

Artículo original

Satisfacción de inmigrantes hispanos atendidos por médicos mexicanos en Clínicas de California: Ley AB 1045

Satisfaction of Hispanic immigrants treated by Mexican physicians in California clinics: Assembly Bill (AB) 1045

Miguel A. Fernández-Ortega ^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5923-0255>

Gustavo A. Olaiz-Fernández ² <https://orcid.org/0000-0003-0152-989X>

Mario E. Rojas-Russell ³ <https://orcid.org/0000-0001-6644-1384>

Alejandra Chavez-Ciriaco ⁴ <https://orcid.org/0009-0005-8415-748X>

Mario R. González-Niño ⁵ <https://orcid.org/0009-0008-2180-9825>

Alondra I. Salmeron-Alcántara ⁶ <https://orcid.org/0009-0006-7473-9870>

Brandon Salas-Sánchez ⁷ <https://orcid.org/0000-0002-6731-0578>

Itzayana Sánchez-Méndez ⁸ <https://orcid.org/0009-0006-7462-1047>

Félix J. Vicuña-de-Anda ⁹ <https://orcid.org/0000-0002-0235-0341>

Elena Gómez-Peña ¹⁰ <https://orcid.org/0000-0003-2919-0533>

^{1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10} Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, Ciudad de México, México.

³ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Autor de correspondencia: miguelaf03@live.com

RESUMEN

Introducción: Mejorar la comunicación médico-paciente con usuarios hispanos monolingües en clínicas públicas de California favorece los niveles de satisfacción, la adherencia al tratamiento y el retorno al servicio.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción percibida de los pacientes hispanos atendidos por médicos mexicanos en nueve clínicas de salud comunitarias en tres condados de California y compararla con una medición realizada un año antes de su llegada.

Métodos: Estudio transversal en pacientes atendidos en nueve clínicas públicas de tres condados de California, que compara los resultados de una evaluación basal realizada en 2021 con los de la evaluación realizada un año después. Se utilizó un cuestionario de 40 ítems. El análisis estadístico se aplicó mediante medidas de tendencia central y de dispersión; análisis factorial exploratorio de una matriz de correlación policórica; análisis bivariados; y análisis multinivel para cada año de estudio.

Resultados: Un total de 698 pacientes participaron en la evaluación inicial de 2021 y de 459 en 2022. La medición inicial mostró que los usuarios hispanos monolingües informaron sentirse más insatisfechos que los pacientes que sí hablaban inglés. Además, el análisis multinivel de ese mismo año reportó que los adultos mayores estaban más insatisfechos que los pacientes pediátricos. En 2022, tras la llegada de 25 médicos bilingües de México, no se observaron diferencias entre los pacientes.

Conclusiones: La discordancia lingüística entre médicos y pacientes hispanos fue el principal motivo de insatisfacción en la evaluación inicial; no se identificó como un problema tras un año de trabajo de los médicos mexicanos como proveedores de las clínicas.

Palabras clave: Minorías étnicas y raciales; Barreras lingüísticas; Inmigración; Equidad en el acceso a los servicios de salud; Disparidades sociales en salud; Satisfacción del paciente.

ABSTRACT

Introduction: Improving physician-patient communication for monolingual Hispanic users in California public clinics promotes high levels of satisfaction, treatment adherence, and repeat use of services.

Objectives: The objective of this study was to evaluate the perceived satisfaction of Hispanic patients seen by Mexican physicians at nine community health clinics in three California counties. In addition, to compare with the evaluation conducted one year prior to their arrival.

Methods: Cross-sectional study of patients seen at nine public clinics in three California counties. It compares the results from a baseline evaluation in 2021 with those from the evaluation conducted one year later. A 40-item questionnaire was used. Statistical analyses were conducted using measures of central tendency and dispersion, exploratory factor analysis of a polychoric correlation matrix, bivariate analyses, and multilevel analyses for each year of the study.

Results: The initial evaluation included 698 patients in 2021 and 459 patients in 2022. The initial measurement showed that monolingual Hispanic users reported greater dissatisfaction than English-speaking patients. Furthermore, a multilevel analysis in the same year reported that older adults were more dissatisfied than pediatric patients. In 2022, after the 25 bilingual physicians from Mexico arrived, there was no difference between patients.

Conclusions: No linguistic discordance between physicians and Hispanic patients, which was the main reason for dissatisfaction in the initial evaluation, was detected as a problem after the Mexican physicians worked as providers at the clinics for one year.

Keywords: Ethnic and Racial Minorities; Language Barriers; Immigration; Equity in Access to Health Services; Social Disparities in Health; Patient Satisfaction.

Recibido: 18/01/2026

Aprobado: 25/08/2026

Introducción

La satisfacción es un componente de la calidad de la atención y está determinada por el grado en que los pacientes perciben que se han cumplido sus expectativas respecto de la atención médica.^(1,2) También se define como el grado en que un individuo considera que el servicio (el producto de la atención médica) es útil, eficaz o beneficioso.⁽³⁾ Conocer el grado de satisfacción de los pacientes o usuarios de los servicios de salud permite implementar estrategias de mejora y adaptar los servicios a sus necesidades.⁽⁴⁻⁶⁾ La satisfacción se basa en experiencias previas que incluyen un componente afectivo que genera una respuesta favorable o desfavorable respecto de cumplir con las recomendaciones médicas, generar apego al tratamiento y decidir si regresar o no a ese servicio y recomendarlo.⁽⁷⁻⁹⁾

Los factores asociados con una mayor satisfacción del paciente incluyen recibir atención de un médico del mismo sexo, raza o etnia, el país de residencia del médico, un nivel educativo o económico más bajo ^(6,9,10) y las habilidades de comunicación del médico. Si los médicos comprenden y escuchan correctamente las necesidades de los pacientes, tendrán mayor claridad sobre qué hacer y establecerán una relación emocional que incluso puede reducir el dolor y promover una pronta recuperación. Asimismo, cuando la experiencia es positiva, se genera un círculo virtuoso de satisfacción con la calidad de la atención médica.^(11, 12) También se ha reportado que en las interacciones médico-paciente, los niveles de satisfacción aumentan en pacientes que son racialmente concordantes, debido a las percepciones de confianza y respeto mutuo que se generan.^(5, 8, 13-26)

Los servicios de salud deben ser flexibles para adaptarse a las diferencias culturales y lingüísticas, lo que condiciona una mayor satisfacción y mejores resultados de salud para los pacientes.^(27,28) Un ensayo experimental, comparó los niveles de satisfacción percibida de 25 pacientes hispanos. De los cuales 18 fueron atendidos por estudiantes de medicina de habla hispana y 7 del grupo de control por estudiantes de medicina de habla inglesa, con la ayuda de un intérprete. Los

resultados indicaron que los pacientes atendidos por proveedores de habla hispana reportaron niveles de satisfacción más altos.⁽¹⁹⁾ Otros estudios con hispanos también han reportado que la discordancia lingüística en la relación médico-paciente puede ser una fuente de insatisfacción.⁽²⁸⁻³¹⁾ Esto es especialmente cierto para los adultos mayores de 70 años, principalmente debido a la barrera del idioma.^(32,33)

Los trabajadores agrícolas de California son predominantemente de origen mexicano y centroamericano y no están legalmente autorizados para trabajar en el país. Algunos trabajadores tienen un seguro de salud que les permite acceder a servicios de salud; sin embargo, no hay suficientes médicos de habla hispana en el estado de California que sean culturalmente competentes para atender a esta población, en gran parte monolingüe. Las comunidades rurales del estado han luchado históricamente por atraer médicos al trabajo, lo que ha derivado en dificultades de acceso e insatisfacción con la atención médica recibida en contextos de discordancia lingüística para los pacientes hispanos monolingües.⁽³²⁾ Se ha intentado mejorar esta problemática con el AB 1045/Capítulo 1157/Programa Piloto para Médicos y Dentistas Licenciados de México (CMPP) del Estado de California,⁽³¹⁾ el cual fue promovido por clínicas de salud, aprobado en 2002 e implementado hasta 2020, que permite la emisión de 30 licencias a médicos mexicanos en las especialidades de medicina familiar, medicina interna, pediatría y ginecología-obstetricia, para ejercer en clínicas de salud comunitarias que atienden a la población hispana, predominantemente inmigrante, con contratos de tres años. La evaluación de este programa está siendo realizada por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El objetivo de este estudio fue identificar cambios en las percepciones de satisfacción de los pacientes en nueve clínicas de salud que atienden a una población predominantemente hispana en tres condados de California. La medición inicial (2021), antes de que los 25 médicos mexicanos prestaran servicios en esas clínicas, se comparó con la realizada después de que esos médicos trabajaran durante un año en ellas (2022).

Materiales

Se realizó un estudio transversal repetido con dos mediciones, tomadas entre julio y septiembre de 2021 y entre noviembre y diciembre de 2022.

Ajuste

Los pacientes fueron entrevistados en nueve clínicas comunitarias en los condados de Tulare (3 clínicas), Monterey (2 clínicas) y San Benito (1 clínica) en el centro de California en ambas ocasiones. La población de estos condados es predominantemente hispana, de origen mexicano y centroamericano, con altas concentraciones de inmigrantes de primera y segunda generación, muchos de los cuales residen en comunidades rurales de bajos ingresos y trabajan en campos, servicios o construcción.

Se invitó a los usuarios de la clínica a participar mientras se encontraban en la sala de espera o al salir de una consulta médica, mediante un muestreo por conveniencia. Los participantes debían tener 18 años o más y dar su consentimiento voluntario para participar mediante la firma de un consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM (**número de registro FM/DI/054/2019**). Cuando el paciente era menor de edad, era el padre, la madre o el cuidador acompañante quien firmaba el consentimiento informado. No se incluyeron los pacientes que requirieron acompañantes médicos para que dirigieran las interacciones clínicas en su nombre. La encuesta fue administrada mediante una tableta electrónica por un entrevistador debidamente capacitado en inglés o en español, según lo prefiriera el participante.

Instrumento

El cuestionario utilizado fue una versión modificada de uno descrito anteriormente.⁽³²⁾ Una primera sección incluyó 10 preguntas sobre datos sociodemográficos. Las dos últimas secciones incluyeron 14 preguntas sobre la satisfacción con el servicio clínico y 16 sobre la satisfacción con la atención del médico consultor, respectivamente. El examen del constructo de satisfacción se realizó con 30 ítems. Todas las preguntas relacionadas con la satisfacción tenían un formato de respuesta en una escala Likert. Se agregaron cinco ítems al cuestionario de seguimiento para obtener información adicional sobre los siguientes temas: 1) nacionalidad del médico tratante; 2) tiempo total (minutos) dedicado en la clínica; 3) tiempo de espera para ser atendido; 4) si se requiere atención de un médico especialista y el tiempo (días) para obtener la cita; y 5) sugerencias para mejorar el servicio de la clínica. En los casos en que el paciente era pediátrico, la encuesta fue respondida por el padre o el cuidador acompañante. Las preguntas se formularon de modo que indagaran sobre la atención brindada al menor. Se realizó una prueba piloto con veinte voluntarios de cuatro clínicas en California y no se identificaron problemas relacionados con la escritura ni con la comunicación en las versiones en inglés ni en español.

Análisis de datos

Para describir la muestra, se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias y proporciones para las variables cualitativas. La metodología para desarrollar el indicador de satisfacción se detalla en el material complementario. Con la escala de satisfacción resultante, se identificó el tipo de distribución para determinar si se debía utilizar un enfoque paramétrico o no paramétrico en el análisis inferencial. Se realizaron análisis bivariados por clínica y por año para examinar la relación entre la escala y ciertas variables sociodemográficas. Debido a que los participantes se agruparon en todas las clínicas, se utilizó un análisis multinivel para cada año del estudio.

Resultados

En la Tabla 1 se describen las características de la muestra de investigación para ambos años. En ambos años, más del 70% de los participantes eran mujeres, especialmente en las clínicas de los condados 1 y 3. Solo se identificó una diferencia significativa en la edad en 2022. Los participantes de la clínica 2 eran mayores que los de las otras dos clínicas. Tanto en 2021 como en 2022, la mayoría de los participantes se encontraban en el rango de edad de 19 a 60 años. Además, la mayoría de ellos relató haber tenido una educación básica, principalmente en la Clínica 1. Predominaron las personas casadas y más del 80% se identificaron como latinos.

Tabla 1. Descripción de la muestra: variables sociodemográficas

			2021					2022		
Variable	N	Clínica 1	Clínica 2	Clínica 3	p	N	Clínica 1	Clínica 2	Clínica 3	p
Sexo, n (%)										
Masculino	208 (29,8)	13 (19,1)	67 (36,2)	128 (28,8)	< 0,05	113 (24,6)	40 (22,6)	37 (37)	36 (19,8)	< 0,01
Femenino	490 (70,2)	58 (80,9)	118 (63,8)	317 (71,2)		346 (75,4)	137 (77,4)	63 (63)	146 (80,2)	
Edad, m, (s.d.)	40,7 (18,3)	39,8 (14,8)	42,7 (15,3)	40,1 (19,9)	n.s,	41,7 (16,5)	39,4 (17,2)	43,7 (15,2)	42,8 (16,3)	0,05
Grupo de edad, n (%)										
≤ 5	21 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	21 (4,8)	< 0,00	3 (0,7)	3 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	< 0,01
6 - 18	56 (8,1)	1 (1,5)	10 (5,4)	45 (10,2)		27 (5,9)	18 (10,2)	5 (5)	4 (2,2)	
19 - 60	516 (74,3)	61 (89,7)	154 (83,2)	301 (68,2)		358 (78)	138 (77,9)	79 (79)	141 (77,5)	
≥ 61	101 (14,6)	6 (8,8)	21 (11,3)	74 (16,8)		71 (15,5)	18 (10,2)	16 (16)	37 (20,3)	
Escolaridad, n (%)										
Ninguno	44 (6,4)	2 (2,8)	6 (3,2)	36 (8,2)	< 0,00	20 (4,3)	10 (5,7)	2 (2)	8 (4,4)	< 0,00
Escuela primaria incompleta	86 (12,6)	13 (18,3)	29 (15,3)	49 (11,2)		61 (13,2)	32 (18,1)	11 (10,9)	17 (9,3)	
Escuela primaria completa.	96 (14,1)	15 (21,1)	33 (17,5)	52 (11,9)		95 (20,6)	51 (28,8)	19 (18,8)	25 (13,7)	

Escuela secundaria completa	114 (16,7)	17 (23,9)	34 (17,9)	65 (14,9)		118 (25,5)	46 (25,9)	30 (29,7)	42 (23)	
Escuela preparatoria completa	263 (38,5)	17 (23,9)	61 (32,3)	188 (43,0)		114 (24,7)	22 (12,4)	27 (26,7)	65 (35,5)	
Educación universitaria o superior	80 (11,7)	7 (9,9)	26 (13,8)	47 (10,8)		54 (11,7)	16 (9,0)	12 (11,9)	26 (14,2)	
Estado civil, n (%)[†]										
Soltero	214 (30,7)	17 (25,0)	63 (34,0)	134 (30,1)	< 0,00	163 (35,5)	73 (41,2)	36 (36,0)	54 (29,7)	0,21
Casado	351 (50,3)	46 (67,6)	102 (55,1)	203 (45,6)		241 (52,5)	87 (48,2)	52 (52,0)	102 (56,0)	
Otro	133 (19,0)	5 (7,4)	20 (10,8)	108 (24,3)		55 (12,0)	17 (9,6)	12 (12)	26 (14,3)	
Origen étnico, n (%)										
Latino	567 (81,2)	63 (92,7)	169 (91,3)	335 (75,3)	< 0,01	413 (90,0)	169 (95,5)	87 (87)	157 (86,3)	< 0,01
Otro	131 (18,8)	5 (7,3)	16 (8,7)	110 (24,7)		46 (10,0)	8 (4,5)	13 (13)	17 (13,7)	

[†] La suma no corresponde al total porque algunos participantes no informaron su estado civil. n.s.: No significativo.

La escala de satisfacción mostró un marcado sesgo negativo (Test de Shapiro-Wilk = 0,77, $p < 0,00$), lo que indica que, en general, los participantes percibieron una alta satisfacción con los servicios de la clínica en ambas mediciones.

En 2021, sin embargo, se observaron diferencias significativas en la mediana de satisfacción entre las clínicas 3 y 2. En 2022, aunque la prueba utilizada tuvo un valor de p menor a 0,05, *el análisis post-hoc* no identificó una diferencia significativa entre las tres clínicas (Tabla 2). Los puntajes globales no mostraron diferencias significativas entre los dos años de estudio.

Tabla 2. Medias ($\pm$ S.D.) de la escala de satisfacción por clínica y por año

Año	Clínicas				
2021	Clínica 1	Clínica 2	Clínica 3	Total	p*
N (%)	68 (9.6)	188 (26.6)	452 (63.0)	708 (100.0)	
Satisfacción	27.1 (2.5)	26.5 (3.3)	27.5 (2.2)	27.2 (2.6)	< 0.00
2022					
N (%)	177 (38.3)	101 (21.9)	184 (39.8)	462 (100.0)	
Satisfacción	27.2 (2.1)	27.3 (1.7)	27.7 (1.6)	27.4 (1.8)	0.04

* Prueba de Kruskal-Wallis

Análisis bivariado

Ninguna transformación normalizó la variable de satisfacción, por lo que se dicotomizó utilizando la mediana como punto de corte. Así, el 35,4% de la muestra obtuvo puntajes superiores a la mediana. En la **Tabla 3** se presentan las odds ratios (OR) de satisfacción por encima de la mediana, tanto por año como por clínica, determinadas por variables sociodemográficas y por si el médico tratante hablaba español o no. Se observó un comportamiento heterogéneo de los estimadores. Ninguna de las variables sociodemográficas se asoció de manera consistente con una mayor percepción de satisfacción. Incluso al interactuar con un médico de habla hispana, las razones de probabilidades (OR) mostraron un comportamiento contradictorio entre los usuarios de las clínicas 3 y 2. En 2021, solo los usuarios

latinos de la clínica 2 reportaron un nivel de insatisfacción significativamente mayor con la atención recibida que sus contrapartes no latinas.

Tabla 3. Odds ratios de satisfacción [IC 95%] por clínica y por año

			2021			2022	
Variable		Clínica 1	Clínica 2	Clínica 3	Clínica 1	Clínica 2	Clínica 3
Médico de habla hispana	No			Ref,			
	Sí	1,03 [0,23, 4,59]	2,45 * [1,16, 5,15]	0,47** [0,30, 0,75]	1,67 [0,79, 3,54]	0,86 [0,23, 3,21]	0,99 [0,52, 1,88]
Grupo de edad	≤ 5	Vacío	Vacío	2,08 [0,66, 6,50]	7,00 [0,50, 98,80]	Vacío	Vacío
	6 - 18	Vacío	1,14 [0,17, 7,76]	2,30‡ [0,98, 5,41]	1,75 [0,40, 7,70]	0,44 [0,04, 5,41]	3,71 [0,44, 31,26]
	19-60	0,20 [0,03, 1,31]	1,37 [0,43, 4,38]	1,16 [0,66, 2,07]	1,75 [0,54, 5,63]	0,60 [0,19, 1,93]	3,18** [1,29, 7,85]
	≥ 61			Ref,			
Estado civil	Soltero			Ref,			
	Casado	0,95 [0,25, 3,66]	0,57 [0,27, 1,23]	0,57 * [0,36, 0,93]	0,84 [0,43, 1,65]	0,84 [0,32, 2,19]	0,58 [0,29, 1,16]
	Otro	0,62 [0,05, 7,46]	0,84 [0,26, 2,73]	0,73 [0,41, 1,29]	0,76 [0,24, 2,43]	0,58 [0,13, 2,59]	0,30* [0,10, 0,87]
Origen étnico	Otro	Vacío		Ref,			
	Latino		0,29* [0,09, 0,97]	1,04 [0,65, 1,67]	0,80 [0,18, 3,49]	0,44 [0,12, 1,65]	1,86 [0,73, 4,76]

*p < 0,05; **p < 0,01; ‡p = 0,055

Análisis multinivel

El análisis multinivel arrojó los mismos resultados que el análisis bivariado. Ajustando por clínica, solo los padres del grupo de edad menor de 5 años informaron una mayor probabilidad de satisfacción en comparación con el grupo de adultos mayores en 2021. Del mismo modo, las personas casadas estaban menos

satisfechas que las solteras. En 2022, solo las personas viudas o divorciadas reportaron menores probabilidades de satisfacción que las solteras (**Tabla 4**).

Tabla 4. Predictores de la satisfacción del paciente por año

			2021			2022	
Predictor		O	Robusto S,E,	IC 95%	O	Robusto S,E,	IC 95%
<i>Efectos fijos</i>							
Médico de habla hispana	No Sí	Referencia 0,88	0,55	0,25, 3,03	1,12	0,27	0,69, 1,80
Sexo	Hombres Mujeres	Referencia 0,98	0,27	0,56, 1,69	1,12	0,29	0,67, 1,86
Grupo de edad	≤ 5	1,63**	0,26	1,20, 2,23	3,94	5,14	0,39, 50,6
	6 - 18	1,62	0,51	0,88, 3,00	0,90	0,53	0,28, 2,86
	19 - 60	0,96	0,22	0,61, 1,51	1,45	0,52	0,72, 2,91
	≥ 61	Ref,					
Estado civil	Soltero	Ref,					
	Casado	0,65**	0,08	0,52, 0,82	0,71	0,17	0,44, 1,15
	Otro	0,74	0,12	0,55, 1,01	0,43*	0,18	0,18, 0,99
Usuario latino	No Sí	Referencia 1,03	0,53	0,38, 2,83	0,89	0,34	0,41, 1,89
<i>Efectos aleatorios</i>							

Variación entre		0,05	0,01	0,04, 0,07	0,01	0,03	0,00, 8,17
Clínicas							

*p<0.05; **p<0.01, ns: No significativo

Discusión

El 95% de las personas encuestadas informaron haber asistido previamente a la clínica, lo que no mostró diferencias respecto de la evaluación inicial del año anterior. Se reportó un aumento del 9% en el número de pacientes latinos en las clínicas en comparación con el año anterior. El aumento de médicos que hablaban español durante la consulta fue notable, pasando del 39% al 62%. Esta diferencia fue particularmente evidente en la clínica 2, donde pasó del 41% al 86%. Los resultados confirmaron que ocho de cada diez pacientes que asistían a clínicas rurales en los tres condados estudiados eran latinos, principalmente en la clínica 1 (95% del total). Esto es consistente con el hecho de que el 64% de los inmigrantes son hispanos, principalmente mexicanos, que viven en comunidades rurales de bajos ingresos, trabajan en el campo, el sector de servicios o en la construcción.^(35,36, 37)

De acuerdo con los resultados, la población usuaria fue mayoritariamente femenina, de manera similar a lo reportado por Fernández en 2004.⁽²¹⁾ En este estudio, siete de cada diez pacientes eran mujeres. Sin embargo, aumentó a ocho de cada diez pacientes en la clínica 3 en 2022. Esto puede haber estado relacionado con la incorporación de dos obstetras-ginecólogos mexicanos durante el primer año de la encuesta. Además, cabe destacar que los pacientes más insatisfechos que recibieron atención médica fueron casados, viudos o divorciados en 2021 y 2022, mientras que los pacientes solteros de ambos sexos fueron los más satisfechos en ambos años. Esta situación puede deberse a que las personas casadas a menudo sienten una mayor responsabilidad por la salud de su familia. Otros autores han

reportado resultados similares. En Bangladesh, los pacientes solteros percibieron y valoraron los atributos de sus médicos tratantes, como la confiabilidad, la empatía y la lealtad, de manera diferente a los pacientes casados.⁽³⁸⁾

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de los usuarios de las clínicas de los tres condados tenían educación básica. Este estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción entre las pacientes asociadas a un nivel educativo más bajo. Sin embargo, otros estudios han reportado una asociación entre un nivel educativo más bajo y una percepción de recibir servicios médicos de mayor calidad. En comparación, las personas con un mayor nivel educativo han informado estar menos satisfechas.^(39,40) De manera similar, un metaanálisis de 2023, que incluyó 157 estudios, cuatro de los cuales fueron revisiones sistemáticas y 153 estudios cuantitativos, encontró que las personas con un mayor nivel de educación tendían a estar menos satisfechas con los servicios que recibían.⁽⁴¹⁾

En relación con la mayor satisfacción observada en pacientes pediátricos, en comparación con los adultos mayores, reportada en 2021, esta podría deberse a mejores habilidades en inglés entre los jóvenes. Los padres de los niños encuestados, que constituyeron la población más satisfecha, son californianos de segunda y tercera generación de ascendencia latina y ya hablan inglés. Por el contrario, los mayores de 60 años son en su mayoría inmigrantes de primera generación, jubilados o pensionistas que a menudo no hablan inglés. Se puede inferir que, con la llegada de médicos mexicanos bilingües en 2022, la insatisfacción por discordancia lingüística parece haberse corregido, por lo que no se reportó insatisfacción en esta medición.⁽³²⁾ En contraste con este estudio, otros estudios por grupos de edad han encontrado que los pacientes mayores o aquellos con un mejor estado de salud autopercebido tendían a ser más satisfechos.⁽⁴¹⁻⁴³⁾ Además, contrariamente al mayor grado de satisfacción en los niños observado en este

estudio, se observa lo contrario a esta edad, lo que podría estar relacionado con tiempos de espera más largos para el tratamiento.⁽⁴⁴⁾

El presente estudio sugiere que el paradigma descrito por algunos autores sobre el sistema de salud en los Estados Unidos es desigual, lo que limita el acceso y la calidad de la atención médica para las personas de bajos ingresos. Estas personas residen en regiones empobrecidas o rurales, lo que intensifica las disparidades sociales y económicas.^(21, 45, 46,47) Las clínicas que atienden a pacientes de bajos ingresos pueden mejorar esto incorporando proveedores de atención médica cultural y lingüísticamente competentes en las especialidades médicas más demandadas.

Como se observó en este estudio, con la incorporación de médicos mexicanos aprobados por la AB 1045 del Estado de California, los niveles de satisfacción de los pacientes atendidos en clínicas de los tres condados se mantuvieron por encima del 90%. Esto fue similar al que se produjo antes de su llegada, y en algunos casos, incluso aumentó, a pesar de que los médicos especialistas mexicanos se formaron bajo diferentes sistemas educativos y de salud, y aunque ambos países comparten la mayoría de las principales causas de morbilidad y mortalidad.⁽⁴⁸⁻⁵¹⁾

Es importante tener en cuenta que los altos niveles de satisfacción del paciente representan solo un componente importante de la calidad de la atención y no hablan por sí solos de la calidad de los servicios recibidos por los pacientes. Una de las limitaciones de este estudio fue el número de encuestados que aceptaron participar. La muestra fue mayor en 2021. Sin embargo, las condiciones ambientales durante la semana de la encuesta en 2022 no permitieron un alto flujo de pacientes. Por otro lado, la población de estos tres condados es predominantemente hispana. Esta situación no permite generalizar los resultados a otras comunidades con características diferentes. Los posibles efectos de AB 1045 parecen mostrar resultados favorables en el primer año de implementación, a pesar de que aún quedan cinco médicos por incorporar para la atención al paciente. Por lo tanto, es

crucial continuar evaluando esta intervención durante los próximos dos años. Por último, la tasa de no respuesta fue inferior al 8%.

Conclusiones

La atención médica de pacientes hispanos por parte de médicos mexicanos bilingües, en su primer año de implementación de la AB 1045, muestra un aumento notable en el nivel de satisfacción de estos pacientes. De hecho, el principal motivo de insatisfacción detectado previo a la llegada de los médicos a las clínicas en 2021 fue la discordancia lingüística entre los pacientes hispanos que no hablaban inglés y los proveedores médicos que no hablaban español.⁽³²⁾ Esto no fue motivo de insatisfacción en 2022.

Los factores sociodemográficos, como la edad y el estado civil, se encuentran entre las variables asociadas con menores niveles de satisfacción. Sin embargo, los estándares de satisfacción encontrados en 2022 son similares a los previos a la incorporación de los médicos mexicanos, que se mantuvieron por encima del 90%. Incluso se mejoraron algunas variables de comunicación médico-paciente, aunque sin significación estadística.

Por último, es esencial tener en cuenta que la población objetivo de AB 1045 / Capítulo 1157 / El Programa Piloto de Médicos y Dentistas con Licencia de México (CMPP) en California presenta niveles de satisfacción más altos entre los pacientes hispanos. Además, estas clínicas han visto un aumento del 9% en el acceso de pacientes en comparación con el año anterior.

Referencias bibliográficas

1. Vinagre H, Neves JGD. La influencia de la calidad del servicio y las emociones de los pacientes en la satisfacción. *Revista Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*. 2008; 21(1):87-103. DOI:

<https://doi.org/10.1108/09526860810841183>

2. Centro Nacional de Información Biotecnológica. Satisfacción del paciente.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68017060>. Consultado el 13 de noviembre de 2023
3. Castañeda Sánchez O, Mora Trevera MM, Parra Salazar JA. Calidad de la atención conforme las expectativas y percepciones del usuario, Hospital de Especialidades Puebla. *Rev CONAMED* 2025; 30(1):19-28
4. Febres-Ramos RJ, Mercado-Rey MR. Satisfacción del paciente y calidad asistencial del servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo - Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020; 20(3):397-403. DOI: <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3123>
5. Jaráiz E, Lagares N, Pereira M. Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria. *Revista Española de Ciencia Política*. 2013; 32(32):161-181.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4358980.pdf>
6. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinantes de la satisfacción del paciente: una revisión sistemática. *Perspectivas en salud pública*. 2016; 137(2):89-101. DOI: <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
7. Oliver RL. Bases cognitivas, afectivas y de atributos de la respuesta de satisfacción. *Revista de Investigación del Consumidor*. 1993; 20(3):418. DOI: <https://doi.org/10.1086/209358>
8. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. 2000; 3(114):26–33
9. Del Carmen Valls Martínez M, Segura EA. Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2018; 41(3):309-320. DOI: <https://doi.org/10.23938/issn.0315>

10. Baldwin KM, Spears MJ. Mejorar la experiencia del paciente y disminuir la ansiedad del paciente con el informe de enfermería junto a la cama. *Especialista en Enfermería Clínica*. 2019; 33(2):82-89. DOI:
<https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000428>
11. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualización de la satisfacción del paciente: una revisión sistemática de la literatura narrativa. *Perspectivas en salud pública*. 2015; 135(5):243-250. DOI:
<https://doi.org/10.1177/1757913915594196>
12. Zurro AM. Atención primaria de salud. In: Zurro AM, Cano JF, Gené J, editors. Atención primaria. España: Elsevier; 2014:1-13.
13. Coates EE, Coates EE, Watson A, De Heer R, McLeod A, Prudhomme A. "Es importante trabajar con personas que se parecen a mí": las preferencias de los pacientes negros para la concordancia racial entre pacientes y proveedores. *Revista de disparidades raciales y étnicas en la salud*. 2022; 10(5):2552-2564. DOI:
<https://doi.org/10.1007/s40615-022-01435-y>
14. Wang Y, Liu C, Wang P. Indicadores de impacto en la satisfacción del paciente desde una perspectiva psicosocial. *Fronteras en salud pública*. 2023;11. DOI:
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1103819>
15. Levinson W. Comunicación centrada en el paciente: un procedimiento sofisticado. *Calidad y seguridad de BMJ*. 2011; 20(10):823-825. DOI:
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000323>
16. Blázquez-Manzano A, Feu S, Ruiz-Muñoz E, Gutiérrez-Caballero JM. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Rev Española Comunicación en Salud*. 2016; 3(1):62-76.

17. Del Estal Garcia MC, Melián S. Importancia del compromiso del personal sanitario para la satisfacción de los pacientes en atención primaria. *Atención Primaria*. 2022; 54(4):102281. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102281>
18. Campos DF, Filho RBN, Castro FN. Calidad del servicio en clínicas de salud pública: percepciones de usuarios y profesionales de la salud. *Revista Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*. 2017; 30(8):680-692. DOI: <https://doi.org/10.1108/ijhcqa-09-2016-0140>
19. López VA, Trinh C, Thomas K, Nausheen F. Estudio de caso del impacto de la concordancia lingüística en la atención, la satisfacción y la comodidad del paciente al compartir información confidencial durante la atención médica. *Revista de Salud de Inmigrantes y Minorías*. 2023; 25(6):1261-1269. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01463-8>
20. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Tański W, Jankowska-Polańska B. Impacto de la satisfacción con la comunicación médico-paciente en el autocuidado y la adherencia en pacientes con hipertensión: estudio transversal. *Investigación de servicios de salud de BMC*. 2020; 20(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05912-0>
21. Fernández A, Schillinger D, Grumbach K, Rosenthal A, Stewart AL, Wang F, et al. Capacidad lingüística y competencia cultural del médico. *Revista de Medicina Interna General*. 2004; 19(2):167-174. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30266.x>
22. Fernández A, Schillinger D, Warton EM, Adler NE, Moffet HH, Schenker Y, et al. Barreras lingüísticas, concordancia lingüística médico-paciente y control glucémico entre latinos asegurados con diabetes: el estudio de diabetes del norte de California (DISTANCE). *Revista de Medicina Interna General*. 2010; 26(2):170-176. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1507-6>

23. Detz A, Mangione CM, De Jaimes FN, et al. Concordancia lingüística, cuidado interpersonal y autocuidado de la diabetes en pacientes latinos rurales. *Revista de Medicina Interna General*. 2014; 29(12):1650-1656. DOI:

<https://doi.org/10.1007/s11606-014-3006-7>

24. Parker MM, Fernández A, Moffet HH, Grant RW, Torreblanca A, Karter AJ. Asociación de concordancia lingüística médico-paciente y control glucémico para latinos con dominio limitado del inglés con diabetes tipo 2. *Medicina interna de JAMA*. 2017; 177(3):380. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8648>.

25. Naípe Delgado MC, Estopiñán García M, Martínez Abreu J. La comunicación en el primer nivel de atención de salud. *Rev Médica Electrónica*. 2016; 38(2):261–9.

26. Jetty A, Jabbarpour Y, Pollack J, Huerto R, Woo S, Petterson S. Patient-Physician Racial Concordance Associated with Improved Healthcare Use and Lower Healthcare Expenditures in Minority Populations. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2022;9(1):68-81. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00930-4>

27. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Toma de decisiones compartida y entrevistas motivacionales: lograr una atención centrada en el paciente en todo el espectro de problemas de atención médica. *Anales de Medicina Familiar*. 2014; 12(3):270-275. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1615>

28. Seale E, Reaume M, Batista R, et al. Patient-physician language concordance and quality and safety outcomes among frail home care recipients admitted to hospital in Ontario, Canada. *CMAJ*. 2022;194(26):E899-E908. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.212155>

29. Platonova ER, Warren-Findlow J, Saunders WJ, Hutchison JA, Coffman MJ. Satisfacción de los hispanos con los proveedores de clínicas gratuitas: un análisis de las características del hogar médico centrado en el paciente. *Revista de Salud*

Comunitaria. 2016; 41(6):1290-1297. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0218-2>

30. Cano-Ibáñez N, Zolfaghari Y, Amezcua-Prieto C, Khan KS. Discordancia del lenguaje médico-paciente y malos resultados de salud: una revisión sistemática del alcance. *Salud Pública Frontal*. 19 de marzo de 2021;9:629041. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.629041>. PMID: 33816420; PMCID: PMC8017287.

31. Diamond L, Izquierdo K, Canfield D, Matsoukas K, Gany F. Una revisión sistemática del impacto de la concordancia entre el paciente y el médico en un idioma distinto del inglés en la calidad de la atención y los resultados. *J Gen Intern Med*. 2019 Agosto; 34(8):1591-1606. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-4847-5>.

32. Fernández-Ortega MÁ, Juárez-Flores A, Olaíz-Fernández G, Muñiz-Salinas DA, Rodríguez-Mendoza O. Insatisfacción del paciente asociada con la discordancia lingüística médico-paciente en clínicas de California: un estudio transversal analítico. *Investigación de servicios de salud de BMC*. 2023; 23(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09176-2>

33. Shaw NM, Hills N, Holler J, Fernández A, Davis D, Palmer NR, Sliwka D, Breyer BN. El impacto de la concordancia racial y de género entre el paciente y el médico en la satisfacción del paciente con las visitas clínicas ambulatorias. *J Disparidades raciales en la salud*. Agosto de 2024; 11(4):2083-2092. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01676-5>

34. Secretario de Estado. Proyecto de la ley de la Asamblea AB 1045. http://www.leginfo.ca.gov/pub/01-02/bill/asm/ab_10011050/ab_1045_bill_20020930_chaptered.html. Consultado el 20 de septiembre de 2023.

35. Beck T, Le TK, Henry-Okafor Q, Shah M. Atención médica para inmigrantes indocumentados. *Atención primaria: clínicas en la práctica del consultorio*. 2017; 44(1): e1-e13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.09.005>
36. Wallace SP, Castaneda X. Migración y salud: latinos en los Estados Unidos (1ª ed.). UCLA: Centro de Investigación de Políticas de Salud, 2008.
37. Polaris A. La cara latina de la trata y la explotación en Estados Unidos 2020. <https://polarisproject.org/wp-content/uploads/2020/04/La-cara-latina-de-la-trata-y-la-explotacio%CC%81n-en-Estados-Unidos.pdf>. Accessed November 15, 2023.
38. Ahmed F, Tarique K, Arif I. Calidad del servicio, satisfacción del paciente y lealtad en el sector de la salud de Bangladesh. *Revista Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*. 2017; 30(5):477-488. DOI: <https://doi.org/10.1108/ijhcqa-01-2017-0004>
39. Li Y, Gong W, Kong X, Mueller O, Lu G. Factores asociados con la satisfacción ambulatoria en hospitales terciarios en China: una revisión sistemática. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*. 2020; 17(19):7070. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197070>
40. Cai O. What Factors Influence Satisfaction with Public Health and Medical Services in Latin America and the Caribbean?. Vanderbilt University. Published 2023 Oct 3. Disponible en: <https://www.vanderbilt.edu/lapop/insights/IO960en.pdf> Accessed Oct 13, 2025
41. Ferreira DC, Vieira I, Pedro MI, Caldas P, Varela M. Satisfacción del paciente con los servicios de salud y las técnicas utilizadas para su evaluación: una revisión sistemática de la literatura y un análisis bibliométrico. *Cuidado de la salud*. 2023; 11(5):639. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>
42. Homewood L, Altamirano J, Fassiotto M, Stuparich M, Miles S, Donnellan NM, et al. Los pacientes mayores dan puntajes más altos de satisfacción del paciente que

los pacientes más jóvenes en un estudio transversal multicéntrico de atención ginecológica ambulatoria. *Revista Americana de Obstetricia y Ginecología*. 2023; 228 (3): S853-S854. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.12.098>

43. He X, Li L, Bian Y. Encuesta de satisfacción entre pacientes ambulatorios de atención primaria de salud en la región atrasada: un estudio empírico de la China occidental rural. *Preferencia y adherencia del paciente*. 2018;12:1989-1996. DOI: <https://doi.org/10.2147/ppa.s172021>

44. Redding TS, Keefe KR, Stephens AR, Gurgel RK. Evaluación de factores que influyen en la satisfacción del paciente en clínicas de otorrinolaringología. *Anales de Otología, Rinología y Laringología*. 2022; 132(1):19-26. DOI: <https://doi.org/10.1177/00034894211055531>

45. McAlister M, Helton JD. Una comparación de las necesidades y sistemas de atención médica de Estados Unidos y Austria. *CONSULTA: La Revista de Organización, Provisión y Financiamiento de la Atención Médica*. 2021;58:004695802110001. DOI: <https://doi.org/10.1177/00469580211000162>

46. Zieff G, Kerr ZY, Moore JB, Stoner L. Atención médica universal en los Estados Unidos de América: un debate saludable. *Medicina Mex. Medicina-lituania*. 2020; 56(11):580. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina56110580>

47. Matthews KA, Spears KS, Anderson-Lewis C. Rural Health Disparities: Contemporary Solutions for Persistent Rural Public Health Challenges. *Prev Chronic Dis*. 2025;22:E27. Published 2025 Jun 19. DOI: <https://doi.org/10.5888/pcd22.250202>

48. Fallecimientos por causa de mortalidad México Statista. Statista. Published 4 de diciembre de 2023. <https://es.statista.com/estadisticas/604151/principales-causas-de-mortalidad-mexico/> Accessed May 15, 2024

49. Causas de muerte: fallecimientos por cada 100.000 habitantes en Estados Unidos | Statista. Statista. <https://es.statista.com/estadisticas/598706/tasa-de-mortalidad-de-las-principales-causas-de-muerte-en-estados-unidos/>. Accessed June 20, 2024.

50. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2022. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>. Accessed July 10, 2024

51. Plan único de especializaciones médicas en Ginecología y Obstetricia. Posgrado. Published 2009. <http://www.sidep.fmposgrado.unam.mx:8080/NoBorrar/recursos/programas/ginecologia.pdf>. Accessed June 10, 2024.

Agradecimientos

Los autores declaran que no cuentan con agradecimientos para este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en ninguna de las etapas del estudio, incluidas la planificación, la implementación, la redacción, la revisión por pares, la edición y la publicación del manuscrito. Los directivos de las tres clínicas participantes facilitaron las instalaciones necesarias para que el equipo de evaluación tuviera acceso a la información y para mantener informado al personal de apoyo sobre las actividades comunitarias realizadas en dichos centros. No participaron en el diseño del estudio, en el procesamiento de datos ni en la redacción del manuscrito.

Financiación

La Fundación Gonzalo Río Arronte (FGRA) fue la institución que financió esta investigación; su único interés era participar en la Evaluación de la Ley AB 104 del Estado de California, Estados Unidos, en la que se compara el desempeño de los médicos mexicanos con el de los norteamericanos. Esa fundación solo aportó 318,000 dólares a la Universidad Nacional Autónoma de México para llevar a cabo esta investigación durante tres años. La FGRA no participó de ninguna manera en la investigación; solo recibe los informes técnicos y financieros. CÓDIGO DEL PROYECTO: S.654

Disponibilidad de datos y materiales

Los conjuntos de datos utilizados y analizados durante el presente estudio están disponibles a través del autor correspondiente previa solicitud razonable.

Declaración de autoría

Conceptualización: MAFO, GAOF,

Curación de datos: ACC, BSS, ISM

Análisis formal: MERR

Adquisición de financiación: MAFO

Investigación: MAFO, GAOF, MERR, ACC, MRGN, AISA, BSS, ISM, AGA

Metodología: MAFO, GAOF, MERR

Administración del proyecto: MAFO, GAOF

Recursos: MAFO

Supervisión: MAFO, GAOF

Validación: MAFO, GAOF, AGA

Visualización: MAFO, GAOF, AGA

Escritura – borrador original: AISA, MERR, MAFO, MERR, ACC, MRGN, AISA

Redacción, revisión y edición: MAFO, MERR, MRGN, AISA