

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

Luis González Luján¹/ Ana Costa Alcaraz²/ Clara Timoneda Aguilar³/ J. Luis Alfonso Sánchez⁴/ Pedro Cortina Greus⁴
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia. Centro de Salud de Nazaret.
Hospital de referencia de Área. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Valencia

Resumen

Objetivo. Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud (CS) de Nazaret (Valencia); detectar posibles deficiencias en las áreas estudiadas; observar si existen diferencias respecto a estudios previos en atención primaria.

Diseño. Estudio transversal, evaluación de resultados, con grupo control no equivalente.

Ámbito. Atención Primaria. Barrio de Valencia con 6794 personas con un índice de Sundberg regresivo, y un 42,6% de población mayor de nueve años analfabeta o con estudios primarios incompletos, y con un indicador del nivel de renta por barrios en 1986 de -5,6 (rango de 13,4; -8,1).

Participantes. Población diana: el conjunto de usuarios del CS de Nazaret. Los criterios de inclusión fueron: 1. Usuarios de 18 o más años, 2. Que hubiesen contactado por cualquier motivo (sanitario o administrativo) previamente con el CS al menos en una ocasión en los últimos seis meses. La muestra aleatoria seleccionada para un error máximo del 5%, un nivel de confianza del 95,5%, y una $p \leq 30\%$ para las contestaciones negativas de la escala, fue de 323 pacientes, incrementándose en un 20% ($n=388$) por posibles no colaboración/respuesta de los entrevistados.

Intervención y resultados. La edad media de los encuestados fue de 42 años. La puntuación suma global (PSG) fue de 98,1 (rango posible: 27-135). La puntuación por áreas (rango posible: 9-45) fue: área de calidad personal 35,5, competencia profesional 32,4 y la de relación coste-comodidad 30,5; un ítem de satisfacción obtuvo de media 7,2 sobre una escala de 1 a 10 (máximo), con el $P_{10}=5$, $P_{50}=7$, $P_{90}=10$. El análisis de la varianza muestra que la satisfacción se incrementa con la edad de los pacientes, la permanencia con el mismo médico, el sexo femenino, la situación de paro y bajo nivel de estudios, siendo más críticos sin ser significativa la diferencia los jóvenes, y personas con estudios superiores.

Conclusión. Consideramos buena satisfacción de los usuarios, debiendo mejorar sobre todo el área de coste-comodidad. Hay mejoría significativa respecto a estudios previos del anterior modelo de Atención Primaria.

Palabras clave: Atención Primaria. Encuesta satisfacción. Evaluación resultados.

SATISFACTION INQUIRY TO THE HEALTH CENTER USERS

Summary

Objectives. To find out the satisfaction's level of the Nazaret (Valencia) Health Center's users; To detect the deficiencies in the areas under study; To find out whether or not there are differences with previous studies in primary care.

Design. Transversal study, results evaluation with no equivalent control group.

Setting (site). Primary health care. Neighborhood of Valencia with 6749 people. With a regressive Sundberg index, and the 42.6% of the population that are older than nine years are illiterate or with incomplete primary education, the income level index by neighborhood in 1986 is -5.6 (range: 13.4; -8.1).

Participants. Target population: all the Nazaret Health Center users. The inclusion criteria were: 1. Eighteen years old (or older) users. 2. That had contacted previously for whatever reason (administrative or sanitary) with the health center at least in one occasion during the prior 6 months. The random sample was selected for a 5% maximum error, a 95.5% confidence level, and a $p \leq 30\%$ for the negative answers from the scale, its size was 323 patients, with a 20% increase for forecasted no cooperation/no answers ($n=388$).

Intervention and results. The average age of the interviewed was 42 years. The total adding score was 98.1 (theoretical range: 27-135). The score by areas (theoretical range 9-45) was: personal quality area 35.5 professional competence 32.4 and the relationship cost-confort 30.5. A total (overall) satisfaction item had an average of 7.2 on a 1 to 10 scale, with $P_{10}=5$, $P_{50}=7$, $P_{90}=10$. The analysis of variance shows that satisfaction increases with age, with the attachment to the same doctor, with feminine sex, with unemployment and, with low educational level, being more critic the young people and the people with educational level (not significative diference).

Conclusion. We consider that users have a good degree of satisfaction, that the ratio cost-confort should be improved, there is a significative improvement compared with previous studies done with the former primary health care model.

Key words: Primary health care. Satisfaction inquiry. Results evaluation.

Correspondencia: L. González Luján. Centro de Salud de Nazaret. c/ del Parque nº 7. 46013 Valencia.
Este artículo fue recibido el 17 de junio de 1992 y fue aceptado tras revisión el 7 de diciembre de 1992.

Introducción

Al valorar la calidad de los servicios sanitarios cada vez tiene mayor importancia considerar la satisfacción de los usuarios^{1,2}. Los instrumentos utilizados para su medición no han sido definitivamente estandarizados, debido a las diferentes concepciones que de ella se tienen, a la diversidad de entornos donde éstas se han aplicado (asistencia ambulatoria-asistencia hospitalaria, comunidad anglosajona estado español en nuestro caso, entre otras), y las diferentes aproximaciones metodológicas empleadas para su aplicación.

La satisfacción de los usuarios, como medida de los resultados del sistema sanitario empleada en los programas de garantía de calidad, está estrechamente ligada al concepto de preferencias subjetivas o expectativas depositadas en los servicios sanitarios por parte de los usuarios y pretende captar información sobre la prestación de esos servicios, más allá de la información objetiva que los proveedores sanitarios tienen sobre la realidad de dicho sistema³.

A partir de los primeros estudios realizados, fundamentalmente por Hulka^{4,5} y más recientemente por Ware⁶ en Estados Unidos, se han sucedido numerosos estudios en este campo, al igual ha sucedido también en España, tanto a nivel hospitalario^{7,8}, como en Atención Primaria⁹⁻¹¹ aunque cada uno de ellos con diferentes metodologías.

Los objetivos del presente estudio son a) Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud (CS) de Nazaret (Valencia), b) Detectar posibles deficiencias en las áreas estudiadas, y c) Observar si existen diferencias respecto a estudios previos en Atención Primaria.

Esta encuesta de satisfacción del usuario se encuadra dentro de un programa más amplio de garantía de calidad que se lleva a cabo en dicho Centro de Salud.

Material y método

El CS de Nazaret se ubica en el distrito denominado «poblats marítims» de Valencia, con una población según el padrón municipal de 1991 de 6794 personas con un índice de Sundberg regresivo (el porcentaje del cociente [población > 50 años/población de 15-50 años] es mayor que el porcentaje del cociente [población < 14 años/población de 15-50 años]), y un 42,6% de población mayor de nueve años analfabeta o con estudios primarios incomple-

tos (en mujeres este grupo alcanza el 46,1%), y con un indicador sintético del nivel de renta por barrios¹² que integra cinco variables (porcentaje de: población mayor de 24 años con titulación media o superior; población mayor de 17 años con estudios primarios; población mayor de 15 años en paro; de turistas por cien habitantes; y de turistas con más de 16 CV fiscales) en 1986 obtuvo un valor de -5,6 (el rango en ese momento iba de 13,41 a -8,06 en la ciudad de Valencia).

En el CS trabajan cuatro médicos generales y un pediatra (todos con título de especialidad excepto uno), seis enfermeras, dos administrativas, un auxiliar de clínica y dos celadores. Desde enero de 1990 es centro docente de la Escuela de enfermería de la Universidad de Valencia y desde enero de 1991 tiene asignada docencia para la formación MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. En el momento de realizarse la encuesta su horario de trabajo era de 8 a 15 h de lunes a sábado, quedando un médico de guardia para cubrir las urgencias hasta las 17 h. No existía atención continuada.

La población diana está constituida por el conjunto de usuarios (tanto de medicina general como de pediatría) del Centro de Salud de Nazaret. Los criterios de inclusión fueron: 1. Usuarios de 18 o más años, 2. Que hubiesen contactado por cualquier motivo (sanitario o administrativo) previamente con el CS al menos en una ocasión en los últimos seis meses. La muestra aleatoria seleccionada para un error máximo del 5%, un nivel de confianza del 95,5%, y una $p \leq 30\%$ para las contestaciones negativas de la escala, fue de 323 pacientes, incrementándose un 20% ($n=388$) por posibles no colaboración/respuestas de los entrevistados.

La encuesta que nosotros hemos realizado se basa en el cuestionario desarrollado por Hulka⁴, por ofrecernos las ventajas de ya estar validado en España^{13,14} y tener un referente de resultados previos en nuestro medio al haber sido aplicado sobre la Comunidad de Andalucía cuando todavía no estaba desarrollado el nuevo modelo de Atención Primaria en ella.

El cuestionario se aplicó mediante entrevista en el C.S. por contar con condiciones físicas para su realización, sobre los usuarios seleccionados mediante muestreo aleatorio del conjunto total que acudió por cualquier motivo al CS en septiembre de 1991. La entrevista se realizó previamente a ser visitados por su médico o enfermera, por tres encuestadores cualificados, distintos del personal del centro, previamente adiestrados en el manejo del cuestionario. Con anterioridad se realizó una prueba piloto, tras la que se ajustó definitivamente los criterios de actuación. La duración promedio

Tabla 1. Distribución por edad y sexo de los usuarios encuestados

Sexo	Grupos de edad (%)				\bar{X}	DE	Total (%)
	No consta	18-35	36-55	≥ 56			
Mujeres	1	120	74	52	41,1	16,7	147 (75,1)
Hombres	0	28	28	26	44,8	17,8	82 (24,9)
Total	1	148 (45)	102 (31)	78 (23)	42	17,1	329 (100,0)

Tabla 2. Distribución por edad y sexo de los usuarios que no contestaron la encuesta

Sexo	Grupos de edad (%)				\bar{X}	DE	Total (%)
	No consta	18-35	36-55	≥ 56			
Mujeres	4	14	13	19	49,8	17,6	50 (67,6)
Hombres	0	3	6	15	55,5	14,2	24 (32,4)
Total	4 (5)	17 (23)	19 (26)	34 (46)	51,8	16,7	74 (100,0)

para contestar el cuestionario fue de ocho minutos y la colaboración general de la población excelente. De las personas que rechazaron contestar la encuesta se recogió el motivo, la edad, el sexo, y el médico que tenían asignado.

El cuestionario consta de 27 ítems (Tabla 8), cada uno de los cuales se contesta mediante una escala de actitudes tipo Likert¹⁵, de cinco puntos repartidos del siguiente modo: 1: totalmente de acuerdo, 2: de acuerdo, 3: indiferente, 4: en desacuerdo y 5: totalmente en desacuerdo, del encuestado con el texto propuesto. Los ítems fueron agrupados originalmente en tres áreas: satisfacción con las cualidades personales del médico (área A), con la competencia profesional (área B) y satisfacción con la relación coste-comodidad (área C) de la atención recibida, esta área incluye aspectos como grado de dificultad para ver al médico cuando se necesita, número de visitas al centro, tiempo de espera para entrar a consulta y confortabilidad del consultorio. A los 27 ítems se añadió uno de valoración global (P28: «su satisfacción global sobre la calidad de la atención prestada por este CS es:») que se puntuaba sobre una escala gráfica (rango de 1 a 10).

Cada una de estas áreas agrupa nueve ítems redactados la mitad en sentido positivo y la otra mitad en sentido negativo. Para obtener la puntuación global y de cada subescala en el análisis final previamente convertimos a su verdadero valor las puntuaciones de los ítems con sentido positivo.

Las variaciones de filiación recogidas fueron: sexo, edad, años de atención con su médico actual, estado civil, número de hijos, estudios cursados,

profesión actual, si está o no en paro en el momento de realizar la encuesta, si ha trabajado previamente con percepción de salario, tiempo que estaba en paro y médico a que pertenecía.

La ocupación se ha codificado según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (revisión de 1979) a partir de la cual se puede establecer un indicador de clase social¹⁶ y valorar la satisfacción de los usuarios en función de este factor.

Calculamos el índice Kappa ponderado para el estudio de la concordancia interencuestador en el momento de registrar las contestaciones dadas por los usuarios, realizándose durante la prueba piloto encuestas simultáneas de los tres encuestadores a los mismos usuarios, el motivo de utilizar dicho índice era el intentar garantizar que los encuestadores tuviesen criterios homogéneos para su valoración.

El análisis estadístico aplicado se realizó con el paquete estadístico SPSS/PC+, utilizando el test de χ^2 para el contraste de variables cualitativas, coeficiente de correlación de Pearson entre cada ítem y la puntuación suma global (PSG) obtenida y la de cada ítem, con la PSG del área en la que está asignado el ítem el test no paramétrico de Mann-Whitney U-Wilkinson para ver diferencias por sexos en las contestaciones a cada ítem (aplicamos este test pese a ser más conservador, y no la *t* de Student por no tener una distribución normal las cinco categorías de la escala de Likert), y la *Z* de diferencia de medias para comparar las puntuaciones globales de nuestro estudio con otros previos.

Realizamos un análisis de la varianza para estudiar las diferencias de la variable respuesta: puntua-

Tabla 3. Área de cualidades personales. Relación de porcentajes por categorías para cada ítem del área de satisfacción con las cualidades personales¹

Nº ítem	Porcentaje de respuestas por categorías sin recodificar					Resultados propios 1991 (n= 329)		Resultados de Andalucía 1985 (n= 1579)	
	1	2	3	4	5	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
2*	22,8	48,3	12,3	15,1	1,5	3,8	1,0	2,6	1,0
4*	50,9	31,7	4,3	10,7	2,4	4,2	1,1	3,7	1,3
7	4,6	10,4	9,2	52,5	23,3	3,8	1,1	2,4	1,0
9	7,0	8,3	5,2	40,7	38,8	4,0	1,2	3,0	1,2
10*	27,2	47,2	17,3	6,8	1,5	3,9	0,9	2,9	1,1
11*	42,6	48,2	3,7	4,3	1,2	4,3	0,8	2,2	1,1
13*	2,8	3,4	13,4	52,8	27,5	4,0	0,9	3,1	1,1
14*	40,3	36,6	10,2	9,5	3,4	4,0	1,1	2,0	1,0
15	6,1	10,9	29,4	34,2	19,5	3,5	1,1	2,4	1,1

(1) Para calcular la media y la desviación estándar se ha invertido la puntuación de los ítems con cambio de sentido, marcados con (*).

ción suma global y puntuación suma por áreas en función de los factores, sexo, clase social, años con su médico y edad recodificada en tres categorías.

La consistencia interna del cuestionario se valoró con el coeficiente α de Cronbach. Finalmente realizamos un análisis factorial de correspondencias principales seleccionando cuatro dimensiones, el objetivo de su aplicación era valorar si en nuestro medio se reproducían las tres dimensiones principales que se señalaron inicialmente los autores del test. El nivel de significación para todas las pruebas se fijó en 0,05.

Resultados

La distribución por sexos y grupos de edad del conjunto de personas encuestados se presenta en la tabla 1, y la de los no colaboradores en la tabla 2. De las personas encuestadas el 74,3% están casados, solteros el 18,3, viudos 5,3 y separados 2,2. El 33,6% tienen tres o más hijos y por nivel de estudios un 14,6% son analfabetos y un 65,7% tienen sólo estudios primarios.

No existen diferencias por sexo entre los que contestan o no a la encuesta estratificando en dos grupos de edad: en el grupo de 18 a 45 años $\chi^2 = 0,78$; gl: 1; $p = 0,37$; y de 46 o más años $\chi^2 = 0,41$; gl: 1; $p = 0,41$, tras aplicar la corrección de Yates. Los motivos por los que no colaboraron ($n=74$) con la encuesta fueron: prisa del usuario (25,7%), imposibilidad por déficit sensorial (senilidad) 10,8%, imposibilidad por encontrarse mal físicamente (8,1%), opinión negativa del CS y/o desconfianza (16,2%), no sabe/no contesta (38,7%).

El índice Kappa ponderado entre el encuestador A (EA) y el B fue de 0,75, entre el EB y EC de 0,81, y entre el EA y EC de 0,71.

Los porcentajes de las contestaciones para cada categoría de los ítems tal como fueron contestados por las personas entrevistadas en la encuesta, se presenta en las tablas 3, 4 y 5 correspondiendo a las dimensiones calidad personal del médico (área A), competencia profesional (área B) y relación coste-comodidad (área C) respectivamente. Los porcentajes obtenidos por cada valor de la escala, que puede variar entre estar totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo con el enunciado del ítem propuesto, nos orienta sobre la opinión y satisfacción de los usuarios en relación a los servicios sanitarios que utiliza.

Se presenta en las mismas tablas la media (\bar{X}) y la desviación estándar (DE) una vez recodificado a su verdadero valor los ítems redactados en sentido positivo, junto con los resultados obtenidos por Rodríguez¹³ en su estudio de 1985 sobre toda la Comunidad Andaluza.

Para analizar si existen diferencias de respuesta por sexos para cada uno de los ítems aplicamos la prueba no paramétrica de Mann-Whitney U-Wilkinson, obteniendo diferencias significativas para la pregunta P8 («Siempre que se paga la visita al médico se siente uno mejor atendido», $Z: -2,207$ $p = 0,03$), con la P14 («Los enfermos se curan mejor si su médico es cariñoso», $Z: -2,111$ $p = 0,04$) y P21 («Para algunas cosas es más cómodo que en la farmacia te digan lo que tienes que tomar que ir al médico», $Z: 2,829$ $p = 0,004$).

Las puntuaciones globales obtenidas por áreas se presentan en la tabla 6. Cuanto mayor es la puntuación global mejor es la satisfacción de los

Tabla 4. Área de competencia profesional. Relación de porcentajes por categorías para cada ítem¹

Nº ítem	Porcentaje de respuestas por categorías sin recodificar					Resultados propios 1991 (n= 329)		Resultados de Andalucía 1985 (n= 1579)	
	1	2	3	4	5	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
3*	21,6	38,1	17,1	14,3	8,8	3,5	1,2	3,0	1,3
16*	24,7	36,6	27,8	7,8	3,1	3,7	1,0	2,1	0,9
17	17,3	14,9	10,8	39,6	17,3	3,2	1,4	3,0	1,2
19	18,7	20,2	11,5	34,0	15,6	3,1	1,4	2,7	1,2
20	8,0	7,1	8,0	35,4	41,5	3,9	1,2	3,2	1,3
21	7,1	16,7	1,5	27,5	47,2	3,9	1,3	3,8	1,2
22	0,9	1,2	7,2	36,1	54,5	4,4	0,8	4,4	0,8
23*	26,7	34,3	12,9	15,4	10,7	3,5	1,3	3,3	1,2
25	9,6	16,2	39,5	25,1	9,6	3,1	1,1	2,8	1,1

(1) Para calcular la media y la desviación estándar se ha invertido la puntuación de los ítems con cambio de sentido, marcados con (*).

Tabla 5. Área de relación coste/comodidad. Relación de porcentajes por categorías para cada ítem¹

Nº ítem	Porcentaje de respuestas por categorías sin recodificar					Resultados propios 1991 (n= 329)		Resultados de Andalucía 1985 (n= 1579)	
	1	2	3	4	5	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
1*	18,7	50,6	4,0	17,8	8,9	3,5	1,2	2,6	1,2
5	7,9	6,1	4,3	36,3	45,4	4,0	1,2	2,0	0,9
6	9,5	14,7	9,5	51,2	15,0	3,5	1,2	3,4	1,2
8	22,3	25,4	9,9	28,8	13,6	2,9	1,4	2,1	1,2
12	27,6	24,2	4,0	29,4	14,7	2,8	1,5	2,0	1,1
18*	13,5	36,3	18,2	22,2	9,8	3,2	1,2	3,4	1,2
24*	32,5	37,5	7,1	14,2	8,7	3,7	1,3	2,5	1,1
26	3,7	8,0	34,8	32,8	20,7	3,6	1,0	2,4	1,2
27*	14,2	43,8	15,1	16,4	10,5	3,3	1,2	3,6	1,2

(1) Para calcular la media y la desviación estándar se ha invertido la puntuación de los ítems con cambio de sentido, marcados con (*).

usuarios. Utilizar esta puntuación global permite realizar el análisis de varianza en función de factores de interés que posteriormente se desarrollan. Se presentan igualmente los resultados obtenidos en el estudio anteriormente citado y la prueba Z de diferencia de medias para grupos independientes, con su intervalo de confianza del 95% (IC_{95%}).

El coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación suma global (PSUM) y la de cada una de sus áreas (PSUMA, PSUMB, PSUMC, junto con el ítem global P28), y la matriz de correlaciones de cada ítem con su área se detallan en la tabla 7, observando en todos ellos un coeficiente superior a 0,2 que sería el límite para mantener el ítem en el cuestionario por la información que aporta.

El análisis de la varianza nos indica que la PSG es mayor en las mujeres (PSUM= 98,5), pero no difiere significativamente por sexos, (F de Snedecor=

1,73; gl: 1; p= 0,19; coef. Eta= 0,05); por el contrario si lo es para los diferentes grupos de edad, aumentando su valoración global conforme aumenta la edad, PSUM= 103,5 en mayores de 55 años, (F= 6,48; gl: 2; p= 0,002, coef. Eta= 0,23), al igual que se incrementa con el factor tiempo de permanencia con el mismo médico: PSUM= 101,6 para aquellos con más de tres años de continuidad, alcanzando un valor de (F= 2,78; gl: 2; p= 0,064, coef. Eta= 0,16). La PSG también aumenta en caso de estar en paro y aún más conforme se incrementa el período que llevan en desempleo.

Por el contrario disminuye su valor, sin ser significativo, conforme aumenta el nivel de estudios del encuestado (PSUM= 96,1 para el grupo de estudios superiores, y PSUM= 89,3 para aquellos que están cursando estudios, recordemos que los encuestados tenían una edad igual o superior a 18 años, en el

Tabla 6. Puntuación media global obtenida de cada área¹

Área	\bar{X}	DE	Rango	\bar{X}^*	DE*	Z ⁽¹⁾	p	IC 95%
Cualidad personal	35,5	4,8	23-45	26,0	5,2	32,18	p<0,00	10,1 + 8,9
Competencia profesional	32,4	5,8	13-44	29,6	4,7	8,21	p<0,00	3,5 + 2,1
Relación coste-comodidad	30,5	6,1	9-44	23,8	5,1	18,6	p<0,00	7,4 + 6,0
Total	98,6	14,6	52-132	79,4	12,8	22,2	p<0,00	20,9 + 17,5
Percentil puntuación global ítem P28	(P25:89,7 7,2	P50:101 2,1	P75:108 1-10	—	—	(P25: 70 P50:79	P75:88)	

(1) Z: test de comparación de medias de grupos independientes entre nuestro estudio y el de Rodríguez¹³, (\bar{X}^* y DE* hacen referencia a sus resultados).

Tabla 7. Matriz de correlaciones de cada ítem con la puntuación suma (PSUM) global del área en la que está incluido, y de la puntuación suma global (PSUM) con las globales por áreas A, B, C y el ítem de satisfacción global (P28)

Correlación : PSUMA		PSUMB		PSUMC	
P2N	.447 (303) P= .000	P3N	.579 (269) P= .000	P1N	.549 (293) P= .000
P4N	.622 (303) P= .000	P16N	.545 (269) P= .000	P5	.4758 (293) P= .000
P7	.5581 (303) P= .000	P17	.5255 (269) P= .000	P6	.5382 (293) P= .000
P9	.6261 (303) P= .000	P19	.5815 (269) P= .000	P8	.5060 (293) P= .000
P10N	.649 (303) P= .000	P20	.6178 (269) P= .000	P12	.6137 (293) P= .000
P11N	.508 (303) P= .000	P21	.5798 (269) P= .000	P18N	.599 (293) P= .000
P13	.5314 (303) P= .000	P22	.3245 (269) P= .000	P24N	.594 (293) P= .000
P14N	.370 (303) P= .000	P23N	.464 (269) P= .000	P26	.4260 (293) P= .000
P15	.3750 (303) P= .000	P25	.4737 (269) P= .000	P27N	.479 (293) P= .000
Correlación:					
PSUM	P28 .6213 p=.000	PSUMA .8249 P= .000	PSUMB .8793 P= .000	PSUMC .8689 P= .000	

momento de la entrevista). Curiosamente está mejor valorada la calidad de la atención prestada en las clases sociales de mayor nivel socioeconómico (codificada a partir de la ocupación de la persona) obteniendo una PSUM=96,6 para la clase I-II, PSUM=96,0 para las clases III-IVa y de 95,3 para las clases IVb-V (F de Snedecor= 2,1; gl: 6; p= 0,53). Si bien habría que hacer notar que en este análisis por clase

social sólo se ha considerado la población activa, excluyendo a las amas de casa, estudiantes y personas jubiladas, por considerar que tenían unas características especiales para incluirlos; por otro lado el grupo de la clase I-II es pequeño (n= 7).

Cada una de las áreas tiene un comportamiento, con alguna excepción, similar al expresado para la puntuación suma global que hemos desarrollado

Tabla 8. Enunciado de los ítems de la encuesta¹

Nº ítem	Área	Enunciado del ítem
1.	C + P1N	Me resulta fácil y cómodo ver al médico cuando lo necesito.
2.	A + P2N	Los médicos te hacen creer que todo irá bien.
3.	B + P3N	Tengo mucho confianza en los médicos del seguro.
4.	A + P4N	Los médicos pasan todo el tiempo que sea necesario con el paciente.
5.	C - P5	Este Centro de Salud debe estar localizado en un sitio más cómodo y accesible para la población.
6.	C - P6	Para estar bien atendido hay que ir muchas veces a la consulta.
7.	A - P7	Muchos médicos proporcionan medicinas pero no tranquilizan al paciente.
8.	C - P8	Siempre que se paga la visita al médico se siente uno mejor atendido.
9.	A - P9	Mi médico utiliza palabras complicadas.
10.	A + P10N	Mi médico proporciona a sus pacientes el mejor de los cuidados.
11.	A + P11N	Mi médico permite al paciente exponer sus problemas.
12.	C - P12	El tiempo que se pierde me desanima muchas veces a ir al médico.
13.	A - P13	A mi médico no le importa si hace daño al paciente en el reconocimiento.
14.	A + P14N	Los enfermos se curan mejor si su médico es cariñoso.
15.	A - P15	Mi médico no trata por igual a todos sus pacientes.
16.	B + P16N	Mi médico actual está mejor preparado que nunca.
17.	B - P17	Es mejor en la actualidad utilizar habitualmente el servicio de urgencias del Hospital que ir a mi médico de cabecera.
18.	C + P18N	El personal de este centro se preocupa de que los pacientes no esperen mucho tiempo para entrar en las consultas.
19.	B - P19	Es preferible ir al especialista que ser atendido por mi médico.
20.	B - P20	Prefiero pagar a un ATS privado que utilizar los del centro.
21.	B - P21	Para algunas cosas es más cómodo que en la farmacia te digan lo que tienes que tomar que ir al médico.
22.	B - P22	Es mejor hacer más caso a la enfermera que al médico.
23.	B + P23N	Mi médico enseña además cómo prevenir las enfermedades y accidentes.
24.	C + P24N	No importa el tiempo que haya de esperar para ver al médico, siempre vale la pena.
25.	B - P25	Dos médicos de este centro no son capaces de ponerse de acuerdo en lo que le pasa a un paciente.
26.	C - P26	El interés principal de mi médico es ganar tanto dinero como pueda.
27.	C + P27N	El ambiente del consultorio me resulta acogedor.
28.	GLO P28	Su satisfacción global sobre la calidad de la atención prestada por este Centro de Salud es: (puntuación del 1 al 10 sobre una línea numerada).

(1) Se indica el área a la que pertenecen (A, B, C), el sentido positivo o negativo (+/-) del ítem, y el código del ítem tras ser recodificado los de sentido positivo.

anteriormente. A la encuesta original añadimos un ítem (P28: «Su satisfacción global sobre la calidad de la atención prestada por este centro de salud es», que se contesta sobre una escala visual que va de 1 (nula) a 10 (máxima). La media fue de 7,2 y su desviación estándar 2,1, los percentiles de éste ítem son $P_{10}=5$, $P_{25}=6$, $P_{50}=7$, $P_{75}=9$, $P_{90}=10$. Este ítem en general sigue las mismas modificaciones que las expresadas anteriormente para la PSUM.

El coeficiente α de Cronbach estandarizado, global de los 27 ítems fue de 0,51, aumentando a 0,66 para los ítems del área de cualidades personales, 0,67 en el área de competencia profesional y finalmente 0,68 en la de coste-comodidad. Al realizar un análisis factorial de correspondencia principales encontramos que los tres primeros factores (dimensiones) extraídos obtienen como valores propios (varianza explicada) un 0,24, 0,21 y 0,11% del total, es decir estas tres dimensiones (con los ítems que agrupan) por sí solas explicarían el 56% de la varianza total. Una cuarta dimensión recogería el 0,10.

Discusión

La concordancia obtenida entre los encuestadores consideramos que es buena en el contexto de esta población con tan bajo nivel cultural y las dificultades que ello entraña al realizar una encuesta.

Un aspecto a considerar son las posibles limitaciones de una encuesta realizada sobre los usuarios del centro de salud en lugar de utilizar un muestreo de base poblacional, nosotros elegimos la primera opción por los siguientes motivos: a) En el momento de realizarse la encuesta tenía historia clínica el 90% de la población mayor de siete años, además conocemos por otros indicadores que disponemos que el uso del CS por el conjunto de población es muy elevado (recordemos que es una zona deprimida y con una estructura poblacional envejecida), estos elementos nos orientan sobre la utilización del CS por los usuarios. En la zona no hay desarrollo de servicios médicos privados o de otras instituciones públicas; b) Una encuesta poblacional requiere mu-

chos más recursos humanos y económicos, que consideramos no justificados en nuestro caso ya que la perspectiva es utilizar la encuesta de satisfacción como un elemento más (y no el único) de la calidad de la atención desarrollada en el CS.

Desde luego, conceptualmente, los resultados obtenidos no se pueden extrapolar a «toda» la población, sino sólo a la población atendida por el CS, pero consideramos que ambos conjuntos están muy próximos.

El hecho de que el 75,5% de las personas encuestadas sean mujeres se comprende fácilmente sabiendo que del total de personas atendidas durante los días en que se realizó la encuesta fueron mujeres el 63,5% (sólo en las consultas de medicina general) y el 94% en el caso de la consulta de pediatría. Igual situación ha sido recogida por otros autores^{10,17}, y es debido a la mayor accesibilidad de las mujeres a los consultorios por no tener las restricciones que el horario laboral ocasiona a los hombres. El horario del centro de salud se amplió al turno de tarde unos meses después de ser realizada la encuesta.

Consideramos muy interesante la mejoría significativa observada respecto al estudio de Rodríguez¹³ en todas las áreas (Tabla 6), sobre todo en las áreas de cualidades personales, pensamos que fruto de la mayor dedicación horaria a los pacientes (pese a la sobrecarga aún existente), al trabajar una jornada de siete horas, hacerlo en equipo y con mayor implicación en actividades comunitarias, y en la de coste-comodidad producto del esfuerzo en mejorar la estructura física, y la dotación en recursos tanto materiales como humanos, aunque aún queda mucho por realizar.

El área de competencia profesional mejora también pero no tan llamativamente, probablemente porque a la población le resulte más difícil «ver» los aspectos en que se expresa la cualificación técnica de un profesional.

Estos resultados, no obstante, deben considerarse en el contexto de dos poblaciones sobre las que se ha realizado la encuesta no totalmente homogéneas

(en el estudio de Andalucía la encuesta fue poblacional), y nosotros la hemos planteado sobre los usuarios atendidos en el CS, puesto que su distribución al estratificar por grupos de edad (<30 años, 30-64, y >64) no difiere significativamente para los hombres ($\chi^2= 3,1$; gl: 2; $p=0,21$), aunque sí para las mujeres ($\chi^2= 10,6$; gl: 2; $p= 0,005$). Por el contrario consideramos que ahora la población posiblemente es más crítica y tiene más expectativas hacia los servicios ofertados, que hace unos años.

Hay una mejoría en la percepción de la accesibilidad, ya que el 69,5% de los encuestados considera que «le resulta fácil y cómodo ver al médico cuando lo necesito (P1n)», y sólo un 27,4% estuvo totalmente de acuerdo con el ítem. «El tiempo que se pierde me desanima muchas veces a ir al médico (P12n)». Igualmente en esta población existe confianza en los servicios del personal que trabaja en dicho CS pues sólo el 32,2% considera que «en la actualidad es mejor utilizar habitualmente el servicio de urgencias del hospital que ir al médico de cabecera».

En resumen podemos considerar que existe un buen nivel de satisfacción general entre la población usuaria del CS estudiado, aumentando ésta con la edad (como también observaron otros autores^{9,12} en nuestro medio), añadiendo por nuestros resultados, también un aumento de la misma en mujeres, en personas con menor nivel cultural, estar en paro y por la duración de éste, y que la utilización de un ítem aislado (P28) podría servir como indicador eficiente para monitorizar periódicamente la satisfacción del usuario complementándolo con otras fuentes (por ejemplo reclamaciones realizadas).

Agradecimientos

Este estudio ha sido posible en parte por la ayuda de investigación nº 29/92 concedida por el IVESP (Valencia).

También agradecemos al personal del Centro de Salud de Nazaret. A la Dra. Marisa Rebagliato (IVESP) y al Prof. de la Facultad de Exactas D. Juan Ferrándiz por su colaboración y observaciones realizadas.

Bibliografía

1. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *BMJ* 1991; 302: 887-9.
2. Heather Palmer R. *Ambulatory health care evaluation. Principles and practice*. Chicago: American Hospital Association, 1983.
3. Ibern P. *Metodología y aplicació de les enquestes d'opinió*. Congrés Nacional d'Hospitals. Barcelona, abril 1991.
4. Hulka BS, Kupper L, Dalyu M. Correlates of satisfaction with medical care: A community perspective. *Med Care* 1975; 13: 648-58.

5. Roghman K, Hengst A, Zastowny T. Satisfaction with medical care. Its measurement and relation to utilization. *Med Care* 1979; 17: 461-77.
6. Ware JE. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and program planning* 1983; 6: 247-63.
7. Manzanera R, Berenguer J, Picas J, Varela J. *Las encuestas de opinión como instrumento de gestión*. Primer Congreso Nacional de la SESPAS. Barcelona 1987.
8. Urrutia C, Parajón MJ, Fonseca MD, Díaz MD. Estudio sobre la satisfacción de los enfermos. Encuesta de posthospitalización. *Control de Calidad Asistencial* 1987; 2: 57-62.

9. Bretons C, Sánchez JE. Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Atención Primaria* 1989; 6: 3126.
10. Gálvez M, De la revilla L. Análisis de una encuesta de opinión sobre el centro de salud de Cartuja (Granada) recogida a la población atendida. *Atención Primaria* 1985; 2: 68-72.
11. Benavides FG, Nolasco A, Jiménez L, González C, López JM, Pérez E, Bolumar F. Aplicación y validez de un cuestionario para medir la satisfacción de los usuarios de un centro de salud. *Atención primaria* 1987; 4: 91-5.
12. Bellver R, Hidalgo J, Palomares L. *Aproximación a un indicador del nivel de renta de los barrios de la ciudad*. Document de Treball nº 5. Ayuntamiento de Valencia. Oficina de Estadística.
13. Rodríguez C. Las «escalas» como medida de la satisfacción con la atención médica en Andalucía. *Gac Sanit* 1986; 5: 237-41.
14. Rodríguez C. *Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía: los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la Atención Médica*. Serie monográfica 2. Sevilla, Portada editorial 1985.
15. Briones G. *Métodos y Técnicas de investigación para las Ciencias Sociales*. México: Ed. Trillas, 1982.
16. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 3: 320-6.
17. Orus MA, Marcos L, Naberán C, González CA. Encuesta de opinión a los usuarios de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona. *Atención Primaria* 1985; 91-5.

