

Original

Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente



Shirley Pérez-Romero^a, Juan J. Gascón-Cánovas^{a,*}, Diego Salmerón-Martínez^{a,b,c}, Pedro Parra-Hidalgo^d y Olga Monteagudo-Piqueras^d

^a Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, Murcia, España

^d Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de noviembre de 2016

Aceptado el 25 de mayo de 2017

On-line el 11 de julio de 2017

Palabras clave:

Satisfacción del paciente

Determinantes

Garantía de la calidad de la atención de salud

Indicadores económicos

Análisis multinivel

R E S U M E N

Objetivo: Determinar qué factores de los contextos socioeconómico y sanitario influyen sobre la percepción de la satisfacción de la población con los servicios de salud.

Método: Los datos provienen de la Encuesta Europea de Salud de 2009. En los 22.188 sujetos encuestados se estudió la relación entre percepción de la satisfacción con los servicios sanitarios recibidos y las variables tanto individuales como contextuales, aplicando un análisis multinivel.

Resultados: Los factores de los contextos socioeconómico y sanitario que influyen sobre la satisfacción son las mayores tasas de población sin estudios, en la cual la percepción de excelencia es menos probable (odds ratio [OR]: 0,48-0,82) y la insatisfacción es más prevalente (OR: 1,46-1,63). Asimismo, la proporción de personas insatisfechas es menor cuando el gasto per cápita en servicios sanitarios es muy elevado (>1400 €) (OR: 0,49-0,87) y la ratio entre médicos de atención primaria de salud y habitantes es alta (>60) (OR: 0,50-0,85). Además, la prevalencia de insatisfacción describe una tendencia lineal positiva con la tasa de paro (OR: 1,12; p=0,0001) y la magnitud relativa del sector servicios (OR: 1,03; p=0,001). Por el contrario, esta tendencia lineal es negativa conforme aumenta el índice de cobertura de la prestación sanitaria (OR: 0,88; p=0,04).

Conclusiones: Los factores individuales que determinan la satisfacción del paciente son el sexo, la edad, la salud mental y el país de nacimiento. Además, hay diferencias en la satisfacción del paciente entre las comunidades autónomas de acuerdo con determinantes socioeconómicos, como el producto interior bruto per cápita, las tasas de población sin estudios, las tasas de paro o la ratio número de habitantes/consultorios. Los estudios de satisfacción del usuario, además de ajustarse por variables individuales como el sexo, la edad o el nivel de salud, también deberían tomar en consideración características del entorno socioeconómico del área geográfica de residencia.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Relevance of the socioeconomic and health context in patient satisfaction

A B S T R A C T

Objective: To determine which factors of the socioeconomic and health contexts influence the perception of the satisfaction of the population with the health services.

Methods: The data come from the European Health Survey of 2009. In the 22,188 subjects surveyed, the relationship between the perception of satisfaction with the health services received and the individual and contextual variables was studied, applying a multilevel analysis.

Results: The factors of the socioeconomic and health contexts that influence satisfaction are: higher rates of low level of studies where the perception of excellence is less likely (odds ratio [OR]: 0.48-0.82) and dissatisfaction is more prevalent (OR: 1.46-1.63). Likewise, the proportion of unsatisfied citizens is lower when per capita expenditure on health services is very high (>1400 €) (OR: 0.49-0.87) and the ratio “primary health care physicians/inhabitants” is high (>60) (OR: 0.500.85). In addition, the prevalence of dissatisfaction describes a positive linear trend with the unemployment rate (OR: 1.12; p=0.0001) and the relative magnitude of the services sector (OR: 1.03; p=0.001). By contrast, this linear trend is negative as the Health Care Coverage Ratio increases (OR: 0.88; p=0.04).

Keywords:

Patient satisfaction

Determinants

Quality assurance

Health care

Economic indexes

Multilevel analysis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gasconjj@um.es (J.J. Gascón-Cánovas).

Conclusions: The individual factors that determine patient satisfaction are: sex, age, mental health and country of birth. In addition, there are differences in patient satisfaction among the autonomous communities according to socio-economic determinants such as GDP per capita, low-level study rates, unemployment rates or number of inhabitants/doctor's ratio. User satisfaction studies as well as being adjusted for individual variables such as sex, age or health level should also take into account characteristics of the socioeconomic environment of the geographic area where they reside.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La satisfacción del usuario ha ido adquiriendo un papel cada vez más relevante como indicador de resultados de los servicios de salud¹⁻³. De hecho, entidades como la Joint Commission on Accreditation of Hospital la incluyen como uno de los estándares de calidad⁴⁻⁶. Es así que la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) y la Organización Internacional de Normalización (ISO) destacan el papel decisivo del usuario en la evaluación de la calidad de los servicios de salud^{7,8}.

Sin embargo, el grado de satisfacción no se explica únicamente por la experiencia vivida al entrar en contacto con el sistema de salud, ya que esta última solo determina pequeñas variaciones cercanas al 10%⁹. En este sentido, y de acuerdo con los hallazgos de la literatura científica, puede afirmarse que la satisfacción del usuario, además de reflejar, obviamente, ciertas particularidades propias de la calidad percibida en la prestación del servicio, depende también de la idiosincrasia del propio individuo, e incluso se ha sugerido que podría estar determinada, en parte, por las peculiaridades de su entorno social^{10,11}.

Este «determinismo» ecológico ha sido ampliamente contrastado, de forma empírica, en diversos estudios epidemiológicos sobre la salud/enfermedad; no obstante, hasta que no se introdujeron los modelos de análisis jerárquico resultó complejo determinar la importancia relativa de las variables contextuales compartidas por grupos de sujetos¹². Aun así, este planteamiento no se ha aplicado todavía al estudio de los factores determinantes de la satisfacción del usuario con los servicios de salud. De hecho, desde esta nueva perspectiva podría hipotetizarse que la reacción emocional derivada de las diferencias entre las expectativas y la percepción de la atención sanitaria en los individuos pertenecientes a un mismo contexto socioeconómico tenderá a ser más similar que con respecto a su pertenencia a un entorno diferente¹³.

En consecuencia, con este estudio se pretende analizar la satisfacción de las personas usuarias desde una perspectiva ecológica, identificando qué factores de los contextos socioeconómico y sanitario influyen sobre la percepción de la satisfacción de la población con los servicios de salud.

Método

Diseño del estudio

Se ha llevado a cabo un estudio transversal con los datos del cuestionario de adultos de la Encuesta Europea de Salud en España 2009 (EES-2009). El tipo de muestreo fue trietápico (1º: secciones censales; 2º: viviendas familiares principales; 3º: selección aleatoria de una persona adulta ≥ 16 años) y estratificado por el tamaño del municipio. La población de estudio fueron las personas mayores de 15 años residentes en viviendas familiares principales (N = 22.188)¹⁴. Además, se realizó un estudio ecológico con la información obtenida a través de indicadores procedente de fuentes estadísticas de tipo poblacional.

Variable dependiente

Se utilizó un indicador compuesto a partir de tres ítems de la EES-2009, que recogían en una escala Likert de cinco opciones (desde muy satisfecho a muy insatisfecho) el grado de satisfacción global con el personal médico de atención primaria, los facultativos de consultas externas y el hospital (incluyendo urgencias). La consistencia interna de los tres ítems se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach (0,711). A partir de los tres ítems se construyeron dos variables dependientes de tipo dicotómico: 1) «Percepción de excelencia con los servicios de salud» (se consideró la percepción como «excelente» si el sujeto estaba «muy satisfecho» con los tres servicios evaluados, mientras que se categorizaron como «no excelente» el resto de las posibilidades conocidas) y 2) «Insatisfacción» (se consideró como tal si se respondía «insatisfecho/muy insatisfecho» en dos de los tres servicios evaluados, o bien si uno de los tres ítems era «insatisfecho/muy insatisfecho» y en los otros dos la respuesta era «indiferente»; el resto de combinaciones conocidas se definió como «no insatisfacción»).

Variables independientes

Las variables individuales han sido las características sociodemográficas y el estado de salud, tanto física como mental. En cuanto a las primeras, se incluyeron sexo, edad (agrupada en cinco categorías), lugar de nacimiento, nivel estudios y comunidad autónoma de residencia. En cuanto al segundo, la salud mental se valoró a partir de cuatro ítems (SF2, SF6, SF8 y SF10) de los nueve que componen la dimensión mental del SF-36, de acuerdo con las normas de puntuación incluidas en el manual¹⁵. El resto de las variables fueron el diagnóstico médico de alguna enfermedad crónica (sí/no) y la limitación de las actividades en la vida diaria ≥ 6 meses. La fuente de información empleada fue en todos los casos la EES-2009.

Entre las variables contextuales se incluyeron indicadores socioeconómicos, de salud y de servicios sanitarios en el ámbito de las comunidades autónomas durante el año 2009. Se emplearon cuatro indicadores socioeconómicos: 1) el producto interior bruto (PIB) per cápita; 2) el porcentaje del valor añadido bruto (VAB); 3) la tasa de paro de larga duración; y 4) la proporción de población analfabeta o sin estudios en los mayores de 16 años. Los indicadores de salud fueron: 1) la tasa estandarizada de mortalidad, y 2) la tasa de mortalidad evitable por prevención primaria. Los indicadores de la organización sanitaria fueron: 1) índice de cobertura total de prestaciones sanitarias; 2) gasto por habitante en servicios sanitarios; 3) ratio entre el número de médicos de atención primaria de salud y habitantes.

Las fuentes de información para las variables contextuales han sido el portal del Instituto Nacional de Estadística en sus apartados *Encuesta de población activa*, *Fenómenos demográficos*, *Sociedad*, *Cuentas Económicas* y *Encuesta Anual de Servicios* en el caso de los indicadores¹⁴. Las relacionadas con la salud y la organización de servicios sanitarios se obtuvieron del Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud (SNS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad)¹⁶. Adicionalmente se consultó el informe *Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*¹⁷.

Análisis estadístico

Se ha analizado la satisfacción del paciente a partir de dos variables: 1) la percepción de excelencia con los servicios de salud y 2) la insatisfacción. Se estimaron las razones de prevalencia (RP) brutas y ajustadas mediante modelos de Poisson con estimación robusta de la variancia, ajustando por todas las variables independientes de tipo individual.

Se ha valorado la relación de la percepción de excelencia o insatisfacción de los pacientes con variables de tipo ecológico o contextual, mediante un análisis de regresión logística multinivel con tres niveles. Este tipo de análisis resulta apropiado dada la estructura jerárquica de los datos: los individuos están agrupados en secciones censales y estas en comunidades autónomas, y así se evita la posibilidad de cometer falacia ecológica, pues las variables contextuales se midieron por comunidades autónomas.

Se usó un modelo para cada una de las variables contextuales. En todos los casos, los modelos se ajustaron por las siguientes covariables: sexo, intervalo de edad, nivel de estudios, tamaño del municipio, lugar de nacimiento, salud mental, padecimiento de enfermedad crónica y limitación de las actividades en la vida diaria. La comunidad autónoma y la sección censal fueron tratadas como efectos aleatorios, y por tanto, los modelos incluyen directamente las variables individuales y la variable contextual correspondiente. Estas variables contextuales se categorizaron en cuartiles y se obtuvo la *odds ratio* (OR) ajustada según el nivel del indicador, y también se trataron como variables continuas para estudiar la tendencia lineal. Además, se calculó el coeficiente de correlación intraclase mediante el método de Snijders y Bosker¹⁸. El análisis estadístico se realizó usando el programa estadístico STATA10® y la macro *gllamm* con la opción *adaptive quadrature*¹⁹.

Resultados

Características sociodemográficas y de salud de la población encuestada

La tasa de respuesta a la EES-2009 fue muy elevada (96,5%). El 51% de los sujetos de la muestra de estudio fueron mujeres, el 68,7% tenían entre 25 y 64 años de edad, y la mayoría eran de nacionalidad española (85,7%). El 79,5% residían en municipios con más de 10.000 habitantes. Con respecto al nivel de estudios, el 85,6% habían cursado estudios (primaria, secundaria o educación universitaria). El 35,8% consideraban su salud mental como alta o muy alta. El 51,2% declararon tener una enfermedad crónica y el 24,3% tenían una limitación leve o importante para realizar las actividades diarias (tabla 1).

Factores individuales asociados con una percepción de excelencia

El análisis multivariante (tabla 2) evidenció que las mujeres estaban más satisfechas con mayor frecuencia que los hombres (RP ajustada: 1,14; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,04-1,25), y que la frecuencia con que se percibe como excelente la atención proporcionada aumenta de forma paulatina con la edad y con el nivel de salud mental, con diferencias que llegaron en este caso al 241% entre los dos grupos extremos del nivel de salud mental. También las personas originarias de países de la Unión Europea y de la zona del Magreb tienen una mayor probabilidad, del 40% y el 75%, respectivamente, de calificar como excelentes los servicios de salud en comparación con la población autóctona. En el otro extremo, en las personas que declararon el padecimiento de alguna enfermedad

Tabla 1

Distribución de las características individuales de la población. Encuesta Europea de Salud en España 2009 (N = 22.188)

	n	Porcentaje ^a (IC95%)
Sexo		
Hombres	10.045	49,0 (48,24–49,80)
Mujeres	12.143	51,0 (50,20–51,76)
Intervalos de edad (años)		
16–24	1.637	11,6 (10,96–12,25)
25–44	7.431	39,2 (38,29–40,14)
45–64	7.094	29,5 (28,78–30,32)
65–74	2.849	9,9 (9,40–10,33)
≥75	3.177	9,8 (9,30–10,25)
Lugar de nacimiento		
España	20.339	85,7 (84,82–86,62)
Unión Europea	381	2,7 (2,31–3,19)
Europa del Este	254	2,3 (2,00–2,70)
América Latina	809	6,3 (5,78–6,92)
Países del Magreb árabes	285	1,8 (1,54–2,21)
Otros	120	1,0 (0,83–1,31)
Habitantes municipio de residencia		
≤10.000	4.809	20,5 (20,15–20,92)
10.001–50.000	5.550	26,0 (25,58–26,45)
50.001–100.000	3.087	12,8 (12,43–13,15)
100.001–400.000	5.280	22,0 (21,57–22,35)
≥400.000	3.462	18,7 (18,32–19,12)
Población sin estudios		
Sin estudios/primaria incompleta	3.888	14,3 (13,59–15,01)
Primaria	5.489	22,5 (21,68–23,3)
Secundaria	9.101	46,2 (45,17–47,14)
Universitaria	3.688	17,0 (16,23–17,86)
Salud mental		
Muy baja	3.618	14,1 (13,52–14,73)
Baja	3.659	15,8 (15,16–16,47)
Media	7.356	34,3 (33,40–35,20)
Alta	4.469	21,5 (20,69–22,25)
Muy alta	2.790	14,3 (13,54–15,14)
Enfermedad crónica		
Sí	12.512	51,3 (50,24–52,25)
No	9.663	48,8 (47,75–49,76)
Limitación de las actividades		
Sin limitación	15.888	75,7 (74,89–76,39)
Limitación	4.906	18,9 (18,26–19,56)
Limitación grave	1.394	5,5 (5,10–5,82)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Datos ponderados de acuerdo con el diseño muestral y la tasa de respuesta.

crónica, la percepción de excelencia de los servicios de salud fue menos probable (RP ajustada: 0,86; IC95%:0,77–0,96).

Factores individuales asociados con la insatisfacción del paciente

En cuanto a la insatisfacción del paciente con los servicios de salud, el análisis mostró un esquema similar al descrito anteriormente, pero en sentido inverso, con algunas particularidades (tabla 3). Por ejemplo, las diferencias según el sexo no se mantuvieron en el análisis ajustado. Tampoco se observaron diferencias según el lugar de nacimiento. Por último, la probabilidad de mostrarse insatisfecho/a con los servicios sanitarios es menor en las personas sin limitación en las actividades (RP ajustada: 0,65; IC95%: 0,49–0,85).

Determinantes contextuales de la percepción de excelencia

La tabla 4 muestra que en las comunidades autónomas con un PIB per cápita entre 21.187 € y 26.547 € existe con mayor frecuencia una percepción de excelencia de los servicios sanitarios recibidos (OR: 2,53; IC95%: 1,2–5,4). Ocurre de modo similar con el gasto por habitante en servicios sanitarios (OR: 2,54; IC95%: 1,07–6,02). Hay mayor percepción de excelencia cuando el gasto

Tabla 2

Factores asociados con la percepción de una satisfacción excelente con la atención recibida en los servicios del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Europea de Salud 2009

	RP cruda (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
<i>Sexo femenino</i>	1,09 (1,00-1,20)	1,14 (1,04-1,25)
16- 24	1,00	1,00
25- 44	1,16 (0,92-1,46)	1,23 (0,98-1,56)
45- 64	1,61 (1,28-2,01)	1,75 (1,39-2,21)
65- 74	2,79 (2,20-3,54)	3,09 (2,39-3,98)
≥75	3,35 (2,65-4,22)	4,04 (3,13-5,22)
España	1,00	1,00
Unión Europea	1,33 (0,99-1,78)	1,39 (1,04-1,87)
Europa del Este	0,84 (0,51-1,37)	1,27 (0,77-2,08)
América Latina	0,93 (0,70-1,23)	1,29 (0,97-1,71)
Países del Magreb	1,23 (0,75-2,03)	1,75 (1,04-2,93)
Otros	0,89 (0,44-1,81)	1,31 (0,65-2,63)
Sin estudios/primaria incompleta	1,00	1,00
Primaria	0,85 (0,74-0,97)	1,15 (1,01-1,31)
Secundaria	0,62 (0,54-0,70)	1,12 (0,97-1,30)
Universitaria	0,64 (0,54-0,74)	1,10 (0,93-1,32)
Muy baja	1,00	1,00
Baja	0,74 (0,62-0,89)	0,98 (0,82-1,18)
Media	0,92 (0,80-1,07)	1,37 (1,17-1,60)
Alta	1,16 (0,99-1,36)	1,83 (1,53-2,19)
Muy alta	1,46 (1,23-1,73)	2,41 (1,98-2,93)
<i>Enfermedad crónica</i>	0,70 (0,63-0,77)	0,86 (0,77-0,96)
Limitación grave	1,00	1,00
Limitación	0,90 (0,75-1,08)	0,93 (0,77-1,12)
Sin limitación	0,69 (0,58-0,81)	0,83 (0,68-1,02)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia.

Las RP y los IC95% han sido calculados teniendo en cuenta los pesos muestrales y el muestreo estratificado y por conglomerados.

Tabla 3

Factores asociados con la percepción de insatisfacción con la atención recibida en los servicios del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Europea de Salud 2009

	RP cruda (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
<i>Sexo femenino</i>	1,20 (1,06-1,36)	1,10 (0,97-1,25)
<i>Edad (años)</i>		
16- 24	1,00	1,00
25- 44	1,28 (1,02-1,61)	1,19 (0,94-1,50)
45- 64	0,93 (0,73-1,18)	0,77 (0,60-0,99)
65- 74	0,77 (0,58-1,02)	0,59 (0,43-0,81)
≥75	0,43 (0,31-0,59)	0,27 (0,19-0,39)
<i>Lugar de nacimiento</i>		
España	1,00	1,00
Unión Europea	0,78 (0,48-1,25)	0,79 (0,49-1,26)
Europa del Este	0,83 (0,46-1,49)	0,71 (0,39-1,29)
América Latina	1,19 (0,88-1,60)	1,00 (0,74-1,34)
Países del Magreb	0,64 (0,31-1,33)	0,59 (0,29-1,23)
Otros	1,18 (0,53-2,64)	0,98 (0,44-2,19)
<i>Población sin estudios</i>		
Sin estudios/primaria incompleta	1,00	1,00
Primaria	1,28 (1,03-1,59)	1,11 (0,89-1,40)
Secundaria	1,53 (1,26-1,86)	1,19 (0,95-1,49)
Universitaria	1,37 (1,09-1,74)	1,07 (0,82-1,39)
<i>Salud mental</i>		
Muy baja	1,00	1,00
Baja	0,72 (0,60-0,86)	0,68 (0,56-0,83)
Media	0,63 (0,53-0,73)	0,59
Alta	0,51 (0,41-0,62)	0,48 (0,38-0,61)
Muy alta	0,43 (0,34-0,55)	0,42 (0,32-0,54)
<i>Enfermedad crónica</i>	0,94 (0,84-1,07)	0,99 (0,86-1,14)
<i>Limitación de actividades</i>		
Limitación grave	1,00	1,00
Limitación	0,86 (0,67-1,09)	0,84 (0,66-1,07)
Sin limitación	0,69 (0,55-0,87)	0,65 (0,49-0,85)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia.

Las RP y los IC95% han sido calculados teniendo en cuenta los pesos muestrales y el muestreo estratificado y por conglomerados.

Tabla 4

Percepción de excelencia de los servicios de salud según el contexto socioeconómico y sanitario de la comunidad autónoma de residencia. Análisis multinivel, Encuesta Europea de Salud 2009

	OR ^a (IC95%)	CCI
Indicadores socioeconómicos		
<i>PIB bruto per cápita (€)</i>		0,084
Q1 [15.931-19.086]	1,00	
Q2 [19.087-21.186]	1,41 (0,67-2,96)	
Q3 [21.187-26.547]	2,53 ^c (1,18-5,42)	
Q4 [26.548-30.040]	1,45 (0,65-3,23)	
<i>Porcentaje del VAB en sector servicios (%)</i>		0,098
Q1 [56,2-62,21]	1,00	
Q2 [62,3-66,6]	0,78 (0,37-1,65)	
Q3 [66,7-70,7]	0,72 (0,31-1,70)	
Q4 [70,8-85,0]	0,54 (0,25-1,17)	
<i>Tasa de paro de larga duración (%)</i>		0,097
Q1 [1,2,2,3,7]	1,00	
Q2 [3,8-4,3]	0,99 (0,46-2,16)	
Q3 [4,4,5,9]	0,68 (0,31-1,50)	
Q4 [6,0-12,9]	0,56 (0,26-1,21)	
<i>Tasa de población sin estudios (%)^b</i>		0,091
Q1 [2,2-8]	1,00	
Q2 [3,3-8,8-10]	0,82 (0,38-1,75)	
Q3 [4-9,9,10,10-15]	0,80 (0,35-1,83)	
Q4 [16,0-27,6]	0,48 (0,24-0,97)	
Indicadores de salud		
<i>Tasa de mortalidad estandarizada (%)</i>		0,103
Q1 [3-6,6,9]	1,00	
Q2 [6,9-7,0]	1,49 (0,64-3,46)	
Q3 [1-7,7,7]	0,94 (0,39-2,30)	
Q4 [2,7,8]	0,80 (0,33-1,95)	
<i>Mortalidad evitable por prevención primaria (por 10⁴ defunciones)</i>		0,107
Q1 [306,7-345,7]	1,00	
Q2 [345,8-367,6]	0,83 (0,37-1,90)	
Q3 [367,4-400,0]	1,25 (0,53-2,94)	
Q4 [400,1-464,9]	0,97 (0,43-2,21)	
Indicadores de servicios sanitarios		
<i>Gasto per cápita en servicios sanitarios (€)</i>		0,091
Q1 [1111-1184]	1,00	
Q2 [1185-1330]	1,74 (0,67-4,54)	
Q3 [1331-1397]	2,54 ^c (1,07-6,02)	
Q4 [1398-1633]	1,54 (0,67-3,58)	
<i>Índice de cobertura total del SNS (%)</i>		0,106
Q1 [88,0-89,6]	1,00	
Q2 [89,6-90,4]	0,92 (0,40-2,14)	
Q3 [90,5-90,8]	1,42 (0,62-3,24)	
Q4 [91,0-92,6]	0,97 (0,44-2,12)	
<i>Ratio médicos APS/10⁴ habitantes</i>		0,100
Q1 [47,9-55,0]	1,00	
Q2 [55,1-60,0]	1,10 (0,43-2,83)	
Q3 [60,2-67,5]	1,89 (0,82-4,32)	
Q4 [67,6-93,0]	1,52 (0,66-3,49)	

APS: atención primaria de salud; CCI: coeficiente de correlación intraclase; OR: odds ratio; PIB: producto interior bruto; Q: cuartil; SNS: Servicio Nacional de Salud; VAB: valor añadido bruto.

^a Análisis de regresión logística multinivel ajustado por las variables individuales (sexo, edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, salud mental, enfermedad crónica, limitación de actividades diarias).

^b OR de tendencia lineal: 0,95; p=0,017.

^c p<0,05.

sanitario se encuentra entre los 1331 € y los 1397 €. Por otra parte, se evidenció que en las comunidades autónomas con tasas máximas (>15,8%) de población sin estudios la percepción de excelencia con los servicios recibidos disminuía. Además, se observó una tendencia lineal respecto a las tasas de población sin estudios; es decir, conforme estas van en aumento, la satisfacción va disminuyendo (OR_{tendencia lineal}: 0,95; IC95%: 0,90-0,98).

Determinantes contextuales de la insatisfacción

Las personas residentes en comunidades autónomas con altas tasas de población sin estudios y tasas notables de paro de larga

duración (OR: 1,8; IC95%: 1,3–2,6) se mostraron insatisfechas con mayor frecuencia que aquellas de comunidades autónomas con tasas inferiores. Cuando el VAB en el sector servicios es extremadamente elevado (>71%), la frecuencia de personas insatisfechas casi se duplica. Por el contrario, una mayor ratio de número de médicos de atención primaria de salud por habitante (>60/10⁴) se asoció significativamente a una menor frecuencia de insatisfacción (IC95%: 0,50–0,85). No se demostró asociación significativa entre la prevalencia de sujetos insatisfechos y las otras variables contextuales analizadas. En el análisis de tendencias se aprecia que, al aumentar las tasas de mortalidad, de población sin estudios, de paro de larga duración y el porcentaje del VAB en servicios, la insatisfacción lo hace también. Por el contrario, el PIB per cápita, el índice de cobertura total del SNS y el gasto per cápita en servicios sanitarios se relacionan de forma inversamente proporcional con la prevalencia de personas insatisfechas (tabla 5).

Discusión

Los estudios sobre satisfacción del paciente han adquirido gran relevancia en la gestión de los servicios de salud, porque permiten integrar la opinión del paciente en el funcionamiento del sector sanitario. Así, este trabajo se ha realizado con el propósito de ampliar los conocimientos sobre la satisfacción del paciente respecto a los servicios sanitarios recibidos en el SNS, y la influencia que ciertos factores individuales y contextuales ejercen sobre ella. Por tanto, esta investigación aporta resultados útiles en la gestión de los servicios de salud para orientar e implementar mejoras en las políticas sanitarias que se vean reflejadas en la prestación de servicios sanitarios.

Sin embargo, a la luz de los resultados de esta investigación es preciso comentar que, dentro de la literatura consultada para enriquecer la discusión de esta investigación, las evidencias procedentes de trabajos que emplean diseños ecológicos o modelos de análisis multinivel son escasas. Por ello, los resultados del presente estudio se contrastan fundamentalmente con otros de base individual.

Características individuales del sujeto asociadas a la satisfacción con los servicios de salud

Los resultados de este análisis demuestran variaciones en la satisfacción en relación con algunas características individuales del sujeto, como el sexo, la edad y el estado de salud. Esto coincide con los hallazgos de otros estudios de ámbito nacional e internacional²⁰. Investigaciones realizadas en España entre los años 2013²¹ y 2015²² muestran diferencias significativas con respecto a variables como sexo femenino, mayor edad o mejor salud mental; los individuos con estas características manifiestan más satisfacción con los servicios sanitarios. De forma similar, trabajos desarrollados en Suecia, Noruega, los Estados Unidos y Arabia Saudí, señalan que la satisfacción de los pacientes se asocia a características individuales como la edad, el sexo y el estado de salud, entre otros. Estos estudios explican, por ejemplo, que las personas mayores están más satisfechas con la atención recibida que las más jóvenes, independientemente de la cultura, el país y el tipo de organización del servicio sanitario^{23–25}.

Características contextuales del lugar de residencia del sujeto asociadas a la satisfacción con los servicios de salud

Los resultados del presente estudio confirman la influencia de variables contextuales o ecológicas sobre la satisfacción que tiene el usuario respecto a la atención sanitaria. Esto reafirma nuestra hipótesis de que las variaciones en la satisfacción del paciente se

Tabla 5

Insatisfacción con los servicios de salud según el contexto socioeconómico y sanitario de la comunidad autónoma de residencia. Análisis multinivel, Encuesta Europea de Salud 2009

	OR ^a	(IC95%)	OR ^b	p	CCI
Indicadores socioeconómicos					
<i>PIB per cápita (€)</i>					
Q1 [15.931–19.086]	1,00		1,01	0,028	0,018
Q2 [19.087–21.186]	1,20	(0,83–1,72)			
Q3 [21.187–26.547]	0,80	(0,55–1,18)			
Q4 [26.548–30.040]	0,75	(0,51–1,11)			
<i>Porcentaje del VAB en sector servicios (%)</i>					
Q1 [56,2–62,21]	1,00		1,03	0,001	0,010
Q2 [62,3–66,6]	1,21	(0,91–1,62)			
Q3 [66,7–70,7]	1,29	(0,94–1,76)			
Q4 [70,8–85,0]	1,87	(1,38–2,53) ^d			
<i>Tasa de paro de larga duración (%)</i>					
Q1 [1,2,2,3,7]	1,00		1,12	0,001	0,013
Q2 [3,8–4,3]	1,32	(0,96–1,82)			
Q3 [4,4,5,9]	1,36	(0,98–1,88)			
Q4 [6,0–12,9]	1,83	(1,32–2,55) ^d			
<i>Tasa de población sin estudios (%)</i>					
Q1 [2,2–8]	1,00		1,05	0,001	0,015
Q2 [3,3–8,8–10]	1,46	(1,03–2,06) ^c			
Q3 [4–9,9,10,10–15]	1,59	(1,10–2,30) ^c			
Q4 [16,0–27,6]	1,63	(1,17–2,30) ^d			
Indicadores de salud					
<i>Tasa de mortalidad estandarizada (%)</i>					
Q1 [3–6,6,9]	1,00		1,17	0,165	0,009
Q2 [6,9–7,0]	0,91	(0,67–1,23)			
Q3 [1–7,7,7]	1,35	(0,99–1,85)			
Q4 [2,7,8]	1,12	(0,82–1,53)			
<i>Mortalidad evitable por prevención primaria (por 10⁴ defunciones)</i>					
Q1 [306,7–345,7]	1,00		1,01	0,218	0,024
Q2 [345,8–367,6]	1,21	(0,81–1,82)			
Q3 [367,4–400,0]	0,99	(0,66–1,52)			
Q4 [400,1–464,9]	1,33	(0,89–1,99)			
Indicadores de servicios sanitarios					
<i>Gasto per cápita en servicios sanitarios (€)</i>					
Q1 [1111–1184]	1,00		1,01	0,034	0,012
Q2 [1185–1330]	0,91	(0,69–1,19)			
Q3 [1331–1397]	1,02	(0,78–1,34)			
Q4 [1398–1633]	0,66	(0,49–0,87) ^d			
<i>Índice de cobertura total del SNS (%)</i>					
Q1 [88,0–89,6]	1,00		0,88	0,04	0,023
Q2 [89,6–90,4]	1,01	(0,67–1,54)			
Q3 [90,5–90,8]	0,81	(0,54–1,21)			
Q4 [91,0–92,6]	0,74	(0,50–1,09)			
<i>Ratio médicos APS/10⁴ habitantes</i>					
Q1 [47,9–55,0]	1,00		0,99	0,105	0,006
Q2 [55,1–60,0]	0,77	(0,57–1,04)			
Q3 [60,2–67,5]	0,65	(0,50–0,85) ^d			
Q4 [67,6–93,0]	0,70	(0,54–0,91) ^d			

APS: atención primaria de salud; CCI: coeficiente de correlación intraclase; OR: odds ratio; PIB: producto interior bruto; Q: cuartil; SNS: Servicio Nacional de Salud; VAB: valor añadido bruto.

^a Análisis de regresión logística multinivel ajustado por las variables individuales (sexo, edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, salud mental, enfermedad crónica, limitación de actividades diarias).

^b OR de tendencia lineal (para evaluar la tendencia, la variable independiente fue considerada continua).

^c p ≤ 0,05.

^d p ≤ 0,01.

explican, en parte, por factores que van más allá de las características individuales, y que por tanto se ven afectadas por determinantes de tipo contextual derivados del área geográfica de residencia.

Dichos elementos van desde indicadores económicos, como el PIB per cápita, hasta la tasa de población sin estudios. En este sentido, un trabajo realizado con datos de 21 países de la Unión Europea llegó a una conclusión similar al señalar que la satisfacción con los servicios de salud es mayor entre las personas con rentas per cápita más altas⁹. Por ello, dado que el estudio de la satisfacción de ámbito

poblacional incluye a usuarios/as tanto reales como potenciales de los servicios de salud, no se puede descartar que esta dependa en gran parte de la valoración percibida de las políticas sociales y económicas locales, y que esta percepción sea más favorable en las áreas con mejor nivel económico.

Asimismo, el presente estudio ha evidenciado también que un indicador de la organización de los servicios sanitarios como es el gasto per cápita en el sector sanitario se asocia con una mayor satisfacción de la población. Se ha sugerido, al respecto, que el gasto adicional en el cuidado de la salud sería el equivalente a la compra de mayores cotas de satisfacción; además, es posible que esta mayor satisfacción se derive de la facilidad para acceder a las nuevas tecnologías o a las instalaciones más sofisticadas de los servicios de salud^{17,26}.

También se ha señalado que existe una relación directa entre la satisfacción del paciente y los derechos en salud, tales como la disponibilidad y la accesibilidad a los servicios. De hecho, en un estudio de revisión de la literatura científica se encontró que la accesibilidad a los servicios de salud era un factor importante y constante de la satisfacción del usuario²⁷. Este hallazgo coincide con los resultados de nuestro estudio, que ponen de manifiesto que el incremento en la ratio de médicos de atención primaria de salud por habitante reduce la prevalencia de sujetos insatisfechos, lo cual podría interpretarse como una mayor probabilidad de acceso oportuno y sin demora al primer nivel asistencial.

En cuanto a los factores socioculturales, en nuestro estudio se observa que la tasa de población sin estudios es un importante predictor de ambos extremos del constructo de la satisfacción, tanto de la percepción de la excelencia como de la insatisfacción. En algunos estudios de base individual se llega a una conclusión parecida. En general, la población sin ningún tipo de estudios suele mostrar menor satisfacción que aquella con formación académica^{20,25}.

Para hacer una interpretación adecuada de los resultados del presente trabajo tenemos que considerar sus limitaciones. Al tratarse de un estudio de tipo transversal no es posible asumir la causalidad en las asociaciones observadas. Por lo tanto, investigaciones futuras deberían ir encaminadas a establecer dichas relaciones entre las poblaciones de riesgo identificadas. Además, los resultados del análisis ecológico deben interpretarse con cautela, teniendo en cuenta que este tipo de estudios podría llevar a confundir el efecto de una exposición individual con el efecto del contexto particular (falacia ecológica). Por otra parte, aunque la encuesta Europea de Salud más reciente realizada en España es la de 2014, esta no incluye variables que permitan evaluar la satisfacción; de hecho, la última con datos disponibles para analizar esta característica es la del año 2009. El hecho de no disponer de esta variable dentro de las encuestas de salud limita las oportunidades de mejora en la gestión de los servicios sanitarios, al no incluir la perspectiva de los/las usuarios/as. Si bien los resultados podrían ser obsoletos desde un punto de vista meramente descriptivo, debido a que ese no ha sido el objetivo del presente estudio consideramos que ello no debería afectar a las relaciones encontradas entre las características socioeconómicas de lugar de residencia y la satisfacción del usuario.

Por otra parte, cabe destacar que el cuestionario de la EES-2014 fue modificado por la Comisión Europea, y pasó de 207 preguntas a 115 con el fin de reducir la carga a los informantes y dar oportunidad a los países de incluir sus propias preguntas.

Conclusiones

Esta investigación proporciona datos relevantes sobre la satisfacción de los pacientes con los servicios recibidos dentro del SNS, y logra identificar los factores socioeconómicos que individualmente y en la población (comunidades autónomas, variables

contextuales) se relacionan con la percepción de las personas usuarias. Individualmente se reconocen factores como la edad, el sexo, la salud mental, la enfermedad crónica, la limitación de las actividades diarias y el país de nacimiento. En cuanto a las variables poblacionales, se identificaron indicadores de tipo socioeconómico, como el PIB per cápita, el gasto por habitante en servicios sanitarios, la tasa de población sin estudios y la ratio de consultorios de salud por número de habitantes. Asimismo, se demostró que indicadores de resultados en salud como la tasa de mortalidad estandarizada o la tasa de mortalidad evitable por prevención primaria no se relacionan con la satisfacción de los pacientes.

Los resultados obtenidos en esta investigación pueden ser útiles en la gestión de los servicios de salud para orientar e implementar mejoras en las políticas sanitarias, puesto que arrojan luz sobre el punto de vista de los pacientes acerca del sistema de salud, permiten identificar los potenciales problemas que surgen en el sector salud por las diferencias en los indicadores socioeconómicos entre las comunidades autónomas, y aportan una herramienta en la evaluación de los servicios de salud.

Sin embargo, sigue existiendo la necesidad de realizar estudios con diseños que permitan determinar la causalidad en cuanto a las características que influyen o no en la satisfacción de los pacientes, y que fruto de esta dinamización de las investigaciones se generen objetivos en los marcos institucionales de decisión.

Editor responsable del artículo

David Cantarero.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La satisfacción de las personas usuarias, además de reflejar la calidad percibida de los servicios de salud, depende también de características ajenas a ellas, como son el sexo, la edad o el nivel de salud propio. Incluso se ha sugerido que también podría estar determinada por las peculiaridades del entorno social.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las características del entorno, en concreto la tasa de población sin estudios, el producto interior bruto y la inversión en sanidad, entre otros, son determinantes de la satisfacción de las personas usuarias, con independencia de sus características personales. Los estudios de la satisfacción de las personas usuarias no solo deberían ajustarse por variables individuales como el sexo, la edad o el nivel de salud, sino que también deberían tomar en consideración otras variables del entorno socioeconómico.

Contribuciones de autoría

Todos/as los/las autores/as han participado en el diseño y la elaboración del artículo. En concreto, J.J. Gascón participó en la

concepción y la coordinación del proyecto, y junto a S.B. Pérez y O. Monteagudo redactaron la primera versión del texto. D. Salmerón fue el encargado de realizar el análisis estadístico. Todas las personas firmantes participaron en la interpretación de los datos, así como en el proceso de revisión del artículo, y han leído y aprobado la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Rodrigo MI, Viñes JJ, Guillén F. Utilidad del análisis multinivel en las encuestas de satisfacción para evaluar las unidades clínicas y las especialidades médicas. *Rev Calid Asist.* 2012;27:212–25.
- Martínez JAA. Gestión de calidad en medicina interna. Desde Pareto al EFQM. *Med Clin (Barc).* 2012;138:306–11.
- Davins J, Gens M, Pareja C, et al. El modelo de acreditación de atención primaria de Catalunya: un modelo válido. *Med Clin (Barc).* 2014;143:74–80.
- Henderson A, Caplan G, Daniel A. Patient satisfaction: the Australian patient perspective. *Aust Health Rev.* 2004;27:73–83.
- Boyer L, Francois P, Doutre E, et al. Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital. *Int J Qual Health Care.* 2006;18:359–64.
- Williams B. Patient satisfaction: a valid concept. *Soc Sci Med.* 1994;38:509–16.
- Goldberg MC. A new imperative for listening to patients. *JONA.* 1994;24:11–2.
- Aguado-Blázquez H, Cerdà-Calafat I, Argimon-Pallàs JM, et al. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Med Clin (Barc).* 2011;137:55–9.
- Bleich SN, Özaltın E, Murray CJ. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience. *Bull WHO.* 2009;87:271–8.
- Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev.* 2000;22:155–63.
- Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care.* 2010;22:86–92.
- Mohan J, Banard S, Jones K, et al. Social capital, place and health: creating, validating and applying small-area indicators in the modelling of health outcomes. Bristol: NHS Health Developing Agency; 2004.
- Andréu J. El análisis multinivel: una revisión actualizada en el ámbito sociológico, 13. Granada: Departamento de Sociología, Universidad de Granada. Metodología de Encuestas; 2011. p. 161–76.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España (EES 2009). (Consultado el 2/2/2016.) Disponible en: <http://www.ine.es/>
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. (Consultado el 2/2/2016.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/>
- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Alfaro M. Indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- Snijders TAB, Bosker RJ. Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modelling. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999. p. 13–37.
- Stata Statistical Software: Release 10. StataCorp 2007. College Station, TX: Statacorp LP; 2007.
- Sun BC, Adams J, Orav EJ, et al. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med.* 2000;35:426–34.
- Arrazola M, de Hevia J, Rodríguez L. ¿Qué factores ayudan a explicar la satisfacción con la atención primaria en España? *Rev Calid Asist.* 2015;30:226–36.
- Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ, Salmerón-Martínez D, et al. Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en atención primaria. *Rev Calid Asist.* 2016;31:300–8.
- Young G, Meterko M, Desai K. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics. *Med Care.* 2000;38:325–34.
- Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med.* 2003;18:18–23.
- Rahmqvist M. Patient satisfactions in relation to age, Health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Health Care.* 2001;13:385–90.
- Judge K, Solomons M. Public opinion and the national health service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *J Soc Policy.* 1993;22:299–327.
- Mpinga EK, Chastonay P. Satisfaction of patients: a right to health indicator. *Health Policy.* 2011;100:144–50.