

# Satisfacción-Insatisfacción de Pacientes Respecto de la Atención Médica Recibida en Hospitales de Mediana Complejidad en Antioquia: una Relación Dialéctica

## Patient Satisfaction-Dissatisfaction Regarding the Medical Care Received in Medium Complexity Hospitals in Antioquia: a Dialectical Relationship

Carlos Enrique Yepes-Delgado<sup>a</sup>, Gloria Estella Estrada-Bedoya<sup>b</sup>.

### Resumen

**Introducción.** El constructo satisfacción-insatisfacción ha sido insuficientemente estudiado. **Objetivo.** Explorar las categorías de tensión al interior del constructo "satisfacción-insatisfacción" respecto a servicios de atención médica desde la perspectiva de los pacientes. **Método.** Investigación hermenéutica que usó la Teoría Fundamentada. Participaron usuarios de servicios médicos de consulta externa, hospitalización y urgencias, en hospitales de mediana complejidad en Antioquia. Fueron 21 entrevistas semiestructuradas, con preguntas abiertas que se modificaron según el avance del análisis sistemático, interactivo e iterativo propio de la metodología que incluyó codificación abierta, axial y selectiva. **Resultados.** Emergieron cuatro categorías que coexisten e interactúan en el marco del acto médico y por medio de la ley de la unidad, identidad y la lucha de los contrarios explican la tensión existente entre satisfacción-insatisfacción: lo afectivo referido al trato ofrecido por el médico; lo cognitivo relacionado con la capacidad explicativa del profesional; lo ético religioso referido al respeto por las creencias del paciente, y el resultado final del tratamiento y de la atención. **Discusión.** Una vez los pacientes confrontaron las expectativas previas con la atención recibida, se construyó un concepto que expresa confusos

<sup>a</sup>Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, carrera 51D #62-29 – Hospital Pablo Tobón Uribe, Unidad de Investigaciones, Calle 78B #69-240. Medellín, Colombia.

<sup>b</sup>Fundación Universidad de Antioquia, calle 49 #50-21 Edificio del Café; Pisos 11-12 y 13. Medellín, Colombia.

### Abstract

**Introduction.** The satisfaction-dissatisfaction construct has been insufficiently studied. **Objective.** Explore the tension categories within the construct "satisfaction-dissatisfaction" regarding services of medical care from the perspective of patients. **Method.** Hermeneutical research that used Grounded Theory. Users of outpatient medical services, hospitalization and emergencies, in medium complexity hospitals in Antioquia. There were 21 semi-structured interviews, with open questions that were modified according to progress of the systematic, interactive and iterative analysis of the methodology that included open, axial coding and selective. **Results.** Four categories emerged that coexist and interact within the framework of the act medical and through the law of unity, identity and the struggle of opposites explains the existing tension between satisfaction-dissatisfaction: the affective aspect referred to treatment offered by the doctor; the cognitive related with the explanatory capacity of the professional; the ethical religious referring to respect for the beliefs of the patient, and the final result of the treatment and attention. **Discussion.** Once the patients confronted previous expectations with the care received, a concept was constructed that expresses confusing nuances, both

Correspondencia: Gloria Estella Estrada Bedoya  
Fundación Universidad de Antioquia  
Correo electrónico: gloria.estrada@udea.edu.co

matices tanto positivos como negativos, pudiendo estar presentes ambas sensaciones en el mismo momento como resultado de la atención. **Conclusión.** El constructo satisfacción-insatisfacción de servicios de salud se entiende en su complejidad y profundo alcance en perspectiva dialéctica, pues no se trata de dos puntos opuestos y excluyentes, sino que se pueden expresar simultáneamente tras una atención.

**Palabras clave:** Satisfacción del paciente, calidad de la atención de salud, atención al paciente, relaciones médico-paciente, resultado del tratamiento.

positive and negative, and can both sensations being present in the same moment as a result of attention. **Conclusion.** The service satisfaction-dissatisfaction construct health is understood in its complexity and depth scope in dialectical perspective, since it is not about two opposite and exclusive points, but they can be express simultaneously after attention.

**Keywords:** Patient satisfaction, quality of care health care, patient care, doctor-patient relationships, treatment result.

## Introducción

La satisfacción es un término comúnmente utilizado en la evaluación de la calidad de diferentes procesos, el cual se ha extrapolado a los servicios de atención en salud como resultado de la industrialización del sector<sup>1</sup>. Eso explica el aumento en las publicaciones científicas relacionadas con el término "satisfacción del paciente" que con base en MEDLINE arrojó 761 artículos entre 1975 y 1979, comparado con 8505 entre 1993 y 1997<sup>2</sup>. Otra búsqueda con el término "Quality Managment", evidenció 10822 artículos entre 2005 y 2016<sup>3</sup>. La satisfacción sumada a los resultados clínicos, son elementos esenciales de la calidad de los servicios sanitarios<sup>4</sup>.

La calidad asistencial es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "los mejores resultados posibles en salud", lo que equivale al grado en que los servicios en salud ofrecidos tanto individual como poblacionalmente, aumentan la probabilidad de lograr los efectos deseados en la medida que son coherentes con los conocimientos científicos actuales<sup>5</sup>. Por su parte, la satisfacción de servicios de salud es asumida como la medida en que la asistencia sanitaria es aceptada por los pacientes a partir tanto de sus necesidades y sus expectativas, en relación con la percepción de los servicios recibidos, siendo un juicio de valor que se construye justo antes, durante y después de la atención clínica<sup>6,7</sup>.

El nivel de satisfacción está asociado con variables de persona, tiempo y lugar como son el género, la edad, el tiempo de espera, la ubicación del hospital y su prestigio, además la confianza que genera el personal de salud en los pacientes. Se diferencian dos poblaciones involucradas, los prestadores y los pacientes<sup>8</sup>, para los primeros medir la satisfacción puede servir para la realimentación del logro de los objetivos en sus procesos asistenciales, para los segundos tener una satisfacción alta está relacionado con mayor adherencia a los tratamientos y mejores resultados en salud<sup>9</sup>. Estudios realizados en diferentes países han identificado determinantes de la satisfacción relacionados con características del personal de salud como son el conocimiento, la calidez en el trato y las habilidades para la comunicación con el paciente<sup>10</sup>.

La satisfacción de los pacientes es un predictor importante de la "Gestión de la Calidad Total" en la atención en salud<sup>3</sup>. Frecuentemente es evaluada en encuestas con preguntas cerradas y análisis probabilísticos que limitan las posibilidades de respuesta del usuario y generan un único valor del grado de satisfacción respecto al servicio prestado, sin incluir valoración alguna de insatisfacción; como si se tratara de dos asuntos completamente excluyentes<sup>11,12</sup>.

A diferencia del término satisfacción en salud, que aparece ampliamente descrita por

la literatura científica como el resultado de la interacción entre el médico y el paciente, y de la relación entre las expectativas y los resultados de los servicios y los procedimientos que ofrece<sup>13,14</sup>; la insatisfacción está menos explorada<sup>15</sup>, limitándose a concebirla como falta de medicamentos y suministros, inadecuada provisión de información, largos tiempos de espera, mala limpieza, falta de intimidad y limitado horario de atención<sup>7</sup>. La relación entre satisfacción e insatisfacción es casi ausente en la literatura científica<sup>16</sup>.

Este artículo analiza el constructo "satisfacción-insatisfacción" al reconocer su coexistencia y replantear la concepción excluyente que se tiene de ellos<sup>17,18</sup>. Este trabajo fue un subproducto de una investigación mayor, publicada como "Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cualitativo sobre la percepción de la calidad en salud"<sup>19</sup>, en el cual este asunto se insinuó, pero no fue desarrollado. El objetivo de la presente publicación específicamente fue explorar las categorías de tensión al interior del constructo "satisfacción-insatisfacción" de servicios de atención médica desde la perspectiva de los pacientes. Repensar estos conceptos permitirá una mejor comprensión de la calidad en la atención en salud.

## Metodología

Investigación con enfoque hermenéutico que aplicó herramientas de la Teoría Fundamentada (TF) como la codificación y categorización<sup>20</sup>. El soporte teórico de la TF es el interaccionismo simbólico (IS), corriente sociológica de pensamiento que entiende el comportamiento humano como un acto sujeto al significado que se le otorgue a las cosas, significado que se construye a través de la interacción social y que se modifica según las interpretaciones personales<sup>21</sup>. El IS guio la metodología y el manejo de los datos, al ser el fundamento de la metodología, además de ser reconocido como un enfoque de estudio

de la vida y del comportamiento de los seres humanos, en la medida en que la interacción como proceso forma dicho comportamiento en las personas, más que ser un simple medio para la expresión del mismo<sup>21</sup>. La naturaleza en este caso, de la experiencia satisfactoria o no, tras consultar diferentes servicios de salud, consiste en el significado que encierra para las personas, y en la forma como lo perciben, actúan y hablan de él.

Participaron 21 usuarios adultos de servicios médicos que tuviesen la experiencia de haber consultado alguna vez los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias durante dos años, en hospitales de mediana complejidad de una región colombiana. Los participantes tenían en promedio 43 años con valores entre 18 y 76, eran en un 80% mujeres y un 66.6% vivían con su pareja. El 43% tenían menos de 5 años de escolaridad, el 52% entre 6 y 11 años de escolaridad, y 5% con mayor formación. El 66.6% se desempeñaban como amas de casa, el resto laboraban en oficios varios. El muestreo utilizado en este trabajo fue inicialmente selectivo a conveniencia y una vez analizada la primera información recogida, se hizo muestreo teórico<sup>22</sup>, el cual se refiere a entrevistar a nuevas personas con experiencias que permitan descubrir variaciones en los conceptos previamente emergidos y que maximicen la profundidad comprensiva para avanzar hacia una mayor saturación teórica<sup>23</sup>.

La recolección de los datos se valió de 21 entrevistas semiestructuradas, con preguntas abiertas que se modificaron según el avance del análisis sistemático, interactivo e iterativo. Lo interactivo se refiere a la comparación constante entre los relatos de los entrevistados, códigos (abstracciones hechas por los investigadores), categorías (agrupaciones más abstractas de los códigos), las referencias consultadas durante el proceso y la conceptualización emergente, en interacción con las perspectivas de los investigadores<sup>24</sup>.

Una vez transcritas fielmente las entrevistas se procedió con la codificación abierta de las primeras siete entrevistas y de allí, emergieron las categorías iniciales y se escribieron los primeros memorandos que guiaron el muestreo teórico, para la posterior realización de otras siete entrevistas sobre las cuales se hizo codificación abierta y axial de la TF<sup>20</sup>. Por último, otras siete entrevistas aportaron información para refinar y relacionar las categorías analíticas. Este proceso implicó 1520 códigos y 150 memorandos. Como resultado de la investigación mayor mencionada antes, se obtuvieron seis categorías descriptivas: 1. Necesidad de servicios, 2. Negociar la atención, 3. Relación desigual, 4. Reconocimiento de la enfermedad, 5. Experiencia positiva y 6. Experiencia negativa. En mayor abstracción emergieron tres categorías analíticas: 1. Sentir la necesidad de consultar genera expectativas, 2. Negociación que parte del diverso reconocimiento de la enfermedad y 3. Moviéndose entre la satisfacción e insatisfacción. La codificación se hizo por medio de MS Word y el análisis de categorías con el MS Excel.

La categoría analítica llamada “moviéndose entre la satisfacción y la insatisfacción”, se desarrolla en los siguientes resultados y centra la discusión en interpretar la realidad subjetiva de los usuarios respecto al resultado de su experiencia en la atención en salud, expresada en forma narrativa con fragmentos textuales de datos que llevaron a dicha conceptualización teórica. La reflexividad por parte de los investigadores acompañó el proceso de recolección y análisis, garantizando transparencia de los resultados<sup>25</sup>.

### **Consideraciones éticas y conflictos de interés.**

Se respetaron los principios éticos en investigación con los participantes, quienes recibieron información sobre la investigación y la garantía del manejo confidencial de sus datos, previo a la firma del consentimiento

informado. Todos aceptaron participar. Las entrevistas fueron realizadas en el sitio que los pacientes escogieron para su mayor confianza, y fueron grabadas con su autorización. Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés relacionado con el estudio.

## **Resultados**

### **Moviéndose entre la satisfacción e insatisfacción.**

La valoración de “satisfacción-insatisfacción” que los entrevistados le dan a su experiencia, se enmarcó en la interacción de cuatro componentes relacionados con lo afectivo, lo cognitivo, lo ético religioso y el resultado final de la atención. Cada uno de estos componentes no se entiende como fase de un proceso lineal, sino como momentos que emergen, coexisten e interactúan entre ellos en el entorno del acto médico, y que expresan la compleja intrincación entre las sensaciones de satisfacción e insatisfacción.

### **El componente afectivo**

El afecto se sustenta en la confianza construida a partir de la sucesión de experiencias positivamente significativas. Personas que han recibido insuficiente afecto previamente y experimentan una hospitalización en la cual se perciben como centro de atención, reconocen el interés que tiene el personal por su recuperación y al percibir buen trato, se sienten altamente sorprendidos y gratificados, sintiéndose comprendidos. También ocurre el caso contrario, en el que el entrevistado manifiesta su incomodidad tras recibir un trato que se percibe como rudo y menos cordial a pesar de la situación de salud que presenta.

*“para mí lo más importante como enfermo es una buena atención, porque es casi la mitad de que el enfermo se alivie”. (Ama de casa, 40 años)*

*“Que vean la confianza que uno les comunica y que lo comprendan, porque uno no es estudiado como para saber explicarles qué es lo que tiene; pero que ellos comprendan, le presten atención, le dediquen un rato”. (Ama de casa, 60 años)*

*“usted sí que es cansona doña, a toda hora tiene que estar uno con usted para allá y para acá, no le dijo el médico pues que hiciera sus necesidades ahí en la cama... a mí no me gustó el trato”. (Ama de casa, 39 años)*

Las experiencias no siempre llenan las expectativas de los pacientes, ni crean lazos de familiaridad ni seguridad, a lo que se suman las dificultades por tortuosos procesos administrativos y la sensación de objetivación del paciente. Puede suceder que el paciente perciba que el médico no le da importancia ni al paciente ni a la condición por la cual está atravesando.

*“Me mandaron donde una Doctora... fui muy enferma con el cólico de la vesícula, ... y me dijo: “no la puedo atender porque le hace falta este requisito” y le dije: ¿Cómo así que no me puede atender, por qué no me manda siquiera una pastilla para calmar el cólico? Y me dijo: no, qué tal”. (Ama de casa, 60 años).*

*“Es una paciente que tiene un quiste en el ovario, nada importante, no ha evolucionado...lo que menos me gustó a mí, que para esa médica lo mío no hubiera sido importante”. (Empleada pública, 33 años).*

Se relataron situaciones en las cuales el médico asumió una posición de superioridad moral al expresar ser parte del grupo de interés de cierta información exclusiva y excluyente. Una expresión de ello, fue cuando el médico se negó a dar explicaciones al paciente, argumentando que la información es de exclusivo interés del “cuerpo médico”, apartando al paciente del derecho a una explicación de su problema de salud.

*“yo quería saber qué daños podía tener mi bebé con la placenta de tamaño disminuido y él no me quiso contestar, porque eso eran cosas que no me incumbe a mí, sino al cuerpo médico”. (Ama de casa, 33 años).*

Para alguno de los entrevistados se confunde la satisfacción con la gratitud. Esta percepción, que involucra ambos conceptos, está influida por factores propios de la persona y del entorno, como el reconocimiento que siente la persona que se encuentra enferma por aquel que cura su sufrimiento y la institución que lo acogió.

*“uno se siente bien al ver que se siente importante. A pesar de la pobreza y a pesar de que sabían mi situación, yo me sentía importante de ver como se afanaban por mí”. (Oficios generales, 49 años).*

## El componente cognitivo

Al interior del acto médico, se desarrolla con frecuencia un proceso de enseñanza aprendizaje en el cual el profesional dedica un momento de la consulta a explicar al consultante sobre la enfermedad y sus alternativas de tratamiento. Esto suele ser valorado por los pacientes y con alguna frecuencia es solicitado. Este gesto que asumen algunos médicos suele derivar de las preguntas que el paciente realiza y también de la convicción de algunos médicos de hacerse entender. El no recibir la suficiente información sobre la enfermedad o el tratamiento, genera insatisfacción y a veces reclamos por ese tipo de atención. En ocasiones los médicos logran un mayor acercamiento, explicando en forma sencilla, clara y utilizando el mismo lenguaje del paciente.

*“Luego de haber sido atendida en el Hospital, seguía dándome unas picadas muy fuertes en el pie, entonces fui donde el médico que me operó y me dijo: esas picadas te van a seguir dando, eso es normal por ahora y la hinchazón también, pero que tranquila que yo iba a seguir una vida normal”. (Ama de casa, 49 años)*

*“Cuando me mandaron la fórmula, no me colocaron nada, solamente lo que me iba a tomar, pero ni cada cuánto, ni cuánto me debían dar, ni cosas específicas que uno debe saber y uno como no sabe, entonces hasta se intoxica ahí sin saber, entonces me tocó consultarlo por aparte”. (Ama de casa, 18 años)*

En otros casos el paciente es testigo de hechos y procedimientos en los que se siente afectado, pero si bien, no se atreve a cuestionarlos, no se siente bien. Aunque la formación de los médicos pudo ser similar y los protocolos estén establecidos, existen diferencias en las opiniones médicas. Es frecuente que los profesionales de la salud no estén de acuerdo con la impresión diagnóstica de un paciente y en ocasiones lo discuten en su presencia, sin consideración alguna de sus sentimientos frente a esta situación.

*“estaba lista en la sala de preparación para cirugía, de gorro y suero. Llegaron dos Ginecólogos, uno de ellos miró la ecografía de control que me habían hecho y me dijo: usted no requiere cirugía, el quiste es muy pequeño, es mejor que vaya mañana a que le hagan una laparoscopia y luego vuelve a pedir cita. El otro Ginecólogo le pidió que lo dejara mirar la ecografía y dijo: “hermano, esta señora necesita ser operada hoy mismo, ese quiste está muy grande”, el uno insistía que no y el otro que sí, hasta que el primero cedió y dijo: pues será operarla. Mientras ellos discutían yo me sentía la persona más débil e insignificante en medio de la opinión sin acuerdo de dos profesionales en cuyas manos estaba la recuperación de mi salud en ese momento”. (Empleada pública, 33 años).*

En la relación médico-paciente la confianza lograda a partir de la actitud de ambos facilita o dificulta la dinámica de enseñanza-aprendizaje. En situaciones el paciente reconoce la superioridad del médico y prácticamente se subordina a su decisión frente al quehacer. Otras veces, el médico deja claro al paciente su mayor nivel de conocimiento y cuánto le costó adquirirlo, subvalorando al paciente lo que genera barreras y distanciamiento.

*“Si el doctor me dice que hay que operarla, hay que operarla, pero si dice que eso tiene remedio con medicina y terapias... pues yo acepto lo que me diga el doctor”. (Ama de casa, 26 años).*

*“A usted que me la lleven para una pieza que usted vendrá a estar por ahí a las 11 del día (eran la 1 de*

*la madrugada). Y le dije: Doctor, no soy capaz de aguantarme hasta esas horas, porque ya sé qué son los dolores de parto... Entonces me dijo: oigan a ésta, cuánto más se quemaría usted más las pestañas que yo”. (Ama de casa, 49 años).*

## El componente ético-religioso

Se encuentra en los relatos atribuciones a la influencia de creencias sociales y culturales sobre el tratamiento y la curación de las personas. Dependiendo de la cultura, se le asigna la responsabilidad de un alto número de supuestas curaciones a lo sobrenatural y a lo divino, no solo por parte del paciente, sino también de parte de algún profesional en salud, según sea la idea que se tenga de Dios. Parte de este componente se relaciona con la mística del ser, que cree en la buena suerte y le da un estatus casi divino al profesional. Incorporar el respeto por las creencias de los pacientes, puede acercar la relación entre terapeutas y enfermos. La confianza exagerada en el personal de la salud puede potenciar la expresión de este componente.

*“aprendí a quererlo, para mí ese médico es más que mi papá, si tuviera que hacer algo que estuviera a mi alcance por él, lo haría con todo mi amor, porque después de Dios, ese médico”. (Ama de casa, 49 años)*

## El componente del resultado

En la atención médica un asunto muy valorado es el resultado, al permitir pasar de un estado de vulnerabilidad, malestar, enfermedad y dolor; a uno de fortaleza, bienestar, salud y ausencia de dolor; para muchos regresar a la “normalidad”. Los pacientes valoran el hecho de no quedar sufriendo. El alivio para algunas personas pasa por sentirse escuchadas, dada la confianza que su médico les genera, llegando incluso a solicitarlo en la atención. A pesar de que la relación entre el médico y el paciente debería apuntar al “gana-gana”,

pues al seguir las recomendaciones del profesional, el paciente debería recuperar su salud, con alguna frecuencia, la propuesta de manejo y tratamiento del médico no encaja en el contexto o la misma cultura del paciente le dificulta seguir sus recomendaciones. En algunos casos incluso, se evidencia un fenómeno de culpabilización de la víctima, caracterizado por asignar al paciente la culpa de los resultados inesperados de una intervención, debido al estilo de vida del paciente o al incumplimiento de la prescripción.

*"he salido tan satisfecho que realmente me siento aliviado y se lo agradezco al internista y a la atención médica". (Soldador, 36 años).*

*"como que no te voy a formular a vos muy contento, porque eres de las pacientes que no se ayuda... entonces me dijo: ¿Usted sabe por qué es diabética? Porque no se cuida". (Ama de casa, 49 años).*

### **Intrincación entre satisfacción-insatisfacción**

Durante el análisis de las entrevistas se identificó el constructo "satisfacción-insatisfacción" conformado por dos conceptos independientes, pero ineludiblemente intrincados, representación muy distante de las conocidas escalas tipo Likert sobre satisfacción de servicios de salud, con dos extremos entre varias opciones que van desde "muy negativa" hasta "muy positiva", pasando por una opción media "neutra" entre las categorías extremas. Una vez los pacientes confrontan las expectativas previas con la atención recibida, se construye un concepto que expresa confusos matices tanto positivos como negativos, pudiendo estar presentes ambas sensaciones en el mismo momento como resultado de la atención, al punto que la contradicción se puede sentir tanto entre satisfacción-insatisfacción, como al interior de alguno de los diferentes componentes evidenciados.

*"Me tocó uno de los médicos que atendía preguntando sin examinar, y me dijo: Te voy a mandar unas pastillas; llegó y apuntó. A mí una consulta así, no me sirve, porque salgo triste; pero qué casualidad que salí triste y con rabia y me sirvieron los remedios". (Ama de casa, 49 años).*

*"el trato para mí con el personal médico ha sido bueno, con personal administrativo es otra cosa diferente, porque muchas veces uno va a pedir una cita personalmente y le dicen: que por teléfono. Llama uno por teléfono y ya no hay, venga a ver si de pronto, entonces se contradicen". (Vigilante, 34 años).*

*"Doctor, yo no estoy enferma pero ya le pagué la consulta, atíndame que lo que quiero es conversar con usted. ¿A mí me ha pasado, por qué? Porque no he tenido quien me escuche y lo he hecho y me he sentido aliviada". (Ama de casa, 54 años).*

*"en las revisiones, ¿cómo le ha ido?... Varias veces no me asienta bien una pastilla o me dan mareos, entonces a uno le cambian el tratamiento". (Ama de casa, 60 años).*

Por tratarse de un constructo simbólico, la satisfacción se reestructura constantemente enriquecida con las distintas experiencias mediadas por relaciones con el personal clínico, administrativo y otros usuarios, en distintos escenarios donde se llevan a cabo los procesos de atención, pero también donde se evidencian barreras que dificultan el acceso y una atención adecuadas.

*"hay cosas que no me gustan como hacer esas benditas filas y esperar para que lo atiendan, lo mandan de un lado a otro, tiene primero que hacer diez filas antes de llegar al consultorio". (Ama de casa, 18 años).*

*"a la hora exacta que yo tenía la cita me estaban atendiendo, el doctor estaba ahí cumplido, me atendía y yo salía normal y al menos le ponía atención a uno, ... esas atenciones así son muy buenas". (Operaria, 25 años).*

## Discusión

Con el tiempo el ejercicio de la medicina se ha ido inclinando a la industrialización de la salud, la creación de empresas hospitalarias trajo consigo necesidades que superaban las intenciones clínicas de la profesión y exigieron la instauración de procesos administrativos para poner en marcha el engranaje organizacional hacia la calidad de la atención<sup>26</sup>. La satisfacción del paciente es parte integral de la medición de calidad de los servicios de salud, en la medida en que su obtención se ha relacionado con mayor adherencia al tratamiento y por ende mayor impacto en la salud del usuario<sup>27</sup>.

Pese al auge del tema en las dinámicas organizacionales, es insuficiente la conceptualización del término satisfacción<sup>28,29</sup>. Estudios realizados en personal de atención en salud respecto al significado de satisfacción, evidencian limitaciones al definir y poner en común el término<sup>30</sup>. Ambigüedad explicada en parte, por la naturaleza fenomenológica multidimensional que compone el concepto<sup>31</sup>, construido a través de símbolos respaldados en interacciones que enfrenta el paciente, y condicionados por factores socioculturales sobre los que se construyen creencias. Esto permite entender por qué un paciente con estándares bajos podría sentirse satisfecho con una atención deficiente, mientras que un paciente con estándares altos pueda subvalorar una buena atención<sup>32</sup>.

Tradicionalmente la satisfacción y la insatisfacción en servicios de salud han sido evaluadas de forma separada con alguna escala numérica sin detenerse a establecer la relación que existe entre ellos, al concebirlos como elementos contradictorios y excluyentes<sup>32</sup>. Para comprender mejor la relación entre satisfacción e insatisfacción se sugiere aprovechar la categoría dialéctica conocida como la "ley de la unidad de los contrarios", en la cual la contradicción es la relación entre los contrarios, quienes a su

vez son parte de ella. En el desarrollo del constructo de la satisfacción surgen aspectos, corrientes y fuerzas contrarias. La unidad de contrarios entre satisfacción e insatisfacción, implica que están indisolublemente ligados entre sí y forman un proceso contradictorio único. Los contrarios son condiciones de su existencia recíproca, es decir existe cada uno de ellos, únicamente porque existe el otro<sup>33</sup>.

Sentirse más o menos satisfecho e insatisfecho, implica un complejo de creencias con diferentes grados de relevancia, que no debieran medirse exclusivamente con una encuesta, que en una lógica lineal no recogería la discordancia expresada por los pacientes de este estudio<sup>28</sup>. Son variados los determinantes y los componentes de la satisfacción: los primeros hacen alusión a las variables del paciente como sus características y expectativas, los segundos se refieren a la atención<sup>34</sup>, que se corresponden con lo encontrado aquí.

Dentro de los cuatro componentes encontrados en la formación del constructo satisfacción e insatisfacción, se observó que una prioridad de los pacientes es ser tratados con cortesía y respeto por el personal de salud, asunto ya evidenciado en otro estudio<sup>35</sup>. Este componente afectivo expresa la confianza que corresponde a la interacción de los proveedores de manera personal con los pacientes, refiriéndose al respeto, preocupación, amabilidad y cortesía<sup>28</sup>. La empatía es una de las características más importante en la relación médico paciente y tiene influencia directa en la satisfacción. Lo que cada persona considera como una atención "normal", se encuentra en un rango bastante amplio, por lo que, en general, expresiones contundentes de insatisfacción, sólo se hacen explícitas en las evaluaciones de calidad, solo cuando se considera que algo muy grave sucedió en la atención<sup>36</sup>, lo que contribuye a que, en la práctica, la insatisfacción queda insuficientemente evidenciada.

El componente cognitivo se refiere al conocimiento en salud propio de los profesionales que se pone al servicio del enfermo a través de una comunicación efectiva. Entre las herramientas que utilizan los clínicos que generan mayor satisfacción en los pacientes están la escucha activa, el interrogatorio intencionado sobre las preocupaciones del paciente, la respuesta empática y el uso de mensajes claros y lenguaje cotidiano entre otros<sup>37</sup>, que permitan lograr una mejor comprensión del problema de salud.

La capacidad explicativa del médico y la información transmitida al paciente puede generar aprendizajes que mejoran el proceso de atención. Un estudio realizado para analizar las habilidades de comunicación en la interacción médico-paciente evidencia que una buena comunicación entre profesionales, y entre el personal de salud y los pacientes, genera mejores resultados en el tratamiento de los pacientes, y a su vez mayor satisfacción de este con la atención recibida, similar a lo encontrado en esta investigación<sup>38</sup>. Otro estudio sobre percepción de los pacientes en la atención de urgencias, menciona como estos ingresaron al servicio deseando que se les prescribiera un antibiótico, pero después de recibir información clara de parte del médico y entender los efectos adversos y la capacidad de daño que tienen los antibióticos, cambiaron sus expectativas<sup>39</sup>. Así, se evidencia como la información puede cambiar las expectativas del paciente e incidir en su satisfacción.

Con respecto al componente ético religioso, la literatura hace alusión a curas milagrosas y a fenómenos que con frecuencia superan la capacidad de la ciencia, relacionado inherentemente al ser y cosmogonía de sus creencias. Desde la mitología grecorromana, se mencionan personajes con capacidades curativas y diferentes características de origen divino, en los cuales se reconocía al médico como un personaje extraordinario<sup>40</sup>, similar a lo encontrado en este estudio, y también en la

literatura como en el caso de la "Tragedia de Macbeth" al hacer referencia a capacidades médicas religiosas otorgadas al rey, que le dan la facultad de curar dolencias con la palabra, definidas como milagrosas y atribuidas a un poder superior<sup>41</sup>. La importancia de este componente es tal, que una revisión sistemática de la literatura encontró que si bien no hubo diferencias significativas en distintos estudios entre los grupos a los que se les aplicaron intervenciones religiosas y a los que no, respecto del curso normal de la enfermedad, si se encontró diferencias frente a ciertos desenlaces en algunos pacientes en particular. En pacientes con cáncer puede aumentar el nivel de espiritualidad, mejorar el bienestar emocional y mejorar la calidad de vida; en pacientes con depresión mayor y enfermedades crónicas la religión puede fomentar la presencia de sentimientos positivos; y en ancianos con enfermedades crónicas se puede encontrar un menor nivel de fatiga o "mayor energía" para realizar sus actividades diarias<sup>42</sup>. La religión/espiritualidad puede lograr una reinterpretación de la realidad ante un suceso negativo y en algunos casos puede tener un efecto importante en el componente emocional, al brindar optimismo, sentido de propósito en la vida, generosidad y gratitud. La religión secundariamente puede ejercer una modulación en la percepción de la calidad de vida y la percepción del estado de su propia enfermedad, colaborando finalmente con la disminución del sufrimiento, lo que puede redundar en mayor satisfacción con la atención<sup>42</sup>.

El componente de resultado referido al alivio y la curación es retomado en algunos estudios como esencial en la satisfacción del paciente. Sin embargo, en un estudio realizado en pacientes con morbilidades múltiples, se evidenció que la atención centrada en el paciente, así como el acuerdo o co-creación de la atención que se hace de manera conjunta sobre el tratamiento de la enfermedad para que sea adecuado con las necesidades del paciente, estuvieron asociadas con mayores niveles de satisfacción

y son estas características las que pudieran estar relacionadas con mejores resultados en salud<sup>43</sup>, en otros casos, a pesar de sentirse satisfechos con respecto al alivio del síntoma, no lo estaban con otros elementos de la atención como sucedió en nuestro estudio<sup>29</sup>.

El nivel de intrincación por el que discurre la satisfacción, sus facetas en relación con la valoración subjetiva de quien se expone a una experiencia con sus condicionantes, han generado una gran limitación para medir la calidad de los servicios de salud en dichos términos; asunto que se hace evidente en el análisis de los datos que arrojan las encuestas de satisfacción que pretenden establecer percepciones del paciente frente al servicio a partir de la calificación de ítems y no de la pregunta por la significancia simbólica de la experiencia. Como limitación del estudio se reconoce la posible insuficiente abstracción en el análisis de alguno de los componentes emergidos, debido a que los autores no poseen formación de base en ciencias sociales.

## Conclusión

Comprender dialécticamente el constructo satisfacción-insatisfacción de servicios de salud, permite evidenciar su complejo alcance, pues no se trata de dos puntos opuestos de una línea recta y se puede dentro de una misma atención percibir ambos, sin que se excluyan entre sí. Evaluar la calidad de los servicios requerirá contemplar expresiones contrarias que coexisten al interior de la experiencia de cada paciente, al reflejar una sensación más real que supera una media aritmética.

Las instituciones de salud pudieran incluir en sus procesos de calidad la pregunta abierta por el significado de la experiencia, para lograr una exploración más profunda en donde se pueda contemplar los matices de la experiencia con las instituciones, con las emociones derivadas del estado de

salud, con la dualidad entre sus expectativas y los resultados, y con los sentimientos que emergen de la interacción entre humanos. Es importante profundizar en investigación que desde la perspectiva hermenéutica ayude a comprender los constructos que subyacen a la atención en salud, pues pudiera razonablemente formularse propuestas de mejoramiento de los servicios, en coherencia con las expectativas de los usuarios y en equilibrio con la capacidad de los sistemas de salud.

## Referencias

1. Jonkisz A, Karniej P, Krasowska D. SERVQUAL method as an "old new" tool for improving the quality of medical services: A literature review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(20):10758. [En línea] <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182010758>
2. Kravitz R. Patient satisfaction with health care: Critical outcome or trivial pursuit? *J Gen Intern Med* [Internet]. 1998;13(4):280–2. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00084.x>
3. Alzoubi MM, Hayati KS, Rosliza AM, Ahmad AA, Al-Hamdan ZM. Total quality management in the health-care context: integrating the literature and directing future research. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2019;12:167–77. [En línea] <http://dx.doi.org/10.2147/RMHP.S197038>
4. Alibrandi A, Gitto L, Limosani M, Mustica PF. Patient satisfaction and quality of hospital care. *Eval Program Plann* [Internet]. 2023;97(102251):102251. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2023.102251>
5. Lescher M, Sirven N. Healthcare quality, patients' satisfaction, and hospital incentives in France. *Rev Econ Polit* [Internet]. 2019;129(4):525–51. [En línea] <http://dx.doi.org/10.3917/redp.294.0525>
6. Pękacz A, Kądalska E, Skoczylas A, Targowski T. Patient satisfaction as an element of healthcare quality - a single-center Polish survey. *Reumatologia*

- [Internet]. 2019;57(3):135–44. [En línea] <http://dx.doi.org/10.5114/reum.2019.86423>
- 7]. Egbon HO, Barnabas AA. Quality of healthcare services and patients' satisfaction in University of Benin Teaching Hospital. *Accounting and taxation review* [Internet]. 2020 4(2): 148-161. [En línea] <https://www.atreview.org/home/abstract.php?id=118&aTitle=Quality%20of%20Healthcare%20Services%20and%20Patients>
  - 8]. Donabedian A. The epidemiology of quality. *Inquiry*. Otoño de 1985;22(3):282–92.
  - 9]. Chandra S, Ward P, Mohammadnezhad M. Factors associated with patient satisfaction in outpatient department of Suva sub-divisional health center, Fiji, 2018: A mixed method study. *Front Public Health* [Internet]. 2019;7:183. [En línea] <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2019.00183>
  - 10]. Manzoor F, Wei L, Hussain A, Asif M, Shah SIA. Patient satisfaction with health care services; An application of physician's behavior as a moderator. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(18):3318. [En línea] <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16183318>
  - 11]. Tucker JL. The moderators of patient satisfaction. *J Manag Med* [Internet]. 2002;16(1):48–66. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1108/02689230210428625>
  - 12]. Boran ÖF, Günay O, Günay AE, Boran M, Bilal B, Bakacak M, et al. Factors affecting perioperative patient satisfaction with regional anesthesia: A patient-centered survey study. *Clin Exp Health Sci* [Internet]. 2022;12(2):401–9. [En línea] <http://dx.doi.org/10.33808/clinexphealthsci.1136625>
  - 13]. Zikusooka M, Hanna R, Malaj A, Ertem M, Elci OC. Factors affecting patient satisfaction in refugee health centers in Turkey. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(9):e0274316. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0274316>
  - 14]. Leppänen S, Niemeläinen M, Huhtala H, Eskelinen A. Mild knee osteoarthritis predicts dissatisfaction after total knee arthroplasty: a prospective study of 186 patients aged 65 years or less with 2-year follow-up. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2021;22(1):657. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-021-04543-8>
  - 15]. Travers JL, Le C, Desai MM, Merrill JA. Factors associated with dissatisfaction in medical care quality among older Medicare beneficiaries suffering from mental illness. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 2021;33(1):51–66. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2019.1628624>
  - 16]. Sardar T, Khan IA, Khan MA. Patients' satisfaction about health care delivery in out-Patients Department of Combined Military Hospital Rawalpindi. *Pak Armed Force Med J* [Internet]. 2020;70(6):1929–34. [En línea] <http://dx.doi.org/10.51253/pafmj.v70i6.5850>
  - 17]. Weber U, Zhang Q, Ou D, Garritano J, Johnson J, Anderson N, et al. Predictors of family dissatisfaction with support during neurocritical care shared decision-making. *Neurocrit Care* [Internet]. 2021;35(3):714–22. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1007/s12028-021-01211-6>
  - 18]. Chiloiro G, Romano A, D'Aviero A, Dinapoli L, Zane E, Tenore A, et al. Patients' satisfaction by SmileInTM totems in radiotherapy: A two-year mono-institutional experience. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021;9(10):1268. [En línea] <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9101268>
  - 19]. Yepes CE. Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cualitativo sobre la percepción de la calidad en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2002; 20(1): 9-22.
  - 20]. Strauss AL, Corbin J. *Basics of qualitative research grounded theory procedures and techniques*. 1st ed. Sage Publications; 1990.
  - 21]. Blumer H. *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Univ of California Press, 1986.
  - 22]. Charmaz K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications, 2006.

- 23]. Glaser BG. Emergence vs forcing basics of grounded theory, strategies for qualitative research. 1st ed. Mill Valley: Sociology Press; 1992.
- 24]. Yepes, C. Teoría Fundamentada para investigación cualitativa en Medicina. Editorial EIA. Primera edición Medellín, Colombia 2023.
- 25]. Engward H, Davis G. Being reflexive in qualitative grounded theory: discussion and application of a model of reflexivity. *J Adv Nurs* [Internet]. 2015;71(7):1530–8. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12653>
- 26]. Al-Assaf AF, Schmele J, eds. The textbook of total quality in healthcare. CRC Press; 1993.
- 27]. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. primavera de 1988;25(1):25–36.
- 28]. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* [Internet]. 1997;45(12):1829–43. [En línea] [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00128-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00128-7)
- 29]. Ng JHY, Luk BHK. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019;102(4):790–6. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>
- 30]. Henderson A. Perspectives and practice: the satisfaction construct. *Qual Res J* [Internet]. 2006;6(1):20–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1108/14439883200600002>
- 31]. Schultz A. The Phenomenology of the Social World. Chicago, IL: Northwestern University Press; 1972.
- 32]. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2002;11(4):335–9. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.11.4.335>
- 33]. Makirriain, JMZ. El materialismo dialéctico, fundamento de la psicología soviética. *IJP&PT*. 2006;6(1): 21-50.
- 34]. Melesse D, Tesfu M, Mantefard B. Level of clients' satisfaction and associated factors with the service of out-patient department in Dilla university referral hospital, southern Ethiopia, 2021. *Adv Public Health* [Internet]. 2022;2022:1–8. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1155/2022/6451755>
- 35]. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P. Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *J Health Commun*. 2018; 3(3):36. [En línea] <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146>.
- 36]. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* [Internet]. 1994;38(4):509–16. [En línea] [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-x](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-x)
- 37]. Tallman K, Janisse T, Frankel RM, Sung SH, Krupat E, Hsu JT. Communication practices of physicians with high patient-satisfaction ratings. *Perm J* [Internet]. invierno de 2007;11(1):19–29. [En línea] <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/06-106>
- 38]. Kee JWY, Khoo HS, Lim I, Koh MYH. Communication skills in patient-doctor interactions: Learning from patient complaints. *Health Prof Educ* [Internet]. 2018;4(2):97–106. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>
- 39]. Broniatowski DA, Klein EY, Reyna VF. Germs are germs, and why not take a risk? Patients' expectations for prescribing antibiotics in an inner-city emergency department. *Med Decis Making* [Internet]. 2015;35(1):60–7. [En línea] <http://dx.doi.org/10.1177/0272989X14553472>
- 40]. Alby JC. Milagros de curación en la tradición médica tardo-antigua. *Teol Vida* [Internet]. 2015;56(2):219–38. [En línea] <http://dx.doi.org/10.4067/s0049-34492015000200003>
- 41]. Shakespeare W. *Macbeth*. 1623.
- 42]. Prestes C. Religión como tratamiento complementario, posibles consecuencias en la terapéutica. *Revisión. Humanidades Rev la Univ Montevideo*. 2017;135–53. [En línea] <https://doi.org/10.25185/1.8>.

43]. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019;19(1). [En línea] <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3818-y>

**Recibido:** 07 de septiembre de 2023.

**Corregido:** 01 de abril de 2024.

**Aceptado:** 15 de abril de 2024.

**Conflicto de interés:** No existe conflicto de interés.