

LA MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN SALUD: ANDALUCÍA 1984-1992

Clementina Rodríguez-Legido

Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla

Resumen

Las escalas de actitud constituyen una herramienta de indiscutible utilidad para medir la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios y detectar sus aspectos más importantes. En este trabajo se presenta un estudio de satisfacción, llevado a cabo en la Comunidad Autónoma Andaluza en el año 1992 basado en las actitudes de los usuarios hacia tres áreas: cualidades personales del médico, competencia profesional y relación coste-comodidad de la atención recibida. Los resultados de este estudio se comparan con los obtenidos en otro realizado en 1984, fecha en que Andalucía recibió las transferencias del INSALUD. El nivel medio de satisfacción de la población en 1992 es 59,8 en una escala de 100 puntos; esta puntuación indica un ligero incremento con respecto a 1984, donde se obtuvo un valor medio de 58,8. Los aspectos que arrojan mayor insatisfacción, en ambos períodos, son los relacionados con la organización y gestión de los servicios

Palabras clave: Satisfacción de usuarios. Atención en salud. Escalas de actitud.

THE MEASUREMENT OF SATISFACTION WITH HEALTH CARE: ANDALUSIA 1984-1992

Summary

Attitude scales are a useful tool measure satisfaction with health services and to detect its main aspects. This paper describes a satisfaction study carried out in Andalusia in 1992 which is based on attitudes of users toward three areas: personal qualities, professional competence and cost/convenience. Results are compared to those obtained in a similar survey carried out in 1984, when competences on Health Services were transferred from the Central Government. The average level of satisfaction measured in 1992 is 59.8, over a 100 points scale; this score is slightly higher to that measured in 1984, which was, 58.8. In both surveys the aspects related to organization and management are the worst rated.

Key words: Patients satisfaction. Health care. Attitude scales.

Introducción

En la planificación y gestión de las políticas de salud, está adquiriendo especial relevancia la opinión de los usuarios y su valoración sobre los servicios ofertados; un indicador operativo de opinión puede ser el nivel de satisfacción con estos servicios. La satisfacción ofrece información sobre las expectativas y necesidades de la población hacia la atención sanitaria; esta información, basada en la valoración personal, complementa la visión objetiva y real que tiene el proveedor sobre las prestaciones de los servicios¹.

Si por satisfacción se entiende el grado de concordancia entre las expectativas del individuo y la realidad que le rodea; en el caso de la salud la expectativa más inmediata es la curación; de hecho se ha sugerido que el estado de salud es el componente más importante en un modelo causal de satisfacción con la atención². Desde luego, existen otras expectativas que también influyen directamente en el nivel de satisfacción; esas otras expectativas se derivan de la complejidad del proceso de pérdida de salud, en el que intervienen por un lado, el estado psicológico de la persona "enferma" que demanda una relación sanitario-paciente más personal y agi-

Correspondencia: Clementina Rodríguez-Legido. Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación. Consejería de Salud. Avenida Innovación, s/n, Edificio Arena, 1; 41071 Sevilla.

Este artículo fue *recibido* el 18 de octubre de 1993 y fue *aceptado*, tras revisión, el 20 de febrero de 1995.

lidad en el sistema. Y por otro, las crecientes demandas sociales surgidas al amparo del Estado de Bienestar y que deberán encontrar respuesta en el conjunto de organismos institucionales.

Hablar de satisfacción sobre cualquier servicio a la comunidad, equivaldría a hablar de ausencia de problemas en el desarrollo de sus funciones, y a cubrir todas las expectativas de los usuarios. Aunque esta situación sería utópica, el acercamiento a ella debe ser la meta de las instituciones y organizaciones sociales.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en un intento de adaptación y mejora de los servicios sanitarios, puso en marcha una reforma sanitaria que comenzó con las transferencias del INSALUD en 1984 y que en buena lógica, aún no la considera concluida.

La llegada de las transferencias planteó la necesidad de realizar un estudio que informara sobre el nivel de satisfacción del usuario andaluz con la atención sanitaria recibida³, y que además fuera un punto de partida para detectar la repercusión, en el nivel de satisfacción, de las actuaciones que la nueva administración estaba poniendo en marcha.

En este estudio se aplicaba una metodología que ya estaba utilizándose con éxito en otros países, y que fue desarrollada por Barbara Hulka y cols.^{4,5}. Esta metodología se basa en encontrar los factores que expliquen la satisfacción del usuario en los servicios sanitarios a través de las actitudes hacia los médicos y el sistema sanitario.

Pasados ocho años desde la elaboración del primer estudio, la Consejería de Salud consideró de interés repetir su realización en 1992 y de esta forma poder detectar variaciones en el nivel de la satisfacción de la comunidad andaluza con la atención recibida. Esta comparación es el objetivo central de la presente publicación.

Material y métodos

En este trabajo se han utilizado las escalas de actitud como método para medir el nivel de satisfacción. Dado su carácter comparativo y teniendo en cuenta que para el estudio de 1984³ se tomó como referencia la escala de Hulka⁵, en éste de 1992, se ha utilizado la misma escala. Esta elección permite, además de medir el "nuevo" nivel de satisfacción del usuario andaluz con la atención sanitaria, comparar los resultados en el tiempo.

Para llegar a una medida ajustada de la satisfacción, orientada a la atención primaria, se elaboraron un serie de ítems y se agruparon en tres áreas

o subescalas. Estas áreas, propuestas por Hulka, son: satisfacción con las *cualidades personales del médico*, satisfacción con la *competencia profesional* y satisfacción con la *proporción coste-comodidad de la atención*. La dimensión de cualidades personales considera los aspectos interpersonales de la relación médico-paciente, como por ejemplo, hasta qué punto manifiesta el médico interés por el paciente como persona, en oposición al mero proceso de la enfermedad. El componente de la competencia profesional intenta valorar las percepciones del paciente con respecto a la capacitación de los médicos, su experiencia y juicio en lo relativo al diagnóstico y tratamiento. El apartado de coste/comodidad recoge diversos aspectos en relación al coste de los servicios y a las posibles barreras y obstáculos que puede haber en su utilización (dificultad para ver al médico, número de visitas al centro, tiempo de espera, condiciones físicas del centro, etc.). Los ítems que configuran estas escalas fueron publicados en el monográfico ya citado³.

El escalaje utilizado ha sido el de Likert⁶⁻⁸ (escala de cinco puntos, desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo"). Desde el punto de vista aritmético la escala de Likert es una escala sumatoria, ya que la puntuación de cada persona en la actitud medida, se obtiene mediante la suma de sus respuestas a las preguntas que actúan como estímulos. El poder discriminativo de cada ítem se estableció según el método de Edwards⁹.

El último paso del método de Likert fue el cálculo de la puntuación de los encuestados. Este cálculo se realizó a dos niveles: uno por áreas (sumatorio de los valores de los ítems que componen cada una de las áreas) y otro global o total (suma de las puntuaciones totales de las tres áreas). La mecánica para la elaboración del cuestionario definitivo se describe en otro artículo¹⁰. El análisis estadístico se ha ejecutado con el programa SPSS/PC+.

Para comprobar que las diferencias observadas entre los períodos no estuvieran influidas por sus respectivas distribuciones poblacionales, se ha realizado una estandarización de los datos de satisfacción global de 1992. El estándar utilizado ha sido la distribución de edad del estudio de 1984; ya que la edad es la variable más discriminativa y en consecuencia, la que muestra mayor influencia sobre la satisfacción^{3,11}. Teniendo en cuenta que los resultados de la estandarización arrojan escasas diferencias, el análisis comparativo se ha realizado con los datos no estandarizados.

Los datos muestrales son los siguientes: 1.601 entrevistas, con un error del 2,5%, un nivel de confianza del 95,5% y $p=0,5$. La *población objeto* es todas las personas mayores de 18 años resi-

Tabla 1. Valores medios de la satisfacción por áreas. Comparación entre 1984 y 1992

		\bar{X}	E	Máximo	Mínimo	Q ₁	Mediana	Q ₃
Cualidades personales (A)	1984	25,97	5,18	42,0	11,0	22,0	26,0	30,0
	1992	27,61	4,51	44,0	13,0	24,0	28,0	31,0
Competencia profesional (B)	1984	29,57	4,73	44,0	15,0	26,0	30,0	33,0
	1992	28,43	4,75	43,0	13,0	25,0	28,0	32,0
Proporción coste/comodidad	1984	23,85	5,07	40,0	9,0	20,0	24,0	27,0
	1992	24,54	5,05	44,0	9,0	21,0	24,0	28,0
Global	1984	79,39	12,81	119,0	40,0	70,0	79,0	88,0
	1992	80,74	12,25	118,0	41,0	72,0	80,0	89,0

dentes en la Comunidad Autónoma Andaluza. El muestreo realizado es polietápico, estratificado en las primeras fases según el tamaño de la población, y aleatorio en su etapa final, complementado con el sistema corrector de cuotas de sexo y edad. La recogida de información se ha desarrollado en los domicilios, entre el 24 de marzo y el 20 de abril de 1992. La consideración de tomar como universo la población general, se justifica porque esta población coincide en un 98,8% (dato de la Consejería de Salud) con la cobertura del seguro público de enfermedad. A pesar de esta coincidencia y para asegurar que las opiniones vertidas sobre el sistema sanitario fueran fruto de experiencias personales, se puso como condición en la última fase del muestreo, que el entrevistado hubiera hecho uso de algún servicio sanitario público en los "últimos seis meses".

Resultados

Análisis de la satisfacción con la atención sanitaria. Año 1992

Los resultados del análisis de la satisfacción con la atención sanitaria, se presentan en los dos niveles ya citados: satisfacción en cada una de las áreas, y satisfacción global.

Los resultados del análisis de la satisfacción global indican que el nivel medio de satisfacción del usuario con la atención sanitaria en Andalucía, toma valor de 80,7 en una escala que puede tener como valor mínimo 27, y como máximo 135.

En el análisis por áreas los resultados indican que el nivel más bajo de satisfacción se encuentra en el área de coste/comodidad (24,5), seguida de la de cualidades personales (27,6), siendo la de competencia profesional la mejor valorada (28,4).

Como muestra la tabla 1, las diferencias entre trato personal y cualidades profesionales son muy pequeñas (0,8 puntos). Sin embargo, entre coste/comodidad y las otras dos áreas, estas diferencias son de 3,1 y 3,9 puntos, respectivamente. Esto supone que la población valora casi por igual la competencia profesional (B) y la cualidades personales (A); mostrándose más descontentos con los aspectos relacionados con la organización de los centros (dificultad para ver al médico, número de visitas, tiempos de espera, condiciones físicas del centro, etc.) (C).

Analizando los valores intercuartílicos, se observa que si en el área A, el 25% de los encuestados se sitúan con valores por debajo de 24 puntos, en el área C, es el 50% de la muestra el que da valores por debajo de 24 puntos. En el Q3 (75% de la muestra) el área A y B obtienen 31 y 32 puntos respectivamente, mientras que el área C sólo llega a 28.

Para comprobar si las diferencias entre los valores medios de las tres áreas pueden ser fruto del azar, se ha realizado un test de significación estadística (Student-Fisher), con el resultado de que las diferencias aparecidas son altamente significativas entre las tres áreas ($p < 0,0001$ entre todas ellas).

Comparación de satisfacción entre 1984 y 1992

El resultado estandarizado de satisfacción global en 1992, ofrece un valor medio de 81,15 frente a 80,74 obtenido sin estandarizar (Tabla 1); la diferencia entre ambos valores es 0,41. Este bajo valor indica que la diferencia encontrada en los niveles de satisfacción obtenidos en los dos períodos, no están influidos por sus distribuciones poblacionales.

Como puede observarse en la tabla 1, las diferencias entre 1992 y 1984 son pequeñas en todas las áreas; aunque estas diferencias no siempre llevan el mismo signo (se recuerda que la compara-

ción de los dos estudios se ha realizado con los datos no estandarizados).

La satisfacción global ha aumentado algo más de un punto desde 1984 hasta 1992. Por áreas, aumenta la referida a cualidades personales (1,64 puntos) y la de coste/comodidad (0,69 puntos), disminuyendo la de competencia profesional (- 1,14 puntos).

Todas las diferencias encontradas entre los dos períodos, son altamente significativas con una probabilidad menor a 0,001 en cada una de las tres áreas, y de 0,01 en la global.

Observando los valores de los cuartiles, vemos que en el área A, con el 25% de respuestas, la puntuación es dos puntos superior en 1992 que en 1984; esta misma diferencia se mantiene en la mediana. Sin embargo la mediana del área B, aunque mantiene la misma diferencia, es de signo inverso (la puntuación es más baja en 1992 que en 1984). En el área C, los valores de la mediana son iguales en los dos años.

Discusión

La ventaja de utilizar las escalas de actitud como método para medir el nivel de satisfacción, frente a los cuestionarios con preguntas directas, radica en que estos últimos presentan la limitación de una gran diversidad de conceptos, de instrumentos de medida y de ámbitos de aplicación. Prueba de ello, es que este tipo de encuestas, muestra habitualmente niveles de satisfacción en torno al 80% y con poca variabilidad¹. Otra limitación adicional en este tipo de cuestionarios, es que la población tiende a responder de una forma estereotipada, socialmente aceptable y raramente expresan actitudes negativas⁶.

Un primer avance para superar estas dificultades fue la utilización de las escalas de actitudes como una forma de medida. Este método fue utilizado por primera vez en un estudio de satisfacción con la atención médica, por un equipo de profesionales del departamento de epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte, dirigido por Barbara Hulka, en 1970⁴.

A partir de este momento, la investigación en servicios sanitarios ha dedicado parte de sus esfuerzos en encontrar los factores que expliquen la satisfacción del usuario con los servicios sanitarios. En esta labor han colaborado de manera muy especial, entre otros autores, Hulka y Ware^{4,5,12,13}.

En sus investigaciones, cada uno de ellos propone un cuestionario con diferentes apartados de los atributos que determinan el grado de satisfacción. En 1987 se llevó a cabo un estudio que comparaba

ambos cuestionarios, y se comprobó que los dos son válidos y fiables, y además conducían a resultados comparables en la satisfacción total¹⁴.

Como consecuencia de algunas críticas vertidas sobre la unidimensionalidad de la escala de Hulka, los propios autores¹² realizaron una revisión de las estrategias analíticas sobre las técnicas de validación y cuestionaban la presunción de que la unidimensionalidad sea el único criterio de validación; ya que las actitudes hacia los médicos y la atención sanitaria tienen muchas vertientes. En consecuencia proponen que la validación de las escalas de actitud de los pacientes, estén basadas en una conceptualización menos rígida de sus contenidos y en una mayor consideración de sus fines y usos. No obstante parece conveniente señalar que la unidimensionalidad de la subescala coste/comodidad, está en cuestión y por tanto su consistencia interna es discutible.

Los datos obtenidos en 1992 indican que la población andaluza se siente medianamente satisfecha con la atención sanitaria que recibe. Uno de los aspectos más relevantes, y que produce los niveles de satisfacción más bajos, son los relacionados con la organización y gestión. Parece claro que deberán realizarse mayores esfuerzos para corregir los efectos negativos que producen en los usuarios; ya que, aunque la atención técnica sea de calidad, un deficiente funcionamiento de los servicios, puede complicar la atención al paciente y en consecuencia, provocar niveles de insatisfacción. Estos resultados están en la línea de los obtenidos por Blendon en su estudio de 1991¹⁵.

La relación médico-paciente es una de las facetas que demanda, en mayor medida, el usuario. Una atención más personal por parte de la organización y de los proveedores de salud lleva consigo elevados niveles de satisfacción¹⁶. La importancia psicológica y social de la pérdida de salud, hace que el individuo enfermo espere del médico, algo más que el frío reconocimiento o la simple prescripción. Sobre esta relación, los andaluces manifiestan un nivel de satisfacción, algo más elevado que el encontrado en los aspectos organizativos y de gestión. Por lo que respecta a la competencia profesional del médico, éste es el aspecto mejor valorado de los tres medidos. Parece claro que la población siente cierta confianza en la profesionalización de los médicos.

En la comparación de los resultados entre 1984 y 1992, destaca como dato importante un aumento en los niveles de satisfacción en los últimos ocho años, que aunque pequeño, apunta hacia una mejora de la atención dispensada. Este incremento en la satisfacción global se debe a una mayor satisfacción con el trato personal del médico y con los temas de

organización y gestión de los servicios sanitarios. El aumento de la satisfacción con las cualidades personales del médico, indica que estos profesionales están haciendo un mayor esfuerzo para cuidar y mejorar las relaciones y el trato con los pacientes. La variación (0,69 puntos) obtenida en el apartado de coste/comodidad, está indicando una ligera mejora en la organización y gestión; a pesar de ser este apartado donde los usuarios han manifestado, tanto en 1984 como en 1992, el menor grado de satisfacción.

La diferencia encontrada en el área de competencia profesional (1,14 puntos más bajo en 1992), es de difícil interpretación, si bien se puede apuntar que estas diferencias pueden estar provocadas por un aumento en el nivel de información de la población. Al aumentar la información, aumenta el nivel crítico y en consecuencia las opiniones son más severas.

Un aspecto importante es la desproporcionalidad entre las mejoras introducidas en el sistema sanitario y el aumento de la satisfacción de los usuarios. Las mejoras introducidas en el sistema son evidentes y pueden cuantificarse a través de indicadores como el incremento de presupuestos, de personal, de

equipamientos, de infraestructura, etc. Sin embargo, parece que el ligero aumento detectado en la satisfacción, no guarda correspondencia con el gran esfuerzo realizado por la administración sanitaria en la mejora de los servicios.

Esta desproporción se hace más evidente al contemplar el resultado obtenido en una de las preguntas (no presentada en esta publicación) sobre la valoración de los servicios sanitarios de la sanidad pública en los "últimos cinco años". Casi el 70% de los encuestados manifiesta que estos servicios son ahora mejores que hace cinco años.

La explicación a esta falta de linealidad no es única, e indica por un lado que los esfuerzos presupuestarios no siempre se han traducido en variaciones importantes en los aspectos que repercuten más negativamente en la satisfacción, como es la agilidad en la prestación de los servicios. Y por otro, que la satisfacción del usuario es tanto una consecuencia como un determinante de la utilización¹⁷, y un aumento en la satisfacción puede llevar consigo un aumento en la demanda de los servicios estableciéndose un sistema retroalimentado de satisfacción-exigencia.

Bibliografía

1. Ibern P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992; 6: 176-85.
2. Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical Care* 1993; 31: 84-94.
3. Rodríguez-Legido C. *Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1985.
4. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical care* 1970; 8: 429-35.
5. Zyzanski SJ, Hulka BS, Cassel JC. Scale for the measurement of satisfaction with medical care: modifications in content, Format and Scoring. *Medical Care* 1974; 12: 611-20.
6. Briones G. *Métodos y técnicas de investigación para ciencias sociales*. México: Trillas, 1982.
7. Mayutz R, Holm K, Hübner P. *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza Universidad, 1975.
8. Krech D, Crutchfield RS, Ballachey E. *Psicología social*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1971.
9. Edwards A. *Techniques of attitudes scale construction*. New York: Appleton-Century Crofts, 1957.
10. Rodríguez-Legido C. Las escalas como medida de la satisfacción con la atención médica en Andalucía. *Gaceta Sanitaria* 1986; 30: 237-41.
11. Linn MW, Linn BS, Stein SR. Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. *Medical Care* 1982; 20: 606-14.
12. Hulka BS, Zyzanski SJ. Validation of a patient satisfaction scale. Theory, methods and practice. *Medical Care* 1982; 20: 649-53.
13. Ware JE, Snyder MK, Wrigth WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and program planning* 1983; 6: 247-63.
14. Roberts JG, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Serv Res* 1987; 2: 637-54.
15. Blendon RJ, Donelan K. Public Opinion about Spain's National Health System. *Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Anexo III*. Madrid, 1991.
16. Cleary PD, McNeil BJ. Patient Satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25: 25-36.
17. Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services. Explorations in causality. *Medical Care* 1989; 27: 705-23.