

Tipo de documento: Tesis de maestría

Maestría en Políticas Públicas

**Calidad percibida en la atención sanitaria de
establecimientos privados de la Ciudad de
Buenos Aires**

Autoría: Perri, Erika

Año de defensa de la tesis: 2022

¿Cómo citar este trabajo?

Perri, E. (2022) "*Calidad percibida en la atención sanitaria de establecimientos privados de la Ciudad de Buenos Aires*".

[Tesis de maestría. Universidad Torcuato Di Tella]. Repositorio Digital Universidad Torcuato Di Tella

<https://repositorio.utdt.edu/handle/20.500.13098/12075>

El presente documento se encuentra alojado en el Repositorio Digital de la Universidad Torcuato Di Tella bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 2.5 Argentina (CC BY-NC-SA 2.5 AR)

Dirección: <https://repositorio.utdt.edu>



UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA

Escuela de Gobierno

Maestría en Políticas Públicas

**Calidad percibida en la atención sanitaria de establecimientos
privados de la Ciudad de Buenos Aires**

Alumna: Erika Perri

Tutor: Daniel Maceira

Noviembre de 2022

Índice

1. Introducción	3
2. Revisión de Literatura	
2.1. Revisión de metodologías utilizadas	6
2.2. Antecedentes y preguntas de investigación	10
3. El sistema de Salud Argentino	11
4. Metodología	
4.1. Adecra+Cedim	13
4.2. Encuesta HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)	14
4.3. Encuesta de Satisfacción del Paciente de Internación de Adecra+Cedim	15
4.4. Análisis de representatividad de la muestra	18
5. Resultados	
5.1. Estadísticas descriptivas	20
5.1.1. Resultados destacados según segmentos	23
5.1.2. Resultados destacados sobre calificación y recomendación según características sociodemográficas	25
5.1.3. Evolución temporal de los indicadores	27
5.2. Estimaciones Econométricas	
5.2.1. Metodología	31
5.2.2. Resultados de estimaciones econométricas	32
6. Conclusiones	38
7. Limitaciones del estudio y agenda	40
8. Bibliografía	42

1. Introducción

El sistema de salud argentino cuenta con una estructura mixta, descentralizada, apoyada en mecanismos de protección financiera solventados principalmente desde el mercado laboral, y donde la prestación de servicios se distribuye entre prestadores públicos y privados, según su población de atención (Maceira, 2018). Además de la necesidad de abordar la cobertura y la equidad del mismo, resulta imprescindible avanzar en el análisis de calidad, que es una dimensión relativamente menos considerada, tanto por la falta de información como por la dificultad de establecer mecanismos homogéneos y comparables de calidad.

Dadas las diferencias existentes entre el sector público y privado en cuanto a las fuentes de financiamiento, la gestión, y la población que atiende, resulta dificultoso comparar calidad entre ambos más allá de factores tradicionales asociados con confort. Por este motivo se propone utilizar medidas uniformes dentro del sector privado.

Asimismo, y considerando la diversidad en capacidad resolutive entre jurisdicciones como también entre perfiles epidemiológicos, es que se decide consolidar el análisis en una jurisdicción relativamente particular, con capacidad resolutive elevada, con población relativamente semejante -si se la compara con el resto del país- y con cobertura de obras sociales y prepagas de manera predominante (aproximadamente el 82% del total según Maceira 2020).

A partir de aquí que el presente analiza cuál es la percepción de la calidad de los usuarios de salud de clínicas, sanatorios y hospitales privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los datos que se utilizan son los resultados arrojados por la “Encuesta de Satisfacción del Paciente” que releva anualmente la cámara argentina de establecimientos de salud privados, Adecra+Cedim.

Antes de comenzar es importante preguntarnos a qué nos referimos cuando hablamos de calidad, y más relevante aún, a qué nos referimos cuando hablamos de satisfacción. Dado que ambos conceptos son intangibles, se presentan muchos problemas para establecer una definición clara de ellos, y, sobre todo, aún no existe un consenso universal para medirlos o cuantificarlos.

Avedis Donabedian, quien es considerado un precursor en la definición y el análisis del concepto de calidad de la atención sanitaria, la define como: “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención” (Donabedian, 1980). Asimismo, establece que, si se tiene en cuenta el punto de vista del paciente, la aplicación de la ciencia, el conocimiento y la tecnología son tan fundamentales como el manejo de la relación interpersonal (Donabedian, 1984).

El Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2006) define a la calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. Según Llinás Delgado -basándose en la definición de Donabedian-, plantea que se deben tener en cuenta dos tipos de “propiedades” para definir la calidad de la atención de los servicios de salud: la atención técnica, y la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente. Para el prestador de servicios de salud, la valoración de la calidad podría basarse en el primer aspecto o propiedad, como es la experiencia de los profesionales o la tecnología disponible. En cambio, los usuarios podrían llegar a valorar más tanto el segundo aspecto, como también la relación costo-efectividad (Llinas Delgado, 2010).

Lo planteado por ambos autores confirma entonces que la calidad en la atención de la salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos que se forman desde cada punto de vista y son valorados de manera diferente según el rol que cumplen en el proceso.

Según el Ministerio de Salud de Argentina (Ministerio de Salud, 2019), existen por lo menos tres conceptos que se utilizan para intentar definir la calidad de un servicio sanitario: Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Si se realiza con eficacia, quiere decir que se están utilizando las metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, si alcanza el impacto adecuado; y con eficiencia, si se realiza al menor costo posible.

Una última forma de definir la calidad – también según Donabedian- aunque un poco más difícil de llevar a la práctica, es evaluar en qué grado el servicio prestado al paciente se

aproxima al modelo óptimo (Donabedian, 1988). Al igual que el concepto mismo de calidad, este prototipo ideal todavía no ha sido consensuado.

Hasta aquí hemos hablado de la calidad, pero, ¿qué implica el término satisfacción? Una de las definiciones de la RAE expresa que es el “cumplimiento del deseo o del gusto” (RAE, 2001). Dicho en otras palabras, algo que satisface cumple de manera apropiada con las expectativas, necesidades o deseos de las personas. Cuando hablamos de satisfacción, estamos hablando de un concepto relativo. Tal como establece Crow R., el hecho de que el servicio brindado por un establecimiento de salud “satisfaga”, no necesariamente implica que éste sea bueno, sino que cumple con las necesidades de una o más personas, pero puede no estar cumpliendo con las expectativas de otras. Asimismo, cuando los usuarios de salud califican a un prestador médico, están aportando sus ideas personales y subjetivas, afectadas por las expectativas que tiene respecto del servicio, así como por las características del servicio mismo (Crow, 2002).

Es entonces necesario conocer cómo el usuario del sector de la salud percibe y desarrolla expectativas. Y no solo eso, sino también identificar si estas expectativas o deseos varían según las características propias de la persona, es decir, su edad, género, nivel de vida, entre otros.

El usuario ahora está más informado y, al tratarse el sector salud de un mercado sumamente heterogéneo, tiene mayor capacidad de elección. Por este motivo es muy importante monitorear el nivel de satisfacción de los pacientes para conocer cómo es su percepción de la calidad. Es necesario virar el desafío de la institución hacia el cliente, o, dicho de otra manera, hacia la demanda de la atención sanitaria. Las instituciones de salud necesitan innovar constantemente, garantizar la calidad del personal sanitario y orientarse a conocer las necesidades del usuario (Gallardo Reynaldos, 2014).

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) consideran necesario que la calidad se mida y se monitoree continuamente, a través de datos claros y precisos. De esta manera se podrán impulsar medidas que mejoren la calidad de la atención de la salud. La OMS establece que “la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los

grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición (...) implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos que tengan en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades” (OMS, 2020).

Por su parte, el BID afirma que “saber qué piensan los pacientes es lo que más debería pesar a la hora de formular políticas” (BID, 2018). En los sistemas de salud, la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud –los pacientes–, provee información valiosa y es fundamental para fortalecer el cuidado centrado en la persona.

En la siguiente sección se realiza una breve revisión de la literatura internacional en cuanto a las metodologías utilizadas para medir la satisfacción de la atención recibida por el paciente (2.1), los resultados obtenidos más relevantes (2.2) y las preguntas de investigación que intentaran ser respondidas en el desarrollo del documento (2.3). La sección 3 se ocupa de describir brevemente al Sistema de Salud Argentino, su estructura de financiamiento y su estructura poblacional. La sección 4 describe la metodología utilizada en este estudio, realizando previamente un breve repaso del marco institucional de la cámara de clínicas privadas Adecra+Cedim (4.1), de las principales características de la encuesta HCAHPS (4.2), de la Encuesta de Satisfacción del paciente de la cámara (4.3) y antes de terminar el apartado se analiza la representatividad de la muestra (4.4). La sección 5 exhibe los resultados del análisis bivariado (5.1) y consecuentemente, del análisis multivariado (5.2). La sección 6 desarrolla las conclusiones y finalmente, en la sección 7 se exponen las limitaciones del estudio y los temas de agenda.

2. Revisión de la literatura

2.1. Revisión de metodologías utilizadas

Del análisis de literatura surge que, en primer lugar, en varios países de todo el mundo se elige medir la calidad de las instituciones de salud - ya sea sanatorios, clínicas, hospitales o centros ambulatorios- desde la percepción del usuario.

Algunos estudios utilizan como base el modelo SERVQUAL, desarrollado por Parasuraman, Berry y Zeithaml en 1988, para mensurar el grado de satisfacción del usuario de salud. Las dimensiones que utiliza este modelo son: fiabilidad, empatía, capacidad de respuesta, elementos tangibles y seguridad. Fiabilidad se refiere a la habilidad para realizar la atención médica cuidadosa y confiablemente; sensibilidad se relaciona con la celeridad para atender inquietudes y resolver problemas; en la seguridad se evalúa la habilidad del personal sanitario para inspirar credibilidad; empatía se relaciona con las habilidades interpersonales, orientadas y adaptadas al gusto del paciente; y, finalmente, la tangibilidad engloba lo relacionado con el ambiente, instalaciones, ruidos, entre otros.

Pedraza-Melo et. Al en sus dos estudios realizados para identificar cuáles son los determinantes de la calidad de la atención sanitaria en México, utilizan cinco factores: trato al paciente y empatía; efectividad y oportunidad (fiabilidad); tiempos de espera; seguridad y limpieza; y capacidad de respuesta (que incluye tiempos de espera para consultas y atención de urgencias). Es decir, toman en consideración las cinco dimensiones del modelo de Parasuraman, Berry y Zeithaml.

El modelo de ServQual con sus cinco determinantes, también es utilizado para realizar un estudio sobre la percepción de calidad de los usuarios de hospitales públicos y privados en Odisha, India (Deepti Ranjan Sabat, 2017), otro estudio orientado a hospitales de Mongolia (Odgerel Chimed-Ochir, 2012), y, en otro informe en donde se comparan las percepciones de los pacientes sobre la calidad del servicio entre prácticas individuales y grupales en clínicas de Taiwán, China (Herng-Ching Lin, 2004).

Sin embargo, la literatura también nos muestra que, para medir la calidad de la atención sanitaria, el modelo de ServQual no es el único elegido. Ramírez Sánchez y otros autores (1998), analizan la percepción de la calidad de los usuarios de centros ambulatorios de salud de México, y los factores que utilizan son: accesibilidad (tiempos y costos),

estructura (disponibilidad de materiales y preparación técnica), proceso (revisión, diagnóstico, explicación) y resultado (efectividad de medicamentos suministrados). Pirani Gaiosol y Martins Mishimal (2007), para investigar acerca de la aceptabilidad de los usuarios con relación a prestación de Unidades de Salud Familiares en San Paulo, Brasil, identifican cuatro dimensiones analíticas, similares a las mencionadas previamente: infraestructura, accesibilidad, relación equipo-usuario y capacidad de resolución.

Finalmente, estudios como los de CC Nnebue (2014) y Krishna Dipankar Rao (2006) al evaluar la satisfacción de los clientes con el nivel de atención primaria de salud en Nigeria, y de hospitales y centros ambulatorios de India, respectivamente, tienen en consideración variables más específicas. En el primer caso, valoran el acceso a una instalación materna en la comunidad, el tratamiento respetuoso y oportuno, el respeto por las prácticas tradicionales y el uso de la lengua indígena, y, por último, que las instalaciones sean limpias y equipadas. En el segundo caso, se toma en cuenta el comportamiento del personal y del médico, la calidad y disponibilidad de los medicamentos, el costo financiero del tratamiento, la infraestructura hospitalaria y la disponibilidad de servicios como la luz y el agua.

Teniendo en cuenta lo expuesto, podemos concluir que abundan estudios que analizan la percepción de la calidad de los servicios de salud por parte de los pacientes. Sin embargo, en el presente apartado, únicamente se describirán los resultados que se consideran más relevantes y que sirvieron de guía para replicar en el análisis de apreciación de la calidad de los usuarios de clínicas y sanatorios privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Pedraza-Melo y otros autores, al analizar la captación de la calidad en México utilizando el modelo de SERVQUAL, encuentran que el factor de capacidad de respuesta es el que mayor atención requiere, seguido de los tiempos de espera. Estos resultados no presentaron diferencias significativas cuando se deslinda entre hombres y mujeres, pero sí cuando se analiza su cobertura de salud. Por ejemplo, los individuos que cuentan con seguro popular califican mejor el factor de efectividad que los pacientes sin cobertura. Asimismo, también se revelan diferencias significativas si se toma la variable escolaridad:

los pacientes que cuentan con estudios de educación media y/o superior, califican peor el factor de trato al paciente y empatía que los que cuentan un nivel educativo inferior. Por último, a pesar de que no existen diferencias significativas entre la edad de los encuestados, los encuestados de 50 años en adelante evaluaron con mejor calificación la dimensión de tiempos de espera en comparación con el resto de los usuarios (Pedraza-Melo, 2014).

En otro estudio de los mismos autores (Pedraza-Melo, 2015), utilizando la misma metodología para el mismo tipo de hospital en México, encuentran que la dimensión de tiempos de espera vuelve a ser la peor puntuada. A diferencia del estudio anterior, se encuentran diferencias significativas en la dimensión “fiabilidad”, si se analiza según el sexo de los encuestados, dado que las mujeres califican mejor este factor. Asimismo, el factor capacidad de respuesta, también arrojó diferencias estadísticamente significativas respecto al lugar de residencia, siendo que los usuarios que viven más cerca del hospital, en términos generales son más exigentes que quienes residen más lejos.

En el trabajo realizado por Odgerel Chimed-Ochir orientado a un hospital de Mongolia (Odgerel Chimed-Ochir, 2012), la satisfacción general de los pacientes fue analizada mediante un análisis bivariado según distintos indicadores en una primera instancia. Los resultados arrojaron que la satisfacción general no dependió significativamente de la edad, ni del género, la ocupación, la educación, los días de estancia en el hospital, ni del estado de salud del paciente.

El estudio efectuado y enfocado en hospitales y centros ambulatorios en India (Krishna 2014) determina que el comportamiento del médico y la disponibilidad de medicamentos son los más valorados por los pacientes ambulatorios. Sin embargo, los pacientes hospitalizados valoran mejor el trato brindado por el personal de salud. La variable tiempo de espera, por su parte, fue la peor puntuada tanto por el paciente internado como por el paciente ambulatorio.

Gallardo y Ferrada (2014), hacen un repaso exhaustivo de otros estudios de satisfacción del paciente en distintos países del mundo, detallando sus diferentes hallazgos y

conclusiones. Uno de ellos, realizado en los Estados Unidos, concluye que los pacientes de hospitales o clínicas que tienen un mayor nivel de personal de enfermería, cuentan con un mayor grado de satisfacción. Asimismo, otro estudio evidencia que el usuario del sistema de salud valora más las relaciones interpersonales y la profesionalidad del personal sanitario, en detrimento de cuestiones referidas con el ambiente.

Finalmente, un estudio de Riveros y Berné, sobre el nivel de satisfacción con el servicio prestado por un hospital público regional de Chile, concluye que una institución que impulsa el marketing obtiene mejores resultados que otro establecimiento que no esté orientado a la atención del cliente. Al mismo tiempo, afirman que las opiniones de los encuestados tienen mayor validez si se tiene en cuenta el estado de salud del cliente a la hora de completar el formulario: el mal estado de salud física, puede inferir negativamente en la percepción de la limpieza del lugar, la confidencialidad de la consulta con el médico, entre otros.

2.2. Antecedentes y preguntas de investigación

A partir de la información disponible se identificará cuáles son, de las definiciones que muestra la bibliografía, los indicadores de calidad que pueden ser utilizados. A partir de allí, cuál es el peso de cada uno de ellos sobre las preferencias de los usuarios y consecuentemente, cuál es el mejor calificado y el menos relevante.

Asimismo, algunas de las preguntas que surgen en el presente estudio para ser analizadas y respondidas son: en las clínicas y sanatorios de la Ciudad de Buenos Aires, ¿cuál es el factor peor calificado?; ¿existen diferencias significativas en la percepción de calidad si se desagrega entre hombres y mujeres, entre distintos rangos etarios o según su cobertura de salud? ¿estas diferencias varían según el determinante de la calidad? dicho de otro modo: ¿existe una valoración diferencial de la atención proveniente de la oficina de admisión o la atención médica o de enfermería -por ejemplo-, si el paciente es hombre o mujer? Asimismo, ¿el estado de salud del paciente se correlaciona con la puntuación recibida a diferentes indicadores de calidad?

Conocer en detalle las respuestas a estas preguntas es fundamental para que las clínicas y sanatorios de la Ciudad de Buenos Aires cuenten con información clara y pertinente acerca de las necesidades y preferencias de sus pacientes, facilitando así la formulación de planes de acción que mejoren la atención ofrecida para afianzar el cuidado centrado en la persona.

3. El sistema de Salud Argentino

Antes avanzar en el estudio es necesario detenernos y realizar un breve repaso del sistema de salud argentino. Este sistema tiene una estructura mixta, descentralizada, solventada principalmente desde el mercado laboral, y la prestación de sus servicios descansa tanto en prestadores públicos como privados (Maceira, 2018).

Desde una perspectiva de financiamiento, del total de los recursos asignados a la salud en Argentina (alrededor del 9,3% del Producto Bruto Interno) el 3% se destina a la atención pública: 0,6% corresponde a la administración pública nacional, 1,9% provincial y 0,5% municipal. Un 4,3% del total de los recursos destinados a salud conciernen a la seguridad social, la cual se encuentra dividida entre Obras Sociales Nacionales (2,1%), INSSJP o PAMI (1%), Obras Sociales Provinciales (0,9%) y Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (0,2%). El 2% restante, se atribuye a gasto privado de los hogares, ya sea mediante pagos de bolsillo (copagos, consultas directas, medicamentos) o por desembolsos para costear seguros privados de salud, en igual proporción (Maceira, 2020). Cabe mencionar que el peso porcentual del gasto de bolsillo en salud respecto del ingreso total de los hogares se redujo un 28% en los últimos veinte años, pasando de 6,9% en la Encuesta de Gasto de los Hogares 1996-1997 a 4,9% en la de 2017-2018 (Maceira y Jiménez, 2022).

La cobertura del sistema de salud argentino se encuentra, entonces, compartida entre el sector público – que atiende principalmente a la población de menores recursos- el aseguramiento social, y el sector privado. La mayor parte del financiamiento del sistema proviene del segundo bloque, es decir, de contribuciones salariales (Maceira, 2005).

Desde una perspectiva poblacional, aproximadamente un 30% de los habitantes descansa en la cobertura pública y un 10% en los seguros privados, o lo que es lo mismo, las prepagas. El 60% restante pertenece al subsistema de seguridad social, que, como se mencionó previamente, incluye al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, con una población a cargo de entre el 7% y el 9% del total (Maceira D., 2014).

Las novedades que emergieron en las últimas dos décadas fueron los afiliados de obra social que derivan aporte a una empresa de medicina prepaga, los monotributistas y el servicio doméstico. Todos ellos en conjunto con el Programa Federal (pensiones no contributivas) y dependencias estatales que no entran en el sistema de obras sociales nacionales (fuerzas de seguridad, universidades, Congreso) representan el 14% de la seguridad social. “Este cambio de fisonomía no es trivial para los prestadores médicos privados debido a que implican diferentes niveles de financiamiento per cápita” (Colina J., 2019).

En cuanto a la red de prestadores de la salud en Argentina, el 60% de las instituciones de salud son privadas y dentro de ellas, el 95% son instituciones con fines de lucro que concentran el 87% del total de camas privadas que hay en el país (Adecra+Cedim, 2018). Dentro de los prestadores de salud privados, hay una enorme heterogeneidad y dispersión dentro del territorio nacional: existen alrededor de 4.000 establecimientos con internación, y casi 12.000 prestadores más sin internación.

Dado que las instituciones de seguridad social no cuentan con prestadores propios en la mayoría de los casos, las consultas médicas e internaciones, financiadas con recursos gestionados por las Obras Sociales (tanto nacionales como provinciales), son brindadas por profesionales y clínicas de la esfera privada. Es decir, las instituciones de salud privadas prestan principalmente sus servicios a trabajadores formales con obra social, como así también a quienes derivan aportes a prepagas, o contratan prepagas de manera directa, y, por último, a los afiliados de PAMI.

Puede afirmarse entonces que el protagonismo del sector privado en el modelo argentino es muy marcado, fundamentalmente en la prestación de servicios de salud. La falta, en

general, de prestadores propios en la atención sanitaria de Obras Sociales y empresas de medicina prepaga lleva al desarrollo de complejos y cambiantes mecanismos de pago entre gerenciadorees del financiamiento y prestadores (Maceira D. 2018).

Finalmente, si se realiza un análisis exhaustivo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – la jurisdicción en análisis del presente- se pueden realizar tres conclusiones. La primera es que, si bien las empresas de medicina prepaga (EMP) tienen un alcance nacional, la mitad de sus beneficiarios residen en CABA y el Conurbano y, pertenecen a grupos poblacionales con mayores niveles de ingreso. En segundo lugar, según datos del censo de 2010, el 82% de la población de CABA cuenta con una cobertura social formal o con EMP (Maceira, 2020). Por último, el gasto de bolsillo representa mayores proporciones del ingreso familiar en CABA (Maceira y Jiménez, 2022).

4. Metodología

Para analizar la percepción de calidad de las instituciones de salud con internación se utilizó como fuente de datos los resultados de la Encuesta de Satisfacción de Pacientes en Internación realizada por Adecra+Cedim. Esta encuesta se lleva adelante desde 2015 y fue diseñada tomando como modelo el formulario sobre atención hospitalaria de HCAHPS. Utiliza seis determinantes de la calidad de la atención sanitaria, que están fuertemente relacionadas con los establecidos por el modelo de ServQual: satisfacción con el ingreso (sensibilidad), satisfacción con el médico y con el enfermero (fiabilidad y empatía), ambiente (tangibilidad), experiencia general con la institución (seguridad) y satisfacción con el egreso.

A continuación, en la sección 3.1. se desarrolla resumidamente el marco institucional de la cámara y, en el apartado 3.2. se detallan las principales características de la encuesta internacional, HCAHPS.

4.1. Adecra+Cedim

La cámara ADECRA -*Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina*- es una entidad sin fines de lucro con 80 años de trayectoria en defensa del sector prestador, y, CEDIM - *Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio*- cuenta con 31 años de antigüedad en el sector de las instituciones ambulatorias. En 2011 se conformó la unión entre ambas cámaras con el objetivo de construir y consolidar criterios comunes de acción dándole un marco institucional, a fin de lograr mayor presencia en los ámbitos de decisión, y así fortalecer al sector prestador de salud.

Agrupar a más de 300 entidades privadas de todo el país con el objetivo de buscar la excelencia y calidad tanto para su personal como para sus pacientes. Se trata de un grupo de clínicas, sanatorios, hospitales privados y centros ambulatorios en los que la ética, la solidaridad, el profesionalismo y el desarrollo tecnológico son características fundamentales y valores comunes.

Entre otras funciones, la cámara representa a las entidades asociadas ante los poderes públicos y los organismos privados a nivel regional y nacional; participa en la modificación y creación de normas de interés; trabaja junto a otras cámaras para analizar propuestas comunes en beneficio del sector; genera reuniones mensuales de distinta índole, en las que representantes de cada área de las instituciones asociadas tratan temas relevantes y de actualidad, con el fin de potenciar la labor diaria de las organizaciones de salud privada.

El Departamento de Investigaciones Económicas genera datos confiables para sustentar las negociaciones ante los poderes públicos y privados y elabora distintos informes ad-hoc en base a la coyuntura del sector. Cada uno de los informes elaborados se nutre de los datos brindados por las instituciones asociadas a la cámara, gracias a su activa participación por medio de relevamientos mensuales, bimensuales o trimestrales.

4.2. Encuesta HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)

Es la primera encuesta estandarizada e informada públicamente acerca de las perspectivas de los pacientes en relación a la atención hospitalaria en los Estados Unidos. Si bien muchos hospitales recopilan información sobre la satisfacción del paciente para su propio uso interno, hasta la encuesta HCAHPS no existía un estándar nacional para recopilar e informar públicamente sobre la experiencia de la atención del paciente que permitiera realizar comparaciones válidas entre los hospitales a nivel local, regional y nacional.

Los objetivos generales de la encuesta son, en primer lugar, producir datos sobre las perspectivas de la atención de los pacientes que permitan comparaciones objetivas y significativas entre los hospitales del país; en segundo lugar, informar públicamente los resultados con el fin de generar incentivos para mejorar la calidad de la atención; por último, perfeccionar la rendición de cuentas en la atención de salud al aumentar la transparencia de la calidad de la atención hospitalaria.

La encuesta de HCAHPS consta de 29 preguntas dirigidas a los pacientes dados de alta, sobre su estadía reciente en el hospital. Se pregunta sobre aspectos críticos de las experiencias hospitalarias de los pacientes -comunicación con enfermeras y médicos, capacidad de respuesta del personal del hospital, limpieza y tranquilidad del entorno hospitalario, comunicación sobre medicamentos, información de alta, calificación general del hospital y recomendación del hospital-.

Se administra a una muestra aleatoria de pacientes adultos a través de condiciones médicas entre 48 horas y seis semanas después del alta. Se puede implementar en cuatro modos de relevamiento diferentes: correo, teléfono, correo con seguimiento telefónico o reconocimiento de voz interactivo activo. Los hospitales pueden utilizar la encuesta de HCAHPS sola o incluir preguntas adicionales después de los elementos básicos de HCAHPS. El formulario está disponible en versiones oficiales en inglés, español, chino, ruso, vietnamita, portugués y alemán.

4.3. Encuesta de Satisfacción del Paciente de Internación de Adecra+Cedim

La encuesta realizada por Adecra+Cedim es un servicio gratuito para todos los asociados a la cámara y su frecuencia es anual¹. Según la organización, ésta se constituye como herramienta esencial para la toma de decisiones en la gestión en las instituciones de salud, permitiéndoles conocer el grado de satisfacción de sus pacientes en relación a distintas variables: satisfacción con el ingreso –en donde se califica el trato recibido en la oficina de admisión y los tiempos de espera-; satisfacción con el médico – el cual califica el trato recibido por el equipo médico-; satisfacción con enfermería –en donde cada paciente puntúa, a partir de distintas preguntas, al equipo de enfermeros-; ambiente – caracterizando la limpieza y la comodidad de las instalaciones-; experiencia general de la institución – en donde se opina sobre la comida y otros factores-; satisfacción con el egreso – para conocer el grado de satisfacción de los pacientes al dejar la institución- y, finalmente, la experiencia general en la institución, en donde cada usuario califica numéricamente al centro de salud y determina si lo recomendará o no.

El instrumento de recolección es un cuestionario auto administrado con una duración aproximada de 10 minutos. Al inicio del formulario, se preguntan datos demográficos para conocer el perfil del encuestado como sexo, edad y cobertura médica. También se pregunta acerca de la estadía en la clínica, como el área de internación, la fecha de ingreso y de egreso, y el piso de internación. Finalmente, se replican las 19 preguntas de la encuesta HCAHPS relacionada con el trato recibido en admisión, tiempos de espera, satisfacción con los médicos, con los enfermeros, con el ambiente, y finalmente el usuario puede puntuar y comentar acerca de su estadía en la clínica o sanatorio (ver Anexo 1.1).

Las respuestas están estandarizadas en “Si/No”, o “Nunca/A veces/ La mayoría de las veces/Siempre” según corresponda. Para mejorar el entendimiento de la información, estas respuestas cualitativas fueron expresadas en forma numérica, tomando “nunca” o “no” el valor 1, “a veces” el valor 2, “la mayoría de las veces” el valor 3 y “siempre” o “si” el valor 4.

¹ Como se detallará más adelante, Adecra+Cedim compila las encuestas que los pacientes completaron durante el mes de agosto de cada año, una vez dados de alta.

Se trata de un estudio de diseño cuantitativo no probabilístico, dirigido a las instituciones asociadas de todo el país, en donde la unidad de análisis son los pacientes mayores de 18 años internados en áreas de Internación General, Unidad Coronaria y Terapia Intensiva (excluye obstetricia).

La metodología utilizada para la recopilación de los datos durante el período 2015-2019 fue opcional. La forma de participación podía ser presencial mediante un formulario en papel, o bien, de manera virtual a través de la herramienta Google Forms. En los años 2020 y 2021, años particulares por la expansión del brote Covid-19, se decide relevar únicamente mediante el formulario online, para evitar el contacto, la conversación y/o el intercambio de papeles entre el personal de las clínicas o centros ambulatorios y los pacientes.

En la metodología presencial cada institución socia de Adecra+Cedim que participa de la encuesta entrega en Admisión del Paciente 100 formularios, durante un mes (generalmente, el mes de agosto), a todos aquellos pacientes adultos que permanecen al menos una noche internados, excluyendo obstetricia y cirugía ambulatoria. Se exige la consecutividad hasta el caso 100 para reducir sesgos.

Antes de que el paciente se retire de la institución, le entrega el formulario a su enfermero/a. Cuando la institución recaba los 100 formularios, los envían por moto-mensajería a Adecra+Cedim junto con la tasa de respuesta obtenida.

La metodología virtual es similar, con la diferencia de que el relevamiento se realiza mediante un formulario virtual de Google, que se envía por mail, después del alta del paciente. Las respuestas se van cargando automáticamente a un Excel online. Al alcanzar las 100 encuestas completas, la institución envía a Adecra+Cedim la tasa de respuesta.

La información es procesada y analizada por la cámara. Al cabo de un mes Adecra+Cedim entrega los resultados generales a las instituciones participantes y, luego un informe individual en donde se comparan los valores del propio establecimiento con el promedio del mercado.

Durante los 7 años de relevamiento 50 instituciones asociadas a la cámara y pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires participaron de la Encuesta de Satisfacción del Paciente en Internación. En este punto cabe destacar que muy pocas instituciones aportaron los datos de sus pacientes de manera continua.

4.4. Análisis de representatividad de la muestra

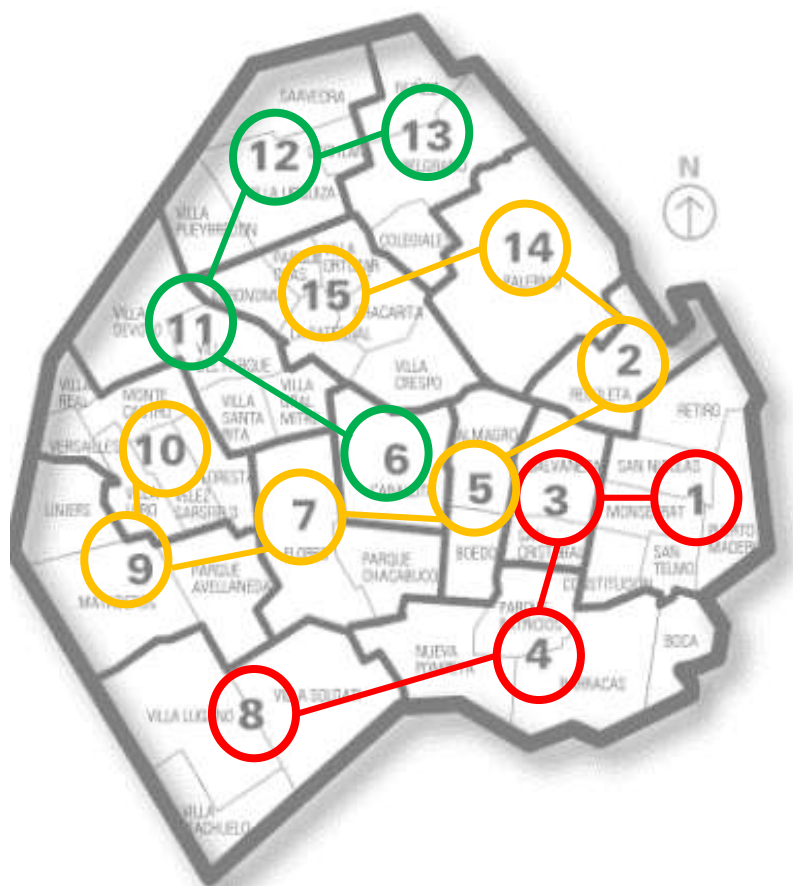
Para analizar la representatividad de la muestra (*Tabla 1*), en primer lugar, se identifica el porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) para cada comuna de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Consecuentemente, se agrupan los barrios con porcentajes de NBI similares, y con frontera común, en tres diferentes áreas: área 1 ó de poder adquisitivo bajo - mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. Incluye zona de microcentro y alrededores, y sur de la ciudad-; área 2 o de poder adquisitivo medio- porcentaje de NBI medio bajo y medio alto. Abarca, entre otros, Almagro, Flores, Floresta, Mataderos, Chacarita, Villa Crespo, Palermo y Recoleta-; área 3 o de poder adquisitivo alto- barrios con bajo porcentaje de NBI como Belgrano, Villa Urquiza, Villa Devoto, Caballito, entre otros-.

Tabla 1. Análisis de representatividad de la muestra.

Cantidad de Instituciones por Área y Tamaño				
Área	Tamaño	Socios Adecra+Cedim	Total Instituciones	Participación socios Adecra+Cedim
1 (poder adquisitivo bajo)	Pequeña	6	10	60.0%
	Mediana	4	7	57.1%
	Grande	4	10	40.0%
2 (poder adquisitivo medio)	Pequeña	8	13	61.5%
	Mediana	5	6	83.3%
	Grande	6	10	60.0%
3 (poder adquisitivo alto)	Pequeña	6	8	75.0%
	Mediana	8	9	88.9%
	Grande	3	6	50.0%

Elaboración propia en base a: Adecra+Cedim y SIISA (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino)

Mapa de áreas geográficas de la Ciudad de Buenos Aires según necesidades básicas insatisfechas y frontera común.



Elaboración propia en base a Dirección General de Estadística y Censos, GCBA

Una vez definidas las áreas, se identifica, por un lado, el total de clínicas y sanatorios privados existentes por área (columna 4 – “Total Instituciones”), y el número de establecimientos asociados a Adecra+Cedim, de cada área (columna 3 – “socios Adecra+Cedim”). No se tienen en cuenta los establecimientos pediátricos, materno-infantiles, de salud mental ni los especializados en la tercera edad.

Consecuentemente, las clínicas y sanatorios son segmentados en tres grupos según su tamaño (columna 2 – “tamaño”), teniendo como referencia el número de camas con las que cuenta cada establecimiento: pequeña si la institución tiene hasta 75 camas, mediana si cuenta con más de 75 y hasta 150 camas, y grande, si posee más de 150 camas. Se replica este análisis para las clínicas y sanatorios participantes de la encuesta (que hayan participado al menos un año).

Por último, se calcula la proporción de instituciones participantes sobre instituciones existentes, por área y grupo de tamaño (columna 5 – “Participación socios Adecra+Cedim”). Dado que estas proporciones son, en todos los casos, mayores o iguales al 50%, se considera que la muestra es representativa.

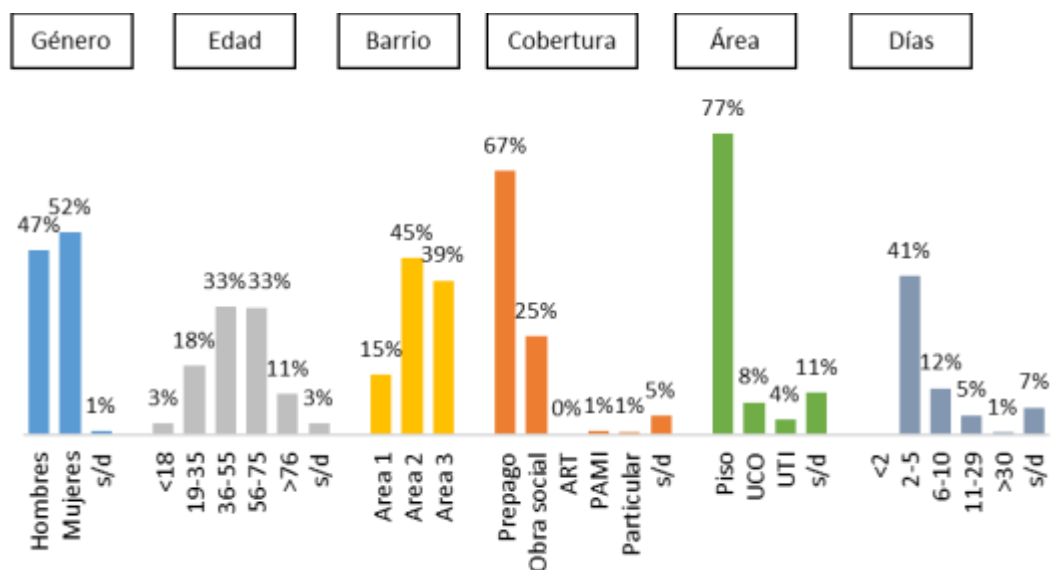
5. Resultados

5.1. Estadísticas descriptivas

Para el análisis de los resultados se utilizan los datos de la Encuesta de Satisfacción del Paciente de Adecra+Cedim del año 2019, que consta de 1.683 observaciones. No se toman en consideración los del año 2020 o 2021 por ser años “particulares”, en donde la mayoría de los pacientes fueron internados por Covid-19.

Con las respuestas de esta encuesta se puede caracterizar a la muestra según género, edad, barrio de procedencia - utilizando como proxy la localización de la institución, dado que al ser una encuesta anónima no se cuenta con el domicilio del paciente-, cobertura de salud, área de internación – dando cuenta del estado de salud del paciente- y tiempo de estadía en la clínica o sanatorio de salud. El *gráfico 1* exhibe un resumen de las características sociodemográficas de los pacientes.

Gráfico 1. Caracterización de la muestra. Año 2019.



Del gráfico 1 se desprende que el 52% de las personas encuestadas son mujeres, un 47% hombres, y el 1% restante no respondió esta pregunta. Solamente un 3% tiene menos de 18 años, un 18% tiene entre 19 y 35, un 33% entre 36 y 55, otro 33% entre 56 y 75, un 11% es mayor a 76 años, y el 3% restante decide no responder este ítem del cuestionario. Con respecto al lugar de procedencia, el 45% se ubica en el área de poder adquisitivo medio, otro 39% en el área de poder adquisitivo alto, y el 15% restante en el área de poder adquisitivo bajo. Es decir, la mayoría de los pacientes encuestados asisten a clínicas o sanatorios ubicados en barrios con un nivel medio o bajo de necesidades básicas insatisfechas. Observando la cobertura médica, un 67% cuenta con una prepaga (siendo OSDE la principal empresa elegida) y un 25% posee una obra social (principalmente OSECAC y Unión Personal). Estos dos últimos datos nos indican que las personas que asisten a las clínicas privadas asociadas a Adecra+Cedim poseen un poder adquisitivo medio-alto (ver *Tabla 1*).

La *tabla 1* muestra los resultados de la encuesta, para cada sección con sus respectivas preguntas, y según las variables sociodemográficas mencionadas previamente. Asimismo, se incorporó una sección de medidas estadísticas para conocer el número de observaciones por pregunta, la puntuación promedio, así como también el menor y el mayor puntaje obtenido.

Tabla 1. Resultados de la encuesta según variables y medidas estadísticas. Año 2019.

Pregunta	MEDIDAS ESTADÍSTICAS				GÉNERO		EDAD					COBERTURA					ESTADÍA		ÁREA INTERNACIÓN		
	N	Promedio	Mínimo	Máximo	Mujer	Hombre	<18	19-35	36-55	56-75	>76	ART	OBRA SOCIAL	PAMI	PARTICULAR	PREPAGA	MENOR A 2 DÍAS	MAYOR A 30 DÍAS	PISO	UCO	UTI
SATISFACCIÓN CON EL INGRESO																					
Conforme con el trato recibido	1663	3.91	1.0	4.0	3.91	3.92	3.82	3.92	3.92	3.92	3.88	4.00	3.93	3.85	3.80	3.91	3.89	4.00	3.90	3.94	3.91
Tiempo de Espera Tolerable	1646	3.54	1.0	4.0	3.52	3.56	3.64	3.53	3.60	3.53	3.42	2.50	3.53	3.67	3.40	3.57	3.57	3.73	3.52	3.74	3.58
Tiempo de Espera promedio	1039	84.68	0.0	1800.0	97.81	70.31	60.76	71.03	72.57	91.86	98.18	40.00	85.30	69.55	167.70	83.44	47.33	261.25	91.78	53.55	75.33
Identificación de medico responsable	1576	3.78	1.0	4.0	3.81	3.56	3.27	3.79	3.82	3.79	3.75	4.00	3.83	3.84	4.00	3.76	3.77	4.00	3.81	3.57	3.77
Total	1481	3.75	0.0	4.0	3.75	3.68	3.57	3.75	3.78	3.75	3.68	3.50	3.76	3.79	3.73	3.75	3.74	3.91	3.74	3.75	3.75
SATISFACCIÓN CON EL MÉDICO																					
Medicos trataron con cortesía	1672	3.95	1.0	4.0	3.96	3.94	3.96	3.96	3.97	3.94	3.92	4.00	3.94	4.00	4.00	3.96	3.96	4.00	3.95	3.95	3.95
Medicos escucharon con atención	1677	3.89	1.0	4.0	3.90	3.87	3.94	3.92	3.90	3.89	3.77	4.00	3.81	3.85	4.00	3.91	3.93	3.83	3.89	3.81	3.94
Explicaron en forma clara	1673	3.84	1.0	4.0	3.85	3.83	3.74	3.85	3.90	3.83	3.73	4.00	3.79	3.80	3.93	3.86	3.88	3.58	3.84	3.82	3.89
Se sintio participe de decisiones	1665	3.77	1.0	4.0	3.78	3.76	3.66	3.80	3.84	3.78	3.56	4.00	3.76	3.65	3.93	3.77	3.81	3.58	3.77	3.72	3.83
Sintio respetada su privacidad	1673	3.90	1.0	4.0	3.91	3.89	3.78	3.89	3.91	3.91	3.85	4.00	3.88	4.00	4.00	3.90	3.92	3.67	3.90	3.89	3.83
Sin contradiccion en indicaciones	1660	3.83	1.0	4.0	3.85	3.82	3.82	3.85	3.86	3.83	3.76	4.00	3.77	3.85	3.47	3.86	3.89	3.83	3.83	3.83	3.77
Total	1670	3.86	1.0	4.0	3.87	3.85	3.82	3.88	3.90	3.86	3.76	4.00	3.83	3.86	3.89	3.88	3.90	3.75	3.86	3.84	3.87
SATISFACCIÓN CON EL ENFERMERO																					
Enfermeros trataron con cortesía	1669	3.94	2.0	4.0	3.94	3.94	3.94	3.95	3.95	3.95	3.85	4.00	3.92	4.00	3.87	3.94	3.96	3.92	3.94	3.92	3.88
Enfermeros escucharon con atención	1666	3.87	1.0	4.0	3.88	3.86	3.86	3.90	3.89	3.88	3.73	4.00	3.81	3.95	3.67	3.90	3.91	3.92	3.87	3.84	3.77
Explicaron en forma clara	1662	3.84	1.0	4.0	3.85	3.82	3.86	3.89	3.86	3.87	3.59	3.80	3.73	3.95	3.73	3.88	3.90	3.75	3.83	3.80	3.75
Rapida atencion	1639	3.06	1.0	4.0	3.12	2.99	2.63	3.13	3.03	3.15	2.91	3.80	2.97	3.00	3.21	3.09	2.73	3.64	3.05	3.13	3.18
Total	1659	3.67	1.0	4.0	3.70	3.65	3.57	3.72	3.68	3.71	3.52	3.90	3.61	3.73	3.62	3.70	3.62	3.80	3.67	3.67	3.65
SATISFACCIÓN CON EL AMBIENTE																					
Mantenian habitación y baño limpios	1656	3.90	1.0	4.0	3.90	3.91	3.80	3.91	3.94	3.89	3.84	4.00	3.90	3.95	4.00	3.90	3.90	4.00	3.90	3.91	3.97
Habitación silenciosa	1628	3.62	1.0	4.0	3.59	3.63	3.65	3.62	3.61	3.62	3.58	3.60	3.60	3.80	3.60	3.61	3.62	3.73	3.63	3.44	3.63
Total	1642	3.76	1.0	4.0	3.75	3.77	3.72	3.76	3.78	3.76	3.71	3.80	3.75	3.88	3.80	3.76	3.76	3.86	3.76	3.67	3.80
EXPERIENCIA GENERAL																					
Lo ayudaron rapido p/ ir al baño	784	3.65	1.0	4.0	3.77	3.70	3.63	3.79	3.77	3.77	3.53	3.25	3.63	3.91	4.00	3.77	3.81	3.63	3.72	3.73	3.73
Medicamento dio resultado	1081	3.85	1.0	4.0	3.87	3.87	3.73	3.87	3.90	3.89	3.73	4.00	3.86	4.00	3.90	3.87	3.89	3.75	3.87	3.89	3.87
Le explicaron p/ qué era medicamento	728	3.76	1.0	4.0	3.75	3.82	3.50	3.80	3.80	3.82	3.67	4.00	3.66	3.71	3.89	3.82	3.76	3.75	3.80	3.73	3.70
Le informaron sobre posibles efectos	1345	3.03	1.0	4.0	2.93	3.13	2.79	2.96	3.09	3.09	2.77	4.00	3.13	3.13	3.09	2.98	2.99	3.70	3.01	2.93	3.18
Opinion comida	1624	3.47	1.0	4.0	3.46	3.47	3.39	3.51	3.52	3.45	3.33	3.40	3.50	3.47	3.54	3.44	3.44	3.55	3.47	3.35	3.42
Total	1112	3.55	1.0	4.0	3.56	3.60	3.41	3.59	3.62	3.60	3.41	3.73	3.56	3.65	3.68	3.58	3.58	3.67	3.57	3.53	3.56
SATISFACCIÓN CON EL EGRESO																					
Ayuda post alta	1555	3.44	1.0	4.0	3.41	3.47	3.11	3.45	3.46	3.50	3.22	4.00	3.44	3.33	3.73	3.43	3.46	3.73	3.39	3.49	3.81
Posibles efectos post alta	1567	3.77	1.0	4.0	3.73	3.81	3.44	3.78	3.77	3.83	3.69	4.00	3.84	3.83	4.00	3.75	3.77	3.73	3.75	3.89	3.91
Total	1561	3.60	1.0	4.0	3.57	3.64	3.27	3.62	3.61	3.66	3.45	4.00	3.64	3.58	3.86	3.59	3.62	3.73	3.57	3.69	3.86
CALIFICACIÓN Y RECOMENDACIÓN																					
Calificación General	1663	9.16	0.0	10.0	9.18	9.15	8.74	9.25	9.22	9.24	8.81	9.80	9.04	9.63	9.21	9.20	9.15	9.17	9.13	9.28	9.29
Recomendación	1652	3.81	1.0	4.0	3.80	3.81	3.64	3.82	3.83	3.83	3.73	3.75	3.79	3.89	3.71	3.81	3.78	3.75	3.80	3.87	3.88

Teniendo en cuenta, por un lado, que las respuestas cualitativas fueron expresadas en forma numérica -tomando valor 1 cuando el usuario encuestado no está satisfecho y valor 4 cuando está muy satisfecho- y, por el otro, que la mayoría de las respuestas superan el valor de 3,5, de la *Tabla 1* se desprende que, en términos generales, la percepción de la calidad por parte de los pacientes es alta y bastante homogénea. Asimismo, puede observarse que, para cada una de las preguntas expresadas en el formulario, no existen grandes diferencias en la percepción de satisfacción de los usuarios de salud, teniendo en cuenta su sexo, su edad, su tipo de cobertura, el tiempo de estadía en la clínica y/o el estado de gravedad del paciente. Por ejemplo, para el caso del indicador sociodemográfico “sexo”, los hombres y las mujeres difieren – en mayor medida- en su grado de satisfacción en la pregunta relacionada con la identificación de su médico responsable. Las mujeres, en promedio, puntuaron en 3,81 puntos y los hombres en 3,56. Es decir, la mayor disimilitud registrada en esta variable, es de 0,24 puntos. Estos resultados, dan cuenta de que, en general, el sistema de oferta privada de servicios no muestra sesgos en términos de los indicadores demográficos analizados en este estudio.

5.1.1. Resultados destacados según segmentos

Dentro del segmento “satisfacción con el ingreso”, se analizará con mayor detalle la pregunta relacionada con los tiempos de espera. Según los estudios presentados en la revisión de literatura, esta pregunta era, en la mayoría de los casos, la variable asociada con calidad que recibía la puntuación más baja dentro del universo de indicadores explorados. En nuestra muestra de clínicas y sanatorios de CABA, no fue la excepción. En el año 2019, alrededor de 1.600 pacientes respondieron este ítem, y, la calificación otorgada fue, en promedio, de 3,54, es decir, la puntuación más baja registrada en este segmento (la conformidad con el trato recibido en el ingreso arrojó un valor de 3,91 y con la identificación del médico responsable, 3,78). Si se analiza la satisfacción teniendo en cuenta el género del paciente, puede observarse que el hombre puntúa mejor la pregunta de tiempos de espera en relación a la mujer (3,56 vs 3,52), pero, el tiempo reportado promedio es aproximadamente 30 minutos menor a lo informado por las mujeres (70 minutos versus 98 minutos).

En cuanto a la edad de los pacientes, los adultos mayores a 76 años son quienes peor puntúan esta pregunta (3,42), aunque debe tenerse en consideración que el tiempo de espera promedio reportado es elevado (98 min). Finalmente, los que fueron atendido por ART son quienes, en promedio, menor tiempo de espera reportan (40 min).

Los segmentos de satisfacción con el médico y con el enfermero contienen preguntas vinculadas al trato recibido por los profesionales, la escucha, y la claridad de las explicaciones sobre el diagnóstico y el tratamiento. En líneas generales, puede visualizarse que la satisfacción con el personal médico es superior a la conformidad con el personal de enfermería (las preguntas del primer segmento promedian 3,86 y las del segundo, 3,67). Un punto a destacar en estas secciones es que, en la pregunta relacionada con la rapidez en que los enfermeros atienden a los pacientes, los hombres y las personas mayores a 76 años con cobertura PAMI, son quienes peor puntúan (2,91 las personas mayores a 76 años y 3,00 quienes poseen PAMI como cobertura sanitaria). Asimismo, quienes ingresaron a la clínica por ART están más satisfechos con el trato recibido por los médicos (4,00) y por los enfermeros (3,90) en comparación con los afiliados a las obras sociales (el puntaje otorgado a los médicos, en promedio, desciende a 3,83 y a 3,61 cuando se trata de los enfermeros), a las prepagas (3,88 y 3,70 respectivamente), a PAMI (3,86 y 3,73), o bien, a quienes no cuentan con ningún tipo de cobertura (3,89 y 3,62).

Analizando la sección “ambiente”, donde las preguntas están relacionadas a la limpieza de los baños, de las habitaciones y el silencio del lugar, aunque la satisfacción en líneas generales es elevada, se destaca que las mujeres son quienes expresan estar menos satisfechas que los hombres. En promedio, las mujeres otorgan una calificación de 3,75 y los hombres, de 3,77. Esta diferencia se exagera cuando la pregunta refiere al silencio en las habitaciones (3,59 vs 3,63).

En relación a la experiencia general en la institución – que recaba información acerca de la opinión del paciente con respecto a la comida, su satisfacción con la información brindada sobre los medicamentos suministrados y sus posibles efectos adversos - los adultos que se encuentran dentro del rango etario entre 36 y 55 años están más satisfechos con la institución en comparación con las personas menores a 18 años o mayores a 76 (3,62 vs 3,41). Por su parte, quienes tuvieron una estadía larga en la clínica,

superando los 30 días, en promedio, calificaron mejor a las preguntas de este segmento en relación a quienes estuvieron internados únicamente dos noches (3,67 vs 3,58). Finalmente, quienes fueron internados en piso (3,57) están más satisfechos con la institución en comparación con aquellos internados en unidad coronaria (3,53) o terapia intensiva (3,56).

Finalizando el repaso de las secciones, se encuentran la calificación general y la recomendación de la institución. A diferencia del resto de las preguntas, en el caso de la calificación generales, los pacientes puntuaron a la institución en su conjunto, teniendo en cuenta una escala del 1 (poco satisfecho) al 10 (muy satisfecho).

Dado que estos dos ítems son dos muy buenos “termómetros” para medir el grado de satisfacción general de los pacientes en relación al servicio sanitario recibido, resulta interesante desagregar estas preguntas según el lugar de procedencia de los pacientes y el tamaño de la clínica (*tabla 2*). Cabe recordar que una institución se considera pequeña si la institución cuenta con menos de 75 camas, mediana si tiene entre 75 y hasta 150 camas, y grande, si posee más de 150 camas

Tabla 2. Calificación General y recomendación según área de procedencia y tamaño de la institución.

	Área 1	Área 2	Área 3	Pequeña	Mediana	Grande
Calificación	9.20	9.15	9.10	9.26	9.13	9.13
Recomendación	3.82	3.81	3.78	3.86	3.80	3.80

Tal como se observa en la *tabla 2*, los pacientes que asisten a instituciones ubicadas en el área 1 -conformada por barrios con mayor nivel de necesidades básicas insatisfechas- y a establecimientos con menos de 75 camas, son quienes, en resumen, califican mejor a las clínicas y las recomendarían a sus amigos y/o familiares.

5.1.2. Resultados destacados sobre calificación y recomendación según características sociodemográficas

Con respecto a la edad del paciente, las personas ubicadas en el rango etario entre 19 y 75 años, califican mejor (9,2 en promedio) a la institución en relación a las personas menores de edad (8,7), o los ancianos mayores a 76 años (8,8). Un punto a destacar aquí se relaciona con el mayor requerimiento por parte de los adultos mayores de recibir las indicaciones en forma clara, ser tratados con cortesía o ser escuchados con atención: en las preguntas relacionadas con este punto, tanto en el segmento de médicos como de enfermeros, las personas mayores a 76 años están relativamente menos satisfechos que los pacientes más jóvenes.

Si se analizan los resultados según la cobertura de salud del paciente (ART, Obra Social, PAMI, Particular o Prepaga), podría afirmarse que no existen grandes diferencias entre ellas, aunque, en la mayoría de los segmentos, quienes ingresaron a la clínica por ART califican mejor al establecimiento (9,8) y quienes cuentan con una obra social (9,0) o una prepaga (9,2) están menos satisfechos.

Para hacer al análisis más exhaustivo, en la *tabla 3* se expone cómo se desagregan los diferentes tipos de coberturas según el lugar donde se ubica la institución (como proxy del lugar de procedencia del paciente). Se recuerda que el área 1 abarca a aquellos barrios de CABA con necesidades insatisfechas más elevadas, y el área 3 se compone de barrios de con un nivel de NBI bajo.

Tabla 3. Tipos de cobertura sanitaria según área de ubicación de la institución.

	Área 1	Área 2	Área 3
ART	0%	0%	100%
Obra social	30%	19%	51%
PAMI	60%	0%	40%
Particular	27%	27%	47%
Prepago	8%	57%	35%

Como era de esperarse, las personas que cuentan con una prepaga proceden de barrios más “ricos”. Con estas dos últimas observaciones puede afirmarse entonces que, quienes

cuentan con un nivel adquisitivo relativamente mayor, son más exigentes con los servicios brindados por las clínicas.

Finalmente, contrariamente a lo esperado, quienes permanecieron más de un mes internados en la clínica (9,17) y quienes estuvieron internados en terapia intensiva (9,29), puntúan mejor que quienes tuvieron una estadía menor a dos días (9,15) o contaban con un mejor estado de salud (9,13).

5.1.3. Evolución temporal de los indicadores

La *tabla 4* muestra la evolución de la calificación brindada por los pacientes según los segmentos de la encuesta, entre los años 2015 y 2019. La muestra completa consta de 6.806 observaciones.

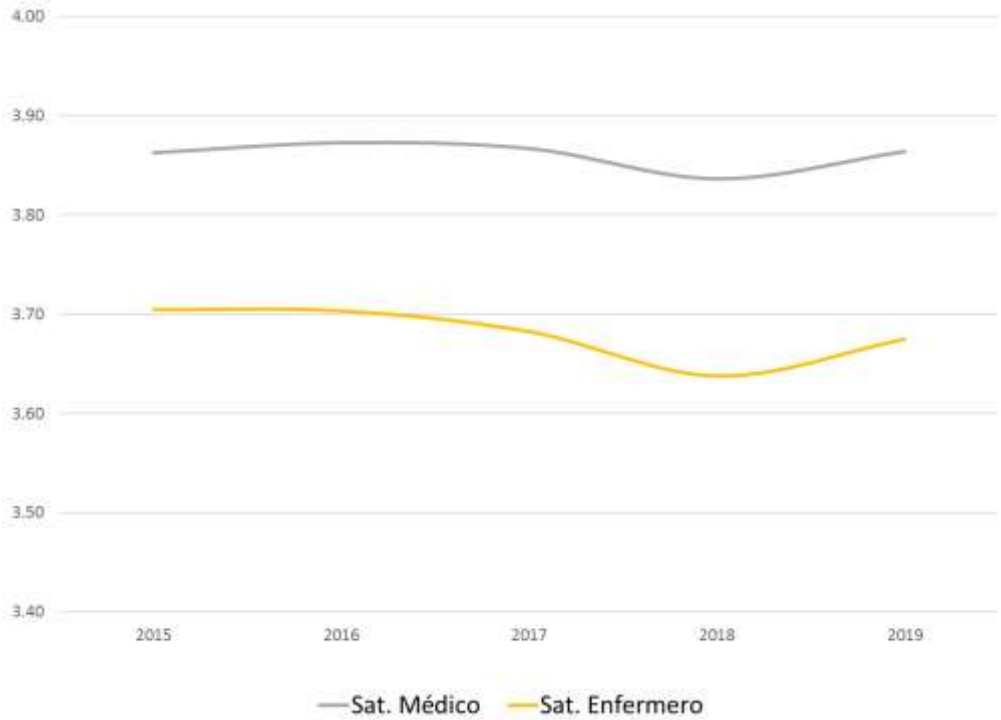
Tabla 4. Resultados de la encuesta por segmento. Años 2015-2019

Segmento	2015	2016	2017	2018	2019
Satisfacción con el Ingreso	3.72	3.72	3.74	3.71	3.75
Satisfacción con el Médico	3.86	3.87	3.87	3.84	3.86
Satisfacción con el Enfermero	3.70	3.70	3.68	3.64	3.67
Ambiente	3.74	3.80	3.77	3.72	3.76
Experiencia General	3.59	3.61	3.61	3.50	3.55
Satisfacción con el Egreso	3.61	3.61	3.65	3.49	3.60
Calificación	9.15	9.16	9.19	9.07	9.16
Recomendación	3.82	3.82	3.82	3.78	3.81

Con los resultados de la *tabla 4* podría afirmarse que, a pesar de que la percepción de calidad según el paciente es alta durante todos los años, no se observa una mejora o incremento significativo de la misma a lo largo del tiempo. Asimismo, en promedio, según nuestra muestra de CABA de 2019 la satisfacción con el médico es la más alta en cada uno de los años analizados y la experiencia general con la institución la más baja.

Para mejorar el entendimiento de la información, cada uno de los segmentos es representado en tres gráficos. En el gráfico 1 se compara la satisfacción con el médico y la satisfacción con el enfermero, en el gráfico 2 se exponen las curvas de experiencia general con la institución y de ambiente, y en el gráfico 3 se muestran las secciones de satisfacción con el ingreso, con el egreso, y de recomendación.

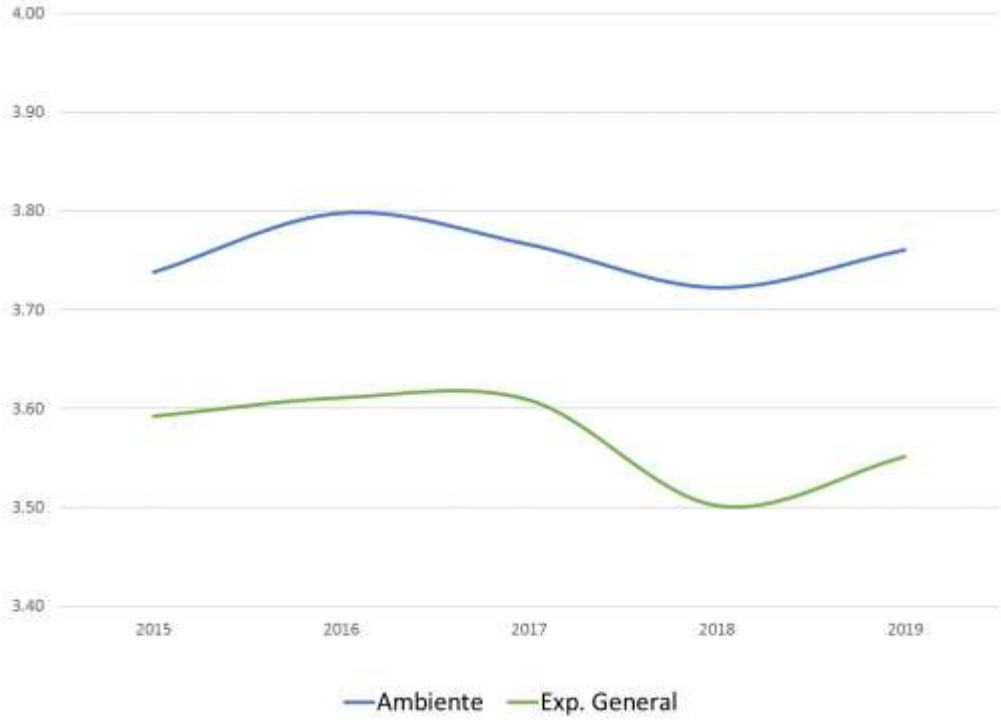
Gráfico 1. Evolución de la satisfacción con el médico y con el enfermero. Años 2015-2019



La curva de satisfacción con el médico se mantiene relativamente estable en los primeros tres años analizados, presenta una caída del orden del 0,8% en el año 2018 y luego vuelve a ascender 0,7% en el año 2019. La variación punta a punta (2015-2019) fue tan solo de 0,03%.

Para el caso del indicador de satisfacción con el enfermero, en todo el período en análisis la variación fue de -0,8%. Similar a lo expuesto en el caso anterior, en los primeros dos años la curva se mantiene estable, desciende un 2% entre 2016 y 2018, y vuelve a repuntar en 2019 (+1%). A 2019, la diferencia entre un indicador y otro es de 5%.

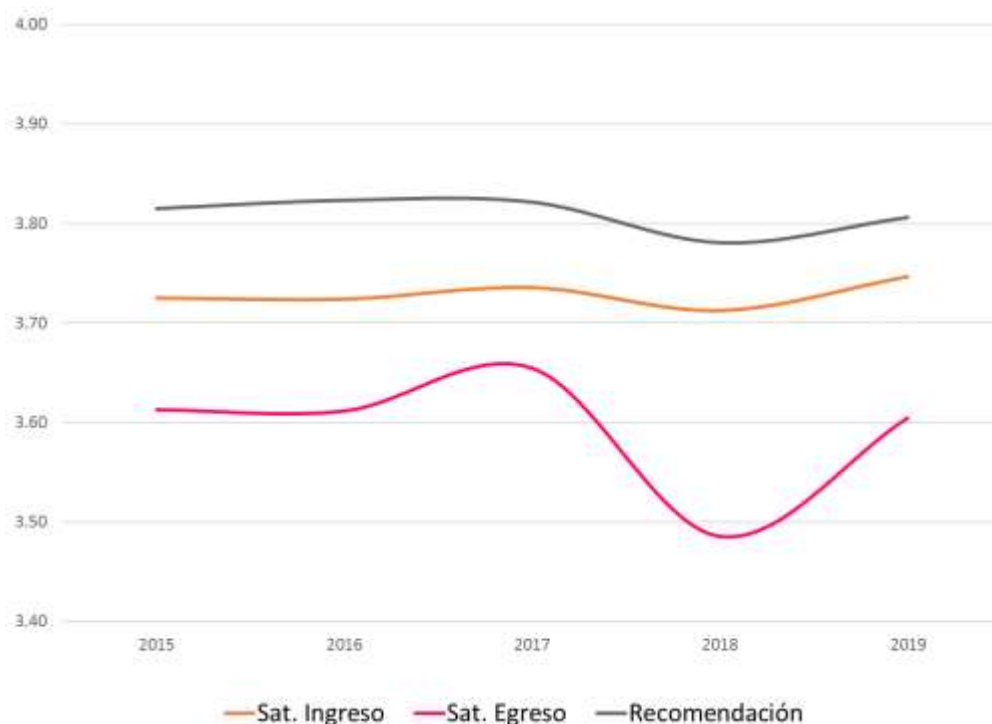
Gráfico 2. Evolución de la satisfacción con el ambiente y experiencia general con la institución. Años 2015-2019



Las curvas de ambiente y de experiencia general con la institución presentan más volatilidad en comparación con los dos primeros indicadores detallados en el gráfico 1. El indicador de ambiente, por su parte, presenta un aumento de 1% punta a punta. Muestra un ascenso de 2% en 2016, desciende otro 2% hasta 2018, para luego volver a incrementar en 2019 (+1%).

La curva de experiencia general con la institución, que presenta valores más bajos en comparación con el ambiente (-5,6%) y desciende en 1,1% en todo el período. Tiene un pico positivo en 2017 (+0,5% en comparación con 2015), cae fuertemente en 2018 (-2,9%) y retoma su ascenso en 2019 (+1,4 i.a.).

Gráfico 3. Evolución de la satisfacción con el ambiente y experiencia general con la institución. Años 2015-2019



Según el gráfico 3, la variable de satisfacción con el egreso es la peor puntuada y presenta mayor volatilidad en comparación con los otros dos indicadores: satisfacción con el ingreso y recomendación. Presenta su pico en 2017 (+1% i.a.), desciende fuertemente en 2018 (-5%) y vuelve a aumentar en 2019 (+3,4%).

En el lustro 2015-2019 el indicador sobre conformidad con el ingreso aumenta 0,6%, el de satisfacción con el egreso cae 0,2% y el de recomendación cae también un 0,2%.

En resumen, a pesar de que según este análisis bivariado no existan grandes diferencias en la valoración de los usuarios según algunas características demográficas o del tipo de internación, pueden vislumbrarse algunas tendencias. Por ejemplo, las mujeres son más exigentes en cuanto a cuestiones relacionadas con el ambiente y los hombres mayores de edad, menos tolerables a los tiempos de espera prolongados. Por otro lado, los adultos mayores a 76 años están menos satisfechos en cuanto al trato recibido por parte de los médicos y enfermeros, y la escucha y explicación brindada por los mismos. Finalmente, en cuanto a la cobertura sanitaria, las personas que cuentan con una prepaga y que

proceden de barrios con un nivel adquisitivo mayor, califican relativamente peor a las instituciones.

Otro hallazgo interesante es que, quienes estuvieron internados en UTI están más satisfechos con la clínica que quienes estuvieron internados en piso o UCO, así como también quienes permanecieron más días en la institución, ofrecen una puntuación mejor. Una de las hipótesis iniciales era pensar que quien se encuentra con un mejor estado de salud, lo cual puede significar un mejor estado de ánimo, puntúe mejor a la institución.

En la siguiente sección se realizará un análisis multivariado para poder examinar la relación entre múltiples factores al mismo tiempo. Es decir, queremos conocer cómo afectan distintas variables en conjunto, a una misma variable a la que llamaremos dependiente.²

5.2 Estimaciones Econométricas

5.2.1. Metodología

Para realizar el análisis multivariado se utilizaron los datos de los resultados de la encuesta desde el año 2015 hasta el año 2019, para las instituciones ubicadas en CABA. La muestra consta de 6.806 observaciones.

Luego se definieron, en primer lugar, las variables dependientes. Para ello se tomó de cada segmento una pregunta del formulario: del segmento satisfacción con el ingreso, ¿está conforme con el trato recibido? (a la cual, llamaremos, p1); del segmento satisfacción con el médico, ¿los médicos lo escucharon con atención? (p6); de satisfacción con el enfermero, ¿los enfermeros lo atendieron rápido cuando los llamó? (p14); con respecto al ambiente, ¿Estaba silenciosa el área alrededor de su habitación durante la noche? (p16); en relación a la experiencia general con la institución, ¿cuál es su opinión con respecto a

² Todos los resultados de la sección 5.1 fueron expuestos a un test de diferencia de medias con el método "T de Student" y todas ellas son estadísticamente significativas.

la comida? (p24), y, por último, de la sección sobre la satisfacción con el egreso, ¿le contaron sobre los posibles efectos post-alta? (p26).

En segunda instancia, se establecieron las variables independientes o explicativas, segmentadas en 4 vectores de variables. En primer lugar, aquellas referidas con la característica de la persona: sexo del paciente (variable dummy: mujer); edad del paciente y cobertura del paciente (variables dummies: prepago, obra social, ART, PAMI); en segundo lugar, aquellas referidas al tratamiento del paciente: cantidad de días en internación y área de internación (dummy: UTI/UCO); como tercer vector de variable se encuentran las relacionadas con las características de la institución: porcentaje de NBI promedio del barrio donde se ubica el establecimiento, el tamaño según el número de camas total, si el médico era interno o externo a la institución (dummy: médico externo) y si el médico explicó las cosas en forma clara. Finalmente, el año de la encuesta como un tipo de variable temporal.

En la *Tabla 5* se presentan tanto las variables dependientes como independientes, su descripción completa, el tipo de variable, y sus respectivas medidas estadísticas: número total de observaciones, promedio, mínimo y máximo.

El método utilizado para realizar el análisis multivariado fue una regresión lineal de mínimos cuadrados ordinarios (MCO), llevada a cabo con el programa Stata-14.

5.2.2. Resultados de estimaciones econométricas

En la *Tabla 6* se exponen los resultados del análisis multivariado. En las columnas se ubican las variables dependientes mencionadas previamente, y en las filas se detallan las variables independientes y el número de observaciones de cada regresión. En la fila superior se presentan los coeficientes y en la fila inferior el desvío estándar. El número de asteriscos se corresponde con el grado de significancia estadística: un asterisco significa que la variable es estadísticamente significativa en un 90%, dos asteriscos en un 95% y 3, en un 99%.

Tabla 5. Variables dependientes e independientes. Medidas estadísticas.

Variable	Tipo de variable	Definición	MEDIDAS ESTADÍSTICAS			
			N	Promedio	Mínimo	Máximo
VARIABLES INDEPENDIENTES						
Características de la persona						
Mujer	Dummy	Sexo del paciente: mujer	6707	0.5	0.0	1.0
Edad	Cuantitativa	Edad del paciente	6592	52.1	0.0	104.0
Prepago	Dummy	Cobertura del paciente: prepaga	6367	0.7	0.0	1.0
Obra Social	Dummy	Cobertura del paciente: obra social	6367	0.2	0.0	1.0
PAMI	Dummy	Cobertura del paciente: PAMI	6367	0.0	0.0	1.0
ART	Dummy	Cobertura del paciente: ART	6367	0.0	0.0	1.0
Tratamiento						
Días en internación	Cuantitativa	Días de Internación	6280	11.2	0.0	105.0
Terapia Intensiva	Dummy	Área de Internación: UTI/UCO	5366	0.1	0.0	1.0
Institución						
% NBI del barrio		Porcentaje de NBI promedio del barrio	6806	0.0	0.0	0.2
Tamaño según número de camas	Cuantitativa	Tamaño según número de camas	6806	163.4	40.0	225.0
Médico externo a la institución	Dummy	El médico era externo a la institución	6359	0.4	0.0	1.0
Médico explicó en forma clara	Cuantitativa	El médico explicó las cosas en forma clara	6748	3.9	1.0	4.0
Tiempo						
Año	Cuantitativa	Año de encuesta	6806	2017	2015	2019
VARIABLES DEPENDIENTES						
Satisfacción con el ingreso						
p1	Cuantitativa	Conformidad con el trato recibido en la Oficina de Admisión	6687	3.9	1.0	4.0
Satisfacción con el médico						
p6	Cuantitativa	Médicos escucharon con atención	6753	3.9	1.0	4.0
Satisfacción con el enfermero						
p14	Cuantitativa	Rápida atención del enfermero	6550	3.1	1.0	4.0
Satisfacción con el ambiente						
p16	Cuantitativa	Silencio del área alrededor de la habitación durante la noche	6456	3.6	1.0	4.0
Experiencia General con la Institución						
p24	Cuantitativa	Opinión sobre la comida	6368	3.5	1.0	4.0
Satisfacción con el egreso						
p26	Cuantitativa	Información brindada sobre posibles efectos post alta	5946	3.7	1.0	4.0

Fuente: Elaboración propia a Encuesta de Satisfacción del Paciente Adecra+Cedim 2015-2019

Tabla 6. Resumen de resultados.

	Conformidad con trato recibido en Oficina de Admisión	Médicos escucharon con atención	Rápida atención del enfermero/a	Silencio del área alrededor de la habitación durante la noche	Opinión sobre la comida	Información brindada sobre posibles efectos post alta
Mujer	0.000 (0.014)	0.010 (0.008)	0.081** (0.039)	-0.044** (0.022)	-0.001 (0.021)	-0.048* (0.027)
Edad	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.004*** (0.001)	0.002*** (0.001)	-0.002*** (0.001)	0.001 (0.001)
Prepago	-0.019 (0.031)	0.048*** (0.018)	0.155* (0.085)	0.020 (0.048)	-0.009 (0.047)	-0.055 (0.059)
Obra Social	-0.023 (0.032)	0.013 (0.019)	0.050 (0.090)	0.012 (0.051)	0.025 (0.049)	0.019 (0.063)
Pami	-0.106 (0.068)	0.069* (0.040)	0.285 (0.188)	0.114 (0.107)	0.175* (0.103)	0.109 (0.130)
ART	0.052 (0.191)	0.150 (0.106)	0.006 (0.487)	-0.084 (0.275)	-0.052 (0.265)	0.173 (0.353)
Días en internación	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.004*** (0.001)	0.001** (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.001)
Terapia Intensiva	0.003 (0.022)	-0.025* (0.013)	0.009 (0.062)	-0.184*** (0.035)	-0.090*** (0.033)	0.039 (0.042)
% NBI del barrio	-0.318** (0.148)	-0.167* (0.088)	-3.020*** (0.410)	-0.415* (0.234)	-0.131 (0.228)	-0.239 (0.286)
Tamaño según número de camas	0.003*** (0.000)	0.001** (0.000)	-0.003 (0.000)	0.004*** (0.000)	-0.003* (0.000)	0.002 (0.000)
Médico externo a la institución	0.027* (0.015)	-0.004 (0.009)	-0.360 (0.041)	0.027 (0.023)	-0.059*** (0.023)	-0.158*** (0.028)
Médico explicó en forma clara	0.119*** (0.016)	0.518*** (0.003)	0.174*** (0.044)	0.344*** (0.025)	0.326*** (0.024)	0.328*** (0.030)
Año	0.002 (0.005)	-0.008** (0.009)	-0.013 (0.015)	0.001 (0.008)	-0.013 (0.008)	0.004 (0.010)
Constante	-0.979 (10.891)	17.786 (6.458)	27.894 (30.145)	0.980 (17.147)	27.876 (16.656)	-6.188 (21.077)
Número de observaciones	4541	4590	4468	4433	4369	4206

Fuente: Elaboración propia a Encuesta de Satisfacción del Paciente Adecra+Cedim 2015-2019

La variable que refleja la conformidad con el trato recibido en la oficina de admisión, muestra que solamente cuatro de las variables explicativas consideradas resultaron ser estadísticamente significativas. La satisfacción con el trato recibido en admisión aumenta

cuando el médico que atendió al paciente no pertenece al plantel de la institución y cuando este mismo explicó las cosas en forma clara. Una posible explicación a estos resultados que en principio no tendrían relación -el trato brindado por el médico, por ejemplo, es posterior al momento en que la persona ingresó a la clínica- es que, dado que el paciente durante su internación estuvo satisfecho con el servicio brindado por el médico, al momento de completar la encuesta puntuó bien también la pregunta en análisis.

Por su parte, la satisfacción con el ingreso aumenta con el número de camas de la institución, es decir, a mayor tamaño de la clínica, mayor conformidad del paciente con respecto al trato recibido en la entrada.

Tanto las características personales del paciente (sexo, edad), como las asociadas con su cobertura al interior del sistema de salud, y aquellas vinculadas con el tratamiento del paciente, no resultaron relevantes al momento de evaluar la satisfacción en la oficina de admisión.

En cuanto al análisis multivariado de la variable vinculada con el nivel de escucha de los médicos que atendieron al paciente, siete variables de la regresión realizada con el método de mínimos cuadrados ordinarios resultaron ser estadísticamente significativas. Las personas que cuentan con una cobertura de medicina prepaga³ y con PAMI están más satisfechas con la escucha ofrecida por el médico en relación a quienes cuentan con el resto de las opciones de cobertura médica (ART, particular). De la misma manera, el nivel de satisfacción con esta variable aumenta a medida que la institución tiene más camas, y, como era de esperarse, con la forma en que el médico explica el diagnóstico o el tratamiento al paciente.

Por su parte, la conformidad con el trato recibido por parte del médico cae cuando el paciente estuvo internado en terapia intensiva o unidad coronaria, así como también, a medida que transcurren los años. Las características de la persona – como su edad o el

³ Las variables independientes obra social y prepaga “compiten” entre sí. Cuando se incorpora al modelo una variable por vez, son significativas. Sin embargo, cuando se suman las dos variables al mismo tiempo, una de ellas resulta ser no significativa.

género -, la cantidad de días en internación, y la pertenencia o no del médico al plantel de la institución no explican de manera significativa a la variable dependiente en análisis.

En el caso de la variable referida a la rápida atención de los enfermeros, las variables independientes estadísticamente significativas son seis: mujer, edad, prepago, días en internación, porcentaje de NBI del barrio y si el médico explicó las cosas en forma clara. Las mujeres percibirían mayor rapidez en la atención de enfermería en comparación con los hombres, así como también quienes cuentan con una cobertura médica de medicina prepaga en relación a otras opciones de seguro médico. Por su parte, la satisfacción con la atención brindada por el enfermero incrementa con la edad del paciente, es decir, los adultos mayores estarían más conformes con el servicio de enfermería en comparación con los jóvenes.

Largas estadías de internación en la clínica se asocian con mayor percepción de calidad en la atención de los enfermeros en relación a estadías más cortas, así como también con la forma clara que tienen los médicos de explicar el tratamiento. El resto de las variables vinculadas con la cobertura, el área de internación del paciente, el tamaño de la clínica, la pertenencia o no del médico al plantel y el año, no se relacionan con la variable de satisfacción con la rapidez de la atención del enfermero/a.

En la regresión de la variable dependiente que refiere al silencio del área cercana a la habitación durante la noche, las variables con significancia estadística son siete: mujer, edad, días en internación, terapia intensiva, porcentaje de NBI del barrio, tamaño según número de camas, y, por último, explicación por parte del médico.

La conformidad con las condiciones sonoras del ambiente aumenta con la edad del paciente. Es decir, los adultos mayores estarían más complacidos con este punto en relación a los jóvenes. De igual manera, quienes estuvieron más días internados en la clínica califican mejor esta pregunta.

El tamaño de la institución, por su parte, también se correlaciona positivamente con la satisfacción con respecto al silencio de las habitaciones durante de la noche, es decir, instituciones más grandes se dedicarían más a cuidar este aspecto. Otro punto a destacar

es que la variable dependiente analizada aumenta a medida que el médico explica las cosas de forma clara. A pesar de que estas dos variables, en principio, no estarían vinculadas, con este resultado vemos cómo el buen trato ofrecido por médico que atendió al paciente repercutiría positivamente en otros aspectos.

Las variables dummies “mujer” y “terapia intensiva” arrojaron coeficientes negativos. Es decir, las mujeres y los pacientes internados en unidad coronaria o terapia intensiva serían más exigentes con respecto al silencio en la habitación. En esta oportunidad, las variables vinculadas con la cobertura médica del usuario de salud y el año, no explican de ninguna manera a la variable referida al silencio de las habitaciones.

Cabe resaltar que, en todas las variables dependientes analizadas hasta aquí, el nivel de satisfacción disminuye cuando aumenta el porcentaje de necesidades insatisfechas del barrio donde está ubicada la clínica. Recordando que utilizamos esta variable como *proxy* del nivel adquisitivo del paciente, podría afirmarse que, contrariamente a lo esperado, el usuario sería más exigente cuando éste cuenta con un menor nivel de ingreso.

En la regresión de la variable asociada a la opinión de la comida ofrecida por la clínica o sanatorio, seis variables resultaron ser significativas. Tal como se detalla en la *Tabla 6*, las variables “edad” y “PAMI” tienen significancia estadística al 99% y al 90%, respectivamente. Asimismo, a pesar de ser dos variables que deberían estar relacionadas, arrojan coeficientes contrarios. Siendo que los adultos mayores son quienes están afiliados a PAMI, resulta llamativo que los ancianos estarían menos satisfechos con el servicio de alimentación ofrecido por el sanatorio, pero quienes cuentan con una cobertura de PAMI sí lo están.

Otro resultado interesante es que, la pertenencia del médico al plantel de la institución y su calidad explicativa del diagnóstico o tratamiento se asocia positivamente con la satisfacción con el alimento ofrecido por la clínica. Una vez más, el buen trato ofrecido por el profesional impactaría positivamente en otros aspectos que en principio no estarían relacionados.

Quienes estuvieron internados en terapia intensiva estarían menos conformes con la comida que quienes estuvieron internados en piso, y, clínicas más chicas ofrecerían un

mejor servicio. La variable que denota el género del paciente, el resto de las variables dummies vinculadas con la cobertura médica, los días de internación y el año no son estadísticamente significativas.

Finalmente, con respecto a la satisfacción con el egreso, sólo tres variables resultaron tener significancia estadística superior al 90%. A partir del resultado de la variable dummy “mujer”, podría afirmarse que el género femenino está menos conforme con la información brindada a la salida con respecto a los posibles efectos post-alta en relación a los hombres.

La satisfacción con respecto a la información brindada al salir de la clínica aumenta cuando el médico pertenece al plantel de la institución y cuando explicó el diagnóstico y el tratamiento en forma clara. Es decir, el mismo profesional que se expresó de manera pertinente durante la internación, se comportaría de igual en relación a la descripción de los posibles efectos post-alta. La edad, la cobertura del paciente, su tratamiento, las características del establecimiento y el año no explican de forma significativa a la variable de egreso.

6. Conclusiones

Según Avedis Donabedian, la calidad en la atención sanitaria es “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas del proceso de atención” (Donabedian, 1980). Pero, ¿cómo maximizar el bienestar del paciente? ¿todos los pacientes son iguales o actúan de manera predecible? Definitivamente no, así como tampoco el término satisfacción puede medirse o cuantificarse, sino que más bien es un concepto lleno de subjetividades. Es por eso que resulta necesario conocer cómo el paciente percibe la calidad de la atención brindada, para que las clínicas y sanatorios de la Ciudad de Buenos Aires puedan ofrecer el mejor servicio posible. La única manera de llegar a este punto es mediante la obtención de datos duros a través de formularios o encuestas.

En este estudio se utilizó la encuesta de satisfacción del paciente de la cámara de clínicas, sanatorios privados y centros ambulatorios de la Ciudad de Buenos Aires, Adecra+Cedim, basada en el formulario internacional HCAHPS que contiene, de manera adaptada, los 5 determinantes reconocidos internacionalmente del modelo de ServQual: satisfacción con el ingreso, con los médicos y enfermeros, con el ambiente, la experiencia general en la institución y con el egreso.

Se analizó la representatividad de la muestra para todos los años –siendo la misma representativa para la Ciudad de Buenos Aires- y luego se realizó tanto un análisis bivariado como multivariado. Entre todos los resultados se destaca que, en primer lugar, según el análisis bivariado los adultos mayores -en líneas generales- califican peor a todos los segmentos, sobre todo en cuestiones vinculadas a los tiempos de espera, así como también de la escucha de los médicos y los enfermeros. Sin embargo, en el análisis multivariado, en las variables puntualmente vinculadas a la rápida atención del enfermero y la satisfacción con el silencio del ambiente, la gente mayor estaría más satisfecha que los pacientes más jóvenes.

En segundo lugar, el primer tipo de análisis demostró que, a lo largo de los años, los pacientes puntúan mejor a los médicos en relación a los enfermeros y que las mujeres son más exigentes con el ambiente. Este último comportamiento se reitera en la regresión realizada con el método de mínimos cuadrados ordinarios.

En tercer lugar, el análisis bivariado arroja que las personas con mayores recursos - que cuentan con una cobertura de salud de medicina prepaga o asisten a clínicas ubicadas en barrios con porcentajes NBI bajos – en términos generales son más exigentes en comparación con quienes se atendieron con cobertura PAMI O ART. Sin embargo, en el análisis multivariado, en cuatro de las regresiones la variable independiente porcentaje de NBI del barrio arrojó un coeficiente negativo.

Finalmente, es importante resaltar que la percepción de calidad de la atención sanitaria es elevada en todos los años de estudio, así como también es homogénea entre las distintas características de los individuos. Es decir, no existe una discriminación marcada entre pacientes.

7. Limitaciones del estudio y agenda

El presente permite vislumbrar algunas tendencias en cuanto a las distintas formas de percibir la calidad según el paciente sea hombre o mujer, joven o adulto mayor, si su estado de salud durante su estadía en la clínica fue grave, entre otros. Asimismo, se puede observar, aunque no de manera exhaustiva, cuál factor es el más valorado y cómo éste es afectado por otras variables a las que llamamos independientes.

Sin embargo, a pesar de los hallazgos expuestos en este estudio, el mismo tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, tanto los conceptos de calidad como de satisfacción son subjetivos. La calidad no puede medirse de manera acabada dado que depende de varios factores que, a su vez, son sensibles a los gustos, preferencias, o estado de ánimo de los usuarios de la salud, así como también de sus características socio-demográficas.

La segunda limitación se relaciona con la calidad de los datos de los primeros años. Al ser el relevamiento en su momento únicamente de forma presencial, no existe manera de comprobar o asegurar que la encuesta fue completada por el paciente o, por el personal de la institución, como por ejemplo el enfermero o el responsable de admisión del paciente. Con el transcurso de los años, el porcentaje de instituciones que optaron por el relevamiento online creció y este problema fue mitigado.

Por último, en este estudio se utilizó como proxy del lugar de residencia del paciente, a la ubicación geográfica de la clínica, suponiendo que existe cierta cercanía entre ambos puntos, pero esto no necesariamente debe cumplirse. De hecho, las diferentes conclusiones arrojadas con respecto a este punto según los dos tipos de análisis realizados, confirmarían esta limitación.

En cuanto a la agenda, es importante poder plantear algunos lineamientos para mejorar el estudio. Por ejemplo, a raíz de lo expuesto previamente resultaría interesante conocer más características sociodemográficas del paciente, como su lugar de residencia, o nivel de escolaridad o, evaluar qué pasaría con la calidad percibida cuando se conoce la edad, la especialidad o el sexo del médico. Adicionalmente, podría evaluarse si el hecho de que la clínica cuente con un mayor personal sanitario, de enfermeros por turno, o con un área

especializada en el paciente o de marketing, afecta de alguna manera a la calidad percibida por el paciente.

8. Bibliografía:

1. Adecra+Cedim, Prestadores son los financiadores, 2018
2. Amo-Adjei et al., Perception of quality of health delivery and health insurance subscription in Ghana. BMC Health Services Research, 2016
3. Banco Interamericano de Desarrollo, El Progreso en la Atención Primaria. Blog Salud, 2018
4. CC Nnebue et al., Clients' knowledge, perception and satisfaction with quality of maternal health care services at the primary health care level in Nnewi, Nigeria. Nigerian Journal of Clinical Practice, 2014
5. Colina Jorge, ¿Hacia dónde va la medicina privada? Adecra+Cedim, 2019
6. Crow R. et al., The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technology Assessment Vol. 6: No. 32, 2002.
7. Deepti Ranjan Sabat et al., A Study on Hospital Service Quality Perception. National Seminar on Sustainable Future, through Leadership & Technology, 2017.
8. E McColl et al., Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. Health Technology Assessment; Vol. 5: No. 31, 2001
9. Donabedian A., Exploration in quality assessment and monitoring. En: Harbor A. (ed.) The definition of quality and approaches to its assessment. Mich: Health administration Press; 1980
10. Donabedian, A., La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1984
11. Donabedian A., The quality of medical care: how can it be assessed? JAMA, 1988
12. Diccionario de la Real Academia Española (2001)
13. Diccionario de la Real Academia Española (2006)
14. Gallardo Ferrada Amanda, Reynaldos Grandón Katuska, Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, 2014

15. Herng-Ching Lin et al., Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *International Journal for Quality in Health Care*, 2004.
16. Johan Håkon Bjørngaard MA et al., User satisfaction with child and adolescent mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* volume 43, pages635–641, 2008
17. Jorge Riveros, Carmen Berné, Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista Médica Chile*, 2007
18. Krishna Dipankar Rao et al, Towards patient-centered health services in India—a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006
19. Llinás Delgado, Adalberto E., Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte*, vol. 26, núm. 1, 2010
20. Maceira D., Descentralización y equidad en el Sistema de Salud argentino. CEDES, 2005
21. Maceira D., Envejecimiento y Desafíos para el Sistema de Salud Argentino. Banco Mundial, 2014
22. Maceira D., Morfología del Sistema de Salud Argentino. CEDES, 2018
23. Maceira D., Apuntes para un Debate sobre el Sistema de Salud Argentino. CEDES, 2018
24. Maceira D., Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas* Núm. 14, Año IV, Páginas 155-179 mayo-septiembre de 2020
25. Maceira D. y Jimenez A., El gasto de bolsillo en salud como indicador clave de equidad y calidad sistémica en Argentina. Fundar, 2022
26. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Calidad de los Servicios de Salud, 2019
27. Obiageli F. Emelumadu et al., Perception of quality of maternal healthcare services among women utilising antenatal services in selected primary health facilities in Anambra State, Southeast Nigeria. *Niger Med J.*, 2014

28. Odgerel Chimed-Ochir., Patient satisfaction and service quality perception at district hospitals in Mongolia. *Ritsumeikan Journal of Asia Pacific Studies* Volume 31, 2012
29. Organización Mundial de la Salud, Quality Health Services. Newsroom, Fact Sheets, 2020
30. Pedraza-Melo, Norma Angélica et al. Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC. *Entramado*, vol. 10, núm. 2, 2014
31. Pedraza-Melo, Norma Angélica et al. La Calidad del Servicio: Caso UMF. *Conciencia Tecnológica*, núm. 49, 2015
32. Petersen, Woodard, Urech, Daw, Sookanan, Does pay-for-performance improve the quality of health care?, 2006
33. Ramírez-Sánchez et al., Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex*, 1998
34. Shoshanna Sofaer, Kirsten Firminger., Patient perceptions of the quality of health services. *Annu. Rev. Public Health*, 2005
35. Vanessa Pirani Gaiosol; Silvana Martins MishimaII. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. *Texto contexto - enfermería* vol.16 no.4 Florianópolis, 2007
36. Yanet Astete Juarez, Factores asociados a la percepción de la calidad de atención del usuario externo del servicio de neurología del Hospital Honorio Delgado Espinoza, 2017

9. Anexo:

9.1. Encuesta de Satisfacción del Paciente Adecra+Cedim

Datos demográficos	¿En qué área estuvo internado?
	Sexo
	Edad
	Fecha de Ingreso
	Fecha de Egreso
	Días de internación
	Piso internación
	Cobertura Médica
1	¿Está conforme con el trato recibido por la Oficina de Admisión?
2	¿Considera que el tiempo de espera hasta la asignación de su habitación fue excesivo?
3	Tiempo en minutos
4	¿Pudo identificar al médico responsable de su seguimiento durante la internación?
5	Su médico pertenecía a:
6	¿Los médicos lo trataron con cortesía y respeto?
7	¿Los médicos lo escucharon con atención?
8	¿Los médicos le explicaron las cosas en forma clara?
9	¿Se sintió participe de las decisiones tomadas en el cuidado de su salud?
10	¿Sintió respetada su privacidad durante la internación?
11	¿Le ocurrió que alguna vez, durante su internación, un médico o enfermero le dijera algo distinto a lo señalado por otro médico o enfermero?
12	¿Los enfermeros lo trataron con cortesía y respeto?
13	¿Los enfermeros lo escucharon con atención?
14	¿Los enfermeros le explicaron las cosas en forma entendible?
15	¿Cuando debió utilizar el botón de llamado a Enfermería, lo atendieron tan pronto como Ud. quería?
16	¿Manténían su habitación y su baño limpios?
17	¿Estaba silenciosa el área alrededor de su habitación durante la noche?
18	¿Necesitó, durante la internación, ayuda de los enfermeros u otra persona para llegar al baño o que le alcanzaran la chata o el papagayo?
19	¿Lo ayudaron a llegar al baño o usar chata o papagayo tan pronto como lo requería?
20	¿Necesitó medicamentos para controlar el dolor?
21	¿Le controlaron bien el dolor?
22	¿Le administraron algún medicamento que nunca antes había tomado?
23	¿Le dijeron, antes de administrarle un nuevo medicamento, para qué era el mismo?
24	¿Alguien le informó sobre los posibles efectos adversos que tendría un nuevo medicamento administrado?
25	Su opinión sobre la comida en la Institución es:
26	¿Hablaron los médicos, enfermeros u otro personal de la Institución sobre si tendría la ayuda necesaria cuando fuera dado de alta?
27	¿Le proporcionaron información oral o escrita sobre los síntomas o problemas de salud a los que debía prestar atención al irse de la Institución?
28	Utilizando una escala de 0 a 10, siendo 0 la peor Institución posible y 10 la mejor posible, ¿qué número usaría para calificar esta Institución?
29	¿Le recomendaría esta Institución a sus amigos y familiares?

9.2. Definición de áreas

Área	Comuna	Barrio	% Población con NBI insatisfechos
Area 1	1	Retiro	18%
Area 1	1	San Nicolás	18%
Area 1	1	Puerto Madero	18%
Area 1	1	San Telmo	18%
Area 1	1	Montserrat	18%
Area 1	1	Constitución	18%
Area 1	3	San Cristóbal	13%
Area 1	3	Balvanera	13%
Area 1	4	La Boca	15%
Area 1	4	Parque Patricios	15%
Area 1	4	Barracas	15%
Area 1	4	Nueva Pompeya	15%
Area 1	8	Villa Soldati	14%
Area 1	8	Villa Lugano	14%
Area 1	8	Villa Riachuelo	14%
Area 2	5	Almagro	6%
Area 2	5	Boedo	6%
Area 2	7	Flores	10%
Area 2	7	Parque Chacabuco	10%
Area 2	9	Parque Avellaneda	5%
Area 2	9	Liniers	5%
Area 2	9	Mataderos	5%
Area 2	2	Recoleta	2%
Area 3	6	Caballito	2%
Area 2	14	Palermo	3%
Area 2	15	Villa Crespo	5%
Area 2	10	Villa Real	4%
Area 2	10	Floresta	4%
Area 2	10	Monte Castro	4%
Area 2	10	Vélez Sársfield	4%
Area 2	10	Villa Luro	4%
Area 2	10	Versalles	4%
Area 3	11	Villa Gral. Mitre	2%
Area 3	11	Villa del Parque	2%
Area 3	11	Villa Santa Rita	2%
Area 3	11	Villa Devoto	2%
Area 2	15	Chacarita	5%
Area 2	15	Paternal	5%
Area 2	15	Villa Ortúzar	5%
Area 2	15	Agronomía	5%
Area 2	15	Parque Chas	5%
Area 3	12	Coghlan	2%
Area 3	12	Saavedra	2%
Area 3	12	Villa Urquiza	2%
Area 3	12	Villa Pueyrredón	2%
Area 3	13	Belgrano	2%
Area 3	13	Colegiales	2%
Area 3	13	Nuñez	2%