

La anatomía de la satisfacción del paciente

Rafael Serrano-del Rosal, D en C Pol y Soc,⁽¹⁾ Nuria Lorient-Arín, Lic en Soc.⁽¹⁾

Serrano-del Rosal R, Lorient-Arín N.
La anatomía de la satisfacción del paciente.
Salud Publica Mex 2008;50:162-172.

Resumen

Objetivo. Conocer cómo puede variar la satisfacción global de los usuarios del servicio sanitario público andaluz en función de su satisfacción con aspectos concretos del mismo. **Material y métodos.** Los datos corresponden a la *Encuesta a usuarios de los servicios de atención primaria* prestados por el Servicio Andaluz de Salud (España) en el año 2005. Se ha construido una variable de *Satisfacción global* a partir de tres indicadores del estudio, y reducido 23 indicadores de satisfacción parcial a *tres dimensiones de satisfacción*, para analizar la relación existente entre ellos. **Resultados.** La satisfacción con los aspectos organizativos del servicio es la dimensión con más capacidad para explicar un aumento o descenso de la satisfacción global de los usuarios. **Conclusiones.** Tras alcanzar un nivel de satisfacción alto con el acto médico, el ámbito que determina la satisfacción global en Atención Primaria es el organizativo, que contiene los aspectos con mayores niveles de insatisfacción.

Palabras clave: satisfacción del paciente; calidad de la atención de salud; salud pública; España

Serrano-del Rosal R, Lorient-Arín N.
The anatomy of patient satisfaction.
Salud Publica Mex 2008;50:162-172.

Abstract

Objective. To analyze how the overall satisfaction of users of the Andalusian Public Health Service varies according to their level of satisfaction with the different dimensions and specific aspects of the service. **Materials and Methods.** Data stem from the *Primary Care Services User Survey* conducted in 2005 as part of a larger research project regarding user satisfaction with the Andalusian Public Health Service. The methodology was to establish a compound variable for *Global satisfaction* from three initial satisfaction measurements found in the survey and to reduce 23 indicators for partial satisfaction to *three satisfaction dimensions* in order to analyze the existing relationship between them. **Results.** The level of satisfaction with the dimension called the “organizational aspects of the service” best reflects the increase or decrease in the users’ Global satisfaction level. Users’ satisfaction with “medical services received” as well as the “state of the amenities” has less of an impact on the level of Global satisfaction. **Conclusions.** Once a high level of satisfaction with the medical services is attained, the organization is the dimension that most determines the level of Global satisfaction with Primary Care services because this dimension contains factors that reflect the highest levels of dissatisfaction.

Key words: patient satisfaction; quality of health care; public health; Spain

(1) Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Córdoba, España.

Es ya una práctica común, al menos en las sociedades occidentales desarrolladas, evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios.^{1,2} El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene, al menos, una triple justificación: por un lado, desde la óptica de la participación social, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria.³ Por otro lado, en muchos ámbitos existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio,⁴ aportando a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas.^{3,5-7} Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud.⁸⁻¹¹

Una de las formas más habituales de participación de los usuarios en la evaluación de un servicio sanitario se consigue mediante el desarrollo de instrumentos de acopio de información, como las encuestas de satisfacción. Éstas permiten que los usuarios valoren tanto el servicio recibido como muchos de sus componentes o características concretas.³ Los datos obtenidos se pueden analizar y sistematizar, identificando los elementos mejor y peor valorados por los usuarios, lo cual es de gran utilidad para la evaluación de la política pública sanitaria y de los servicios que, a través de ella, se ponen en marcha.^{12,13} De esta manera, se pueden introducir mejoras en la gestión de forma que se ofrezca un servicio que sea y se perciba de mayor calidad, lo que abundará, sin lugar a dudas, en el incremento de la satisfacción de los pacientes y, por ende, en el mejoramiento de los servicios sanitarios y la salud pública.¹⁴

Algunos especialistas en el tema^{3,15} han mostrado la alta correlación existente entre la satisfacción del usuario y la calidad del servicio, lo que implica la necesidad del conocimiento de la primera para poder conocer mejor y aumentar la segunda. De hecho, la medición de la satisfacción de los usuarios es un buen *proxi* de la calidad de la asistencia.^{16,17} Strasser y Devis definieron la satisfacción como los juicios de valor personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben en el centro de salud, definición que recoge conceptualmente el hecho de que la satisfacción esté influida por las características del paciente y por sus experiencias de salud.¹⁸

Para una mejor comprensión de cómo se forma la satisfacción del usuario de un servicio sanitario hay que

tener en cuenta que ésta es una realidad compleja, de naturaleza multidimensional; de hecho, los individuos son capaces de hacer un juicio global de éste, así como de distinguir varias dimensiones del servicio y evaluarlas separadamente en términos de cuál es la satisfacción en cada una de ellas.^{14,19,20} Una vez conocida la satisfacción en cada dimensión del servicio recibido, puede determinarse cómo éstas contribuyen a la configuración de la satisfacción global. En un primer momento, podría decirse que la satisfacción global es una suma de todas las satisfacciones parciales, pero ¿todas las dimensiones pesan igual a la hora de configurar la satisfacción global? En realidad, la respuesta a esta pregunta, sea en el sentido que sea, de no estar sustentada por la realidad empírica no sería nada más que una hipótesis o supuesto teórico de partida.

La intención de este trabajo no es otra que contestar a esa cuestión y contribuir empíricamente al objetivo de conocer cómo se conforma la satisfacción global del paciente, a través del análisis de las satisfacciones parciales, así como de la influencia de las variables socioeconómicas y sociodemográficas del entrevistado y de aquellas otras propias de la forma de la prestación del servicio o variables del sistema.

Material y métodos

Datos utilizados

Los datos analizados en este artículo son los de la *Encuesta a Usuarios de los servicios de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud* (en adelante SAS), para el año 2005, estudio que forma parte de un proyecto de investigación más amplio llamado Opinión y nivel de satisfacción que tienen los usuarios con los servicios sanitarios que reciben del SAS*. El objetivo principal

* Este estudio forma parte del Plan Estadístico de Andalucía 2003-2006, Ley 8/2002, de 17 de diciembre (ley que regula la producción de estadísticas oficiales en el período 2003-2006, en el marco de la Comunidad Autónoma Andaluza), por lo que ha sido aprobado por el Gobierno de Andalucía y ha pasado todos los requerimientos metodológicos, éticos y legales que de ello se derivan. Además, este proyecto de investigación se ha sometido a los condicionamientos que adicionalmente imponen el Comité de Ética y Buenas Prácticas y el Comité Científico Técnico para la Calidad de la Investigación del IESA/CSIC.

Los usuarios que contestaron a las encuestas eran en todos los casos mayores de edad y lo hicieron libremente una vez informados de quién realizaba las encuestas (el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, centro mixto de investigación dependiente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y de la Junta de Andalucía), del objetivo general de las mismas y de garantizarles legalmente la confidencialidad de sus opiniones y datos personales según la ley 12/89 que regula el secreto estadístico para las administraciones públicas.

del proyecto, tal y como su nombre indica, es recabar la percepción y valoración de los usuarios sobre el sistema sanitario público andaluz, siendo el SAS la organización pública encargada de prestar la atención sanitaria a los ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, España. El proyecto de investigación lo lleva a cabo el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA / CSIC) desde el año 1999, realizándose encuestas anualmente a usuarios de los servicios de atención primaria, atención especializada y atención hospitalaria.

En el estudio realizado en el año 2005 a usuarios de atención primaria se entrevistó a personas que acudieron a alguno de los consultorios o centros de salud de todos los distritos de atención primaria de Andalucía, entre el 15 de mayo y el 15 de junio de 2005. Las entrevistas se realizaron personalmente a la salida del centro tras la visita al médico de cabecera, pediatra o enfermero. El diseño consiste en tantas muestras independientes como distritos sanitarios, con al menos 400 entrevistas en cada distrito, distribuidas proporcionalmente según el tipo de centro, tamaño del municipio, grupos de edad y sexo de los usuarios.

El muestreo es estratificado por conglomerados (siendo cada conglomerado un consultorio o un centro de salud), con submuestreo aleatorio sistemático de personas dentro de cada conglomerado, cubriendo cuotas de sexo y edad. Las submuestras se distribuyen entre distritos de atención primaria, zonas básicas de salud, unidades clínicas y centros de salud, con un error general de $\pm 1\%$, para un nivel de confianza del 95 por ciento. Debido a la complejidad del diseño muestral utilizado, cuando se realizaron los análisis del fichero de datos se utilizó el módulo de Muestras Complejas del SPSS, versión 12 y 15. Mediante este módulo, se aplica al fichero de datos una sintaxis en la que se le da el peso correspondiente a cada entrevista, según el conglomerado del que forme parte, es decir, se pondera el fichero para que los análisis que se realicen tengan en cuenta las peculiaridades del diseño muestral.

El tamaño de la muestra total ha sido de 22 594 entrevistas efectivas, de las cuales 34.5% son hombres y 65.5% mujeres, y la edad media es de 52.2 ± 18.9 años.

Aunque el estudio está restringido a un área geográfica y política concreta como es la Comunidad Autónoma andaluza, el interés más general de este proyecto reside en su metodología, que puede ser empleada en cualquier otra área geográfica y/o en la evaluación de cualquier otro servicio público.²¹ La validez metodológica de la encuesta ha sido probada numerosas veces a lo largo de los ocho años en los que se viene realizando.

Para alcanzar el objetivo propuesto en este artículo, se planteó un diseño metodológico y técnico complejo que se resume en las siguientes fases.

Elección de la variable de satisfacción global

El cuestionario del estudio contiene tres preguntas consideradas de satisfacción general que recogen información sobre el nivel de satisfacción de los usuarios con el centro, con la asistencia de los profesionales y la fidelización al centro. Estas preguntas miden la percepción subjetiva del usuario sobre el proceso de atención médica que ha recibido, lo que Donabedian²² define como evaluación del “resultado” de la atención médica. Estas variables son: P2.- *¿Cómo se encuentra Ud. de satisfecho/a con el servicio que recibe en este centro?*, P20.- *¿Qué grado de confianza tiene Ud. en la asistencia que le prestan en este centro?* y P54.- *¿Recomendaría Ud. a un familiar o amigo este centro?*

Las preguntas P2 y P20 están medidas con sendas escalas tipo Likert de cinco puntos mientras que la P54 es una variable dicotómica. Las tres preguntas tienen las opciones de respuesta “no sabe” y “no contesta”.

Si bien algunos análisis realizados previamente²³ concluyeron que de estas tres variables, la de recomendación del centro es la más potente para ser considerada como variable de la satisfacción global con los servicios de atención primaria, en este trabajo, con objeto de no perder ninguna información y conociendo que el motivo de utilizar tres preguntas de satisfacción general en el cuestionario fue contrabalancear los posibles efectos de orden descritos en la literatura, se decidió construir una nueva variable de satisfacción global que agregue las tres originales. Como dos de estas variables son categóricas ordinales y la otra es nominal (excluyendo los “no sabe” y “no contesta”), se optó por utilizar el análisis de componentes principales categóricos –CATPCA–, que contiene el paquete estadístico SPSS para Windows en su versión 12.0, para conseguir dicho objetivo. Este procedimiento permite reducir el número de variables, siguiendo la misma lógica del análisis factorial de componentes principales pero sin la necesidad de que las variables originales sean numéricas. Con este análisis se obtuvo una nueva variable, etiquetada como *Satisfacción global con la atención primaria*, que tiene un autovalor mayor que uno (1.705), lo cual indica que es más explicativa que las originales. De hecho, contiene aproximadamente 57% de la información que aportan las otras tres variables conjuntamente, lo que significa que no sólo mide lo mismo, sino que es más informativa y completa y, por

ende, mejor indicador de satisfacción general que cada una de ellas independientemente.

Elección de las variables independientes

Una vez construida la variable de satisfacción global (nuestra variable dependiente), se realizaron análisis bivariados entre ésta y cada uno de los diferentes indicadores de satisfacción parcial del estudio (cuyos valores son 1 para "satisfechos" y 0 para "insatisfechos"), para analizar si existe relación estadísticamente significativa entre ellos. Se concluyó que prácticamente todos los indicadores correlacionan significativamente con la satisfacción global, seleccionándose 23 (cuya descripción se presenta en el cuadro I) para incluir en posteriores análisis y excluyendo solamente aquellos que tienen un bajo porcentaje de respuesta válido, ya que de incluirlos podrían perjudicar la representatividad de la muestra y las estimaciones que se hagan.

Dado que el número de variables explicativas seleccionado era tan elevado y que, además, se observaba una alta colinealidad entre ellas, parecía adecuado resumir la información sobre satisfacción parcial del usuario de manera más clara y comprensible, para lo cual se realizó un análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax. El resultado fue que los 23 indicadores se agruparon en tres factores o dimensiones que, por la manera en que quedan formados, es decir, por el tipo de indicadores que agrupan cada uno de ellos (cuadro II), podemos denominarlos de la siguiente manera: *Factor o dimensión 1-Satisfacción con las instalaciones*, *Factor o dimensión 2-Satisfacción con la organización* y *Factor o dimensión 3-Satisfacción con el acto médico*. Estas dimensiones aportan 42.5% de la varianza total explicada por las variables originales.

* Los indicadores de satisfacción se presentan como variables dicotómicas, con las tres primeras categorías de respuesta formando el porcentaje de insatisfechos, y la cuarta y quinta categoría formando el porcentaje de satisfechos. Se mandan a valores perdidos aquellos casos que no contestan o lo hacen con un "no sabe" o, en su caso, "no procede". La decisión metodológica de tomar el punto medio de la escala ("ni satisfecho ni insatisfecho") como insatisfacción se debe a que los aspectos así valorados por los usuarios son aspectos que si bien no generan insatisfacción, al menos no han llegado al nivel suficiente como para motivar su satisfacción. Ello redundan en que cuando se comente un determinado porcentaje de satisfacción se pueda tener la certeza de que éste contempla exclusivamente las opiniones de quienes explícitamente así se han expresado, siendo el resto los usuarios que consideran dicho aspecto insatisfactorio o, al menos, susceptible de mejora.

Cuadro I

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS INDICADORES DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, ANDALUCÍA, ESPAÑA, 2005

		N válida	Media* Desv. típ.	
P5	Trámites y papeles	18.646	0,736	0,441
P6	Tiempo de espera	22.519	0,457	0,498
P7	Comodidad de las instalaciones	22.520	0,810	0,392
P8_1	Espacio en sala de espera	22.558	0,797	0,402
P8_2	Limpieza en sala de espera	22.548	0,906	0,292
P8_3	Ventilación en sala de espera	22.532	0,817	0,386
P8_4	Comodidad de los asientos en sala de espera	22.530	0,782	0,413
P9_1	Espacio en la consulta	22.557	0,900	0,301
P9_2	Limpieza en la consulta	22.541	0,940	0,238
P9_3	Ventilación en la consulta	22.514	0,904	0,294
P10	Estado de conservación del centro	22.499	0,828	0,378
P11	Identificación de los profesionales	20.439	0,845	0,361
P12	Satisfacción con el tiempo de la consulta	22.534	0,908	0,290
P13	Grado de intimidad en la consulta	22.454	0,938	0,240
P14	Adecuación de los horarios del centro	22.494	0,899	0,302
P17	Entendimiento de la información del médico o pediatra	22.540	0,952	0,214
P26	Organización del centro en general	21.864	0,760	0,427
P27	Confidencialidad de sus datos clínicos	20.291	0,955	0,208
P28	Respeto en el trato en el centro	22.544	0,937	0,244
P29	Disponibilidad del personal del centro	22.347	0,839	0,367
P31	Información sobre los tratamientos	22.486	0,937	0,243
P32	Permiten dar su opinión sobre el tratamiento	19.807	0,812	0,390
P30X	Valoración médicos y pediatras	22.425	0,943	0,232

* Media de satisfechos en cada indicador para el total de Andalucía

Fuente: Comunidad Autónoma de Andalucía (España), 2005

Estas dimensiones empíricas surgidas tras el análisis de los datos son coincidentes con las que otros autores han propuesto teóricamente a partir de la investigación cualitativa y la revisión bibliográfica,²¹⁻²⁷ lo que confirma desde otro punto de vista la solidez de la agrupación realizada. Por otra parte, dicha agrupación junto con la variable dependiente construida, en conjunto, dan cuenta de la visión integral de los enfoques estructura, proceso y resultados que Donabedian consideraba necesaria para la evaluación de la calidad.²²

Cuadro II
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, AGRUPACIÓN DE INDICADORES DE SATISFACCIÓN EN FACTORES O DIMENSIONES.
ANDALUCÍA, ESPAÑA, 2005

	<i>Dimensión 1 Sat. Instalaciones</i>	<i>Dimensión 2 Sat. Organización</i>	<i>Dimensión 3 Sat. Acto médico</i>
Ventilación en la consulta	0,795	0,042	0,096
Limpieza en la consulta	0,778	-0,014	0,107
Espacio en la consulta	0,774	0,062	0,095
Ventilación en la sala de espera	0,744	0,188	0,047
Limpieza en la sala de espera	0,101	0,101	0,076
Espacio en la sala de espera	0,716	0,215	0,023
Comodidad de los asientos en la sala de espera	0,656	0,236	0,048
Comodidad de las instalaciones	0,639	0,299	0,004
Estado de conservación del centro	0,610	0,322	0,040
Disponibilidad del personal del centro	0,086	0,705	0,202
Organización del centro en general	0,231	0,646	0,127
Respeto en el trato en el centro	0,045	0,580	0,240
Trámites y papeles	0,071	0,491	0,063
Identificación de los profesionales	0,123	0,471	0,100
Confidencialidad de sus datos clínicos	0,101	0,371	0,161
Tiempo de espera	0,079	0,339	-0,011
Adecuación de los horarios del centro	0,120	0,258	0,096
Valoración del médico y pediatra	0,065	0,087	0,695
Información sobre los tratamientos	0,069	0,105	0,685
Entendimiento de la información del médico o pediatra	0,032	0,034	0,666
Satisfacción con el tiempo de la consulta	0,059	0,185	0,634
Permiten dar su opinión sobre el tratamiento	0,042	0,191	0,514
Grado de intimidad en la consulta	0,066	0,234	0,432

Fuente: Comunidad Autónoma de Andalucía, España, 2005

Por otro lado, en el análisis de la formación de la satisfacción global de los usuarios, la naturaleza subjetiva y social del concepto de satisfacción hace necesario tener en consideración la influencia que sobre la misma pueden tener las características sociodemográficas del usuario, a saber: la edad, el género, el estado civil, el número de personas que conviven en el hogar, el nivel de estudios, la ocupación, la frecuentación al centro y el tamaño del municipio en el que reside. De la misma manera, ya que el servicio que se analiza no se presta ni en el mismo centro ni en idénticas condiciones físicas u organizativas, parece oportuno también tener en cuenta en la formación de la satisfacción de los usuarios algunas características de la prestación del servicio o variables del sistema, como son el tipo de visita, el tipo de cita o el sexo del médico (ver cuadro III que contiene una descripción de las categorías de cada una de estas variables).

Análisis de la importancia de las satisfacciones parciales, de las características sociodemográficas y de las condiciones de prestación del servicio en la configuración de la Satisfacción global con la atención primaria

Tras la preparación de las variables independientes y de la variable dependiente, se pasó a determinar el grado de relación existente entre ellas. Para ello, se introdujeron en una regresión lineal, con la que se creó un modelo que permite determinar la proporción de variabilidad de la satisfacción global que son capaces de explicar la satisfacción con las diferentes dimensiones del servicio, así como las características sociodemográficas del usuario y las condiciones de prestación del servicio. Los cuadros IV y V presentan las medidas de bondad de ajuste del

Cuadro III

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DESCRIPCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SISTEMA. ANDALUCÍA, ESPAÑA, 2005

Variable	Categorías	Variable	Categorías
Grupos de edad	1 Menos de 30 años 2 De 30 a 45 años 3 De 46 a 65 años 4 Más de 65 años	Estado civil	1 Casado o conviviendo 0 Solteros, separados y viudos
Sexo entrevistado	1 Hombre 0 Mujer	Frecuentación al centro (año)	1 0-5 veces 2 6-10 veces 3 11-20 veces 4 21-50 veces 5 51 o más veces
Ocupación	1 Trabaja 0 No trabaja	Sexo médico	1 Hombre 0 Mujer
Nivel de estudios	1 Analfabeto 2 Primaria 3 Secundaria 4 Universitario	Tipo de visita	1 Visita médico 0 Visita pediatra
Nº personas hogar	1 Vive solo 2 Vive con 1 persona 3 Vive con 2 personas 4 Vive con 3 personas 5 Vive con 4 personas 6 Vive con 5 o más personas	Tipo de cita	1 Con cita 0 Con número
		Tamaño de núcleo	1 Menor de 2 000 habitantes 2 Entre 2 000 y 5 000 habitantes 3 Entre 5 000 y 20 000 habitantes 4 Entre 20 000 y 100 000 habitantes 5 Más de 100 000 habitantes

Fuente: Comunidad Autónoma de Andalucía, España, 2005

Cuadro IV

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE RESUMEN DEL MODELO. ANDALUCÍA, ESPAÑA, 2005

	R	R cuadrada	R cuadrada corregida	Error estand. de la estimación	Estadísticos de cambio				Sig. del cambio en F
					Cambio en R cuadrada	Cambio en F	gl1	gl2	
Modelo	0.650	0.422	0.422	0.77232	0.000	4.674	1	17 515	0.031

Variables predictoras: (Constante), Organización, Acto médico, Instalaciones, Grupos de edad, Tamaño de núcleo, Tipo de visita, Sexo del entrevistado, Sexo del médico

Fuente: Comunidad Autónoma de Andalucía, España, 2005

modelo, así como los betas estandarizados para cada variable independiente.

Con el análisis de los betas obtenidos puede hacerse una primera valoración sobre cuál de estas variables, *ceteris paribus*, es más explicativa de la variabilidad de la satisfacción global, si bien para conocer la importancia relativa de cada una de ellas se estimaron los índices de Pratt.²⁸ Este estadístico resulta de multiplicar el coeficiente de regresión (β) de cada variable independiente por la correlación simple con la variable dependiente (r), y dividir el resultado por el R^2 del modelo: $d_j = (\beta_j r_j / R^2) \times 100$.

Por tanto, la suma de las importancias de todas las variables independientes es 100. Realizando este cálculo para cada variable independiente incluida en el modelo de regresión lineal, se obtiene la proporción de variabilidad de la variable dependiente (R^2) que explican, siendo r_j la estimación de la correlación entre la variable dependiente y la independiente.

Los índices de Pratt, además de su fácil interpretación, se consideran muy apropiados para determinar la importancia relativa y ordenar variables, tal y como señalan Ochieng y Zumbo.²⁹

Cuadro V
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, COEFICIENTES. ANDALUCÍA, ESPAÑA, 2005

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados Beta	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
	B	Error stand.				Límite inferior	Límite superior
(Constante)	-0,026	0,027		-0,970	0,332	-0,079	0,027
Organización	0,469	0,006	0,462	79,019	0,000	0,458	0,481
Acto médico	0,390	0,006	0,384	66,607	0,000	0,379	0,401
Instalaciones	0,218	0,006	0,215	37,130	0,000	0,207	0,230
Grupos de edad	0,050	0,006	0,051	8,242	0,000	0,038	0,062
Tamaño de núcleo	-0,020	0,005	-0,025	-4,286	0,000	-0,029	-0,011
Tipo de visita	-0,060	0,018	-0,021	-3,373	0,001	-0,096	-0,025
Sexo del entrevistado	-0,038	0,013	-0,018	-3,027	0,002	-0,063	-0,014
Sexo del médico	0,026	0,012	0,013	2,162	0,031	0,002	0,050

Variable dependiente: Satisfacción global con Atención Primaria

Fuente: Comunidad Autónoma de Andalucía, España, 2005

Resultados

El principal resultado del análisis realizado es que la satisfacción que expresan los usuarios en cada una de las tres dimensiones del servicio –instalaciones, organización y acto médico– tiene una relación conocida y estadísticamente significativa con la satisfacción global, por lo que un cambio en la satisfacción en cualquiera de ellas afectará en el nivel de satisfacción global, ya sea en positivo o en negativo. Además, el cálculo de los Índices de Pratt (cuadro VI) permite conocer que, de las tres dimensiones surgidas del análisis empírico de las satisfacciones parciales, la satisfacción con los aspectos organizativos es la que tiene más capacidad para variar la satisfacción global, con una importancia de 51.6 por ciento. La satisfacción con el acto médico obtiene 35.2% de importancia a la hora de modificar la satisfacción global, restándole 11% de importancia a la satisfacción con las instalaciones. Por tanto, no sólo podemos confirmar empíricamente una vez más que la satisfacción del paciente es multidimensional, como recogía el concepto citado en la introducción, sino que además damos un paso más mostrando que: 1) no todas las dimensiones son igualmente importantes y, por tanto, la satisfacción global no se construye como mero sumatorio de las satisfacciones parciales, y 2) cómo y cuál de estas dimensiones, para el caso de la satisfacción de los usuarios de los servicios de atención primaria de Andalucía, afecta más a la variabilidad de satisfacción global con las implicaciones positivas que ello tiene para el conocimiento y gestión de estos servicios.

Respecto al resto de variables incluidas en este análisis, presentan relación estadísticamente significativa las sociodemográficas: edad, sexo del entrevistado y tamaño del núcleo poblacional donde se presta el servicio; y las variables de sistema: sexo del médico y tipo de visita.

Cuadro VI
ÍNDICES DE PRATT DE LAS DIMENSIONES, LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS VARIABLES DE SISTEMA. ANDALUCÍA, ESPAÑA, 2005

R cuadrada: 0,422	Correlaciones	Sig.	Coeficientes	I. Pratt %
Grupos de edad	0,169	0,000	0,051	2,10
Sexo entrevistado	0,007	0,002	-0,018	-0,03
Ocupación	-0,094	no		
Nivel de estudios	-0,08	no		
Estado civil	-0,015	no		
Nº personas hogar	-0,089	no		
Frecuentación	0,037	no		
Sexo médico	0,021	0,031	0,013	0,01
Tipo de visita	0,042	0,001	-0,021	-0,02
Tipo de cita	-0,008	no		
Tamaño de núcleo	-0,058	0,000	-0,025	0,03
Instalaciones	0,217	0,000	0,215	11,00
Organización	0,471	0,000	0,462	51,60
Acto médico	0,387	0,000	0,384	35,20
				100

Variable dependiente: Satisfacción global con Atención Primaria

Fuente: Comunidad Autónoma de Andalucía, España, 2005

Esta información indica que las características propias de la oferta y las de los usuarios también afectan a la valoración global de su satisfacción. Mediante el cálculo de los Índices de Pratt (cuadro VI), se concluye que la edad del usuario es la variable sociodemográfica que más puede influir en el nivel de satisfacción global, con una importancia de 2.1 por ciento. El resto de variables –sexo del entrevistado, sexo del médico, tipo de visita y tamaño del núcleo– presentan una importancia relativa muy baja, inferior a 0.5%, por lo que su capacidad predictiva es más reducida.

El conjunto de variables introducidas en el modelo explica 42.2% de la variación en la satisfacción global con la atención primaria, aunque cabe señalar que prácticamente la totalidad de este porcentaje está explicado en función de la satisfacción con los aspectos organizativos, con el acto médico y con las instalaciones, siendo mínima la capacidad explicativa del resto de variables. El hecho de que las variables sociodemográficas y de sistema obtengan una importancia predictiva baja es coherente, teniendo en cuenta que la satisfacción de los usuarios con el servicio de atención primaria debería de estar principalmente afectada por las características de éste y, aunque toda valoración subjetiva está afectada por las características sociodemográficas, no deberían ser éstas las que determinen el indicador, puesto que si así fuese, el indicador no mediría lo que pretende medir y, por tanto, carecería de validez.

Discusión

Demostrada una vez más la naturaleza multidimensional del concepto de satisfacción del paciente, se ha examinado la importancia relativa de la satisfacción expresada por el usuario con cada dimensión del servicio sanitario para determinar cómo varía la satisfacción global con los servicios de atención primaria en Andalucía.

Si bien el modelo de evaluación de la calidad de los servicios sanitarios propuesto por Donabedian²² descomponía teóricamente la atención médica en las dimensiones *técnica*, *interpersonal* y de las *comodidades*, los análisis empíricos realizados en este artículo muestran que la satisfacción de los usuarios, calidad subjetiva, puede ser analizada desde tres dimensiones que han sido llamadas *organizativa*, *acto médico* e *instalaciones*. Comparando éstos resultados con los de Donabedian, son coincidentes la dimensión de *instalaciones* con la de *comodidades*, puesto que se refieren a la valoración de los elementos del ambiente físico que rodean el proceso de atención. En cambio, las otras dimensiones no evalúan los mismos aspectos agrupados de la misma manera:

Donabedian dividía también la atención médica en la dimensión *técnica*, que implica la aplicación del proceso médico-curativo para solucionar el problema de salud, y en la dimensión *interpersonal*, que tiene que ver con la interacción social entre prestadores y usuarios. A nivel empírico, las variables se agrupan en la dimensión *acto médico*, que incluye la interacción tanto técnica como relacional con el personal médico, y la dimensión de la *organización*, que contiene aquellas cuestiones de la parte administrativa y de la relación del usuario con el centro que pueden verse afectadas por el funcionamiento del mismo.

Una vez resumidas las satisfacciones parciales en tres dimensiones, se interpreta de los análisis que la valoración de los aspectos organizativos es la que tiene más capacidad para explicar la variabilidad de la satisfacción global de los usuarios de la atención primaria, siendo el segundo factor más importante el compuesto por la valoración del acto médico y, por último, la opinión sobre el estado de las instalaciones. Estos datos indican que los aspectos mal valorados de la organización van a influir negativamente en mayor medida en la satisfacción global de los usuarios que cualquier otro aspecto mal valorado que sea de las instalaciones o incluso del propio acto médico. De hecho, los tres indicadores de satisfacción parcial que más porcentaje de insatisfechos presentan en este estudio son la valoración del tiempo de espera, la facilidad para resolver trámites y papeles, y la valoración de la organización del centro en general, aspectos todos pertenecientes a la dimensión organizativa.

Cabe señalar que, en general, los servicios sanitarios públicos andaluces de atención primaria están muy bien valorados por los ciudadanos, con niveles de satisfacción bastante altos en la mayor parte de los aspectos. Además, los indicadores que recogen aspectos de calidad global (satisfacción general) se encuentran entre los mejor valorados, reforzando empíricamente algunas de las conclusiones que culminan en el conocido meta-análisis de Hall y Dorman.³⁰ Pero también se han detectado problemas y debilidades que están resultando recurrentes y difíciles de superar, conformando sin duda los retos que el SAS debe abordar para seguir mejorando los servicios que presta. De esta manera, la información obtenida con este tipo de análisis es de gran relevancia para la gestión sanitaria, mostrando con rigor e indudable sustento empírico el ámbito en que es más prioritario intervenir para conseguir mayor calidad en el servicio prestado y, por ende, mayor satisfacción de los usuarios.

Es esencial destacar que en este estudio la dimensión *acto médico*, si bien es muy importante para tratar de entender como se conforma la satisfacción del usuario

de atención primaria del SAS, no es la más importante para predecir la variación de la satisfacción global, como ocurría en los primeros análisis realizados en este ámbito en otras épocas y países.^{31,32} Probablemente, la explicación a esto se deba a que las variables que conforman la dimensión acto médico en el caso de Andalucía y, en especial, las relacionadas con los profesionales sanitarios, han alcanzado ya en el 2005 niveles de satisfacción muy altos, adquiriendo mayor relevancia otros aspectos de la prestación del servicio como es el organizativo.

Por otro lado, para definir la satisfacción global del usuario hay que tener en cuenta, al tiempo que las satisfacciones parciales o diferentes dimensiones de la satisfacción del usuario, la influencia que ejercen sus características sociodemográficas y las diferentes condiciones de la prestación del servicio. Subrayar que la edad del paciente es la variable del individuo más importante para predecir que éste se muestre más o menos satisfecho a nivel general, tal y como se había demostrado en estudios anteriores,^{14,31} estando las personas mayores más satisfechas con la atención recibida que las más jóvenes, incluso cuando dejamos *ceteris paribus* variables normalmente relacionadas con la anterior, al menos en Andalucía, como son el nivel de estudios alcanzado, su sexo o su estado civil. Sin embargo, en este sentido hay que destacar también que su capacidad explicativa de la variabilidad de la satisfacción global es reducida, al menos comparándola con la importancia de las satisfacciones parciales.

Junto a la edad, hay otras características que pueden predecir una parte de la variación de la satisfacción global del paciente de manera estadísticamente significativa, aunque su grado de importancia es aún menor que la de aquella. El tamaño del núcleo en el que habita el usuario influye en el sentido en que se encuentra mayor satisfacción en municipios pequeños. A esta conclusión han llegado también otros autores³³ y, probablemente, este hecho pueda tener al menos dos explicaciones. En primer lugar, en municipios de menor tamaño los usuarios perciben un trato más cercano con el personal médico lo que está demostrado³³ mejora el acto médico y la satisfacción con el servicio recibido. Y, en segundo lugar, por regla general estos usuarios han visto superadas sus expectativas, puesto que la expansión territorial que han tenido los servicios sanitarios en general y los de atención primaria en particular en Andalucía en los últimos 25 años ha sido más que notable.³⁴

Por otro lado, según el tipo de visita que realiza el paciente, hay más porcentaje de satisfechos entre los que van al médico de cabecera que entre los que acuden al pediatra. Esta diferencia puede estar relacionada también con, al menos, dos factores: por un lado, los padres,

madres o tutores que llevan a los menores al pediatra tienen, en términos generales, una edad más baja que la media lo que según se ha podido comprobar hace que tengan una opinión más crítica. Por otro lado, como es sabido, las enfermedades que llevan a los menores a los servicios de atención primaria suelen ser muy agudas y, por lo general, provocan gran ansiedad en sus progenitores, por lo que éstos suelen ser más críticos con la atención recibida para el niño que cuando son ellos mismos los pacientes.

Respecto al sexo del entrevistado, hay que señalar que los hombres presentan porcentajes de satisfacción ligeramente más altos. Este hecho tiene que ver principalmente con que las mujeres son las que ejercen de acompañantes y llevan a los menores al pediatra, características ambas asociadas estadísticamente a quienes presentan porcentajes menores de satisfacción como ya se ha señalado anteriormente. Además, son las mujeres las que perciben su salud como más deteriorada en términos generales³⁵ por lo que no parece ilógico que valoren de forma algo peor los servicios sanitarios que les prestan.

Para concluir, existen diferencias de satisfacción significativas a nivel estadístico según el sexo del médico. Los pacientes que son atendidos por un médico hombre presentan mayor porcentaje de satisfechos que los atendidos por mujeres médico. Este hecho tiene varias hipotéticas explicaciones: 1) el hecho de que haya más número de médicas en centros de salud que en consultorios (siendo precisamente en aquéllos donde hay menos porcentaje de satisfechos), y 2) hay mayor porcentaje de personas atendidas por una médica entre el grupo de usuarios de menor edad, los cuales se muestran habitualmente más críticos con el sistema.

A pesar de que las personas con mayor nivel de estudios presentan niveles de insatisfacción más altos, tal y como han recogido otros estudios,^{16,17,36,37} en este modelo no existe relación estadísticamente significativa entre nivel de formación reglada alcanzado y la satisfacción global.

A modo de resumen, mientras la eficacia en el diagnóstico y en el tratamiento debería ser la prioridad en la gestión de una política sanitaria eficaz, una vez garantizado esto, deberían dedicarse recursos adicionales para alcanzar la excelencia del servicio. El conocimiento de los aspectos que generan mayor y menor satisfacción en los servicios públicos sanitarios de atención primaria en Andalucía ayuda a orientar la decisión de cómo asignar los presupuestos públicos, sabiendo que los aspectos de organización afectan a la satisfacción de los usuarios de forma más importante que otros aspectos, en los que además la satisfacción

es muy alta. Además, y siguiendo las conclusiones a las que llegaron Hall y Dorman,³⁰ se concluye que los determinantes demográficos y socioeconómicos son un pequeño predictor de la satisfacción. Sin embargo, su papel podría ser importante para que los proveedores conozcan el conjunto de pacientes en riesgo de obtener peores experiencias.

Agradecimientos

Los autores de ese trabajo quieren hacer un agradecimiento muy especial a Lourdes Biedma Velásquez, Julia Ranchal Romero y José M^a García de Diego, todos ellos miembros de nuestro grupo de investigación. Sin ellos no hubiera sido posible este trabajo, no sólo por colaborar en la producción de los datos que son la base empírica de este trabajo, sino también por colaborar en las primeras versiones del mismo, aportar ideas y sugerencias y, sobre todo, por crear el mejor de los climas de trabajo posibles. Igualmente queremos agradecer al Servicio Andaluz de Salud/Consejería de Salud-Junta de Andalucía su decidida motivación y colaboración para desarrollar el proyecto de investigación que está en la base de este y muchos otros trabajos de este grupo de investigación; también al Ministerio de Educación y Ciencia español, Plan Nacional I+D+I (SEJ2005-06099) el apoyo financiero a este proyecto. En todo caso, la responsabilidad última del contenido de este trabajo es de los autores.

Referencias

1. Ruiz M, Martínez G, Calvo J, Aguirre H, Arango R, Lara R, et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Publica Mex* 1990;32:156-169.
2. Clearly PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, et al. Patients evaluate their hospital care: A national survey. *Health Affairs* 1991;10:254-267.
3. Serrano-del Rosal R, Biedma L. El usuario del sistema sanitario: gestor de calidad. IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Granada: Libro de resúmenes, 2005:262.
4. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Publica Mex* 1993;35:238-247.
5. Parasuman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing* 1985;49:41-50.
6. Parasuman A, Zeithaml V, Berry L. Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *J Mark* 1994;70:201-230.
7. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública. 1990:10-12.
8. Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Concepto y aspectos metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 1992;4:89-116.
9. Carminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Calidad Asistencial* 2001;16:276-279.
10. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982;16:577-582.
11. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994;38:509-516.
12. Mciver S. An introduction to obtaining the views of users of health service. London: King's Fund, 1991.
13. Bond S. Measuring patients satisfactions with nursing care. *J Adv Nurs* 1992;17:52-63.
14. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *Br Med J* 1991;302:887-889.
15. Steiber R. Measuring and managing patient satisfaction. *Journal American Hospital Publishing*, 1998:1-23.
16. Valdés R, Molina J, Solís C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Publica Mex* 2001;43:444-454.
17. Rees-Lewis J. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med* 1994;39:655-670.
18. Strasser S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991:210.
19. Fitzpatrick R. Satisfaction with health care. En: Fitzpatrick R, ed. *The Experience of Illness*. London: Tavistock, 1984:154-175.
20. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? *Med Care Rev* 1990;47:267-326.
21. Serrano-del Rosal R, Vera E, Ateca V. What drives patient discontent? The effect of individual and market determinants. IESA Working Papers series 2005 (0501).
22. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México, DF: Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984.
23. Serrano-del Rosal R, Vera E, Ateca V. Searching for the most suitable tool to measure satisfaction with healthcare: the importance of patient discontent. IESA Working Papers series 2005 (0504).
24. Fernández M, Gavira L, Pérez M, Serrano-del-Rosal R, Trujillo M. La sanidad desde el otro lado. Valoración social del sistema sanitario público en Andalucía. Andalucía: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2001.
25. Abdellian FG, Levine E. *Better Patient Care through Nursing Research*. New York: McMillan, 1965.
26. Ware JE, Snyder MK, Wright R, Davies AR. Defining and Measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluations and program planning* 1983;6:247-263.
27. Baker R. Development of a questionnaire to assess patient's satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* 1990;40:87-490.
28. Pratt JW. Dividing the indivisible: using simple symmetry to partition variance explained. En: Pukkila T, OPuntannen S (ed). *Second international Conference in Statistics*. Tampere: University of Tampere, 1987:245-260.
29. Ochieng CO, Zumbo BD. Examination of a variable ordering in linear regression models: An assessment of the relative Pratt index in Likert data. En: *First Annual Bob Conry conference on Measurement Evaluation and Research and Methodology*. Vancouver: University of British Columbia, 2001.
30. Hall TA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990;30:811-818.

31. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JL, Blanchard EB. Physician, Behaviours, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfactions of hospitalized adult cancer patients. *Cancer* 1990;65: 186-192.
32. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund* 1966;44: 166-203.
33. García-Arqué RM. Actitudes de la población ante el sector sanitario. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1997.
34. Fernández M, Gavira L, Pérez M, Serrano-del Rosal R, Trujillo M. La sanidad desde el otro lado. Valoración social del sistema sanitario público en Andalucía. Andalucía: Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2001.
35. Rohlfs I, Artazcoz L. Diferencias y desigualdades en la salud de mujeres y hombres. Monográfico sobre estrés. *Rev Lan Osasuna Salud Laboral y Estrés* 2000.
36. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45: 1829-1843.
37. Ramírez T de J, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998;40:3-12.