

Percepción y expectativas del paciente mayor en la atención especializada

Teresa Concepción^a, Orvelindo Rodríguez^b, Luisa Illada^c y María Isabel Santos^d

^aCentro de Salud La Victoria. Área de Salud de Tenerife. Tenerife. España.

^bCentro de Salud Los Realejos. Área de Salud de Tenerife. Tenerife. España.

^cCentro de Salud Icod de Los Vinos. Área de Salud de Tenerife. España.

^dVillanueva de la Cañada. Área 6. Madrid. España.

Correspondencia: T. Concepción.

Los Pesqueros. Vivienda 16. Colonia II. Residencial Las Calandrias I. La Quinta Roja. Sta. Úrsula. 38390 Tenerife. España.

Correo electrónico: tereconcepcion@terra.es

Resumen

Objetivo: Conocer la opinión de los pacientes mayores sobre la atención especializada cuando se los deriva desde las consultas de atención primaria.

Material y método: Estudio cualitativo, realizado entre marzo y septiembre de 2006 en la Zona Básica de Salud Finca España-La Laguna, Tenerife. Los participantes: pacientes mayores de 65 años que habían acudido en más de una ocasión al centro de especialidades de referencia. La recogida de datos se ha realizado mediante 3 entrevistas grupales, 6 individuales y observación participante que se grabaron en magnetófono digital y se transcribieron en papel.

Resultados: Las percepciones y expectativas giraban en torno a: tiempos de espera excesivos, dificultad de acceso por falta de plazas de aparcamiento y puntos de información, un sistema sanitario en el que no se sienten representados, escasez de profesionales y falta de escucha e información por desinterés o saturación de las consultas.

Conclusiones: Sus expectativas están condicionadas por la edad, y destacan como primordial la escucha y la información por parte del profesional. Nuestros resultados aportan los aspectos a mejorar en la calidad de atención teniendo como fuente al propio usuario (aumento de las plazas de aparcamiento, creación de puntos de información y de mecanismos para su participación).

Palabras clave: Satisfacción. Gestión de la calidad total. Percepción. Expectativas.

Abstract

Objective: To find out and analyse the opinion of elderly users on the care received in specialised medicine when they are referred from a primary care centre.

Material and method: Qualitative study from March to September 2006 in the Finca España-La Laguna Basic Health Area, Tenerife (Spain). The participants: users older than 65 years who had visited the referred specialised care centre more than once. The data was collected from 3 group interviews, 6 individual interviews and participant observation. They were recorded on a digital tape recorder and transcribed.

Results: Perceptions and expectations centre on: long waiting times, difficult accessibility due to the lack of parking space and information points, health system in which they do not feel represented, lack of professionals and lack of information and interest due to the saturation of surgeries.

Conclusions: Their perceptions are determined by their age, emphasising information on the part of the professionals. Our results indicate areas to improve quality of care with the user as main source (more parking space, information points and mechanisms for their participation).

Key words: Satisfaction. Total Quality Management. Perception. Expectations.

Introducción

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y la mejora de los sistemas sanitarios modernos. Ya en el decreto 220/2000, de 4 de diciembre del BOC, se recogía la proposición, como modelo de gestión, de la "calidad total"¹. Éste convierte al ciudadano en el motor y centro del sistema sanitario, lo que conlleva necesariamente el conocimiento de las demandas y valoraciones de los usuarios². En este contexto la medición de la satisfacción se convierte en un elemento clave.

Según el modelo de la disconformidad, el grado de satisfacción del paciente estará condicionado por la relación entre calidad esperada y percibida³. De modo que el objetivo

de toda mejora se concreta en reducir las diferencias entre expectativas y percepciones.

En la Encuesta de Salud practicada en Canarias en el año 2004, se situó el grado de satisfacción de la atención recibida como bueno para el 82,1% de la población, y mostró grados de satisfacción mayores en las personas de más de 65 años, además de una mayor utilización de los servicios sanitarios por encima de esa franja de edad⁴.

Dado que las nuevas tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro de la mejora continua: orientar al paciente y garantizar la continuidad de los niveles asistenciales⁵, a pesar de los muchos estudios de satisfacción realizados en España⁶, hemos hallado pocos que, por un lado, estudien la relación entre niveles y, por otro, a los usuarios que deman-

dan más servicios (como los mayores de 65 años), por lo que nos planteamos como objetivo del estudio conocer y analizar la percepción y las expectativas en la atención especializada de los pacientes mayores cuando son derivados desde las consultas de atención primaria.

Material y método

La metodología empleada ha sido la cualitativa con un estudio de tipo descriptivo.

El emplazamiento ha sido en la zona básica de salud de Finca España del Área de Salud de Tenerife, de ámbito urbano, con una población adscrita de 2.008 usuarios mayores de 65 años.

La muestra (informadores) seleccionada fue intencional. Para su inclusión en el estudio debía cumplir los criterios que se presentan en la tabla 1. La captación se hizo desde una de las 7 consultas de medicina familiar del centro, y se escogió a informadores que aportaran diversas perspectivas del fenómeno. Al citarles para la entrevista se los escogía de forma que los grupos estuvieran conformados con participantes con distintos puntos de vista manteniendo cierta homogeneidad para lo que se tuvo en cuenta factores como: sexo, nivel de estudios y visitas a consultas de especialidades diferentes. La composición final de los grupos se describe en la tabla 2.

Para la recogida de datos, inicialmente se realizó la exploración de la información por medio de entrevistas grupales. Para facilitar una buena dinámica cada grupo estuvo formado por 10 participantes, excepto en el grupo 3, que se realizó con 9 por ausencia de un informante.

En la tercera entrevista grupal la información redundaba (principio de saturación), por lo que, tras un análisis general de los datos, se decidió realizar entrevistas individuales para profundizar en algunos aspectos. Se empleó el muestreo teórico con los mismos criterios de inclusión. Se seleccionó a 4 mujeres (la esposa de un ex responsable de la política local, una inmigrante con cardiopatía hipertensiva severa, una mujer mastectomizada y otra con nefropatía en diálisis) y 2 varones (un ex farmacéutico y un diácono).

Todas las entrevistas, individuales y grupales, fueron semiestructuradas con un guión que indagaba todos los puntos del recorrido del usuario derivado desde las consultas de atención primaria (tabla 3).

El lugar elegido para las entrevistas fue la sala de reuniones del centro de salud. El entrevistador fue un miembro del grupo investigador ajeno al centro de salud. Se grabó las entrevistas con un magnetófono digital, previa autorización de los participantes, y posteriormente se las transcribió para su análisis. Durante la transcripción se detectó que en el grupo 3 participaba una informante menor de 65 años, lo que determinó que se eliminara la información generada por esta informante.

El análisis fue de contenido y realizado por un investigador distinto del entrevistador.

Como algunos aspectos recogidos eran contradictorios (p. ej., cartelería), se decidió contrastar los datos recogidos

Tabla 1. Selección de participantes

Criterios de inclusión

Varón o mujer mayor de 65 años

Haber acudido en más de una ocasión a las consultas del centro de especialidades de referencia-CAE La Laguna

Independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria (escala de Lawton y Brody)

Adscrito a la zona básica de salud

Criterios de exclusión

Menores de 65 años

Cuidadores o acompañantes

Funcionamiento intelectual deficitario según el test de Pfeiffer

con la observación participante practicada por el analizador. Ésta consistió en acudir, en una única ocasión, al centro de especialidades como acompañante de un familiar del propio analizador.

Al elaborar el informe final hemos eliminado las alusiones realizadas a servicios y profesionales concretos.

Para garantizar el rigor se empleó: a) la triangulación de datos, mediante la técnica de la observación participante, y de investigadores, separando al captador del entrevistador y a éstos del analizador, y b) la devolución del informe final a los 6 participantes de las entrevistas individuales para su corrección.

Resultados

La información obtenida se segmentó utilizando como temas los empleados en el guión de la entrevista. Los aspectos valorados por los participantes y las interpretaciones de éstos y la resultante entre éstos y la parte investigadora fueron:

Los tiempos de espera y de atención: los usuarios comprenden y ven razonable esperar para ser vistos en consulta, pero consideran excesivas las citas superiores a 1 año. La insatisfacción aumenta cuando se trata de citas para revisión o valorar pruebas complementarias. Consideran escasos los tiempos empleados de consulta porque les impide expresarse, hecho que relacionan con la masificación: “no te da tiempo a sentarte, yo fui estos días, no me había sentado y ya está, sin explicarte bien lo que era, fuera, rápido”.

El centro de especialidades como espacio físico y funcional: el acceso al centro lo ven con enormes dificultades al no haber aparcamientos destinados ellos. “Muy complicado, hay que ir muy temprano”. Los aspectos relacionados con la información les parecen insuficientes. Plantean un punto de información que los oriente dentro del edificio. “Me siento perdido”.

El profesional: otorgan gran importancia a la humanidad del profesional y la definen como aquel que les escucha, informa y entiende sus dolencias. “Yo creo que con un médico

Tabla 2. Composición de las entrevistas grupales

Grupos	Sexo		Nivel de estudios		Enfermedades	
	Varones	Mujeres	Primarios/oficios	Secundario/superior	Agudas	Crónicas
1	5	5	9	1	3	7
2	6	4	10	0	8	2
3	4	5	2	7	5	4

que trata como Dios manda y con cariño llega a tu casa con la mitad de la salud recuperada”.

El sistema sanitario: en general, consideran que la organización del sistema público es mejorable, aunque reconocen los avances respecto a la atención que ellos mismos recibían en tiempos pasados. “No, peor no estamos, en general está bien”.

Critican: la descoordinación entre el médico de cabecera y el especialista: “voy al especialista, entonces él hace el diagnóstico, me receta lo que sea y el médico de cabecera no tiene nada en ficha”; que haya múltiples profesionales en una misma consulta; la excesiva burocracia que les lleva a peregrinar entre servicios a la búsqueda de la resolución de su caso; la escasez de transporte sanitario: “estuve yendo al hospital y tuve que dejar de ir porque las ambulancias no nos llevaban ni nos traían”; la poca consideración hacia ellos con la exigencia de llevar la tarjeta sanitaria, muchos aducen que, por olvido, miedo a perderla o robo, no la llevan consigo; el comportamiento inadecuado y desconsiderado de algunos pacientes hacia el profesional.

Cuando plantean las posibles mejoras comentan: a) el aumento de la plantilla de profesionales; b) dotar a los centros con más autonomía para realizar en ellos análisis o radiografías; c) hacer un control del gasto farmacéutico –hablan de los genéricos–, así como el realizado en la población inmigrante: “a mí me interesa que la enfermedad se cura con 4 pastillas, para qué mandan una caja de 10 pastillas”; c) que las citas de revisión se planteen de forma diferente para evitar la lista de espera; d) resolver su caso sin tener que acudir a más de un especialista, y e) ser escuchados en las propuestas de mejora: “que los enfermos tengan de alguna manera representación en que también pueden tomar decisiones”.

Vivencias del usuario. Las expresadas en todas las entrevistas fueron diversas, de malas a excelentes, sin una orientación hacia un lado u otro. En general, referían buenas vivencias durante los ingresos hospitalarios, muy variables cuando hablaban de las consultas del centro de especialidades y regular o malas cuando se trataba del servicio de urgencias.

El usuario inmigrante (tema que emergió de forma espontánea): el inmigrante mayor muestra tolerancia y gratitud en lo referente a la atención que reciben. Esto es así porque hacen la comparación con la de su país de origen. “Gracias a Dios yo he tenido suerte, porque en mi país no hay para comprar aspirina”.

Tabla 3. Guión de la entrevista

Cita
Modo de solicitud
Tiempos para concertar la cita
Trato recibido en área administrativa, teléfono de cita previa
Centro de especialidades
Información
Acceso al centro
Aspecto del edificio (consultas, salas de espera...)
Trato del personal sanitario y no sanitario
Resolución de la consulta
Sistema sanitario
Aspectos positivos y negativos
Sugerencias
Vivencias
Percepción
Sentir
Percepción de enfermedad

Discusión

Los resultados muestran que la percepción de los pacientes mayores en el ámbito de las consultas de atención especializada giran fundamentalmente en torno a dos aspectos: organizativos (acceso, listas de espera, continuidad de cuidados) y relación profesional-paciente (donde la escucha y la empatía son los elementos más valorados). Debemos destacar que, a pesar de realizarse con un colectivo específico y en el medio de atención especializada, nuestros resultados no difieren de los de otros trabajos realizados en atención primaria con otros colectivos⁷⁻⁹.

Corroboramos, al igual que en otros estudios sobre satisfacción, que las encuestas de salud, en nuestro caso la de Canarias de 2004, no identifican problemas ni reflejan la percepción y sentir de la población¹⁰.

La metodología cualitativa empleada nos ha permitido identificar y comprender aspectos susceptibles de mejora. En este contexto, y como ejemplo, este estudio aporta claves que aumentarían la calidad percibida, como aumentar el número de plazas de aparcamiento, disponer de un sistema de información, aumentar los tiempos de consulta, formación a los profesionales

en entrevista clínica, constituir los consejos de salud (órganos de participación), hacer efectivas las aulas de salud y acercar las direcciones del centro con el objetivo de gestionar sus quejas y crear sentimiento de pertenencia y confianza hacia el sistema.

Para explicar que “a mayor edad, mayor satisfacción”⁴, proponemos como hipótesis, según la teoría de la disconformidad³, que las expectativas en este grupo de edad van decreciendo debido a diversos factores relacionados con la edad, lo que hace que la distancia entre lo esperado y lo percibido sea menor.

Sin embargo, de cara a la interpretación de los resultados, no debemos olvidar que el concepto de satisfacción es multidimensional, que como en cualquier otro estudio cualitativo los resultados no son generalizables ni extrapolables a la población general, salvo que se apliquen a poblaciones y a contextos similares al estudiado; no se exploró a los pacientes mayores con algún grado de dependencia y pudo ocurrir que acudieran a los grupos pacientes más satisfechos o viceversa.

Como conclusión, advertimos de la necesidad de realizar cambios en la organización sanitaria y en el campo de la comunicación interpersonal de cara a mejorar la calidad percibida mediante la humanización de los servicios sanitarios y que el empleo de métodos cualitativos permiten identificar nuevas áreas de mejora relacionados con la atención teniendo como fuente al propio usuario.

Bibliografía

1. European Foundation for Quality Management. European Excellence Model [citado 14 Ene 2006]. Brussels, 2000. Disponible en: <http://www.efqm.org/Default.aspx?tabid=35>
2. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:22-9.
3. Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15:36-42.
4. ISTAC. Encuesta de Salud. Canarias, 2004 [citado 13 Ene 2006]. Disponible en: http://www.gobcan/istac/estadisticas/salud_2004/salud2004.html
5. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez J, Aranaz J. ¿Es posible mejorar la coordinación entre niveles asistenciales? *Med Clin (Barc)*. 1997;109:439.
6. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:580-90.
7. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:273-83.
8. Delgado Sánchez A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria*. 2003;31:307-14.
9. Redondo Matín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria*. 2005;36:358-66.
10. Maderuelo JA, Carriedo Eserrano M, Berjon AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria*. 1996;17:80-4.