



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

¿Qué factores ayudan a explicar la satisfacción con la Atención Primaria en España?



M. Arrazola-Vacas, J. de Hevia-Payá* y L. Rodríguez-Esteban

Departamento de Economía de la Empresa (ADO), Economía Aplicada II y Fundamentos de Análisis Económico, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

Recibido el 29 de enero de 2015; aceptado el 29 de abril de 2015
Disponible en Internet el 26 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Satisfacción del paciente;
Atención primaria;
Necesidades y demanda de servicios sanitarios;
Análisis de regresión

Resumen

Objetivos: Conocer los determinantes de la satisfacción con la atención primaria pública en España. En el trabajo se considera un amplio conjunto de potenciales determinantes de dicha satisfacción, que se agrupan en 3 bloques de variables: las relacionadas con la calidad percibida de la atención recibida, las socioeconómicas y las relativas al estado de salud.

Material y métodos: Se emplearon los microdatos del Barómetro Sanitario (BS) del año 2013, que son representativos a nivel nacional. Tras un primer análisis descriptivo previo, se estimaron 2 modelos multivariantes, uno en el que se consideraba que la satisfacción tiene un carácter cardinal (modelo de regresión) y otro en el que se consideraba que tiene un carácter ordinal (modelo probit ordenado).

Resultados: No existieron prácticamente diferencias entre los resultados obtenidos con uno u otro modelo multivariante. No todas las variables consideradas fueron estadísticamente significativas. De los 3 bloques de variables consideradas, el de las relacionadas con la calidad percibida de la atención en el centro de salud fue el que mayor relevancia tuvo en la explicación de la satisfacción.

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que, mediante el manejo de las variables relacionadas con la percepción de la calidad de la atención en los centros de salud, los gestores públicos y los profesionales sanitarios pueden incidir muy favorablemente sobre los niveles de satisfacción de los pacientes de la atención primaria.

© 2015 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.dehevia@urjc.es (J. de Hevia-Payá).

KEYWORDS

Patient satisfaction;
 Primary health care;
 Health services needs
 and demand;
 Regression analysis

What factors help to explain satisfaction with Primary Health care in Spain?**Abstract**

Objectives: To find out the factors that determine satisfaction with public primary health care in Spain. The work has considered a wide group of potential determining factors of that satisfaction, which are organised into 3 blocks of variables: Those related to the perceived quality in the care received, socioeconomic, and those relative to the state of health.

Material and methods: The micro data of the Barómetro Sanitario (BS) of 2013, which are representative at a national level, were employed. After a prior first descriptive analysis, 2 multivariate models were estimated: One in which satisfaction is considered as being of a cardinal nature (regression model), and another in which it is contemplated as being of an ordinal nature (ordered probit model).

Results: There were practically no differences between the results obtained with one or other of the multivariate models. Not all the variables considered were statistically significant. Of the 3 blocks of variables studied, the one related to the perceived quality in the care received in the health centre exerts the greatest relevance in the explanation of satisfaction.

Conclusions: The results obtained show that, by means of the management of the variables related to the perception of quality of care in health centres, public administrators and health professionals may have a highly favourable influence on the levels of satisfaction of primary health care patients.

© 2015 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La definición y medición de «la satisfacción general de los pacientes» es difícil y controvertida^{1,2}. Sin embargo, actualmente existe un amplio consenso entre sanitarios e investigadores sobre que dicha variable debe incorporarse al definir la calidad y resultados de la atención sanitaria, y sobre que las opiniones expresadas por los ciudadanos aportan información fundamental para gestionar adecuadamente los recursos sanitarios^{2,3}.

Estudiar la satisfacción de los pacientes con su sistema sanitario es importante por varios motivos¹⁻⁶: 1) Permite evaluar y conocer la calidad percibida por los pacientes. 2) Permite comparar diferentes sistemas sanitarios en términos de satisfacción (público y privado, distintas regiones, países, etc.). 3) Permite identificar qué aspectos pueden ser mejorados desde la perspectiva de los pacientes. 4) Permite conocer los aspectos que generan desencanto con el sistema sanitario en la sociedad y que pueden llevar a que los ciudadanos dejen de prestarle su apoyo. 5) Porque un elevado grado de satisfacción del paciente suele ir ligado a un elevado grado de cumplimiento de los tratamientos marcados y, por tanto, a su éxito⁷.

De este modo, el análisis de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario constituye una herramienta fundamental para su adecuada planificación y gestión y, por ello, no es extraño que los estudios sobre satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios se vengán sucediendo en el tiempo, tanto a nivel internacional como nacional, desde hace ya muchos años¹⁻¹³. Barrasa y Aibar¹³ efectúan una excelente revisión de los estudios de satisfacción realizados en España. La principal conclusión obtenida en todos estos estudios es que la satisfacción del paciente se determina de manera multifactorial, incidiendo sobre ella no solo

la atención sanitaria recibida, sino también otros factores como el tiempo de espera, el trato personal, sus expectativas, su estado de salud, sus características personales, sus valores, etc. Sin embargo, una limitación frecuente de los trabajos españoles es su debilidad metodológica debido al empleo de muestras con un fuerte componente local, lo que impide en gran medida la generalización de los resultados¹³.

La atención primaria es un pilar fundamental de todo sistema sanitario. La evidencia sobre la bondad de la asistencia primaria a nivel internacional es amplia y contundente^{14,15}, y muestra que disponer de un buen sistema de atención primaria contribuye a mejorar la salud de la población de un país, eleva la esperanza de vida de sus ciudadanos, contribuye a la equidad social y mejora la eficiencia de su economía y de su sistema sanitario. Por eso, y como una medida de calidad de la asistencia primaria, es fundamental conocer cuál es la satisfacción de los pacientes con ella y cuáles son sus factores determinantes. A este respecto, si recurrimos a los datos agregados, según la Encuesta sobre satisfacción con atención primaria y con urgencias realizada por la Organización de Consumidores y Usuarios en 2013, en España la satisfacción con la atención primaria ha crecido en los últimos años, con una valoración media de notable. Parecida calificación obtiene la atención primaria en el Barómetro Sanitario (BS) elaborado por el Centro de Investigaciones Sociológicas para el Ministerio de Sanidad, en 2013. En ambas encuestas se constata además que los niveles de satisfacción varían en función de diversas características de los individuos.

En este contexto, el objetivo de este estudio ha sido identificar empíricamente qué factores ayudan a explicar actualmente el nivel de satisfacción de los españoles con la atención primaria pública y analizar de qué modo eso puede ayudar a mejorar la gestión de la atención primaria.

Material y métodos

Los datos empleados en el estudio fueron los microdatos del BS. Esta encuesta se realiza regularmente con objeto de conocer la opinión que tienen los residentes en España sobre los servicios sanitarios públicos. Se han empleado los datos del año 2013, últimos datos disponibles. El BS está diseñado para entrevistar a 7.800 individuos de más de 18 años y de todas las comunidades autónomas (CCAA). Las encuestas se realizaron entre marzo y noviembre de 2013, en 3 olas de 2.600 entrevistas cada una. Los datos del BS tanto para cada ola como para todas conjuntamente son representativos a nivel nacional, lo que permite superar la limitación metodológica del localismo anteriormente aludida. En este trabajo se han empleado las 3 olas conjuntamente, por lo que puede considerarse que los resultados reflejan la opinión media del año 2013. Los microdatos, la ficha técnica y el cuestionario están disponibles en la página web de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁶. De entre las más de 60 preguntas planteadas en el BS, se seleccionaron las relacionadas con los determinantes de la satisfacción con la atención primaria pública (SAPP). Las variables empleadas y su definición aparecen en la [tabla 1](#).

En la literatura sobre satisfacción sanitaria se considera que las diferencias en satisfacción se deben a la diferente actitud de los pacientes hacia el sistema sanitario, a sus características individuales y a características del sistema sanitario tales como su organización y el tipo de proveedor^{3,17}. En plena consonancia con esta literatura, se ha considerado un amplio conjunto de variables explicativas que, dada su diferente naturaleza, se han agrupado en 3 bloques^{1-13,17}: las relacionadas con la percepción que tienen los pacientes de diferentes aspectos del servicio médico recibido (como el tiempo de atención por el médico, la distancia al centro médico, etc.), las relacionadas con sus características socioeconómicas y políticas (como edad, renta, región de residencia, ideología y opiniones políticas declaradas, etc.) y las relacionadas con su estado declarado de salud y medidas de este (como el número de veces que ha ido a consulta). Esta agrupación por bloques no tiene ninguna consecuencia de cara a la estimación de los modelos, pero resulta útil a la hora de discutir los resultados desde la perspectiva de la gestión sanitaria, pues en el primer bloque de variables se encuentran aquellas relacionadas con dicha gestión.

El BS para 2013 está diseñado para realizar 7.800 entrevistas, pero solo recogió la opinión de 7.750 individuos que tampoco contestaron a todas las cuestiones relevantes para el análisis, por lo que finalmente las estimaciones se realizaron con 5.883 individuos.

Análisis de los datos

Existe controversia en la literatura sobre cuál es el modelo econométrico más apropiado para analizar los índices de satisfacción de los usuarios dada su particular naturaleza¹⁸. En este trabajo, el índice de satisfacción empleado tomaba valores enteros entre 1 y 10, de manera que se podía considerar que esta variable tenía una naturaleza ordinal, pero también, podía considerarse que los individuos contestaban a la encuesta asignando una puntuación cardinal a

su satisfacción. Por ello, y como es muy habitual en la literatura, se analizó la satisfacción de los usuarios empleando ambos tipos de modelos¹⁸⁻²⁰. Ahora bien, conviene tener en cuenta 2 consideraciones: 1) Es habitual que las estimaciones obtenidas usando ambos tipos de modelos coincidan en signo y nivel de significación^{19,20}. 2) Si se aborda la satisfacción con un modelo cardinal, se supone que las diferencias en satisfacción entre 2 niveles adyacentes son siempre las mismas, mientras que cuando la satisfacción se trata como una variable ordinal no tiene por qué ser así.

En este contexto, se ha empleado el programa E-Views versión 7 para llevar a cabo un triple análisis. Primero se realizó un análisis estadístico descriptivo. Segundo se consideró la SAPP como una variable cardinal y se estimó por mínimos cuadrados ordinarios el siguiente modelo de regresión lineal:

$$\begin{aligned} \text{SAPP} = & \beta_0 + \sum_1^{k_1} \beta_j \text{Atención primaria}_j \\ & + \sum_1^{k_2} \alpha_i \text{Socioeconómicas}_i \\ & + \sum_1^{k_3} \delta_m \text{Salud}_m + \varepsilon \end{aligned}$$

Donde *atención primaria*, *socioeconómicas* y *salud* hacen referencia al conjunto de variables explicativas para cada uno de los 3 bloques considerados y ε es una variable aleatoria con media nula.

En tercer lugar, se consideró explícitamente la naturaleza ordinal de SAPP, planteando y estimando por máxima verosimilitud 2 modelos, logit y probit ordenado, con las mismas variables explicativas. Los 2 modelos han sido ampliamente empleados en la literatura aplicada y se diferencian en el supuesto realizado sobre la distribución de la perturbación: en el primero es la normal, en el segundo es la logística²¹.

Resultados

En las [tablas 2 y 3](#) se presentan estadísticos descriptivos de las variables empleadas y de su relación con SAPP. En la [tabla 2](#) se muestran los valores medios de las variables cardinales y ordinales del estudio y su correlación con SAPP. El valor medio obtenido para SAPP implica, como ya se indicó, que existe una muy buena valoración de la atención primaria en España. Todas las correlaciones resultaron estadísticamente significativas al 5%. A excepción de la variable «visitas médico-privado», todas las demás tenían correlación positiva con SAPP. De manera que mayores valores en todas las variables del bloque de atención en el centro de salud, en edad y en el número de visitas al médico del centro público llevan aparejados mayor satisfacción media con la atención primaria pública. Sin embargo, la distinta magnitud de la correlación para unas u otras variables indica una dispar intensidad de relación con SAPP.

En la [tabla 3](#) se presentan la composición de la muestra dadas las variables cualitativas consideradas, los valores medios de SAPP en función de esas cualidades y los contrastes de igualdad de la media de SAPP por subgrupos de características. En general los resultados mostraron

Tabla 1 Definición de variables

Denominación	Definición
<i>Variable dependiente</i>	
Satisfacción con la atención primaria pública (SAPP)	Valoración entre 1 y 10 ^a
<i>Variables explicativas</i>	
<i>Relacionadas con la atención en el centro sanitario</i>	
Cercanía	Valoración sobre proximidad del centro de salud al domicilio ^a
Horario	Valoración sobre horario de atención del centro sanitario ^a
Atención-domicilio	Valoración sobre servicio de atención domiciliaria ^a
Facilidad-cita	Valoración sobre facilidad de obtención de cita médica ^a
Tiempo-cita	Valoración sobre tiempo de espera tras la cita ^a
Tiempo-espera	Valoración sobre tiempo de espera en consulta
Tiempo-consulta	Valoración sobre duración de la consulta ^a
Tiempo-pruebas	Valoración sobre tiempo de espera para pruebas diagnósticas ^a
Equipamiento	Valoración sobre medios técnicos del centro sanitario ^a
Trato-recibido	Valoración sobre trato recibido en el centro sanitario ^a
Confianza	Valoración sobre confianza/seguridad que transmite el médico ^a
Seguimiento	Valoración sobre seguimiento del paciente en el centro sanitario ^a
Información	Valoración sobre información recibida del médico ^a
Consejos	Valoración sobre consejos sobre salud que da el médico ^a
<i>Socioeconómicas-ideológicas</i>	
Comunidad autónoma (CCAA)	Toma valor 1 para la CCAA de residencia y 0 en caso contrario
Tamaño del municipio: municipio-1, municipio-2, municipio-3, municipio-4, municipio-5, municipio-6 y municipio-7	Toman valor 1 en función del número de habitantes del municipio de residencia y 0 para el resto. Niveles: (1) Menos de 2.000. (2) Entre 2.000-10.000. (3) Entre 10.001-50.000. (4) Entre 50.001-100.000 (5) Entre 100.001-400.000 (6) Entre 400.001-1 millón. (7) Más de 1 millón
Edad	Edad en años
Género: hombre, mujer	Toman valor 1 cuando el individuo es del género correspondiente y 0 para el resto
Nacionalidad: español, extranjero	Toman valor 1 cuando el individuo es de la nacionalidad correspondiente y 0 para el resto
Nivel de renta: renta-1, renta-2, renta-3, renta-4, renta-5, renta-6, renta-7 y renta-8	Toman valor 1 para los individuos con el correspondiente nivel de renta mensual (en euros) y 0 para el resto. Niveles: (1) Menos de 600. (2) Entre 601-900. (3) Entre 901-1.200. (4) Entre 1.201-1.800. (5) Entre 1.801-2.400. (6) Entre 2.401-3.000. (7) Más de 3.001. (8) Se desconoce la renta
Nivel educativo: sin estudios, primarios, secundarios y superiores	Toman valor 1 si el individuo tiene como máximo el nivel de estudios considerado y 0 para el resto
Situación laboral: solo tareas del hogar, trabajador, jubilado, parado, estudiante	Toman valor 1 si el individuo está en la situación laboral correspondiente y 0 para el resto
Ideología del individuo: izquierda, derecha, centro	Generadas a partir de la posición en la que se sitúa el individuo en una escala 1 (izquierda) a 10 (derecha): Izquierda, toma valor 1 si se sitúa entre 1 y 3 y 0 para el resto. Derecha toma valor 1 si se sitúa entre 8 y 10, y 0 para el resto. Centro toma valor 1 si no es ni de izquierdas, ni de derechas y 0 para el resto
Preferencias por el tipo de atención primaria: preferencia por pública (pref. pública), preferencia por privada (pref. privada), ambas	Toman valor 1 si el individuo prefiere un tipo de atención (pública o privada) o le resulta indiferente y 0 para el resto.

Tabla 1 (continuación)

Denominación	Definición
Opinión sobre evolución asistencia primaria (op. evol. asiste.)	Toma valor 1 para los individuos que opinan que el sistema de atención tiene evolución positiva y 0 para el resto
Opinión sobre posición relativa de su CCAA en asistencia primaria (Op. Pos. CCAA)	Toma valor 1 para los individuos que opinan que el sistema de atención primaria de su CCAA es mejor que el otras CCAA y 0 para el resto
<i>Sobre el estado de salud</i>	
Visitas médico-público	N.º de visitas (último año) al médico de cabecera en un centro público
Visitas médico-privado	N.º de visitas (último año) al médico de cabecera en un centro privado
Enfermo crónico	Toma valor 1 para los enfermos crónicos y 0 para el resto
Estado de salud: muy-bueno, bueno, regular, malo, muy-malo	Toman valor 1 si el individuo cree que su estado de salud es el correspondiente y 0 para el resto

^a Escala 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).

evidencia en favor de la existencia de diferentes medias en SAPP en función de la mayoría de las características consideradas. Así, por ejemplo, se encontraron diferencias significativas al 5% por CCAA, tamaño del municipio, nivel educativo, situación laboral, género, etc. Sin embargo, estos resultados podían esconder efectos composición, por lo que, para controlarlos, se realizó un análisis multivariante. A este respecto, en la [tabla 4](#) se presentan las estimaciones del modelo de regresión y en la [tabla 5](#) del logit ordenado (columnas I, II, V y VI) y del probit ordenado (III, IV, VII y VIII). Existen 3 resultados a destacar de estos modelos:

1.º) Prácticamente no existieron diferencias entre los resultados obtenidos con los 3 modelos ni en cuanto a los signos de los parámetros estimados, ni en cuanto a la

significación estadística de las variables, lo que robustece los resultados en el sentido de que la consideración de SAPP como cardinal u ordinal no afecta a la determinación de la relevancia de las variables explicativas.

2.º) Aunque todas las variables consideradas resultaron conjuntamente significativas al 5% en los 3 modelos, no todas ellas lo fueron a nivel individual.

3.º) De los 3 bloques de variables considerados, fue el de las relacionadas con la calidad percibida de la atención primaria el que dispone de mayor capacidad explicativa de las variaciones en SAPP. Para ilustrar esta cuestión, si se considera el R² ([tabla 4](#)) y el pseudo-R² ([tabla 5](#)) de 3 modelos en los que se incluyeron uno a uno los bloques de variables, se obtiene que en el modelo con solo el primer grupo de variables, los valores del R² y de los

Tabla 2 Características de las variables cardinales u ordinales y correlación con la satisfacción con la atención primaria pública (SAPP)

Variable	Media	DE ^a	ρ^b	Variable	Media	DE ^a	ρ^b
SAPP	7,416	1,868	1				
<i>Atención en el centro sanitario</i>							
Cercanía	8,063	1,795	0,264*	Tiempo-pruebas	5,923	2,259	0,429*
Horario	7,516	1,831	0,400*	Equipamiento	6,996	1,920	0,388*
Atención-domicilio	7,419	2,075	0,529*	Trato-recibido	7,810	1,740	0,569*
Facilidad-cita	7,408	2,102	0,407*	Confianza	7,909	1,862	0,606*
Tiempo-cita	6,873	2,143	0,445*	Seguimiento	7,569	1,934	0,544*
Tiempo-espera	6,212	2,090	0,460*	Información	7,589	1,855	0,583*
Tiempo-consulta	7,168	2,002	0,542*	Consejos	7,500	2,088	0,517*
<i>Socioeconómicas (continuas)</i>							
Edad	47,455	17,413	0,215*				
<i>Estado de salud declarado (continuas)</i>							
Visitas médico-público	2,887	4,514	0,077*				
Visitas médico-privado	0,151	1,132	0,049*				
<i>Tamaño muestral</i>	5.583						

^a Desviación típica muestral.

^b Coeficiente de correlación entre la satisfacción con la atención primaria pública y la variable correspondiente

* Estadísticamente significativo al 5%.

Tabla 3 Características de las variables categóricas y relación con la satisfacción con la atención primaria pública (SAPP)

Variable	N	% ^a	Media SAPP	Variable	N	% ^a	Media SAPP
Socioeconómicas-ideológicas							
<i>CCAA</i>							
Andalucía	652	11,1	7,259	Extremadura	259	4,4	7,212
Aragón	257	4,4	8,323	Galicia	360	6,1	7,256
Asturias	253	4,3	7,407	Madrid	447	7,6	7,412
Baleares	230	3,9	7,326	Murcia	259	4,4	7,220
Canarias	325	5,5	7,098	Navarra	186	3,2	7,613
Cantabria	156	2,7	7,955	País Vasco	298	5,1	7,617
Castilla La Mancha	268	4,5	7,787	La Rioja	212	3,6	7,665
Castilla-León	328	5,5	7,369	Ceuta	186	3,2	7,167
Cataluña	615	10,5	7,504	Melilla	132	2,2	6,658
Valencia	460	7,8	7,265	Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,000
<i>Tamaño del municipio</i>							
Municipio-1	436	7,4	7,775	Municipio-5	1.343	22,8	7,284
Municipio-2	901	15,3	7,688	Municipio-6	432	7,3	7,519
Municipio-3	1470	25,0	7,419	Municipio-7	369	6,3	7,360
Municipio-4	932	15,9	7,142	Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,000
<i>Nivel de renta</i>							
Renta-1	545	9,3	7,424	Renta-6	250	4,2	7,400
Renta-2	821	14,0	7,523	Renta-7	170	2,9	7,356
Renta-3	1021	17,3	7,521	Renta-8	1.518	25,8	7,311
Renta-4	1009	17,2	7,344				
Renta-5	549	9,3	7,497	Igualdad-medias ^b		p	0,060
<i>Nivel educativo</i>							
Sin estudios	378	6,4	7,664	Superiores	1.551	26,4	7,313
Primaria	1218	20,7	7,922				
Secundaria	2736	46,5	7,214	Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,000
<i>Situación laboral</i>							
Solo tareas del hogar	511	8,7	7,787	Estudiante	265	4,5	7,001
Trabajador	2380	40,4	7,215	Parado	1.359	23,1	7,187
Jubilado	1368	23,3	7,931	Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,000
<i>Género</i>							
Mujer	3031	51,5	7,490	Hombre	2852	48,5	7,337
				Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,002
<i>Nacionalidad</i>							
Español	5569	94,7	7,406	Extranjero	314	5,3	7,580
				Igualdad-medias ^b		p	0,112
<i>Ideología</i>							
Izquierda	1041	17,7	7,497	Centro	4.703	79,9	7,382
Derecha	139	2,4	7,942	Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,001
<i>Preferencia por tipo de sanidad</i>							
Pref. pública	4091	69,6	7,775	Pref. ambas	279	4,7	7,111
Pref. privada	1513	25,7	6,499	Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,000
<i>Opinión evolución</i>							
Op. evol. asiste. (positiva)	1484	25,2	8,107	Op. evol. asiste. (negativa)	4.399	74,8	7,182
				Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,000
<i>Opinión calidad relativa</i>							
Op. pos. CCAA (mejor)	909	15,5	7,717	Op. pos. CCAA (peor)	4.974	84,5	7,360
				Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,000
Estado de salud							
Enfermo-crónico	1745	29,7	7,617	No crónico	4.138	70,3	7,331
				Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,000
<i>Estado de salud declarado</i>							
Muy-bueno	1039	17,7	7,526	Malo	226	3,8	7,385
Bueno	3239	55,1	7,344	Muy-malo	59	1,0	7,237
Regular	1320	22,4	7,517	Igualdad-medias ^{b,*}		p	0,013

^a Porcentaje sobre el total de la muestra.^b Contraste F-Welch.

* Estadísticamente significativo al 5%.

Tabla 4 Modelo para la satisfacción con la atención primaria pública (SAPP) como variable cardinal^a

Variable	Modelo de regresión lineal				
	Parámetro	p ^b	Variable	Parámetro	p ^b
Término constante	1,225*	0,000			
Atención en el centro sanitario					
<i>Cercanía</i>	-0,023	0,096	Tiempo-pruebas	0,038*	0,003
<i>Horario</i>	0,045*	0,005	Equipamiento	0,026	0,076
<i>Atención-domicilio</i>	0,002	0,607	Trato-recibido	0,146*	0,000
<i>Facilidad-cita</i>	0,010	0,480	Confianza	0,217*	0,000
<i>Tiempo-cita</i>	0,020	0,207	Seguimiento	0,021	0,263
<i>Tiempo-espera</i>	0,049*	0,001	Información	0,112*	0,000
<i>Tiempo-consulta</i>	0,095*	0,000	Consejos	-0,003	0,840
Socioeconómicas-ideológicas					
CCAA					
Aragón	0,397*	0,000	Mujer	0,020	0,585
Asturias	0,125	0,218	Extranjero	0,132	0,095
Baleares	0,241*	0,030	<i>Nivel de renta</i>		
Canarias	0,076	0,497	Renta-2	-0,101	0,225
Cantabria	0,417*	0,001	Renta-3	-0,027	0,741
Castilla La Mancha	0,205	0,068	Renta-4	-0,137	0,096
Castilla-León	0,050	0,602	Renta-5	-0,005	0,957
Cataluña	0,449*	0,000	Renta-6	-0,020	0,864
Valencia	0,190*	0,036	Renta-7	0,074	0,570
Extremadura	0,095	0,317	Renta-8	-0,043	0,572
Galicia	0,178	0,057	<i>Nivel educativo</i>		
Madrid	0,249*	0,017	Primaria	0,297*	0,001
Murcia	0,065	0,516	Secundaria	0,136	0,137
Navarra	0,037	0,693	Superiores	0,237*	0,014
País Vasco	0,219*	0,008	<i>Situación laboral</i>		
La Rioja	0,356*	0,001	Trabajador	-0,169*	0,024
Ceuta	0,408*	0,001	Jubilado	-0,155*	0,042
Melilla	0,266	0,115	Parado	-0,071	0,375
Tamaño del municipio			Estudiante	0,044	0,697
Municipio-1	-0,047	0,688	<i>Ideología</i>		
Municipio-2	0,062	0,545	Izquierda	0,109*	0,026
Municipio-3	-0,020	0,835	Derecha	-0,112	0,318
Municipio-4	-0,077	0,454	Pref. pública,	0,236*	0,003
Municipio-5	-0,017	0,860	Pref. privada,	-0,227*	0,008
Municipio-6	0,067	0,579	Op. evol. asiste.	0,264*	0,000
Edad	0,004*	0,016	Op. pos. CCAA	0,074	0,151
Estado de salud			<i>Estado de salud declarado</i>		
<i>Vis-med-público</i>	0,010*	0,035	Bueno	-0,069	0,150
<i>Vis-med-privado</i>	-0,001	0,952	Regular	-0,134*	0,044
<i>Enfermo-crónico</i>	-0,003	0,953	Malo	-0,261*	0,034
			Muy malo	-0,066	0,804
Medidas de ajuste					
<i>Estadístico F de significación global</i>	81,860*	0,000			
<i>R² Modelo con todas las variables</i>	0,489				
<i>R² Solo con relacionadas con la atención en el centro de salud</i>	0,461				
<i>R² Solo con socioeconómicas-ideológicas</i>	0,179				
<i>R² Solo con estado de salud</i>	0,015				
<i>Tamaño muestral</i>	5.883				

^a Grupo de referencia: Andalucía, municipio-8, hombre, español, renta-1, sin estudios, solo tareas del hogar, centro, no enfermo crónico, estado de salud muy-Bueno.

^b Calculados a partir de errores estándar de White.

* Estadísticamente significativo al 5%.

Tabla 5 Modelos multivariantes para la satisfacción con la atención primaria pública (SAPP) como variable ordinal^a

Variable	Logit-ordenado		Probit-ordenado		Variable	Logit-ordenado		Probit-ordenado	
	Parámetro (I)	p ^b (II)	Parámetro (III)	p ^b (IV)		Parámetro (V)	p ^b (VI)	Parámetro (VII)	p ^b (VIII)
Atención en el centro sanitario									
<i>Cercanía</i>	-0,024	0,175	-0,010	0,330	Tiempo-pruebas	0,059*	0,001	0,032*	0,001
<i>Horario</i>	0,082*	0,005	0,040*	0,001	Equipamiento	0,037*	0,046	0,022	0,052
<i>Atención-domicilio</i>	0,003	0,668	0,003	0,453	Trato-recibido	0,214*	0,000	0,108*	0,000
<i>Facilidad-cita</i>	0,021	0,275	0,010	0,342	Confianza	0,283*	0,000	0,148*	0,000
<i>Tiempo-cita</i>	0,018	0,405	0,014	0,255	Seguimiento	0,052*	0,035	0,018	0,171
<i>Tiempo-espera</i>	0,063*	0,001	0,038*	0,001	Información	0,162*	0,000	0,085*	0,000
<i>Tiempo-consulta</i>	0,144*	0,000	0,074*	0,000	Consejos	0,108	0,622	0,002	0,889
Socioeconómicas-ideológicas									
<i>CCAA</i>									
Aragón	0,543*	0,000	0,369*	0,000	Mujer	0,068	0,165	0,039	0,182
Asturias	0,075	0,564	0,109	0,166	Extranjero	0,169	0,111	0,119	0,059
Baleares	0,315*	0,034	0,204*	0,016	<i>Nivel de renta</i>				
Canarias	0,207	0,142	0,109	0,191	Renta-2	-0,084	0,457	-0,078	0,234
Cantabria	0,577*	0,002	0,341*	0,001	Renta-3	-0,044	0,690	-0,022	0,726
Castilla La Mancha	0,394*	0,011	0,223*	0,014	Renta-4	-0,184	0,093	-0,128*	0,044
Castilla-León	-0,006	0,965	0,031	0,677	Renta-5	-0,069	0,580	-0,028	0,696
Cataluña	0,562*	0,000	0,366*	0,000	Renta-6	-0,086	0,559	-0,024	0,784
Valencia	0,274*	0,022	0,165*	0,018	Renta-7	0,073	0,672	0,050	0,614
Extremadura	0,099	0,446	0,071	0,341	Renta-8	-0,044	0,669	-0,045	0,454
Galicia	0,177	0,138	0,128	0,076	<i>Nivel educativo</i>				
Madrid	0,376*	0,005	0,225*	0,005	Primaria	0,393*	0,001	0,257*	0,003
Murcia	0,009	0,942	0,032	0,667	Secundaria	0,142	0,240	0,091	0,219
Navarra	-0,013	0,921	0,025	0,737	Superiores	0,273*	0,031	0,166*	0,033
País Vasco	0,209	0,058	0,147*	0,022	<i>Situación laboral</i>				
La Rioja	0,411*	0,006	0,293*	0,001	Trabajador	-0,253*	0,013	-0,133*	0,028
Ceuta	0,497*	0,002	0,317*	0,001	Jubilado	-0,229*	0,029	-0,109	0,086
Melilla	0,499*	0,102	0,270*	0,031	Parado	-0,155	0,151	-0,063	0,325
<i>Tamaño del municipio</i>					Estudiante	-0,124	0,413	-0,020	0,821
Municipio-1	0,014	0,927	0,022	0,818	<i>Ideología</i>				
Municipio-2	0,088	0,517	0,067	0,403	Izquierda	0,162*	0,012	0,101*	0,009
Municipio-3	-0,015	0,905	-0,001	0,985	Derecha	-0,075	0,635	-0,048	0,616
Municipio-4	-0,031	0,816	-0,037	0,637	Prof. pública,	0,356*	0,001	0,205*	0,001
Municipio-5	0,009	0,943	0,010	0,895	Prof. privada.	-0,198*	0,008	-0,126	0,051
Municipio-6	0,068	0,673	0,053	0,569	Op. evol. asiste.	0,369*	0,000	0,225*	0,000

Tabla 5 (continuación)

Variable	Logit-ordenado		Probit-ordenado		Variable	Logit-ordenado		Probit-ordenado	
	Parámetro (I)	p ^b (II)	Parámetro (III)	p ^b (IV)		Parámetro (V)	p ^b (VI)	Parámetro (VII)	p ^b (VIII)
Edad	0,005*	0,027	0,004*	0,011	Op. pos. CCAA	0,131	0,052	0,068	0,095
Estado de salud					<i>Estado de salud declarado</i>				
<i>Vis-med-público</i>	0,021*	0,001	0,011*	0,006	Bueno	-0,109	0,082	-0,072	0,061
<i>Vis-med-privado</i>	0,013	0,564	0,007	0,624	Regular	-0,172	0,052	-0,125*	0,021
<i>Enfermo-crónico</i>	-0,048	0,448	-0,013	0,715	Malo	-0,276	0,093	-0,189	0,056
					Muy malo	-0,031	0,931	-0,030	0,715
Medidas de ajuste									
<i>Chi cuadrada de significación global</i>	Logit 3900,847*	Probit 4158,147*							
<i>Seudo-R² Modelo con todas las variables</i>	0,183	0,172							
<i>Seudo-R² Solo con relacionadas con la atención centro de salud</i>	0,170	0,157							
<i>Seudo-R² Solo con socioeconómicas-ideológicas</i>	0,054	0,053							
<i>Seudo-R² Solo con estado de salud</i>	0,006	0,005							
Tamaño muestral	5.883								

^a Grupo de referencia: Andalucía, municipio-8, hombre, español, renta-1, sin estudios, solo tareas del hogar, centro, no enfermo crónico, estado de salud muy-bueno.

^b Calculados a partir de errores estándar de Huber-White.

* Estadísticamente significativo al 5%.

seudo-R² están muy próximos a los de los modelos con todas las variables, y son muy superiores a los de los modelos en los que se incluyeron solo los otros bloques de variables. Esto implica que son las variables relacionadas con la calidad de la atención recibida las que explican en mayor medida las variaciones en SAPP.

Las variables relacionadas con la atención en el centro sanitario fueron conjuntamente significativas al 5%, pero no todas lo fueron individualmente. Las variables de este bloque que más incidían (son significativas al 5% en los 3 modelos) sobre la satisfacción eran: la amplitud del horario del centro de salud, el tiempo de espera en la consulta, la duración de la consulta, el tiempo que transcurrió para la realización de pruebas diagnósticas, así como el trato recibido, la información recibida del médico y la confianza que este inspiró.

Todas las variables socioeconómicas e ideológicas resultaron significativas conjuntamente, aunque en contra de lo obtenido en el análisis estadístico inicial, ni el género, ni el tamaño del municipio son estadísticamente significativos al 5% en ninguno de los 3 modelos. Tampoco los niveles de renta fueron significativos conjuntamente al 5% en ninguno de los casos. Igualmente, aunque los extranjeros tuvieron en media mayor satisfacción con la atención primaria que los españoles, esa diferencia no es significativa al 5%. Las diferencias encontradas entre el análisis descriptivo y el multivariante muestran hasta qué punto es importante realizar este último para medir adecuadamente los determinantes de la satisfacción. En consonancia con otros trabajos⁶⁻¹¹, se han encontrado diferencias en el nivel de satisfacción en función de la edad, el nivel educativo y la situación laboral. Mayor edad implica en media mayor satisfacción. No tener estudios supone un menor nivel medio de satisfacción que tener estudios primarios, secundarios o superiores, aunque esas diferencias no eran significativas respecto a los que tienen estudios secundarios. Dedicarse solo a tareas del hogar supone un nivel medio en SAPP superior a ser trabajador, jubilado, parado o estudiante, aunque solo en el caso de ser trabajador o jubilado esa diferencia resultó ser estadísticamente significativa, lo cual sugiere que son los ocupados y los jubilados los que poseen una percepción más negativa de la atención primaria.

Los resultados muestran diferencias entre CCAA en los niveles de satisfacción media, aunque no todas fueron significativas al 5%, de manera que no existieron diferencias entre Andalucía, que es la CCAA de referencia en los modelos, y Asturias, Canarias, Castilla-León, Extremadura, Galicia, Murcia y Navarra. El signo positivo de los parámetros del resto de variables de CCAA implicó que, para todas las demás características iguales, en esas CCAA existe en media mayor satisfacción que en Andalucía.

Otro resultado interesante es que los factores ideológicos y de percepción relativa de la situación de la atención primaria pública afectan a los niveles medios de satisfacción. Concretamente, ser de «izquierda» o tener preferencia por la sanidad pública afecta positivamente a la satisfacción, e igualmente, percibir una evolución positiva de la atención primaria en los últimos años afectó positivamente a la satisfacción.

Las variables de salud no tenían una gran capacidad explicativa sobre la satisfacción. Concretamente, todas las variables de salud consideradas conjuntamente no son significativas al 5% en ninguno de los modelos. Solo la variable que medía el número de visitas al médico de cabecera público fue significativa en los 3 modelos. En cualquier caso, los signos negativos del parámetro de la variable enfermo crónico y de estado de salud indican que, en caso de incidir dichas variables sobre la satisfacción, lo hicieron en el sentido de que peor estado de salud implica menor nivel de satisfacción.

Discusión

Los resultados de este trabajo están en consonancia con otros estudios sobre satisfacción sanitaria a nivel nacional e internacional⁶⁻¹³ y muestran que la satisfacción de los españoles con la asistencia sanitaria primaria pública depende de un amplio conjunto de variables tanto relacionadas con la calidad percibida de la atención primaria como sociológicas e ideológicas y, en menor medida, relacionadas con el estado de salud del individuo. Son las variables relacionadas con la calidad percibida las que tienen mayor relevancia en la explicación de la satisfacción, lo cual es un resultado lógico dado que la atención primaria es el principal punto de contacto de los ciudadanos con el sistema sanitario y dado que en la gran mayoría de los casos los pacientes visitan siempre al mismo médico de cabecera, buscando en él un trato adecuado, de confianza, con buen asesoramiento técnico y con unos tiempos de espera y de duración de las consultas sensatos.

La atención primaria pública española arrastra un amplio conjunto de problemas de muy diversa índole^{22,23}: crisis de identidad de la medicina de familia, insuficiencia presupuestaria crónica^{24,25}, atención cada vez menos universal, poco organizada, desbordada y con escasa integración de los factores sociales de los pacientes, descontento del personal sanitario, mal uso por parte de los pacientes, etc. Además, la profunda crisis económica iniciada en 2007 ha agudizado muchos de esos problemas. Actualmente, la atención primaria pública española se encuentra en una verdadera encrucijada²⁶ y, posiblemente, ha de afrontar en los próximos años una reforma en profundidad que abarque múltiples aspectos^{22,23}: replanteamiento en la prestación de servicios, en el papel del médico, en la gestión y coordinación, etc.

En este contexto, conocer los determinantes de la satisfacción de los ciudadanos con la atención sanitaria primaria puede jugar un papel importante en la orientación de las reformas sanitarias o en el cambio de la gestión sanitaria. Actualmente nadie duda de que la información sobre la satisfacción basada en las percepciones de los usuarios ayuda a los gestores sanitarios a identificar problemas y aspectos de la atención sanitaria que deben mejorarse. De manera que el análisis de la satisfacción sanitaria puede ser un instrumento útil para adaptar los servicios sanitarios a las necesidades expresadas por la población¹.

A este respecto, los resultados obtenidos con relación a que no existen diferencias en el nivel de satisfacción por género, nacionalidad, tamaño del municipio ni, especialmente, por nivel de renta, son muy interesantes pues muestran que no existen brechas en la satisfacción ligadas

a estas variables en las que en otros contextos socioeconómicos tantas diferencias hay. Así, estos resultados indican que la atención primaria española satisface a grupos sociales muy dispares, lo que sugiere que, hoy por hoy, el sistema público de atención primaria en España no tiene graves problemas por el lado de la equidad asistencial.

También, en el contexto de gestión descentralizada de la sanidad existente en España, la existencia de diferencias en la satisfacción por CCAA tiene especial relevancia, ya que puede tener su origen en diferencias en los modelos de gestión o en las asignaciones presupuestarias de la atención primaria por CCAA. Sería interesante estudiar en profundidad los distintos modelos de gestión de la atención primaria de las CCAA de cara a reducir las diferencias en la satisfacción de los usuarios.

Igualmente, los resultados obtenidos muestran que si se desea elevar los niveles medios de satisfacción existe un notable margen de maniobra por parte de los gestores públicos y de los sanitarios sobre dicha variable, pues son las variables relacionadas con el acto mismo de la atención primaria (tiempo de espera, trato, etc.), las que más inciden sobre la satisfacción. En cualquier caso, los resultados muestran que elevar el nivel de satisfacción global de manera significativa requiere trabajar en la mejora de múltiples elementos de manera simultánea ya que la satisfacción depende de múltiples variables y trabajando solo en la mejora de una de ellas difícilmente se pueden conseguir mejoras importantes en la satisfacción global. Cualquier reforma de la atención primaria debe incidir sobre mejorar no solo uno, sino muchos aspectos.

El estudio realizado tiene limitaciones que condicionan las conclusiones y que hay que considerar en futuras ampliaciones. La primera es que al no disponer la base de datos de medidas objetivas de las variables relacionadas con la atención en el centro de salud (disponibilidad concreta de medios, tiempo medio de espera en sala, tiempo de espera en pruebas diagnósticas, etc.) no se puede determinar exactamente en qué cuantía deberían modificarse estos factores objetivos para conseguir elevaciones significativas en la satisfacción con la atención primaria. Igualmente, no se están considerando, por no disponer tampoco de ellas, variables que reflejen las expectativas que tenían los pacientes antes de asistir al centro de salud y que pueden explicar los diferentes niveles de satisfacción. También sería deseable afrontar en el futuro un análisis desagregado de diferentes elementos de la atención primaria como la atención médica, la de enfermería o la de pruebas diagnósticas que ayuden a conocer mejor los diferentes niveles de la atención primaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Caminal J. La medida de satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:276-9.
- Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clín*. 2000;114 Supl 3:26-33.
- Villar López J, Lizán Tudela L, Soto Álvarez J, Peiró Moreno S. La satisfacción con el tratamiento. *Aten Primaria*. 2009;41:637-45.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ*. 1991;302:887-9.
- Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 2001;52:609-20.
- Nguyen Thi PL, Briacón S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med*. 2002;54:493-504.
- Cleary PD, Keroy L, Karapanos G, McMullen W. Patient assessments of hospital care. *Q Rev Bull*. 1989;15:172-9.
- Bleich SN, Özaltın E, Murray CJL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ*. 2009;87:271-8.
- González L, Costa A, Timoneda C, Alfonso JL, Cortina P. Encuesta de satisfacción a los usuarios de un centro de salud. *Gac Sanit*. 1993;7:86-94.
- Otani K, Waterman B, Claiborne D. Patient satisfaction: How patient health conditions influence their satisfaction. *J Health Manag*. 2012;57:276-92.
- Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int Qual Health Care*. 2010;22:86-92.
- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2002;17:273-83.
- Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de la satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calid Asist*. 2003;18:580-90.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.
- Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26:20-6. S.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Opinión de los ciudadanos. *Barómetro Sanitario*. 2014 [consultado 15 Oct 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm.
- Sixma HJ, Spreeuwenberg P, van der Pasch M. Patient satisfaction with the general practitioner. *Medical Care*. 1998;36:212-29.
- Gijón C, Garín-Munoz T, Pérez-Amaral T, López-Zorzano R. Satisfaction of individual mobile phone users in Spain. *Telecomm Policy*. 2013;37:940-54.
- Papke L. How are participants directing their participation-directed individual account pension plans? *Am Econ Rev*. 1998;88:212-6.
- Peel MJ, Goode MH, Moutinho LA. Estimating consumer satisfaction: OLS versus ordered probability models. *Int J Commerce Mang*. 1998;8:75-93.
- Wooldridge JM. *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press; 2002.
- Hernansanz F, Gervás J, Clavería A. Conclusiones y recomendaciones. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26:162-4. S.
- Hernansanz F, Clavería A, Gervás J, Márquez M, Álvarez-Dardet C. El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26:3-5. S.
- Simó J, Gervás J. Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26:36-40. S.
- Navarro V. El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. *Gac Sanit*. 2012;26:174-5.
- Ortún V. Primary care at crossroads. *Gac Sanit*. 2013;27:193-5.