA, Kain ZN. Primer on adult patient satisfaction in perioperative settings. *Perioper Med.* 2019 [acceso 26/11/2019];8:11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0122-2>
11. Díaz Cárdenas S, Buelvas Montes LA, De la Valle Archibold M, Bustillo Arrieta JM. Satisfacción de servicios de salud e impacto sobre calidad de vida en pacientes adultos. *Arch Med.* 2016 [acceso 08/05/2019];16(2):290-303. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273849945008.pdf>
12. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. *Health administration press. Definition of quality and approaches of its assessment.* Ed. Michigan; 1980. p. 14-28.
13. Hu G, Chen Y, Liu Q, Wu S, Guo J, Liu S, et al. Patient experience of hospital care in China: major findings from the Chinese Patient Experience Questionnaire Survey (2016–2018). *BMJ Open.* 2019 [acceso 26/11/2019];9:e031615. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031615>
14. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev Cubana Salud Pública.* 2008 Dic [acceso 18/06/2019];34(4):[Aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es)
15. Ortiz ER, Muñoz JS, Lechuga MD, Torres CE. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Pública.* 2003 [acceso 26/06/2019];13(4):[Aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8384>

16. Márquez Morales N. Metodología para evaluar la calidad asistencial a la atención de los ingresados en el hogar. Facultad “Finlay-Albarrán”: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. 2010 [acceso 11/11/2019]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=487>
17. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y Metodología. Editorial Masson, S.A. España;1988.
18. Vázquez-Cruz E, Sotomayor-Tapia J, González-López AM, Montiel-Jarquín AJ, Gutierrez-Gabriel I, Romero Figueroa MS, et al. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. Rev. Salud Pública. 2018 [acceso 11/11/2019];20(2):254-7. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n2/254-257/>
19. Infantes Gómez FM. Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016. Rev Peru Med In- tegrativa. 2017;2(2):133-9.
20. Pérez Pulido MO, Orlandoni Merli G, Ramoni Perazzi J, Valbuena Vence M. Percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud con un enfoque Seis Sigma. Rev Cubana Salud Pública. 2018 [acceso 03/11/2019];44(2):325-43. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n2/325-343/>
21. García-Altés A, Peiró Moreno S. Evaluación de la calidad mediante los sistemas de información socio sanitarios: un reto posible. Rev Calid Asist. 2000 [acceso 03/11/2019];15(4):223-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2831802>
22. Carbonell Torregrosa MA, Girbés Borrás J, Calduch Broseta J. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Emergencias. 2006 [acceso 03/11/2019];18(1):30-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1428070>
23. Alrasheedi KA, Al-Mohaithef M, Edrees HH, Chandramohan S. The Association between Wait Times and Patient Satisfaction: Findings from Primary Health Centers in the Kingdom of Saudi Arabia. Health Serv Res Manag Epidemiol. 2019 [acceso 16/11/2019];6:[Aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2333392819861246>.
24. Alarcon-Ruiz CA, Heredia P, Taype-Rondan A. Association of waiting and consultation time with patient satisfaction: secondary data analysis of a national survey in Peruvian ambulatory care facilities. BMC Health Serv Res. 2019 [acceso 19/10/2019];19(1):439. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6604432/>.

25. Nottingham QJ, Johnson DM, Russell RS. The effect of waiting time on patient perceptions of care quality. *Qual. Manag. J.* 2018 [acceso 19/06/2019];25(1):32-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10686967.2018.1404368>
26. Chang de la Rosa M, Alemán Lage MC, Cañizares Pérez M, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999 Oct [acceso 18/06/2019];15(5):541-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es).
27. Gálvez González AM, González López R, Álvarez Muñiz M, Vidal Ledo MJ, Suárez Lugo NC, Vázquez Santiesteban M, et al. Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la Salud Universal. *Rev Panam Salud Pública.* 2018 [acceso 03/10/2019];42:e28. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.28>
28. Barragán JA, Pedraza YD, Rincón MR. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja 2011. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013 [acceso 03/10/2019];31(2):187-93. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5079680>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribuciones de los autores**

*Rosa María Torres Mora:* Revisión bibliográfica, diseño del estudio, recogida de los datos, así como el análisis e interpretación de los mismos. Redacción del borrador del artículo y de su versión final.

*Rafael Torres Peña:* Contribución importante a la idea y diseño del estudio, participación en el análisis e interpretación de los datos. Revisión crítica de la versión final y su aprobación.

*Maricela Morera Pérez:* Determinación del tamaño de la muestra durante el diseño de la investigación. Contribución a la elaboración de las tablas. Análisis e interpretación estadística de los datos.