

Pedro Daniel Tristán-Martínez^{1a}, Svetlana V Doubova^{2b}, Ama Lucila Saucedo-Valenzuela^{3c}

Resumen

Introducción: la asistencia centrada en el paciente permite mejorar la calidad de atención, disminuye el uso innecesario de los servicios y optimiza costos y calidad de vida y supervivencia en pacientes con cáncer.

Objetivo: comparar la calidad de la atención en pacientes con cáncer de próstata con y sin seguridad social en dos hospitales de oncología de la Ciudad de México.

Material y métodos: se usó información de una encuesta a pacientes con cáncer de próstata del 2019 de dos hospitales de oncología, uno del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y otro de la Secretaría de Salud (SSA), $n = 307$. La encuesta incluyó variables sociodemográficas y de calidad de atención desde la perspectiva centrada en el paciente. Se hizo análisis descriptivo y bivariado para comparar la calidad de atención de ambos hospitales mediante chi cuadrada, prueba exacta de Fisher y t de Student.

Resultados: se incluyeron 234 pacientes atendidos en el IMSS y 73 en la SSA; su edad promedio fue 66.6 años. Más del 90% percibieron una atención respetuosa y coordinada e información clara en ambos lugares. Solo 58.9% de pacientes atendidos en SSA recibieron información para la toma de decisiones en contraste con 80.8% de pacientes del IMSS ($p = 0.001$). Sin embargo, la atención de las necesidades biopsicosociales fue baja en ambos lugares (IMSS: 23.9%, SSA: 13.7%, $p = 0.063$).

Conclusiones: la calidad de atención centrada en pacientes con cáncer de próstata fue percibida como buena, salvo la atención de necesidades biopsicosociales; dado esto último, se recomienda incorporar un abordaje multidisciplinario en su atención.

Abstract

Background: Patient-centered care model improves quality of care, decreases unnecessary use of services, optimizes costs and quality of life and survival for cancer patients.

Objective: To compare the patient-centered quality of care of prostate cancer patients with and without social security in two oncology hospitals in Mexico City.

Material and methods: The information of the 2019 survey of prostate cancer patients in two oncology hospitals, one from the Mexican Institute of Social Security (IMSS) and the other from the Ministry of Health (SSA), was analyzed ($n = 307$). The survey included sociodemographic and patient-centered quality of care variables. A descriptive and bivariate analysis was performed to compare the quality of care between both hospitals using chi-square test, Fisher's exact test and Student's t test.

Results: 234 patients treated at the IMSS and 73 at the SSA were included, with a mean age of 66.6 years. In both hospitals, more than 90% of the patients perceived respectful and coordinated care, as well as clear information. Only 58.9% of patients treated at SSA received information for decision-making, in contrast to 80.8% at IMSS ($p = 0.001$). Supportive care for biopsychosocial needs was low in both places (IMSS: 23.9%, SSA: 13.7%, $p = 0.063$).

Conclusions: The quality of care focused on patients with prostate cancer was perceived as good, except in the care of biopsychosocial needs; given the importance of this last aspect, it is recommended a multidisciplinary approach in their care.

¹Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México, Sede Tlalpan. Ciudad de México, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Ciudad de México, México

³Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0002-2385-5306^a, 0000-0002-0521-7095^b, 0000-0002-1718-1624^c

Palabras clave

Neoplasias de la Próstata
Atención Dirigida al Paciente
Calidad de la Atención de Salud

Keywords

Prostatic Neoplasms
Patient-centered Care
Quality of Health Care

Fecha de recibido: 04/11/2021

Fecha de aceptado: 10/01/2022

Comunicación con:

Alma Lucila Saucedo Valenzuela

✉ alma.saucedo@insp.mx

☎ 55 5487 1000, extensión 4117

Cómo citar este artículo: Tristán-Martínez PD, Doubova SV, Saucedo-Valenzuela AL. Calidad de atención en pacientes con cáncer de próstata atendidos en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022;60(3):275-82.

Introducción

Según el estudio de la Carga Global de Enfermedad, el cáncer de próstata se ubica en el segundo lugar en incidencia y primer lugar en mortalidad en Latinoamérica en 2019. En México, este cáncer ocupa el tercer y primer lugar en incidencia y mortalidad respectivamente.¹

Para los sistemas de salud, el cáncer de próstata demanda un incremento de costos necesarios para la atención médica y para la capacitación de los profesionales de la salud que atenderán a este tipo de pacientes. Asimismo, en el plano individual esta enfermedad afecta negativamente la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, y produce gastos catastróficos de bolsillo y empobrecimiento.^{1,2,3}

El *modelo de atención centrado en el paciente* resalta la importancia de la percepción del usuario respecto a una buena calidad y su satisfacción con la atención.⁴ Estudios previos han demostrado que la atención centrada en los pacientes mejora la calidad de atención, disminuye el uso innecesario de los servicios, optimiza los costos asistenciales y mejora los resultados clínicos de los pacientes, con lo que disminuyen sus complicaciones y mejora su calidad de vida y supervivencia.^{5,6,7,8,9}

Actualmente, a nivel internacional los sistemas de salud han progresado hacia la atención centrada en los pacientes.¹⁰ En México, los dos principales proveedores de atención a pacientes con cáncer son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que brinda la atención a los trabajadores del sector laboral formal y a sus familias, y la Secretaría de Salud (SSA), que atiende a trabajadores no formales y a desempleados. El IMSS y la SSA atienden a 86.5% de la población del país.¹¹ Un estudio previo encontró que la calidad de atención percibida por los pacientes con diversos cánceres fue mayor en el IMSS en comparación con la SSA.¹² Sin embargo, poco se conoce sobre la calidad de atención centrada en el paciente que se brinda a las personas con cáncer de próstata en estas instituciones. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo comparar la calidad de la atención centrada en pacientes con cáncer de próstata en hospitales públicos de oncología del IMSS y de la SSA.

Material y métodos

Se utilizó información proveniente de una encuesta sobre calidad de atención centrada en pacientes con cáncer de próstata, aplicada de febrero a septiembre del 2019 en dos hospitales de Oncología, uno operado por el IMSS, el otro por la SSA. La encuesta se aplicó a 307 pacientes. Los criterios de inclusión comprendieron: pacientes > 18 años,

con cinco años o menos desde el diagnóstico de cáncer de próstata, sin recurrencia, ≥ 1 hospitalización en el año de la encuesta, los cuales aceptaron participar previo consentimiento informado. Los pacientes fueron entrevistados por enfermeras capacitadas, quienes invitaron a contestar la encuesta a todos los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata que acudieron a la consulta externa de ambos hospitales y cumplieron con los criterios de inclusión, por lo cual se trató de una muestra no probabilística. La tasa de aceptación para participar en la encuesta fue de 96% en el IMSS y 97% en la SSA. La principal razón de la no participación fue la fatiga/debilidad para participar en la encuesta (IMSS: seis pacientes, SSA: dos pacientes), seguida por la falta de tiempo (IMSS: tres pacientes) y la falta de interés de participar (IMSS: un paciente). Se incluyeron en el análisis todos los pacientes entrevistados.

El estudio incluyó tres grupos de variables:

1. Sociodemográficas: edad (en años), escolaridad (primaria o menos, secundaria, preparatoria o más), estado civil (con pareja, sin pareja).
2. Antecedentes clínicos: tiempo de evolución del cáncer, transcurrido desde el diagnóstico (≤ 6 meses; 7-11 meses; > 1-5 años), etapa del cáncer (temprano [I-II] o avanzada [III-IV]), tratamiento recibido en el último mes (cirugía, quimioterapia o radioterapia; hormonoterapia o inmunoterapia), presencia de ansiedad, depresión u otras enfermedades crónicas.
3. Calidad de la atención desde la perspectiva centrada en el paciente, la cual fue medida con un cuestionario previamente validado en México.¹³ Este cuestionario incluye 30 reactivos y mide cinco dominios: 1. atención oportuna, 2. claridad de la información, 3. información para la toma de decisiones del tratamiento de cáncer, 4. atención de las necesidades biopsicosociales y 5. atención respetuosa y coordinada. Cada reactivo tiene respuestas en escala tipo Likert, donde: 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = En desacuerdo, 4 = Totalmente en desacuerdo y 5 = No aplica, lo cual se considera en estudios previos como: 1 representa la atención de muy baja calidad, 2 es una atención de baja calidad, "No se aplica", codificada como 2.5, que representa una posición neutral; el código 3 denota la atención de alta calidad y el 4 la de más alta calidad. La calificación sumatoria de cada dominio se dicotomizó como ≥ 3 puntos = atención con calidad, y < 3 puntos = atención con baja calidad.

El tamaño de muestra se calculó para la comparación de dos proporciones independientes, utilizando el paquete G*Power 3.1.9.2 y considerando los siguientes criterios: alfa de 0.05, poder de 0.90, tamaño del efecto mediano (0.30) y

valor de diferencia mínima esperada de 5, con una muestra total mínima para analizar de 183 pacientes.

Se realizó análisis descriptivo (frecuencias simples y porcentajes) para las variables categóricas, así como promedio y desviación estándar (DE) para las variables continuas. Se hizo análisis bivariado con el que se compararon las características sociodemográficas y las de calidad de atención entre ambos grupos. Para comparar variables categóricas, se utilizó la prueba de chi cuadrada, para variables con valores < 5 por casilla se aplicó la prueba de Fisher y para comparar la variable numérica (edad) se aplicó la prueba t de Student. Se consideró un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. El análisis se llevó a cabo mediante el programa Stata 14.0.

Consideraciones éticas

El protocolo de la encuesta fue aprobado por la Comisión Nacional de Investigación y de Ética del IMSS (número de registro: R-2017-785-042) y por el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (número de registro: HGM-DG-DI-298-2018).

Resultados

Participaron 307 pacientes con cáncer de próstata (76.2%) adscritos al IMSS y el resto a la SSA. En ambos grupos, la media de edad fue de 66.6 años, con una DE de 8 años. La escolaridad predominante en los pacientes del IMSS fue "Preparatoria o más", mientras que en los pacientes de la SSA fue "Primaria o menos" (49.6 y 54.8%, respectivamente, $p < 0.001$). Tanto en el IMSS como en la SSA hubo más personas que vivían en pareja (cuadro I).

Más de la mitad de los pacientes de ambas instituciones tenían entre 1 y 5 años con el diagnóstico de cáncer de próstata y se encontraban en etapa avanzada. Menos del 20% de los pacientes tuvieron cirugía en el mes previo (IMSS: 16.2%, SSA: 5.5%, $p = 0.019$), a más del 40% de los pacientes se les realizó quimioterapia y/o hormonoterapia o inmunoterapia. Las comorbilidades más frecuentes fueron las enfermedades crónico-degenerativas, además de que cerca de una cuarta parte de la población del IMSS y el 8.2% de la SSA vivían con ansiedad y depresión (cuadro I).

Con relación a la percepción de los participantes sobre las características de la atención centrada en el paciente, más del 70% reportaron haber esperado poco tiempo para ser enviados al médico especialista, así como para recibir el diagnóstico confirmatorio de cáncer. También, en ambas instituciones, la mayoría (IMSS: 99.6%, SSA: 97.3%) perci-

bieron una atención respetuosa, que fueron tratados como una persona y no como un caso médico (IMSS: 91.9%, SSA: 93.2%), que fueron atendidos pronto en caso de dolor (IMSS: 91.9%, SSA: 82.2%, $p = 0.018$) y que fueron agendados para no acudir al hospital más de lo necesario (IMSS: 88.5%, SSA: 87.7%) (cuadro II).

Asimismo, más de 70% percibieron que recibieron información clara y fácil de entender sobre el cáncer y su diagnóstico, y se observaron variaciones estadísticamente significativas entre instituciones. Sin embargo, menos participantes refirieron facilidad con sus trámites de alta hospitalaria (IMSS 87.2%, SSA 67.1%; $p = 0.001$) e información para su traslado o seguimiento en otras unidades médicas (IMSS 60.7%, SSA 46.6%; $p = 0.033$) (cuadro II).

Comparados con los pacientes de la SSA, un mayor porcentaje de pacientes del IMSS mencionaron haber recibido información sobre los distintos tratamientos que podían recibir, en relación con las consecuencias de no haber recibido alguno y sobre cómo cada tipo de tratamiento podía prolongar su vida (IMSS: 71.8%, 70% y 64.5% frente a SSA: 54.8%, 50.7% y 42.5%; $p < 0.05$) (cuadro II).

En ambas instituciones las deficiencias más pronunciadas fueron no recibir ayuda en sus necesidades espirituales (IMSS 15.4%, SSA 4.1%; $p = 0.009$), sobre cómo transportarse entre el hospital y el hogar del paciente (IMSS 15.4%, SSA: 0%; $p = 0.002$), o cómo encontrar a otros pacientes en una situación similar a la suya para poder compartir su experiencia (IMSS 5.6%, SSA 2.7%; $p = 0.005$) (cuadro II).

Con relación a la calidad de la atención, los dominios con mayor puntuación fueron la atención respetuosa y coordinada, la atención oportuna y la claridad de la información. La atención oportuna fue mayor en la SSA (IMSS 80.3%, SSA 90.4%; $p = 0.047$), mientras que la atención respetuosa y coordinada fue mayor en el IMSS (IMSS 98.3%, SSA 95.9%), esto al igual que cómo recibir claridad de la información. El dominio de información para la toma de decisiones acerca del tratamiento fue calificado como alto por la mayoría de los pacientes del IMSS (80.8%) mientras solo 58.9% de los pacientes de la SSA lo reportaron como alto ($p < 0.05$). El único dominio que fue evaluado con baja calidad en ambas instituciones fue la atención de las necesidades biopsicosociales (IMSS 23.9%, SSA 13.7%) (cuadro III).

Discusión

De acuerdo con los hallazgos, tanto en el IMSS como en la SSA la mayoría de los pacientes con cáncer de próstata percibieron haber recibido una atención oportuna (80.3% y 90.4% respectivamente), respetuosa y coordinada (98.3%

Cuadro I Características sociodemográficas y antecedentes clínicos de los pacientes con cáncer de próstata (n = 307)

| Variables | IMSS (n = 234, 76.2%) | | SSA (n = 73, 23.8%) | | p |
|---|--------------------------|------|------------------------|------|--------------------|
| | Media ± DE | | Media ± DE | | |
| Edad (en años) | 66.6 ± 8.3 | | 66.6 ± 8.6 | | 0.982* |
| | n | % | n | % | |
| Escolaridad | | | | | |
| Primaria o menos | 65 | 27.8 | 40 | 54.8 | < 0.001† |
| Secundaria | 53 | 22.6 | 21 | 28.8 | |
| Preparatoria o más | 116 | 49.6 | 12 | 16.4 | |
| Estado civil | | | | | |
| Con pareja | 194 | 82.9 | 53 | 72.6 | 0.053† |
| Sin pareja | 40 | 17.1 | 20 | 27.4 | |
| Tiempo de evolución transcurrido desde el diagnóstico | | | | | |
| 6 meses o menos | 73 | 31.2 | 15 | 20.6 | 0.063† |
| 7 a 11 meses | 41 | 17.5 | 17 | 23.3 | |
| 1 a 5 años | 120 | 51.3 | 41 | 56.1 | |
| Etapa del cáncer | | | | | |
| Temprana [I-II] | 77 | 32.9 | 32 | 43.8 | 0.088† |
| Avanzada [III-IV] | 157 | 67.1 | 41 | 56.2 | |
| Tratamiento recibido en el último mes | | | | | |
| Cirugía | 38 | 16.2 | 4 | 5.5 | 0.019‡ |
| Quimioterapia o radioterapia | 94 | 40.2 | 34 | 46.6 | 0.333† |
| Hormonoterapia o inmunoterapia | 102 | 43.6 | 35 | 47.9 | 0.513† |
| Comorbilidades | | | | | |
| Ansiedad | 28 | 12 | 3 | 4.1 | 0.072‡ |
| Depresión | 23 | 9.8 | 3 | 4.1 | 0.152‡ |
| Enfermedades crónico-degenerativas | 127 | 54.3 | 36 | 49.3 | 0.459† |

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; SSA: Secretaría de Salud; DE: desviación estándar

*Se usó t de Student

†Se empleó chi cuadrada

‡Se utilizó prueba de Fisher

Los datos resaltados con negrita fueron significativos

y 95.9% respectivamente), acompañada con información clara sobre el cáncer y su diagnóstico, en contraste con la percepción de haber recibido una baja calidad de atención en el dominio relacionado con las necesidades biopsico-sociales. Al mismo tiempo, solo seis de cada 10 pacientes atendidos en SSA recibieron información para la toma de decisiones en contraste con ocho de cada 10 de pacientes del IMSS.

La experiencia mejor calificada fue haber recibido una atención respetuosa y coordinada en ambas instituciones. Este hallazgo concuerda con un estudio realizado en pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el IMSS y en pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino

atendidos en la Secretaría de Salud, quienes percibieron atención respetuosa y coordinada por el personal (en 84% y 85%, respectivamente). Asimismo, el hallazgo coincide con los resultados obtenidos en pacientes con cánceres hematológicos en países de altos ingresos, donde la comunicación por parte del personal de salud fue respetuosa en 93% de los pacientes.^{14,15,16}

Otro de los hallazgos del estudio fue que los pacientes recibieron en su mayoría información clara sobre su diagnóstico de cáncer (IMSS: 83.8%, SSA: 71.2%) y atención oportuna por parte del personal de salud, como lo fue la primera consulta del diagnóstico confirmatorio de cáncer (IMSS: 79.5% SSA: 83.6%). Esto es similar a lo encontrado en estudios rea-

Cuadro II Características de la atención centrada en pacientes (n = 307)

| | IMSS (n = 234, 76.2%) | | | | SSA (n = 73, 23.8%) | | | | p |
|---|--------------------------|------|--------------|------|------------------------|------|--------------|------|---------------|
| | Baja calidad | | Alta calidad | | Baja calidad | | Alta calidad | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Atención oportuna | | | | | | | | | |
| ¿Tuvo que esperar poco tiempo... | | | | | | | | | |
| para su primera consulta con el médico general/o familiar por los síntomas relacionados con el cáncer y para que se le realizarán los estudios? | 76 | 32.5 | 158 | 67.5 | 20 | 27.4 | 53 | 72.6 | 0.414* |
| para que el médico general/o familiar le diera su primer envío/referencia con el médico especialista en cáncer? | 62 | 26.5 | 172 | 73.5 | 17 | 23.3 | 56 | 76.7 | 0.584* |
| para tener su primera consulta en donde le confirmaron su diagnóstico de cáncer? | 48 | 20.5 | 186 | 79.5 | 12 | 16.4 | 61 | 83.6 | 0.443* |
| Claridad de la información | | | | | | | | | |
| ¿Usted considera que el personal del hospital... | | | | | | | | | |
| le ha hablado de una manera en la que usted pudo entenderle? | 35 | 15 | 199 | 85 | 7 | 9.6 | 66 | 90.4 | 0.244* |
| le dio información acerca del cáncer de manera que le fue fácil entender? | 37 | 15.8 | 197 | 84.2 | 19 | 26 | 54 | 74 | 0.048* |
| le dio información clara sobre su diagnóstico de cáncer? | 38 | 16.2 | 196 | 83.8 | 21 | 28.8 | 52 | 71.2 | 0.018* |
| Información para la toma de decisiones del tratamiento de cáncer | | | | | | | | | |
| ¿Usted considera que los doctores del hospital... | | | | | | | | | |
| le explicaron los diversos tipos de tratamientos de cáncer que usted podría tener? | 66 | 28.2 | 168 | 71.8 | 33 | 45.2 | 40 | 54.8 | 0.007* |
| le explicaron las consecuencias de no tener un tratamiento de cáncer? | 70 | 30 | 164 | 70 | 36 | 49.3 | 37 | 50.7 | 0.002* |
| le explicaron los efectos secundarios a corto plazo de cada tratamiento? | 67 | 28.6 | 167 | 71.4 | 24 | 32.9 | 49 | 67.1 | 0.488* |
| le explicaron los efectos secundarios a largo plazo de cada tratamiento? | 130 | 55.6 | 104 | 44.4 | 44 | 60.3 | 29 | 39.7 | 0.478* |
| le explicaron cómo cada tipo de tratamiento de cáncer puede prolongar su vida? | 83 | 35.5 | 151 | 64.5 | 42 | 57.5 | 31 | 42.5 | 0.001* |
| Atención de las necesidades biopsicosociales | | | | | | | | | |
| ¿Usted considera que el personal del hospital... | | | | | | | | | |
| le ayudó a manejar sus preocupaciones, sentimientos de tristeza o desesperación? | 169 | 72.2 | 65 | 27.8 | 51 | 69.9 | 22 | 30.1 | 0.696* |
| le ayudó a atender sus necesidades espirituales? | 198 | 84.6 | 36 | 15.4 | 70 | 95.9 | 3 | 4.1 | 0.009† |
| le ayudó a manejar los cambios en sus relaciones personales (de pareja o con otros familiares)? | 192 | 82.1 | 42 | 17.9 | 59 | 80.8 | 14 | 19.2 | 0.812* |
| le dio información para llevar a casa, como folletos, direcciones de páginas de internet, etc. acerca del cáncer y sus tratamientos? | 213 | 91 | 21 | 9 | 63 | 86.3 | 10 | 13.7 | 0.242* |
| le informó cómo hacer frente a sus ocupaciones de la vida diaria como el cuidado de los hijos o tareas domésticas? | 183 | 78.2 | 51 | 21.8 | 60 | 82.2 | 13 | 17.8 | 0.464* |
| le explicó a quién contactar si usted tenía preguntas sobre su atención? | 155 | 66.2 | 51 | 33.8 | 56 | 76.7 | 17 | 23.3 | 0.092* |
| le explicó lo que usted puede hacer en su casa dentro de las actividades de entrenamiento para sentirse bien? | 179 | 76.5 | 55 | 23.5 | 55 | 75.3 | 7 | 23.3 | 0.840* |
| le informó qué tipo de apoyo económico está disponible para los pacientes (por ejemplo, para el pago de transporte, hospedaje e incapacidad) y a dónde dirigirse para obtener este apoyo? | 198 | 84.6 | 55 | 23.5 | 65 | 89 | 8 | 11 | 0.346* |
| le informó cómo transportarse al hospital y del hospital a su casa? | 210 | 89.7 | 36 | 15.4 | 73 | 100 | 0 | 0 | 0.002† |

Continúa en la página: 280

Continúa de la página: 279

| | | | | | | | | | |
|--|-----|------|-----|------|----|------|----|------|---------------|
| le informó cómo conseguir lugar para estacionarse cerca del hospital? | 221 | 94.4 | 24 | 10.3 | 71 | 97.3 | 2 | 2.7 | 0.534† |
| le informó cómo encontrar a otras personas con cáncer y/o grupos de apoyo con las que usted pueda platicar sobre su experiencia de cáncer? | 207 | 88.5 | 13 | 5.6 | 71 | 97.3 | 2 | 2.7 | 0.005† |
| informó a su familia, amigos o acompañantes cómo manejar sus preocupaciones, sus sentimientos de tristeza o desesperación? | 205 | 87.6 | 29 | 12.4 | 60 | 82.2 | 13 | 17.8 | 0.240* |
| informó a su familia, amigos o acompañantes cómo contactar a personas que se encuentran en una situación similar a la que ellos están pasando? | 219 | 93.6 | 15 | 6.4 | 71 | 97.3 | 2 | 2.7 | 0.130† |
| Atención respetuosa y coordinada | | | | | | | | | |
| ¿Usted considera que el personal del hospital... | | | | | | | | | |
| le ha mostrado respeto? | 1 | 0.4 | 233 | 99.6 | 2 | 2.7 | 71 | 97.3 | 0.080† |
| se sintió tratado(a) como una persona y no como un caso médico más? | 27 | 11.5 | 215 | 91.9 | 5 | 6.8 | 68 | 93.2 | 0.138* |
| le atendió pronto en caso de que usted haya tenido dolor o incomodidad? | 19 | 8.1 | 215 | 91.9 | 13 | 17.8 | 60 | 82.2 | 0.018* |
| organizó sus citas para que no tuviera que acudir al hospital más de lo necesario? | 27 | 11.5 | 207 | 88.5 | 9 | 12.3 | 64 | 87.7 | 0.855* |
| Después de que terminó el tratamiento en el hospital, ¿el personal del hospital? | | | | | | | | | |
| le facilitó sus trámites de alta hospitalaria? | 30 | 12.8 | 204 | 87.2 | 24 | 32.9 | 49 | 67.1 | 0.001* |
| le facilitó la información necesaria para su traslado y/o seguimiento en otros hospitales, clínicas o servicios de salud? | 92 | 39.2 | 142 | 60.7 | 39 | 53.4 | 34 | 46.6 | 0.033* |

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; SSA: Secretaría de Salud

*Calculada con prueba de chi cuadrada; †Calculada con prueba de Fisher

Los datos resaltados con negrita fueron significativos

Cuadro III Comparación de la calidad de atención centrada en pacientes según institución de atención (n = 307)

| Dominio | IMSS (n = 234) | | SSA (n = 73) | | p† |
|--|-------------------|------|-----------------|------|--------------|
| | n | % | n | % | |
| Atención con calidad* | | | | | |
| Atención oportuna | 188 | 80.3 | 66 | 90.4 | 0.047 |
| Claridad de la información | 208 | 88.9 | 65 | 89.0 | 0.971 |
| Información para la toma de decisiones del tratamiento de cáncer | 189 | 80.8 | 43 | 58.9 | 0.001 |
| Atención de las necesidades biopsicosociales | 56 | 23.9 | 10 | 13.7 | 0.063 |
| Atención respetuosa y coordinada | 230 | 98.3 | 70 | 95.9 | 0.230 |

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; SSA: Secretaría de Salud

*Atención con calidad basada en un corte de 3 puntos o más en cada dominio

†Calculado con la prueba de chi cuadrada. Los datos resaltados con negrita fueron significativos

lizados en sobrevivientes de cáncer de próstata en Estados Unidos, donde también predominó esta percepción.^{17,18}

Por otra parte, recibir información suficiente para la toma de decisiones al momento de elegir el tratamiento fue valorado de mejor manera por los pacientes atendidos en el

IMSS que en aquellos atendidos en la SSA. De acuerdo con un estudio en pacientes con cáncer de colon realizado en Estados Unidos, la falta de información clara y completa sobre los tratamientos existentes para los pacientes limita su participación en la toma de decisiones relativa al tratamiento de su padecimiento.¹⁹

Menos de una cuarta parte de los pacientes percibieron que sus necesidades biopsicosociales fueron atendidas, sumado a que la mayoría no recibió información sobre grupos de apoyo, o cómo contactar a personas que se encuentran en una situación similar. Otros aspectos desatendidos incluyeron: falta de ayuda para manejar preocupaciones, sentimientos de tristeza o desesperación, para atender necesidades espirituales y para manejar los cambios en sus relaciones personales. Estos hallazgos coinciden con lo observado en el estudio en pacientes con cáncer de pulmón, cáncer de mama y cáncer cervicouterino realizado en México, y con los resultados de un estudio realizado en Norteamérica en población de veteranos con diferentes cánceres en etapas avanzadas, donde solo 20% mencionaron que sus necesidades físicas fueron satisfechas.^{15,16,20} Una situación similar se encontró en los resultados de una investigación en Países Bajos en pacientes con cáncer en metástasis, en la que solo en 10% de los pacientes se cumplieron las necesidades espirituales.²¹ Sin embargo, contrariamente, en estudios realizados en población con cáncer de mama en Alemania y Hong Kong las necesidades psicológicas sí fueron mejor atendidas (entre el 70% y el 84%, respectivamente).²²

La importancia de entender las necesidades biopsicosociales de los pacientes oncológicos radica en que una alta calidad de atención en las mismas se asocia con un mejor pronóstico y con una mayor calidad de vida, puesto que entre las intervenciones que han demostrado ser efectivas se incluye un manejo integral del paciente que promueva la actividad física, mejore su nutrición y facilite su manejo del estrés y la ansiedad.^{23,24,25}

Respecto a los cinco dominios de la calidad de atención, se encontró una percepción de la calidad más alta en todos ellos, en términos comparativos con lo reportado por pacientes con cánceres hematológicos atendidos en las mismas instituciones de nuestro país.⁵

La evaluación de la calidad en pacientes con cáncer de próstata desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente permite comprender las brechas existentes en su atención. Con esto se puede contribuir al diseño de estrategias que respondan a las necesidades no satisfechas, entre ellas la atención de las necesidades biopsicosociales. Así se ha planteado en estudios previos que reconocen el impacto positivo de las intervenciones con enfoque psicosocial, las cuales van más allá de la visión biomédica de la prevención del cáncer en las dinámicas familiares y consideran el apoyo emocional que requiere el paciente, en las cuales, a la vez que se cuenta con mejores detecciones, se hace indispensable una mayor presencia de equipos de profesionales de la salud.^{26,27}

Las fortalezas de este estudio radican en el uso de un cuestionario validado para medir la calidad de atención percibida por los pacientes, además de que se centró en una población que carece de estudios sobre la calidad de la atención que se les brinda.

Entre las limitaciones se encuentra el hecho de que se trata de un estudio transversal y que solamente se tomó en consideración la participación de dos hospitales públicos de la Ciudad de México, lo que impide generalizar los resultados. También el uso del muestreo no probabilístico por conveniencia limita la validez externa del estudio. Sin embargo, consideramos que los hallazgos enunciados en torno a cómo se percibe la calidad de la atención pueden estar presentando en poblaciones atendidas por cáncer de próstata o por otros tipos de cánceres, tanto en otras regiones de México como en países de América Latina, lo que sugiere la conveniencia de realizar más estudios de investigación de la calidad de atención percibida por los pacientes con cáncer de próstata. Finalmente, los resultados de este estudio pueden ser afectados por el sesgo de deseabilidad social de responder preguntas de una manera que los demás verán favorable, lo que puede suceder en las encuestas aplicadas por el personal responsable; para evitar este sesgo, se explicó a los participantes durante el proceso de consentimiento informado que sus respuestas serían anonimizadas y no afectarían su atención.

Conclusiones

Este estudio resalta la importancia de medir y reportar la calidad de la atención percibida por los pacientes con cáncer de próstata, a partir de la atención centrada en el paciente. Aunque se observaron resultados favorables y la percepción de los pacientes en general fue que recibieron una atención oportuna, respetuosa, coordinada, así como una información clara, se observaron deficiencias en la atención de las necesidades biopsicosociales, por lo que es necesario mejorar esta parte estratégica de la atención. Un abordaje multidisciplinario de estos pacientes podría ser de utilidad para las instituciones médicas a cargo.

Agradecimientos

Se agradece a los hospitales oncológicos por permitir la realización del estudio.

.....
Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. Institute Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study. Institute Health Metrics and Evaluation. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [consultado el 27 de junio de 2021].
2. Núñez C, Angulo J, Sánchez-Chapado M, Alonso S, Portillo JA, Villavicencio H. Variabilidad de la práctica clínica urológica en cáncer de próstata en España. *Actas Urol Esp*. 2012;36(6):333-9.
3. Jayadevappa R, Chhatre S, Johnson JC, Malkowicz SB. Variation in quality of care among older men with localized prostate cancer. *Cancer*. 2011;117(11):2520-9.
4. Shaller D. *Patient-Centered Care: What Does It Take?* Washington DC, USA: Picker Institute, Oxford and The Commonwealth Fund; 2007.
5. Doubova SV, Terreros-Muñoz E, Delgado-López N, Montañón-Figueroa EH, Infante-Castañeda C, Pérez-Cuevas R. Experiences with health care and health-related quality of life of patients with hematologic malignancies in México. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1-10.
6. Liang H, Tao L, Ford EW, Beydoun QA, Eid CM. The patient-centered oncology care on health care utilization and cost: A systematic review and meta-analysis. *Health Care Manage Rev*. 2020;45(4):364-76.
7. An JJ, Lau A. Economic Evaluation of Patient-Centered Care Among Long-Term Cancer Survivors. *Am J Manag Care*. 2018;24(9):292-9.
8. Jayadevappa R, Chatre S, Gallo JJ, Wittink M, Morales KH, Lee D, et al. Patient-Centered Preference Assessment to Improve Satisfaction With Care Among Patients With Localized Prostate Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2019;37(12):964-73.
9. Alessy SA, Luchtenburg M, Davies EA. How have Patients' Experiences of Cancer Care Been Linked to Survival? A Systematic Review. *Patient Exp J*. 2019;6(1):63-80.
10. Ayala-de Calvo LE, Sepúlveda-Carrillo GJ. Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. *Enferm Glob*. 2017;16(45):353-68.
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Salud y Seguridad Social. Población total según condición de derechohabencia. Porcentaje 2020. México: INEGI; 2020 [consultado el 7 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabencia/>
12. Doubova SV, Martínez-Vega IP, Infante-Castañeda C, Aranda-Flores CE, Knaul FM, Ricardo Pérez-Cuevas R. Social inequalities in supportive care needs and quality of patient-centered care of cancer patients in Mexico. *Support Care Cancer*. 2021;29(3):1355-67.
13. Doubova SV, Martínez-Vega IP, Gutiérrez-De la Barrera M, Infante-Castañeda C, Aranda-Flores CE, Monroy A, et al. Psychometric validation of a patient-centered quality of cancer care questionnaire in Mexico. *BMJ Open*. 2020;10(3):1-11.
14. Tzelepis F, Sanson-Fisher RW, Hall AE, Carey M, Paul C, Clinton-McHarg T, et al. The quality of patient-centred care: haematological cancer survivors' perceptions. *Psychooncology*. 2015;24(7):796-803.
15. Doubova SV, Pérez-Cuevas R. Supportive care needs and quality of care of patients with lung cancer in México: A cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs*. 2020;49:101857.
16. Doubova SV, Pérez-Cuevas R. Association of supportive care needs and quality of patient-centered cancer care with depression in women with breast and cervical cancer in Mexico. *Psychooncology*. 2021;30(4):591-601.
17. Darwish-Yassine M, Berenji M, Wing D, Copeland G, Demers R, Garlinghouse C, et al. Evaluating long-term patient-centered outcomes following prostate cancer treatment: findings from the Michigan Prostate Cancer Survivor study. *J Cancer Surviv*. 2014;8(1):121-30.
18. Ng R, Verkooijen HM, Ooi LL, Koh WP. Unmet psychosocial needs among cancer patients undergoing ambulatory care in Singapore. *Support Care Cancer*. 2012;20:1049-56.
19. Brotzman LE, Crookes DM, Austin JD, Neugut A, Shelton RC. Patient perspectives on treatment decision-making under clinical uncertainty: chemotherapy treatment decisions among stage II colon cancer patients. *Transl Behav Med*. 2021;ibab040:1-10.
20. Hwang SS, Chang VT, Cogswell J, Alejandro Y, Osenenko P, Morales E, et al. Study of unmet needs in symptomatic veterans with advanced cancer: incidence, independent predictors and unmet needs outcome model. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28(5):421-32.
21. Osse BHP, Vernooij-Dassen MJFJ, Schadé E, Grol RPTM. The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care. *Support Care Cancer*. 2005;13(9):722-32.
22. Lam WWT, Au HAY, Wong JHF, Lehman C, Koch U, Fielding R, et al. Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;130(2):531-41.
23. Christie AJ, Power-James C, Narayanan S, Minxing C, Eddy V, Gómez T, et al. Multidisciplinary lifestyle modification program (IM-FIT) for cancer survivors: implementation of a reimbursable model in a cancer hospital. *Support Care Cancer*. 2021;5:1-10.
24. Lopez G, Lacey J, Christie AJ, Powers-James C, Narayanan S, Liu W, et al. Patient-Reported Outcomes in Integrative Oncology: Bridging Clinical Care With Research. *Cancer J*. 2019;25(5):311-5.
25. Coyotl E, Morales FA, Xicali N, Torres A, Villegas MS, Tenahua I, et al. Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *Eur J Health Research*. 2015;1(2):51-61.
26. Vázquez-LLanos A, Díaz-Campos N, Pérez-Rondón Y. Diagnóstico psicosocial para la prevención del cáncer en la atención primaria de salud. *Archivo Médico Camagüey*. 2019;23(5):1-11.
27. Hernández M, Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*. 2013;24(1):1-9.