

El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global

Josefina Caminal^a, Emília Sánchez^b, Anna Schiaffino^c

^aUniversitat Autònoma de Barcelona. ^bAgència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

^cInstitut Català d'Oncologia

Correspondencia

Josefina Caminal

Campus de Bellaterra. Edifici M. Laboratori de Bioestadística

08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès, Barcelona)

Tel.: 93 581 38 02. Fax: 93 581 23 44

Correol electrònic: josefina.caminal@uab.es

Resumen

Objetivo: Proponer un tipo de análisis de las encuestas de satisfacción global que permita identificar a la población insatisfecha y los factores de insatisfacción.

Métodos: Estudio observacional transversal de la población de un área básica de salud (ABS) mediante una encuesta de satisfacción. La población objeto ($n = 622$) es la población usuaria mayor de 14 años de una muestra aleatoria simple ($n = 1.000$) de la población de una ABS ($n = 17.744$). El cuestionario utilizado para la encuesta es el GAAH's Consumer Satisfaction Survey de Davies y Ware, versión 1988, cumplimentado mediante entrevista domiciliaria. Las variables resultado son la satisfacción global, según factores (médico, enfermera, recepción y hábitat) y según dimensiones (accesibilidad, estructura, trato personal, información, calidad técnica y continuidad asistencial), presentadas en puntuaciones del 0 al 100 previa transformación de los ítems de una escala de actitudes tipo Likert. Para identificar la insatisfacción se ha procedido a categorizar la población usuaria total (total) en dos grupos según los valores de los percentiles 25 (población insatisfecha) y 50 (población menos insatisfecha) de la variable satisfacción global. El análisis estadístico incluye la comparación de proporciones y medias entre las subpoblaciones mediante sus intervalos de confianza y el método de las comparaciones múltiples de Scheffé. El grado de asociación entre la satisfacción global y las variables sociodemográficas y de utilización de servicios se ha establecido mediante un modelo de regresión logística.

Resultados: Satisfacción global: 70,8 puntos (total), 62,8 puntos (p50) y 58,2 puntos (p25).

Factor recepción: 60,1 puntos (total), 48,2 puntos (p50) y 41,1 puntos (p25). Dimensión accesibilidad: 62,0 puntos (total), 52,0 puntos (p50) y 46,8 puntos (p25) ($p < 0,05$ respecto a otros factores/dimensiones en todos los subgrupos).

Perfil de la población usuaria: mujeres, mayores de 64 años, jubilados o amas de casa, clase social baja. Perfil de la población insatisfecha: mujeres, jóvenes de 25 a 44 años, nivel de estudios secundarios, situación laboral activa, clase social media y poco frecuentadores.

Factores relacionados con la insatisfacción: edad 25-44 años (*odds ratio* [OR] = 4,2 [p50] y OR = 4,1 [p25]; $p < 0,05$). Tendencia inversa entre la edad y la insatisfacción ($p < 0,001$).

Conclusiones: El análisis de las encuestas de satisfacción global realizado por segmentos de población insatisfecha permite obtener la información expresada por la población con más nitidez y unos mayores márgenes de variabilidad. Se propone el punto de corte de la mediana (p50) para identificar a la población insatisfecha y aquellos aspectos de la asistencia susceptibles de ser mejorados. Así, la encuesta de satisfacción analizada refleja que es la población adulta joven la que está más insatisfecha y que son los aspectos relacionados con la accesibilidad/recepción los que generan más insatisfacción.

Palabras clave: Satisfacción de la población. Atención primaria. Encuestas. Factores de insatisfacción.

Summary

Objective: To propose a type of analysis for overall satisfaction surveys which allows for the identification of both unsatisfied population and dissatisfaction factors.

Methods: Observational, cross-sectional study (survey) on satisfaction for the population from a Basic Health Care Unit (BHCU). The target population ($n = 622$) was the user population aged 14 or more from a random sample ($n = 1000$) of people attending a BHCU. The GAAH's Consumer Satisfaction Survey, by Davis and Ware, 1988 version, completed during home interview carried out at home, was used. Outcome variables were overall satisfaction, by factors (physician, nurse, reception and habitat) and by dimensions (accessibility, structure, personal manners, information, technical quality and continuity of care), presented as scores ranging from 0 to 100 after transformation by means of an attitudinal Likert scale. Identification of dissatisfaction was done categorising the studied population in two groups according with overall satisfaction figures for percentiles 25th (p25) and 50th (p50). Statistical analysis included comparison of subpopulations proportions and means, with their confidence intervals, and Scheffé multiple comparisons. Association between overall satisfaction and social and demographic variables was assessed by log regression.

Results: Overall satisfaction scores: 70.8 (users), 62.8 (p50) and 58.2 (p25). Reception scores: 60.1 (users), 48.2 (p50) and 41.1 (p25). Accessibility scores: 62.0 (users), 52.0 (p50) and 46.8 (p25) ($p < 0.05$ with regard to other factors/dimensions in all subgroups).

Profile for users population: women, older than 64, retired or housewives, and from low social classes. Profile for unsatisfied population: women, 25-44 year-old, with secondary school level, active workers, from medium social classes, and seldom users of health services.

Factors related with dissatisfaction: age 25-44 (OR = 4.2 [p50] and OR = 4.1 [p25], $p < 0.05$). An inverse trend for age and dissatisfaction ($p < 0.001$) was observed.

Conclusions: The analysis of overall satisfaction surveys by segments of unsatisfied population give expressed information from population with a high level of definition and variability margins. The median (50th percentile) as cut-off-point seems useful for identifying the unsatisfied population and dissatisfaction factors sensitive to be improved. Thus, results obtained with this analysis show that young people are the most unsatisfied one and accessibility/reception is the dimension/factor associated with higher scores in dissatisfaction.

Key words: Users satisfaction. Primary health care. Satisfaction questionnaire. Dissatisfaction factors.

Carta de presentación

La contribución de este trabajo es generar ideas sobre el análisis y las aplicaciones de las encuestas de satisfacción global de los usuarios con los servicios sanitarios de atención primaria. El objetivo es identificar los factores de insatisfacción respondiendo a cuáles son las características sociodemográficas de la población usuaria menos satisfecha y cuáles son los aspectos del proceso asistencial que generan más insatisfacción.

Introducción

Uno de los principales objetivos de las encuestas de satisfacción es la identificación de los aspectos del proceso asistencial que son percibidos por la población como insatisfactorios y que puedan ser susceptibles de mejora. Esta opinión expresada por los ciudadanos es esencial para conocer el funcionamiento de los servicios sanitarios desde el punto de vista de la población y, como tal, constituye un instrumento de participación de la misma en la mejora de la calidad de la atención sanitaria¹.

La importancia creciente que tienen los estudios de la satisfacción de la población con los servicios sanitarios se debe a que la satisfacción juntamente con el estado de salud han sido propuestos como dos de los resultados de interés en la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios^{2,3}. Según Fitzpatrick, la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado en los servicios de atención a la salud y un posible factor determinante de la utilización y de la conducta respecto al cumplimiento del tratamiento prescrito, lo que justifica que la satisfacción se incorpore como una medida de la mejora de la calidad⁴. Por todo ello, las organizaciones tendrían más éxito si primero conocieran y comprendieran y, posteriormente, mejoraran las necesidades y las expectativas de los consumidores. Es decir, las organizaciones deberían identificar quiénes son los principales consumidores para, seguidamente, mejorar su habilidad en resolver sus necesidades.

El método más utilizado para medir la satisfacción ha sido el uso de las encuestas⁵. Autores como Hulka⁶, Ware y Hays⁷, Carr-Hill⁸ y Blendon et al⁹, entre otros, han diseñado diferentes instrumentos de medida que han devenido en herramientas de elevada validez y fiabilidad. Sin embargo, las encuestas de satisfacción global se han cuestionado, porque con ellas se obtienen puntuaciones positivas y muy elevadas con unos márgenes de variabilidad bajos, lo que representa un problema de orden práctico¹⁰. En España existen muchos más trabajos de aplicación de las encuestas de satisfacción^{2,11-13} que de remisión conceptual y aproximación metodológica^{2,10}.

Este trabajo plantea alternativas de análisis de una encuesta de satisfacción global, realizada a la población de un área básica de salud, con la finalidad de generar ideas respecto a la obtención de los resultados de las encuestas de satisfacción global como instrumentos para adecuar la organización de los servicios sanitarios a las necesidades de la población. El objetivo principal es identificar las particulari-

dades relacionadas con la insatisfacción, respondiendo a las preguntas de cuáles son las características sociodemográficas de la población usuaria menos satisfecha y cuáles son las cualidades/características del proceso asistencial que generan más insatisfacción.

Material y método

El estudio observacional transversal realizado a la población de un área básica de salud (ABS) mediante una encuesta para obtener información sobre el grado de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. La población objeto de estudio ($n = 622$) se restringe a la población usuaria mayor de 14 años seleccionada en una muestra aleatoria simple ($n = 1.000$, con un margen de error relativo del 3% y con un nivel de confianza del 95,5% sobre el conjunto de la muestra) representativa del ABS analizada ($n = 17.744$).

El instrumento de medida ha sido el cuestionario GAAH's Consumer Satisfaction Survey de Davies y Ware, cumplimentado mediante entrevista domiciliaria¹⁴. Este cuestionario ofrece información sobre las principales dimensiones que caracterizan la atención primaria, el sistema organizativo de la asistencia especializada y de los hospitales, y es objeto de una actualización periódica y sistemática, motivos que justificaron la opción. Se suprimieron las preguntas relacionadas con la dimensión de la financiación como el acto del pago al médico, que no era adecuada a nuestro medio, y se limitó el análisis a las características de la atención primaria.

La variable resultado es la satisfacción. Esta variable se presenta en varios formatos: satisfacción global, satisfacción según factores y satisfacción según dimensiones. Los factores, identificados mediante un análisis factorial, son: médico, enfermería, recepción y hábitat, y las dimensiones, identificadas según las agrupaciones de ítems propuestas por Ware, son: información, trato personal, accesibilidad, estructura, calidad técnica y continuidad de la atención. Las distintas variables de medida de la satisfacción, factores, dimensiones y satisfacción global, se presentan en puntuaciones del 0 al 100, previa transformación de los ítems de una escala de actitudes tipo Likert. La satisfacción global es el valor medio de las puntuaciones obtenidas por los cuatro factores.

Como variables independientes se consideraron las características de la población que incluyeron variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral y clase social) y la variable utilización de servicios. Las categorías para cada una de las variables estudiadas han sido: sexo (1: varón; 2: mujer); grupos de edad (1: 15-24; 2: 25-44; 3: 45-64, y 4: ≥ 64 años); nivel de estudios (1: sin estudios; 2: primarios; 3: secundarios, y 4: universitarios); situación laboral (1: trabajador; 2: parado; 3: incapacitado; 4: jubilado; 5: ama de casa; 6: estudiante); clase social según la agrupación propuesta por Domingo y Marcos¹⁵ recodificada en tres categorías (1: I-II; 2: III, y 3: IV-V), y utilización de servicios sanitarios como el valor de la frecuentación de los servicios sanitarios (número de visitas/habitante/año) recodificada en 5 categorías (1: 1-3; 2: 4-6; 3: 7-12; 4: 13-24, y 5: 25-60).

Para identificar los factores de insatisfacción en la población usuaria se ha procedido a segmentar la población en dos grupos según los puntos de corte de los percentiles 25 y 50 de la variable satisfacción global. Cada percentil divide la población en dos subgrupos, los subgrupos menos satisfechos son los que toman los valores $\leq p25$ y $\leq p50$. A la categoría $\leq p25$ se la ha denominado “insatisfecha” y a la $\leq p50$ “menos satisfecha”.

El análisis estadístico para estudiar las características de la población se ha realizado mediante el cálculo de proporciones de la población según las variables sociodemográficas y de utilización de servicios. Para la comparación de las proporciones entre las diferentes categorías se ha calculado la distribución de la χ^2 de Pearson y los intervalos de confianza.

La definición de los factores que conforman la satisfacción global se identificó mediante un análisis factorial. La definición de los cuatro factores, médico, enfermería, recepción y hábitat, explican más del 50% de la variancia de la satisfacción global. Se han comparado las proporciones y medias de la satisfacción entre las diferentes poblaciones (total, $p25$ y $p50$) mediante sus intervalos de confianza.

El análisis estadístico multivariante para estudiar el grado de asociación entre la satisfacción global y las variables

sociodemográficas y de utilización de servicios se ha realizado mediante un modelo de regresión logística para cada una de las dos subpoblaciones (“menos satisfecha” e “insatisfecha”).

Para todos los análisis realizados el nivel de significación estadística se ha establecido en valores igual o inferiores a 0,05.

Resultados

Los resultados presentan las características y los niveles de satisfacción para la población total de estudio y los segmentos de población generados mediante los puntos de corte: la población usuaria total ($n = 622$), la población “menos satisfecha ($p50$)” ($n = 297$) y la población “insatisfecha ($p25$)” ($n = 155$).

Perfiles poblacionales

El análisis comparativo de las características sociodemográficas y de utilización de servicios sanitarios de las tres subpoblaciones generadas en este trabajo permite describir los perfiles de la población usuaria y de la población insatisfecha (tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de las subpoblaciones según variables sociodemográficas y de utilización de servicios sanitarios

Características	Menos satisfechos ($n = 297$)		Insatisfechos ($n = 155$)		Total usuarios ($n = 677$)	
	Porcentaje	IC del 95%	Porcentaje	IC del 95%	Porcentaje	IC del 95%
Sexo						
Varón	35,7	30,2-41,4	36,8	29,2-44,4	37,8	34,0-41,6
Mujer	64,3	58,8-70,0	63,2	55,6-70,8	62,2	58,4-66,0
Grupo de edad (años)						
15-24	15,2	11,1-19,3	23,2	16,5-29,8	12,7	10,1-15,3
25-44	30,6	25,3-35,8	31,6	24,3-38,9	22,2	18,9-25,5
45-64	26,6	21,6-31,6	23,9	17,2-30,6	24,1	20,7-27,5
> 64	27,6	22,5-32,7	21,3	14,8-27,7	41,0	37,1-44,9
Situación laboral						
Trabajador	34,6	29,2-40,0	38,7	31,0-46,4	24,9	21,6-28,2
En paro	11,2	7,6-14,8	12,2	7,1-17,4	8,3	6,2-10,4
Incapacitado	6,5	3,7-9,3	5,2	1,7-8,7	7,0	5,1-8,9
Jubilado	22,0	17,3-26,7	18,1	12,0-24,2	32,9	29,4-36,4
Ama de casa	17,6	13,3-21,9	11,6	6,6-16,6	20,4	17,4-23,4
Estudiante	8,1	5,0-11,2	14,2	8,7-19,7	6,5	4,6-8,4
Clase social						
I-II	6,6	3,8-9,49	9,0	4,5-13,5	6,8	4,9-8,7
III	19,5	15,0-24,0	22,2	15,7-28,7	15,6	12,9-18,3
IVa-IVb-V	73,9	68,9-78,9	68,8	61,5-76,1	77,6	74,5-80,7
Nivel de estudios						
Sin estudios	21,0	16,4-25,63	13,5	8,1-18,9	26,3	23,0-29,6
Primarios	55,7	50,1-61,4	56,8	49,0-64,6	56,2	52,5-59,9
Secundarios	20,6	16,0-25,2	26,5	19,6-33,5	15,3	12,6-18,0
Universitarios	2,7	0,9-4,5	3,2	0,4-6,0	2,2	1,1-3,3
Utilización (visitas/año)						
1-3	47,1	41,4-52,8	52,3	44,4-60,2	41,1	37,4-44,8
4-6	27,6	22,5-32,7	24,5	17,7-31,3	27,6	24,2-31,0
7-12	13,8	9,9-17,7	12,2	7,1-17,4	17,9	15,0-20,8
13-24	7,8	4,8-10,9	7,1	3,1-11,1	10,6	8,3-12,99
25-60	3,7	1,6-5,9	3,9	0,9-7,0	2,8	1,6-4,0

IC: intervalo de confianza.

La población usuaria está constituida básicamente por mujeres y por los grupos de población mayores de 64 años; es una población mayoritariamente jubilada o situada en la categoría de amas de casa que pertenecen a los niveles de clase social más bajos; mientras que el perfil de la población insatisfecha corresponde a una población mayoritariamente joven, del grupo de edad de 25-44 años, con un nivel de estudios secundarios o universitarios, una situación laboral activa y de clase social media-alta. En relación con la utilización de servicios sanitarios, el 50% de esta población tiene una frecuentación de 1-3 visitas/habitantes/año y no se observan en este grupo de población insatisfecha los porcentajes elevados de hiperfrecuentación que sí se observan entre la población usuaria total.

El análisis estadístico de comparación de proporciones revela que para todas las variables sociodemográficas descritas existen diferencias estadísticamente significativas entre la categoría que define el perfil de la población y las otras categorías de la misma variable.

Niveles de satisfacción con los servicios sanitarios

La satisfacción global de la población usuaria total (total) es de 70,8 puntos sobre 100, de 62,8 puntos para la población menos satisfecha (p50) y de 58,2 puntos para los insatisfechos (p25) (tabla 2).

El factor “recepción” junto con la dimensión “accesibilidad” son los aspectos de la asistencia que generan más insa-

tisfacción. Factor recepción: 60,1 (total), 48,2 (p50) y 41,1 (p25). Dimensión accesibilidad: 62,0 (total), 52,0 (p50) y 46,8 (p25). Las diferencias respecto a los otros factores o dimensiones son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (tablas 2 y 3).

El factor “médico” es el aspecto de la asistencia mejor puntuado por la población usuaria total y p50 con valores de 76,7 y 69,5 puntos, respectivamente, mientras que para la población p25 toma una puntuación de 65,4 puntos y ocupa el tercer lugar. Este factor presenta diferencias estadísticamente significativas en relación con los factores “recepción” y “hábitat” sólo para la población total y con el factor “recepción” para las poblaciones p50 y p25. En cuanto a las dimensiones, el “trato personal” y la “continuidad” son las que reciben la puntuación más elevada por parte de la población usuaria total, con 77 y 75 puntos, respectivamente, observándose diferencias estadísticamente significativas respecto a las demás dimensiones. Para la población p50, la máxima puntuación la obtienen las mismas dimensiones aunque invierten el orden, “continuidad” 70,2 puntos y “trato personal” 69,6, y sus intervalos de confianza se solapan con la mayoría de las dimensiones excepto con la “accesibilidad” que es la que recibe la puntuación inferior. Para la población p25 el patrón de satisfacción cambia ligeramente, la puntuación más elevada la obtiene la “estructura” con 67,6 puntos seguida del “trato personal” con 64,9 puntos, en relación con la significación se observa un patrón similar al grupo de población p50.

Tabla 2. Puntuación media de la satisfacción global y de los factores en las tres subpoblaciones

Satisfacción	Menos satisfechos		Insatisfechos		Total usuarios	
	Media	IC del 95%	Media	IC del 95%	Media	IC del 95%
Global	62,8	62,0-63,5	58,2	57,2-59,1	70,8	70,0-71,6
Factores						
Médico	69,5	68,0-70,9	65,4	63,1-67,6	76,7	75,7-77,7
Enfermería	68,9	66,6-71,1	65,6	62,0-69,1	75,3	74,0-76,6
Recepción	48,2	46,7-49,8	41,1	38,9-43,2	60,1	58,8-61,5
Hábitat	68,9	67,8-69,7	66,9	65,4-68,3	74,3	73,5-75,2

IC: intervalo de confianza.

Tabla 3. Puntuación media de la satisfacción por dimensiones en las tres subpoblaciones

Satisfacción	Menos satisfechos		Insatisfechos		Total usuarios	
	Media	IC del 95%	Media	IC del 95%	Media	IC del 95%
Accesibilidad	52,0	50,6-53,3	46,8	45,0-48,5	62,0	60,8-63,2
Estructura	69,3	68,3-70,2	67,6	66,2-68,9	74,7	73,9-75,5
Trato personal	69,6	68,2-70,9	64,9	62,8-66,9	77,0	76,0-78,0
Información	66,6	65,1-68,0	61,2	58,9-63,4	73,6	72,6-74,7
Calidad técnica	68,3	67,0-69,5	66,3	64,3-68,2	73,0	72,0-74,0
Continuidad	70,2	68,3-72,0	66,4	63,5-69,2	75,0	73,8-76,3

IC: intervalo de confianza.

La “accesibilidad” es la dimensión que presenta la menor puntuación con diferencias significativas en relación con el resto de las dimensiones, para los tres grupos de población.

Factores relacionados con la insatisfacción

Según el modelo de regresión logística sólo la edad explica las diferencias de los niveles de insatisfacción. La población de 25-44 años es la población que está más insatisfecha (*odds ratio* [OR] = 4,2 [2,7-6,6] [p50] y OR = 4,1 [2,4-6,9] [p25]; $p < 0,05$). En el análisis de la tendencia se observa una asociación inversa entre la edad y la insatisfacción (tabla 4).

Selección de la categoría poblacional para analizar la satisfacción/insatisfacción

El nivel de significación estadística hallado en los diferentes análisis entre las categorías creadas, p25 y p50, sugiere que los dos puntos de corte propuestos crean dos categorías bien definidas y mutuamente excluyentes.

Aspectos de la asistencia que generan insatisfacción

El análisis detallado de la accesibilidad, como aspecto de la asistencia que genera una mayor insatisfacción, evidencia que para la mayoría de los usuarios el aspecto más insatisfactorio de ésta es “la espera en la recepción”, mientras que para la población insatisfecha son “la cita para el día solicitado” y “el tiempo de espera en medicina”. Para todos los grupos la accesibilidad geográfica (medida mediante la pregunta “el centro está bien comunicado con su domicilio”) es el aspecto de la accesibilidad mejor valorado (tabla 5).

Tabla 4. Predicción de los factores de insatisfacción

Variables independientes	p50		p25	
	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%
Sexo				
Varón	1		1	
Mujer	1,3	0,9-1,8	1,1	0,7-1,6
Edad				
> 64	1		1	
45-64	2,4	1,6-3,7	2,5	1,4-4,3
25-44	4,2	2,7-6,6	4,1	2,4-6,9
15-24	3,3	1,9-5,7	6,3	3,4-11,7
Nivel de estudios				
Sin estudios	1		1	
Primarios	0,7	0,5-1,1	0,5	0,2-1,1
Secundarios	1,0	0,5-2,0	0,7	0,4-1,1
Universitarios	0,8	0,2-2,9	1,1	0,3-3,8
Situación laboral				
Jubilado	1		1	
Incapacitado	0,8	0,4-1,9	0,9	0,3-2,7
Ama de casa	0,9	0,5-1,6	0,7	0,3-1,5
Estudiante	1,2	0,4-3,7	2,6	0,7-8,9
Parado	1,5	0,6-3,6	1,6	0,6-4,4
Trabajadores	1,5	0,7-3,1	1,9	0,8-4,5
Clase social				
IVa-IVb-V	1		1	
III	1,4	0,8-2,2	1,5	0,9-2,5
I-II	0,8	0,4-1,5	1,4	0,7-2,9
Número de visitas/año				
> 24	2,6	0,9-8,0	2,4	0,7-8,0
13-24	1		1	
7-12	0,7	0,4-1,5	0,9	0,4-2,2
4-6	1,0	0,5-1,9	0,8	0,3-1,7
1-3	1,4	0,8-2,6	1,4	0,7-2,9

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

Tabla 5. Nivel de satisfacción para los diferentes aspectos de la accesibilidad por segmentos de población

Preguntas del cuestionario sobre accesibilidad	Respuesta de la población: porcentaje de población e IC del 95%					
	Total usuarios			Menos satisfechos		
	Muy en desacuerdo Desacuerdo	No está seguro	De acuerdo Muy de acuerdo	Muy en desacuerdo Desacuerdo	No está seguro	De acuerdo Muy de acuerdo
P102 Centro bien comunicado con su domicilio	5,3 (3,6-6,9)	0,5 (-0,1-1,1)	94,0 (92,3-95,9)	7,4 (4,5-10,5)	0,7 (-0,2-1,81)	91,6 (88,6-94,8)
P103 Atención urgente dentro del horario	15,4 (12,7-18,1)	21,9 (18,8-25,0)	62,7 (59,1-66,3)	20,7 (16,1-25,3)	24,5 (19,6-29,4)	54,7 (49,1-60,5)
P104 Cita para el día solicitado	45,1 (41,4-48,9)	6,5 (4,6-8,4)	48,4 (44,6-52,2)	64,3 (58,9-69,8)	8,4 (5,3-11,6)	27,3 (22,2-32,4)
P105 Tiempo de espera en medicina adecuado	48,8 (45,0-52,6)	3,4 (2,0-4,8)	47,8 (44,0-51,6)	74,7 (69,8-79,6)	3,0 (1,1-4,9)	22,3 (17,6-26,0)
P106 Horario adecuado	11,1 (8,7-13,5)	0,8 (0,1-1,5)	88,0 (85,7-90,5)	17,6 (13,3-21,9)	1,0 (-0,1-2,1)	81,4 (77,0-85,8)
P107 Espera en recepción adecuada	79,7 (76,6-82,6)	5,6 (3,9-7,3)	14,8 (12,1-17,5)	58,3 (52,7-63,9)	3,7 (1,6-5,9)	38,0 (32,5-43,52)
P143 Tiempo de espera en enfermería adecuado	16,3 (13,5-19,1)	3,2 (1,9-4,5)	80,4 (77,5-83,5)	35,2 (29,8-40,6)	6,5 (3,7-9,3)	58,4 (52,7-63,9)

Discusión

Sobre la categorización de la población

Frente a la posibilidad de elegir entre diferentes puntos de corte, la opción más verosímil parecería ser el valor 50 de la satisfacción global al ser una escala con rango 0 a 100. Esta opción fue desestimada porque el rango real de los valores de esta variable se situaba entre 32,3 y 100, resultado posiblemente atribuible a la tendencia de la población a dar puntuaciones altas y positivas cuando expresan sus opiniones¹². Otro motivo para no utilizar el valor 50 de la satisfacción como punto de corte fue que el número de efectivos con un nivel de satisfacción < 50 era de 21. Esto justifica que se estudiaran otras propuestas de punto de corte optándose por los valores de los percentiles 25 y 50 de la satisfacción global.

Los resultados demuestran que la población “insatisfecha” (p25) valora los servicios sanitarios, otorgándoles una puntuación excesivamente negativa y que, con este punto de corte, se obtiene un patrón estadístico que no permite discriminar con nitidez los aspectos de la asistencia que explican la satisfacción/insatisfacción para este grupo de población. En cambio, en la población “menos satisfecha” (p50) se observa un patrón más ecuánime que permite apreciar los matices en la valoración de estos servicios. Por este motivo parece más pertinente recomendar la utilización del punto de corte de la mediana (p50) para identificar a la población insatisfecha y los factores relacionados con la insatisfacción. Esta opción no excluye la necesidad e importancia que tiene para la organización sanitaria considerar la opinión de los grupos minoritarios, en este caso, la expresada por el grupo más insatisfecho. La organización debería conocer y comprender qué está expresando este grupo de población que representa el 25% de la población usuaria de los centros de salud y el porqué.

Sobre los factores relacionados con la insatisfacción y los perfiles poblacionales

La satisfacción se ha visto como el resultado de las experiencias de los pacientes en el intento de uso de la atención médica. Algunos autores encontraron que el número de visitas era el mejor predictor de satisfacción porque a mayor número de visitas se observaba un mayor nivel de satisfacción^{7,16}. Ware considera que cuanto mejor es el acceso más apropiada es la utilización. No obstante esto se basa en las relaciones entre el acceso y la utilización, y a pesar de existir una investigación extensa al respecto, estas relaciones no están claras. En este trabajo la utilización de servicios y el nivel de satisfacción mantienen una relación directa en el análisis bivalente; sin embargo, el efecto desaparece en el multivariante.

En cuanto al análisis predictivo de la satisfacción, Fitzpatrick señala que es necesario que se incluyan las variables edad, sexo, clase social, nivel de estudios y estado civil. Según este autor sólo la edad se relaciona de forma consistente con la satisfacción de forma que son los encuestados más jóvenes los que expresan menor satisfacción¹⁷, lo que coincide con los resultados encontrados en este estudio. Otra autora,

Hulka, encuentra que en todas las dimensiones de la satisfacción existe una relación con el sexo y la raza¹⁶. En nuestro trabajo hemos encontrado que las mujeres están más insatisfechas que los varones aunque la asociación no sea consistente. Según el metaanálisis realizado por Hall sobre las características sociodemográficas de los pacientes, como predictores de la satisfacción con la atención médica, se concluye que éstas son relaciones pequeñas aun cuando sean estadísticamente significativas, por lo que las características sociodemográficas se consideran un predictor menor de la satisfacción¹⁸ y debe ser considerado como tal. De hecho los instrumentos de satisfacción fueron diseñados para medir aspectos del proceso asistencial y no para ser simplemente reflejo de la respuesta del paciente.

Así, las variables relacionadas con las características de la población y la utilización de servicios sanitarios deberán considerarse como variables de ajuste para explicar los aspectos de la organización que se relacionan con la satisfacción o insatisfacción. Además, la valiosa información obtenida de estos estudios permite construir perfiles poblacionales que deberían tenerse en cuenta en el diseño de nuevos estudios para seleccionar adecuadamente las muestras. Por ejemplo, los niveles de satisfacción obtenidos en una muestra de población hiperutilizadora no serán los mismos que los obtenidos de una muestra que incluya a la población usuaria y no usuaria. La selección de la muestra estará acorde a los objetivos de la investigación y sería conveniente especificar siempre a qué población hacen referencia los resultados o, en caso contrario, estaríamos haciendo un uso demagógico de este tipo de instrumentos.

Sobre los aspectos de la asistencia que generan satisfacción/insatisfacción

Los resultados de este trabajo ponen en evidencia que lo que la población valora más de los servicios sanitarios es la relación con el personal sanitario y, de ésta, son los aspectos relacionales, el trato personal y la continuidad de la asistencia, los más apreciados. En contraposición a los aspectos más valorados se encuentra la “accesibilidad” como el aspecto que recibe una valoración inferior por parte de la población. Esto se podría explicar porque, probablemente, la población identifica al personal de recepción o acogida del centro y el sistema de organización asistencial de la acogida y petición de servicio como una barrera al acceso a los servicios sanitarios. La necesidad es el determinante más importante de la utilización de los servicios sanitarios¹⁹, es decir, cuando la población acude a los centros de salud es porque, en la mayoría de los casos, precisa atención médica valorando negativamente todos aquellos aspectos organizativos que identifica como una barrera al cumplimiento de su demanda. Otras publicaciones nacionales confirman que el aspecto de la asistencia sanitaria que genera más insatisfacción es la accesibilidad^{13,20-22}.

A la dificultad que representa para la población con un problema de salud en busca de atención sanitaria la limitada accesibilidad a la misma, habría que añadir el impacto negativo que la falta de accesibilidad puede tener para el cumpli-

miento de otras funciones propias de la atención primaria como es la actividad preventiva y de detección temprana de enfermedades. Las directrices sanitarias establecen una orientación hacia las actividades de prevención que, para determinados problemas de salud, han demostrado ser más coste-efectivas en los grupos de población adulta joven. A partir de los resultados de esta encuesta, la población que más se beneficiaría de aquellos servicios es la población que justamente no utiliza los servicios sanitarios regularmente o que, cuando los utiliza, manifiesta problemas de accesibilidad. Estos resultados sugieren la necesidad de adecuar la accesibilidad para garantizar tanto la efectividad de las intervenciones preventivas a toda la población como la orientación y tratamiento a tiempo de la mayoría de los problemas de salud. La proyección de estos resultados coincide con la presentada en el trabajo de Fusté y Rué sobre los determinantes que explican la implantación de las medidas preventivas en los centros de salud²³, en el que la accesibilidad se mide desde el punto de vista de dotación de recursos humanos.

Otro punto para la reflexión lo constituyen aquellos aspectos organizativos que, siendo considerados por la organización como facilitadores del acceso, son percibidos por la población como barreras a la atención médica. Tal es el caso de la "cita para el día solicitado" y el "tiempo de espera en la consulta médica adecuado". Sin embargo, hay que destacar que todos los grupos de población valoran muy positivamente la accesibilidad geográfica a los centros, aspecto este último acorde con las políticas sanitarias de los últimos años.

Según los resultados obtenidos de este trabajo, las intervenciones de mejora deberían dirigirse, principalmente, a garantizar la accesibilidad a la atención primaria, adecuando estos servicios a las necesidades de la población, en particular a la población adulta joven. El análisis de las encuestas de satisfacción global realizado por segmentos de población insatisfecha permite obtener la información expresada por la población con más nitidez y unos mayores márgenes de variabilidad. Se propone la mediana para identificar a la población insatisfecha y aquellos aspectos de la asistencia susceptibles de ser mejorados.

Agradecimientos

A Montserrat Moharra por su participación técnica en el desarrollo del trabajo y a Andreu Segura por la revisión y aportaciones en las fases iniciales de este artículo.

Bibliografía

- Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:57-60.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Supl 3):26-33.
- Bohigas LI. La satisfacción del paciente. *Gac Sanit* 1995;9:283-6.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient: I – Important general considerations. *BMJ* 1991;302:887-9.
- Ibern P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gac Sanit* 1992;6:176-85.
- Hulka B. Validation of a patient satisfaction scale. Theory, methods and practice. *Med Care* 1982;20:649-53.
- Ware JE, Hays R. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988;26:393-402.
- Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 1992;14:236-49.
- Blendon RJ, Donelan K, Jovell A, Pellisé L, Costas E. Data watch. *Health Affairs* 1991;10:216-28.
- Hernando P, Lechuga FJ, Gumà JR, Martín-Flórido C, Vivancos H, Carrau E, et al. Valoración de la satisfacción en pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio: la utilidad del informe del usuario y los grupos de discusión. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:261-8.
- Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Cuadernos de Gestión* 1997;3:90-101.
- Rodríguez-Legido CI. Las "escalas" como medida de la satisfacción con la atención médica en Andalucía. *Gac Sanit* 1986;5:237-41.
- Bolívar I y Grupo de Estudio de la Utilización de Servicios Sanitarios de Mataró. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria. *Gac Sanit* 1999;13:371-83.
- Ware JE, Snyder M. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975;13:669-82.
- Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;3:320-6.
- Hulka B, Kupper L, Daly M, Cassel J, Schoen F. Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: A community perspective. *Med Care* 1975;13:648-58.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient II: Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 1991;302:1129-32.
- Hall J, Dornan C. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1996;30:811-8.
- Borrás JM. La utilización de los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1994;8:30-49.
- Ortola P, Blanquer J, Rodríguez J, Rodrigo O, Villagrasa F, Climent JA. Satisfacción del usuario en atención primaria: resultados de una encuesta a domicilio. *Aten Primaria* 1993;12:24-32.
- Rodríguez-Legido C. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-92. *Gac Sanit* 1995;9:311-5.
- Delgado A, López L, Luna del Castillo JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 1995;16:22-9.
- Fusté J, Rué M. Los determinantes y las actividades preventivas. *Gac Sanit* 2001;2:35-89.