

# Satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México. Fundamentos metodológicos

Pedro J Saturno-Hernández, DPH,<sup>(1)</sup> Juan Pablo Gutiérrez-Reyes, PhD,<sup>(1)</sup> Waldo Ivan Vieyra-Romero, MSC,<sup>(1)</sup> Martín Romero-Martínez,<sup>(1)</sup> Gabriel Jaime O'Shea-Cuevas, MHSA,<sup>(2)</sup> Javier Lozano-Herrera, MD,<sup>(2)</sup> Sonia Tavera-Martínez, Act,<sup>(2)</sup> Mauricio Hernández-Ávila, DSC.<sup>(3)</sup>

Saturno-Hernández PJ, Gutiérrez-Reyes JP, Vieyra-Romero WI, Romero-Martínez M, O'Shea-Cuevas GJ, Lozano-Herrera J, Tavera-Martínez S, Hernández-Ávila M. Satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México. Fundamentos metodológicos. *Salud Publica Mex* 2016;58:685-693. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.8323>

Saturno-Hernández PJ, Gutiérrez-Reyes JP, Vieyra-Romero WI, Romero-Martínez M, O'Shea-Cuevas GJ, Lozano-Herrera J, Tavera-Martínez S, Hernández-Ávila M. Satisfaction and perceived quality of people insured by the Social Health Protection in Mexico. Methodological foundations. *Salud Publica Mex* 2016;58:685-693. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.8323>

## Resumen

**Objetivo.** Describir el marco conceptual, metodología de implementación y análisis de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud de México. **Material y métodos.** Se analizan los elementos metodológicos de los estudios de 2013, 2014 y 2015, incluyendo el instrumento utilizado, el muestreo y el diseño del estudio, el modelo conceptual, las características y los indicadores del análisis. **Resultados.** La encuesta captura información sobre calidad percibida y satisfacción. El muestreo tiene representación nacional y estatal. Se construyen y describen indicadores simples y compuestos (índice de satisfacción y porcentaje de problemas de calidad reportados). El análisis se completa mediante diagramas de Pareto, correlación entre indicadores y asociación con la satisfacción mediante modelos multivariados. **Conclusiones.** La medición de satisfacción y calidad percibida es un proceso complejo pero necesario para cumplir con la normativa y para identificar estrategias de mejora. La encuesta descrita presenta diseño y análisis rigurosos enfocados en su utilidad para mejorar.

Palabras clave: encuestas de atención a la salud; encuestas de satisfacción del paciente; metodología; mejora de la calidad; México

## Abstract

**Objective.** To describe the conceptual framework and methods for implementation and analysis of the satisfaction survey of the Mexican System for Social Protection in Health. **Materials and methods.** We analyze the methodological elements of the 2013, 2014 and 2015 surveys, including the instrument, sampling method and study design, conceptual framework, and characteristics and indicators of the analysis. **Results.** The survey captures information on perceived quality and satisfaction. Sampling has national and State representation. Simple and composite indicators (index of satisfaction and rate of reported quality problems) are built and described. The analysis is completed using Pareto diagrams, correlation between indicators and association with satisfaction by means of multivariate models. **Conclusions.** The measurement of satisfaction and perceived quality is a complex but necessary process to comply with regulations and to identify strategies for improvement. The described survey presents a design and rigorous analysis focused on its utility for improving.

Keywords: healthcare surveys; patient satisfaction surveys; methods; quality improvement; Mexico

- (1) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.  
 (2) Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Ciudad de México, México.  
 (3) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

**Fecha de recibido:** 3 de noviembre de 2016 • **Fecha de aceptado:** 11 de noviembre de 2016  
 Autor de correspondencia: Dr. Mauricio Hernández Ávila. Instituto Nacional de Salud Pública.  
 Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos. México.  
 Correo electrónico: mhernan@insp.mx

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) fue creado en 2003 a partir de la reforma a la Ley General de Salud y, desde entonces, se ha implementado a través de diversos elementos normativos y organizacionales, tanto del ámbito federal como de los estados. Su principal objetivo es brindar protección financiera en salud a la población sin seguridad social en el marco de la búsqueda de la cobertura universal en salud para la población mexicana. En este sentido, el reto del SPSS es transitar hacia un esquema en el cual la población sin seguridad social tenga acceso a servicios efectivos, con capacidad resolutoria, convenientes y sin pago en el punto de contacto. Lo anterior busca consonancia con los parámetros establecidos por la Organización Mundial de Salud sobre cobertura universal en salud.<sup>1</sup>

La inclusión de elementos normativos y organizacionales para medir satisfacción y calidad percibida en la operación de la protección financiera en salud está respaldada por evidencia que indica que la utilización de los servicios de salud por parte de los usuarios responde a las expectativas sobre los servicios, a la percepción de la atención recibida y a los resultados en el estado de salud. Al respecto, se ha documentado la relevancia de la satisfacción tanto en lo que se refiere a resultados directos de salud, como a la capacidad de los sistemas e instituciones para asegurar la utilización efectiva de los servicios de salud.<sup>2-4</sup> Dentro del marco de los componentes que permiten analizar la calidad de los servicios de salud (estructura, proceso y resultado),<sup>5</sup> la satisfacción representa uno de los resultados. En consecuencia, también desde esta perspectiva, la medición de la satisfacción es de particular importancia en el análisis de la calidad de los servicios, como un elemento que proporciona información relevante sobre el desempeño de éstos y que está relacionado con su efectividad.

Por otra parte, desde el punto de vista operativo, enfocado en averiguar sobre qué intervenir para aumentar, tanto la calidad de los servicios, como la satisfacción –que resulta de la interacción con todos los elementos que rodean la experiencia del servicio recibido–, la medición de la satisfacción deberá venir acompañada de otros indicadores que traten de identificar cuáles son los elementos que podemos considerar problemáticos para una asistencia satisfactoria y de calidad hacia los usuarios de los servicios de salud.<sup>6</sup> En este tenor, como parte del análisis de los resultados de la encuesta, hay que describir aspectos e indicadores de calidad percibida, intentando determinar los problemas de atención que inciden en la valoración de la satisfacción, con el objetivo de identificar intervenciones concretas para mejorar la calidad y satisfacción con los servicios.

La medición de la satisfacción, en términos normativos, se contempla en el Reglamento Interno de la Co-

misión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (artículo 4º fracción XXXVI BIS 6). Ésta complementa la responsabilidad de evaluar la opinión de los beneficiarios y de documentar, ante la CNPSS, la satisfacción de los afiliados para llevar a cabo la tutela de los derechos, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. La satisfacción de afiliados al SPSS se ha medido también en otras encuestas de carácter nacional como las Encuestas de Salud y Nutrición (Ensanut) y las Encuestas de Satisfacción y Trato Adecuado (Ensata). Sin embargo, tanto los instrumentos utilizados como la metodología y el alcance son muy diferentes, lo que dificulta su comparación. Estas encuestas tampoco cumplen por completo con el mandato establecido por el Reglamento Interno de la CNPSS.

En este contexto, como resultado de procesos de licitación pública, la CNPSS encomendó al Instituto Nacional de Salud Pública la realización de los Estudios de Satisfacción de Usuarios del SPSS en los últimos tres años (2013, 2014 y 2015). Surge con ello la oportunidad de ir perfilando, en conjunción con la CNPSS, tanto el marco conceptual, como el instrumento y la metodología de implementación y análisis, cuyas características esenciales se describen en este artículo, sobre todo las referentes al último año.

### Instrumento para la recolección de datos

Aunque mantiene sus preguntas básicas, el cuestionario utilizado ha evolucionado a lo largo de los años, en un proceso dinámico para capturar mejor la información necesaria para caracterizar los diversos aspectos de la calidad percibida y la satisfacción. El instrumento que se utilizó en 2015 tuvo como insumo inicial el cuestionario del estudio de 2014. Como resultado de la revisión del mismo, se identificaron diversos aspectos susceptibles de mejora, tanto en los reactivos como en las opciones de respuesta, así como en las preguntas adicionales. Las preguntas del ejercicio 2015 fueron planteadas en un orden consistente con el proceso de atención y fueron calibradas a partir de la experiencia adquirida en el análisis del año anterior. Como puntos de referencia, se tuvieron también en cuenta el instrumento desarrollado para la Ensanut 2012, los generados en estudios previos para documentar el surtimiento de medicamentos y otros elementos de percepción del usuario sobre el funcionamiento del SPSS, siguiendo para ello recomendaciones de la literatura internacional en la materia.

Como resultado de este proceso, además de garantizar que se pudiera generar un conjunto de indicadores para la comparación con los estudios previos de satisfacción con el SPSS, se incluyeron reactivos nuevos entre

los que destacan preguntas sobre calidad percibida de acuerdo al informe del usuario<sup>7</sup> y otras que permiten comparar los resultados de satisfacción del SPSS con los resultados obtenidos mediante encuestas similares en el Instituto Mexicano del Seguro Social, principal institución de seguridad social en el país. Asimismo, se modificaron preguntas que abordan preocupaciones fundamentales de calidad de la atención asociadas con los programas de vacunación y de atención a la diabetes mellitus. Finalmente, se incluyeron interrogantes que permiten identificar a los pacientes del grupo etario cubierto a través del Seguro Médico Siglo XXI o con afiliación al programa Prospera.

El instrumento fue piloteado en cinco establecimientos del Estado de México, identificados como prestadores de servicios a la población afiliada al SPSS: dos correspondientes al ámbito urbano y tres al ámbito rural. Éstos permitieron representar las situaciones por encontrar en establecimientos de servicios ambulatorios y en aquéllos con servicios de hospitalización. De forma general, el instrumento resultó con una secuencia lógica y comprensible para los entrevistados; hasta el momento, se centra en los usuarios de consultas tanto de primer como de segundo y tercer nivel. El cuestionario 2015 se enlaza como anexo I en la versión electrónica.

## Muestreo y diseño general del estudio

La Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud (ESASPSS) captura información de afiliados al SPSS que usaron servicios de salud financiados por el SPSS en una muestra probabilística de los que acudieron a los servicios durante los días en los que se realizó el levantamiento de datos.

### *Muestreo*

Los usuarios se agrupan de acuerdo con las unidades médicas a las que acudieron, las cuales se definieron como unidades primarias de muestreo.<sup>8</sup> El universo de unidades primarias se obtiene en dos etapas: primero, se identifica el total de unidades de la Secretaría de Salud; luego, se eliminan las que no dan asistencia médica (almacenes, antirrâbicos, centros de transfusión, laboratorios, oficinas administrativas o de apoyo y unidades del Ministerio Público). Como resultado de esta primera etapa, se incluyó en el marco de muestreo 15 023 unidades (datos de 2015). Adicionalmente, se incluyen unidades que participan en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), no incluidas en las 15 023 unidades mencionadas. El detalle del procedimiento de identificación de unidades primarias se describe en el apartado de metodología del informe del estudio, accesible online.<sup>9</sup>

### *Variables de estratificación*

Las unidades de muestreo se agrupan según entidad federativa –considerada como dominio principal para el estudio– y subconjuntos ajenos y exhaustivos de la población de unidades médicas,<sup>10</sup> para los cuales se pretende extraer conclusiones representativas y dentro de los cuales se realiza un muestreo estratificado de las unidades para incluir en el estudio. Las variables de estratificación sirven para incorporar el conocimiento sobre la población a la muestra. Se estratificó de manera explícita por nivel de atención, combinaciones de Jurisdicción, condición de urbanidad y pertenencia al FPGC. Adicionalmente, se estratificó de modo implícito (al hacer la selección) por condición de urbanidad e indigenismo de la localidad, así como por pertenencia al programa de la Cruzada Nacional Contra el Hambre.

### *Tamaño de muestra*

Se parte del objetivo de asignar un tamaño igual de muestra a cada entidad federativa (dominios del estudio), para elaborar un reporte de resultados con la misma precisión por entidad. Para obtener semiamplitudes no mayores a 5% para intervalos de confianza a 95% cuando se estima la proporción de usuarios que volverían a atenderse con el médico que los atendió el día de la encuesta (uno de los indicadores del estudio), y un efecto de diseño de 1.95 (calculado según el coeficiente de correlación intra-conglomerados de la encuesta de años anteriores), el número de unidades primarias por cada estado es 26 y el tamaño de muestra por cada unidad será de 31 (datos de 2015). Se estimó una muestra efectiva de 26 493 entrevistas con usuarios de los servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención en todo el país. En campo, se abordaron 29 065 usuarios; sin embargo, la muestra efectiva final –descontando 1 630 no afiliados al Seguro Popular y la no respuesta– fue de 26 991 entrevistas.

### *Procedimiento de selección de unidades médicas*

Las unidades médicas se seleccionan con probabilidad proporcional a su tamaño (número de consultas en el año anterior), después de formar a los estratos considerados.

### *Procedimiento de selección de usuarios*

Cuando el tamaño de muestra planeado para una unidad resulta mayor al número estimado de beneficiarios que asisten en un día, se trata de obtener entrevistas de todos los usuarios hasta por dos días completos.

En contraste, cuando el tamaño de muestra planeado resulta menor al número estimado de beneficiarios que asisten en un día, los usuarios se seleccionan mediante un muestreo sistemático teniendo en cuenta el número esperado de consultas y el número total de entrevistas completas que se quiere obtener.

#### Validación de la muestra de unidades

La muestra de unidades obtenida se contrasta con el marco de muestreo comparando la distribución de las variables de estratificación en la muestra con los valores correspondientes del universo o marco de muestreo. El objetivo es concluir que la muestra representa razonablemente a la población y que las desviaciones que se encuentren se deben a la aleatoriedad o, en algunos casos, al hecho de tener poco tamaño de muestra por jurisdicción.

#### Ponderación

El procedimiento de ponderación consiste, de modo general, en la asignación de un conjunto de factores de expansión (ponderadores)  $\square_1, \square_2, \dots, \square_n$  a las unidades en muestra  $\square_1, \square_2, \dots, \square_n$  de tal suerte que el total del atributo "Y" en la población de interés pueda ser estimado mediante la expresión:

$$\hat{Y} = \sum_{i=1}^n \epsilon_i y(u_i)$$

El procedimiento de ponderación incorpora tres elementos: las probabilidades de selección de las unidades de la muestra, la no respuesta y el conocimiento *a priori* de parámetros poblacionales. El procedimiento de muestreo es relevante ya que, en la primer etapa de ponderación, los ponderadores se definen como el inverso de las probabilidades de selección; en la segunda, la tasa de no respuesta se incorpora en la ponderación cuando resulta imposible conocer el atributo de interés "Y" en una persona seleccionada en la muestra. Finalmente, el conocimiento de parámetros poblacionales es relevante para la ponderación porque los ponderadores  $\square_1, \square_2, \dots, \square_n$  pueden ser elegidos para que, a partir de la encuesta, sea posible reproducir los valores poblacionales. De este modo, el procedimiento de ponderación utilizado consta de tres etapas: a) construcción de los ponderadores iniciales mediante el inverso de la probabilidad de selección; b) cuantificación de la no respuesta, y c) ajuste de los ponderadores para reproducir parámetros poblacionales considerando la no respuesta.

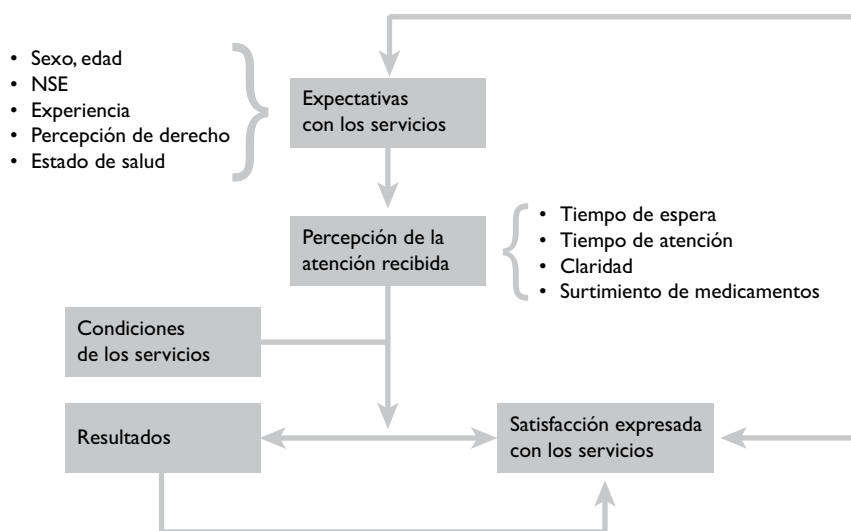
#### Aspectos éticos

Debido a que la encuesta considera la participación de individuos, es necesario obtener su consentimiento informado. Considerando que la temática no incluye aspectos sensibles, se utiliza un consentimiento oral, que informa las características del estudio y el carácter voluntario del mismo. El proyecto en su conjunto, fruto de licitación como servicio a la CNPSS, fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del INSP.

#### Modelo conceptual de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud

Una revisión amplia de la literatura reportada en un estudio hecho para el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido sugiere que los abordajes que se han propuesto para modelar la satisfacción de los usuarios pueden dividirse en: a) aquéllos que se enfocan en las expectativas; b) los que se centran en los atributos de los servicios; c) el enfoque económico que se centra en la utilidad, y d) abordajes de tipo holístico, que reconocen la importancia de todos los factores mencionados.<sup>11</sup> El abordaje propuesto para el análisis de la ESASPSS (figura 1) es de tipo holístico. Como se puede observar, este es un modelo endógeno, en el cual la satisfacción retroalimenta las expectativas de los servicios, que son uno de los elementos determinantes de la misma satisfacción. Se resalta el rol de ciertas características de los individuos que inciden en la formación de las expectativas, como la experiencia previa y la condición de salud, pero también aspectos demográficos, y, en especial, el nivel socioeconómico. A partir de las expectativas, se produce la vivencia de la atención que se recibe y de las condiciones de los servicios (los atributos de los mismos), que se reflejan en la satisfacción con el servicio. El resultado, la resolución de la condición, es un factor importante que es asimismo consecuencia de la atención, que a su vez incide en la satisfacción.

El modelo propuesto es susceptible de analizarse de forma empírica, a partir de la información considerada en la ESASPSS. Es importante mencionar que un elemento relevante es la calidad técnica de los servicios, que forma parte de los atributos de los mismos. Si bien un análisis detallado de la calidad técnica va más allá de los alcances propuestos para la ESASPSS, se consideró relevante incluir indicadores de la misma en relación con dos aspectos en los que se sabe que hay retos importantes para los servicios: la atención en diabetes y la cobertura de vacunación en niños. En este marco general, la atención centrada en el paciente ha hecho énfasis en la relevancia de identificar la satisfacción de



Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de la bibliografía

**FIGURA I. MODELO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

los mismos con los servicios, como un elemento que debe guiar la atención a la salud, entendiendo la calidad como cumplimiento con las expectativas de los usuarios,<sup>12</sup> y relacionando la satisfacción con la capacidad de los servicios para dar respuesta completa a estas expectativas y necesidades.

### Construcción y análisis de indicadores de satisfacción y calidad percibida

Para el análisis de la información en la ESASPSS 2015 se construyeron seis indicadores que valoran globalmente la satisfacción y la calidad percibida, cuatro sobre valoración global de servicios específicos y otros cuatro que resumen las expectativas creadas tras el servicio. Adicionalmente, se construyeron y analizaron 22 indicadores sobre problemas de calidad percibidos o reportados por el usuario en la atención recibida: cinco sobre el área específica de la prescripción y surtimiento de medicamentos, 10 sobre el servicio de vacunación y 14 sobre la atención a pacientes diabéticos. El servicio de gestoría e información a los afiliados se analizó separadamente con 13 indicadores específicos. El listado completo de indicadores se resume en el cuadro I, y los relativos a problemas de calidad específicos reportados se describen en el anexo 2 (véase versión electrónica).

De los cuatro indicadores de valoración global, dos son indicadores compuestos: índice de satisfacción y

porcentaje de problemas de calidad reportados, que resumen la información de varias preguntas o indicadores simples.

El índice de satisfacción se construye con los valores de los indicadores "satisfacción con la atención médica recibida", "calificación de la calidad del servicio", "calificación del trato recibido", "porcentaje que volvería con el mismo médico" y "porcentaje que recomendaría el médico que le atendió". Este índice se aborda como promedio de valoraciones sumando las respuestas a las cinco preguntas base. Para ello, en las preguntas dicotómicas se otorga el valor de 1 a la respuesta "sí" y de 0 a la respuesta "no", mientras que las preguntas que fueron capturadas con valores en escala de 1 a 10, se expresan en escala de 0.1 a 1. Para obtener el índice de satisfacción se suman los puntajes obtenidos en las cinco preguntas y se calcula su valor promedio respecto al total de encuestados que responden a estas preguntas. El resultado se expresa en un rango de 0 a 1, en donde 0 es la máxima insatisfacción y 1 la máxima satisfacción.

El porcentaje de problemas de calidad reportados se construye para resumir los veintinueve indicadores específicos en un solo indicador. Se calcula sumando, para el numerador, todas las respuestas que indican problema en las preguntas consideradas y, para el denominador, todas las respuestas válidas en esas mismas preguntas. Expresado como porcentaje, el rango de valores va de 0 a 100, según la frecuencia total con que se hayan reportado los problemas considerados: 0 corresponde al caso en

**Cuadro I**  
**INDICADORES ANALIZADOS A PARTIR DEL CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCIÓN**  
**DE AFILIADOS AL SEGURO POPULAR. MÉXICO, 2015**

Indicador*	Atención sanitaria	Atención administrativa	Medicamentos	Laboratorio y gabinete	Vacunación	Diabetes	Especificación*
<b>1. Valoración global</b>							
1.1. Satisfacción con la clínica (porcentaje)	✓						$\frac{\text{Muy satisfechos} + \text{satisfechos}}{\text{Total de respuestas}}$
1.2. Porcentaje de satisfacción con la consulta médica	✓						$\frac{\text{Muy satisfechos} + \text{satisfechos}}{\text{Total de respuestas}}$
1.3. Calificación calidad del servicio (promedio)	✓						Promedio: escala de 1 a 10
1.4. Calificación trato (promedio)	✓						Promedio: escala de 1 a 10
1.5. Índice satisfacción (indicador compuesto)	✓						Índice compuesto en escala de 0 a 1 donde 1 es la mayor calificación
1.6. Porcentaje de problemas de calidad específicos (indicador compuesto): Se incluyen también problemas referidos a las instalaciones.	✓	✓	✓		✓	✓	Índice compuesto expresado en porcentaje de problemas existentes  $\frac{\sum \text{respuestas problema}}{\sum \text{preguntas problema respondidas}}$
<b>2. Valoración global de servicios específicos</b>							
2.1. Satisfacción con la atención médica recibida (promedio)	✓						Promedio: escala de 1 a 10
2.2. Porcentaje de satisfacción con atención en farmacia			✓				Porcentaje de encuestados satisfechos o muy satisfechos
2.3. Calificación servicios de laboratorio y gabinete (promedio)				✓			Promedio: escala de 1 a 10
2.4. Satisfacción con servicio de vacunación					✓		Porcentaje de encuestados satisfechos o muy satisfechos
<b>3. Calidad percibida global (expectativas tras el servicio)</b>							
3.1. Porcentaje que regresaría al mismo centro	✓						$\frac{\text{Respuestas afirmativas (sí)}}{\text{Total de respuestas}}$
3.2. Porcentaje que volvería con el mismo médico	✓						$\frac{\text{Respuestas afirmativas (sí)}}{\text{Total de respuestas}}$
3.3. Porcentaje que recomendaría al médico	✓						$\frac{\text{Respuestas afirmativas (sí)}}{\text{Total de respuestas}}$
3.4. Porcentaje de percepción de efectividad	✓						$\frac{\text{Mejorará mucho} + \text{mejorará}}{\text{Total de respuestas}}$
<b>4. Problemas de calidad específicos percibidos (reportados)</b>							
Porcentaje que responden las opciones indicadas en las preguntas Incluidas en <i>Problemas de calidad específicos</i> (un indicador por pregunta)	✓	✓	✓		✓	✓	$\frac{\text{Respuestas problema}}{\text{Respuestas a la pregunta}}$

\* El cálculo de los indicadores excluye la no respuesta (código NR). Los indicadores globales resumen la valoración del servicio con diversas metodologías y puntos de vista complementarios. Incluyen dos indicadores compuestos que combinan varios indicadores en uno solo de carácter global. Los de tipo promedio son la media de los que tienen como opciones de respuesta una calificación de 1 a 10. En los de tipo porcentaje se indican las opciones de respuesta que deben ir en el numerador. Todos los indicadores pueden estratificarse para su análisis por variables de interés, como nivel de atención, medio rural y urbano, entidad federativa, población indígena, municipios de la Cruzada Nacional Contra el Hambre. Los incluidos como problemas calidad específicos se detallan en el anexo 2 (véase versión electrónica). Pueden analizarse con diagramas de Pareto para evidenciar mejor su importancia relativa

que ningún encuestado haya reportado problema alguno, y 100 al caso en el cual todos los encuestados hayan reportado todos los problemas posibles que se indagan.

#### *Análisis de los indicadores*

El análisis de los indicadores globales se realiza por niveles de atención, características demográficas de interés (medio rural y urbano, condición indígena y municipios de la Cruzada Nacional Contra el Hambre) y entidad federativa.

El análisis de los indicadores específicos se realiza mediante diagramas de Pareto para averiguar la frecuencia relativa de cada uno sobre el total de problemas reportados, de manera que destaquen los que deberían ser priorizados en función de su contribución relativa a la totalidad de problemas reportados. En general, destacamos aquéllos que contribuyen con 50 y 80% de los problemas reportados. Este análisis se realiza para los problemas de atención sanitaria en general, los relacionados con la gestoría e información de los afiliados al SP, la prescripción y surtimiento de medicamentos, y los servicios de vacunación y de atención a pacientes diabéticos. La figura 2 muestra un ejemplo de este tipo de análisis, referido a los problemas reportados en la atención sanitaria en general.

#### *Asociación de indicadores. Correlación y análisis multivariado*

Para una mejor comprensión de las interrelaciones entre los indicadores y su importancia para el nivel de satisfacción, se realiza un análisis de la correlación entre los 14 indicadores de valoración global, y un análisis de la influencia o asociación de los indicadores específicos con el índice de satisfacción y la satisfacción con la atención médica recibida, tanto de forma individual (indicador por indicador) como multivariada.

Para el análisis de correlación entre los 14 indicadores de valoración global se empleó el cálculo de la  $r$  de Spearman. El objetivo es ver la asociación entre los indicadores utilizados para resumir la satisfacción y calidad percibida, tanto para la atención sanitaria en general –incluyendo los dos indicadores compuestos: el *índice de satisfacción* y el *porcentaje de problemas reportados*– como para servicios concretos: *atención médica*, *vacunación*, *farmacia y laboratorio*, y *gabinete*. Se puede ver así, para el caso de los resultados de 2015, que el porcentaje de problemas de calidad percibidos (reportados) se asocia negativa y muy significativamente con todos los indicadores de satisfacción, y el índice de satisfacción se asocia igualmente de forma muy significativa con todos los demás indicadores, particularmente con la calificación de la calidad del servicio con la que muestra el coeficiente

de correlación más alto (0.86). También destaca (datos de 2015) la alta correlación de la calificación del trato recibido, tanto con el índice de satisfacción ( $r=0.85$ ) –del cual forma parte–, como con la satisfacción con la atención médica recibida ( $r=0.73$ ) y la ya comentada calificación de la calidad del servicio ( $r=0.71$ ).

Para la asociación entre los indicadores específicos y los dos indicadores globales considerados en este análisis (índice de satisfacción y satisfacción con la atención médica), se calcula la diferencia en el promedio que se obtiene para los indicadores globales en los casos que reportan el problema y en los que no, viendo a continuación la significación estadística según el valor de  $t$ . El objetivo es valorar la influencia en la satisfacción de los indicadores de problemas de calidad específica reportados.

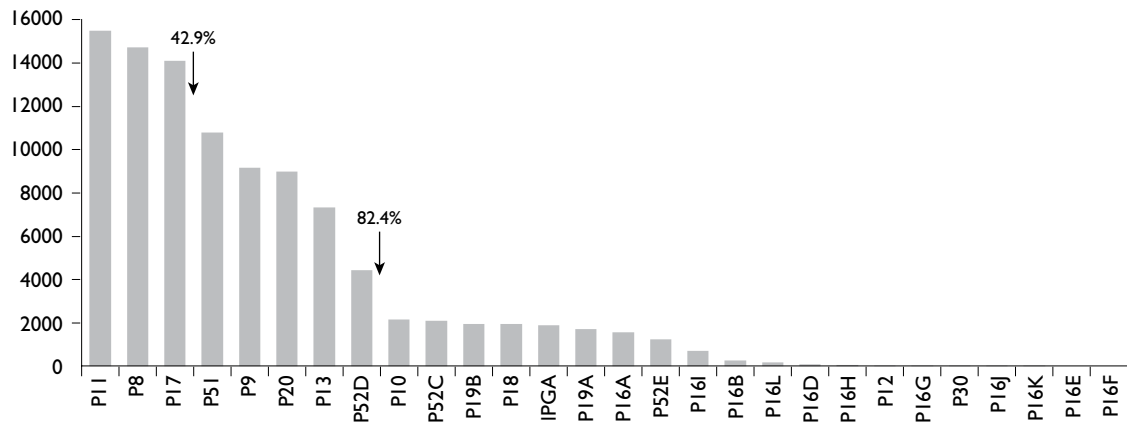
Para el análisis multivariado, elegimos como variables independientes los principales indicadores específicos (tiempo de espera, tiempo de atención, trato, información sobre enfermedad y tratamiento, satisfacción con el abasto de medicamentos, pago por servicios, percepción de la efectividad de la atención recibida y condiciones del centro). Éste se realizó con regresión lineal para el caso del índice de satisfacción, considerado como variable dependiente, y con regresión logística para el caso del indicador sobre “satisfacción con la consulta”, como variable dependiente, considerada de forma dicotómica (valor 1= muy satisfecho o satisfecho). En ambos modelos se ajustó por edad, sexo, condición indígena y nivel socioeconómico.<sup>13</sup> El objetivo es elucidar cuál de estos indicadores seleccionados destaca como el aspecto que más se asocia con la satisfacción teniendo en cuenta la influencia de todos los demás.

El acceso público a las bases de datos puede facilitar la realización de análisis más completos, incluyendo comparaciones interanuales. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el proceso de licitación es anual y que en cada año pueden producirse cambios tanto en el instrumento como en la metodología por indicación de la propia CNPSS.

### **Conclusiones y propuestas para avanzar**

La medición de la satisfacción de los afiliados al SPSS es un proceso complejo pero necesario, tanto para cumplir con la normativa existente como para contar con bases sólidas sobre las que diseñar estrategias de mejora de los servicios que se financian.

Para atender adecuadamente a la complejidad y utilidad de este tipo de estudios, se hacen necesarios diseños rigurosos, tanto del instrumento como de los métodos de implementación y de análisis de los resultados que se obtienen. En los años recientes se



Etiqueta	Indicador	Frecuencia	SI/Pregunta (a) (%)	SI/Problemas (b) (%)	Acumulado (c) (%)
PI1	En el lugar de atención esperó más de 30 minutos para que lo atendieran	15 493	57.4	15.0	15.0
P8	La consulta no fue programada mediante cita	14 729	54.8	14.3	29.3
P17	La consulta duró menos de 15 minutos	14 097	68.4	13.7	42.9
P51	Considera que las condiciones del lugar no son buenas	10 785	40.0	10.5	53.4
P9	Más de cuatro días desde que solicitó cita hasta que lo atendieron	9 163	88.2	8.9	62.3
P20	El médico no le dio explicaciones del tratamiento	8 977	33.6	8.7	71.0
P13	El tiempo que esperó para que lo atendieran le pareció largo	7 335	27.2	7.1	78.1
P52D	Más de una semana entre que le solicitaron y se realizó el estudio	4 436	27.8	4.3	82.4
P30	No hubo surtimiento completo de medicamentos	2 328	15.5	2.3	84.6
P10	Largo tiempo desde que solicitó la cita hasta que lo atendieron	2 144	17.3	2.1	86.7
P52C	La última ocasión se hizo pruebas de laboratorio o rayos X en empresa privada	2 100	13.2	2.0	88.7
P19B	Ha recibido información contradictoria sobre su enfermedad	1 939	9.5	1.9	90.6
P18	El médico no le dijo claramente cuál era su enfermedad	1 936	10.5	1.9	92.5
PGA	Tuvo que pagar por algún servicio de atención sanitaria	1 895	7.1	1.8	94.3
P19A	El médico no le dio oportunidad para preguntar las dudas	1 720	8.4	1.7	96.0
P16A	No le pareció bueno el servicio del médico general	1 563	9.8	1.5	97.5
P52E	Más de una semana entre que se realizó el estudio y le entregaron los resultados	1 247	7.8	1.2	98.7
P16I	No le pareció bueno el servicio de enfermería	718	8.7	0.70	99.4
P16B	No le pareció bueno el servicio del médico especialista	264	8.7	0.26	99.7
P16L	No le pareció bueno el servicio del otro profesional	162	19.0	0.16	99.82
P16D	No le pareció bueno el servicio de farmacia	73	16.4	0.07	99.89
P16H	No le pareció bueno el servicio del dentista	56	5.5	0.05	99.94
P12	Obtuvo su cita por amistad con algún empleado de la unidad médica	19	0.16	0.02	99.96
P16G	No le pareció bueno el servicio del encargado de comunidad/promotor/auxiliar	18	14.1	0.02	99.98
P16J	No le pareció bueno el servicio del nutriólogo	14	4.6	0.01	99.99
P16K	No le pareció bueno el servicio del psicólogo	8	2.3	0.01	100

(a): porcentaje sobre el total de respuestas a la pregunta-etiqueta; (b): porcentaje sobre la suma de respuestas que indican problema; (c): del porcentaje

Fuente: referencia 9

**FIGURA 2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS REPORTADOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA. MÉXICO, ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, 2015**



han venido perfeccionando todos estos aspectos en un proceso dinámico que se retroalimenta de los resultados de los estudios de años anteriores y de la experiencia internacional.

Pueden conseguirse mejoras sucesivas, tanto en la herramienta como en el proceso de implementación y análisis, a través de la consideración permanentemente actualizada de los aspectos que importan a los usuarios, la inclusión de reactivos sobre la experiencia en la atención hospitalaria y la identificación de los indicadores de calidad percibida que mejor puedan orientar para la gestión del sistema y el incremento de la satisfacción con los servicios recibidos.

*Declaración de conflicto de intereses.* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS, 2010.
2. Serrano-del Rosal R, Loriente-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Publica Mex* 2008;50(2):162-172. <http://doi.org/cv7hp6>
3. Chang CS, Chen SY, Lan YT. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Serv Res* 2013;13(1):22. <http://doi.org/bs2g>
4. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Fajardo-Dolci G, Hernández-Ávila M. Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Serv Res* 2014;14:186. <http://doi.org/bn6g>
5. Donabedian A. La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
6. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69(2):163-175.
7. Saturno PJ, Sánchez JA, Grupo de Trabajo del Proyecto Prosper. El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 1995;5:271-279.
8. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley & Sons, 1995.
9. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Estudio de Satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2015. Informe Nacional [documento en internet]. México: CNSPSS, 2015 [consultado en agosto de 2016]. Disponible en: <http://repssyuc.gob.mx/web/images/PDFs/ESTUDIO%20DE%20SATISFACCION%20DEL%20USUARIO%202015.pdf>
10. Fuller W. Sampling Statistics. New York: Wiley, 2009. <http://doi.org/bc8xh4>
11. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A. The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2003;6(32):244. <http://doi.org/bs2h>
12. Bengoa R, Kawar R, Key P, Leatherman S, Massond R, Saturno P. Quality of care. A process for making strategic choices in Health Systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006:38.
13. Díaz-Acosta R, Shiba-Matsumoto AR, Gutiérrez JP. Medición simplificada del nivel socioeconómico en encuestas breves: propuesta a partir de acceso a bienes y servicios. *Salud Publica Mex* 2015;57:298-303. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57i4.7572>