



Facultade de Ciencias Políticas e Sociais

**Departamento de Ciencia Política e da
Administración**

Tesis Doctoral

***La gestión sanitaria orientada al
ciudadano: factores explicativos de
la satisfacción ciudadana en la
sanidad gallega.***

Erika Jaráiz Gulías

Director: José Manuel Rivera Otero

Santiago de Compostela, Marzo 2011

ISBN 978-84-9887-643-7 (Edición digital PDF)

Agradecimientos

Este trabajo, al igual que muchas otras cosas en la vida, no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional y el afecto de mis padres. A ellos quiero agradecer su comprensión y disculpar mis ausencias en los últimos meses, debidas a la dedicación que este proyecto me exige.

Agradezco también a mis compañeras, María y Mariam, por su generosidad y compañerismo, y a Patricio, por sus consejos y la lectura atenta de este trabajo.

A mis compañeros de Departamento por hacerme sentir parte de ellos. A Ramón Máiz por transmitirme su impaciencia y sus recetas bibliográficas. A José Luis Barreiro por sus consejos y a Nieves Lagares, por todo.

A Magoya, por su lealtad inquebrantable y su apoyo continuado, sin cuya ayuda no hubiera encontrado la tranquilidad necesaria para llevar a cabo esta investigación.

Finalmente, agradezco a mi director José Manuel Rivera, sin cuya constancia y decisión, nunca hubiera llegado hasta aquí. Gracias por enseñarme cosas nuevas todos los días.

ÍNDICE

Introducción.....	9
I. Sistemas sanitarios.....	15
1. Modelos de sistemas sanitarios	15
2. El sistema sanitario español y su evolución	30
3. El sistema sanitario gallego.....	45
II. Satisfacción y calidad percibida.....	59
1. La calidad como calidad percibida	59
2. Las nociones de satisfacción.....	66
III. Elementos implicados en la satisfacción con los sistemas sanitarios públicos	75
1. La relación médico-paciente.....	75
2. La confianza	85
3. La cultura sanitaria como cultura política	115
4. La imagen de la sanidad pública	125
IV. La satisfacción del paciente. Factores condicionantes	137
1. El concepto de satisfacción del paciente.....	143
2. Los componentes de la satisfacción del paciente con la atención hospitalaria	155
3. Los condicionantes sociodemográficos.....	158
V. Modelo de explicación de la satisfacción con el sistema sanitario público. El nivel macro y el nivel micro	167
VI. Nivel micro. La satisfacción de los pacientes con la red hospitalaria de Galicia.....	179
1. Descripción de las muestras inicial y final	180

2.	Estudio de los determinantes de la satisfacción.....	192
2.1.	Efecto del sexo y la edad	196
2.2.	Efecto de otras variables sociodemográficas: nivel educativo, estado civil y ocupación	202
2.3.	Otros determinantes de la satisfacción de los pacientes: infraestructuras, administración, organización y valoración del personal.....	208
2.4.	El efecto de las relaciones interpersonales en la satisfacción de los pacientes de la red hospitalaria gallega	226
3.	La medida de la confianza de los pacientes en la atención sanitaria en la red hospitalaria pública de Galicia	227
4.	Modelo de explicación de la satisfacción de los pacientes con la asistencia en la red hospitalaria pública de Galicia	237
VII.	Nivel macro. La satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público.....	245
1.	La opinión de los ciudadanos respecto del Sistema Sanitario Público de Galicia.....	246
2.	El diseño de la herramienta.....	254
3.	Descripción de la muestra	258
4.	El nivel de satisfacción de los gallegos con el sistema sanitario público.....	262
5.	Estudio de los condicionantes sociodemográficos de la satisfacción.....	266
6.	La perspectiva de género en la utilización y la valoración de los servicios sanitarios	273
7.	La elección público/privado	280
7.1.	La satisfacción con la sanidad privada	290
7.2.	La confianza en la sanidad privada	294

8. La satisfacción de los gallegos con los principales servicios sanitarios públicos: Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Hospitalaria y Urgencias.....	299
9. Los componentes de la satisfacción de los gallegos con el sistema sanitario público	322
9.1. Efecto de la valoración de los servicios sanitarios públicos y sus componentes en la satisfacción global con la sanidad pública	322
9.2. La confianza en el médico y en el sistema	328
9.2.1. La confianza en la sanidad pública de Galicia.....	328
9.2.2. La confianza en los médicos del servicio gallego de salud pública	337
9.3. La frecuencia e intensidad en el uso de los servicios sanitarios públicos y la satisfacción de los ciudadanos.....	341
9.4. El perfil de los “no usuarios”, “usuarios ocasionales”, “usuarios frecuentes” y los “hiperusuarios” del sistema sanitario público	348
10. Factores exógenos: la ideología y la imagen del sistema sanitario.....	380
10.1. La ideología política	380
10.2. La imagen del sistema.....	395
11. Modelo de explicación de la satisfacción ciudadana con la sanidad pública gallega	406
VIII. Conclusiones	413
Bibliografía	431
Índice de figuras.....	459
Índice de cuadros	461
Índice de gráficos	463

Índice de tablas.....	467
Anexos	477
Anexo 1.....	479
Anexo 2.....	487

Introducción

En un momento de profunda crisis económica como el actual, los servicios públicos, incluso los considerados básicos como la sanidad y la educación, corren el riesgo de verse afectados por la imperativa reducción del gasto público. En este contexto, el debate sobre la sanidad gira en torno a tres cuestiones fundamentales, a saber, los costes excesivos de mantenimiento de los sistemas sanitarios, los problemas de los Estados para garantizar la asistencia sanitaria a la población, y la limitada cobertura de los seguros.

No es desconocido que el mercado sanitario tiene múltiples fallos, que provocan gastos excesivos. Algunos de estos fallos de mercado de los sistemas sanitarios son, en palabras de Stiglitz (2000), la información imperfecta, es decir, el hecho de que los ciudadanos carezcan de conocimientos reales para evaluar la capacitación de los profesionales, y la derivada competencia limitada. El derecho a la sanidad es, para los defensores del igualitarismo específico en materia económica, la garantía que deben dar los Estados del suministro de la asistencia sanitaria a toda la población, independientemente de su renta, mientras que los defensores del libre mercado en materia sanitaria, sostienen que los servicios sanitarios deben ser accesibles en función de la capacidad económica, y lo justifican asumiendo que la relación entre la asistencia sanitaria y la vida o la muerte es mínima, mediando otros factores, en su opinión más relevantes, como el consumo de alcohol, el tabaco o las drogas. Por último, la postura de la mayoría de las democracias occidentales se basa en la idea de que todo el mundo tiene derecho a un nivel mínimo de asistencia sanitaria.

Hoy en día en Europa conviven dos tendencias en el ámbito sanitario, por una parte la mayoría de los gobiernos han emprendido, por diversos motivos, reformas en sus sistemas sanitarios, mientras que por otra, la gente cada vez se interesa más por el funcionamiento y la calidad de los servicios que recibe y cuyo coste se sufraga mediante el pago de impuestos o de

aportaciones directas en los sistemas de seguros. La inclusión del interés por la participación ciudadana en la evaluación de servicios sanitarios públicos ha ganado gran protagonismo en las últimas tres décadas. Así, la importancia de incorporar la perspectiva del paciente en la dirección de los servicios sanitarios queda patente en los años 80 en numerosos informes en el Reino Unido, como la compilación de ensayos publicada en 1984 por la King's Fund, "Public Participation in Health" (Jones, Leneman y Maclean 1987). El origen de la participación ciudadana en la definición de los sistemas sanitarios está, fundamentalmente en el aumento del gasto público, y la supuesta "crisis del Estado del Bienestar". A modo de ejemplo, cabe mencionar que el gasto en materia sanitaria en España se ha multiplicado en los últimos años, pasando de representar un 7,5% del PIB en el año 2000, a suponer un 9% del PIB en la actualidad. La innegable necesidad de controlar el gasto en materia sanitaria, y sobre todo de evitar el aumento incontrolado del mismo, obliga al establecimiento de prioridades, tanto en el ámbito de la financiación o cobertura del sistema, como en la provisión de algunos servicios sanitarios (Costa Font 2001). Los presupuestos para la salud son monitorizados, y los consumidores son más críticos con la atención sanitaria proporcionada, organizándose y reclamando derechos como participantes activos en la planificación y evaluación de los servicios sanitarios. (Van Maanen 1984)

La reducción o el control del gasto en la prestación de determinados servicios pueden afectar al nivel de satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario, por lo que los criterios de decisión sobre las prioridades en la gestión de los servicios sanitarios no sólo deben ser explicados, sino aceptados por la población (Dicker y Amstrog 1995), si bien, el análisis de la <<aceptación pública>> de cómo las decisiones sobre el sistema sanitario que podrían generar un conflicto de opiniones es un campo todavía por desarrollar (Costa Font 2001).

Los cambios sociales y tecnológicos han jugado a su vez un papel importante en la evolución del rol del ciudadano-paciente respecto del sistema sanitario (Mira y Aranaz 2000), un rol que es muy variable, dependiendo fundamentalmente de condicionantes sociológicos y de organización y gestión de los servicios, fundamentalmente. A este respecto, Wesing y otros definen una serie de canales habituales de participación de los ciudadanos en la asistencia sanitaria, a saber, la información proporcionada por los pacientes al médico sobre su problema de salud, participación en actividades educativas y promocionales de la salud, la corresponsabilidad en la toma de decisiones sobre su salud y el seguimiento de los tratamientos, el uso racional de los recursos sanitarios, el aporte de su punto de vista sobre el sistema, y la participación en la evaluación de los resultados mediante un análisis de satisfacción (Mira y Aranaz 2000, Wesing y Grol 1998).

Conscientes de la importancia de la orientación de la gestión sanitaria pública hacia la satisfacción de sus usuarios, es decir, los ciudadanos, mediante esta investigación, se pretende identificar cuáles son los aspectos presentes en la relación de los mismos con el sistema sanitario público, que más influyen en su satisfacción con éste, y de qué manera lo hacen. De este modo, con la identificación de estos elementos, es posible orientar las políticas públicas sanitarias hacia la maximización de los objetivos, de eficiencia y eficacia, que entendemos, no residen únicamente en mejorar el estado de salud de los ciudadanos, sino también en generarles confianza en la sanidad pública, contribuyendo a legitimar las instituciones sanitarias públicas, y con ellas el Estado del Bienestar que las sustenta.

Con este objetivo, se comienza esta investigación con un primer capítulo a modo de breve presentación de los diferentes modelos teóricos existentes en torno al concepto de sistema sanitario, y la situación actual de la sanidad en España y en Galicia, ya que, esta última, es el universo del análisis empírico posterior.

El segundo capítulo está dedicado a aclarar las diferentes perspectivas que han tratado de conceptualizar dos elementos habitualmente confusos y confundidos en gran parte de la literatura, a saber, la satisfacción y la calidad percibida. No es intención de esta investigación resolver este animado debate conceptual, sino exponer algunas de las corrientes dominantes al respecto.

En el tercer capítulo, nos adentramos en el análisis de los principales elementos implicados en la formación de la satisfacción del paciente, a saber, la relación médico paciente, la confianza y la imagen de la sanidad pública, al mismo tiempo que se propone la idea de “cultura sanitaria” como posible marco explicativo de las relaciones de los ciudadanos con el sistema sanitario público, análogamente a lo que ocurre en el ámbito político con la cultura política.

La satisfacción del paciente y sus factores condicionantes, son el objeto del desarrollo teórico del capítulo IV, dónde se revisa el concepto de satisfacción del paciente propuesto en la literatura especializada, así como los elementos considerados condicionantes de dicha satisfacción.

Tras la exposición teórica, en el capítulo V se desgrana el modelo explicativo propuesto para nuestra investigación y la metodología utilizada, así como las diferentes hipótesis que se pretenden abordar. A este respecto, partiendo de la diferenciación entre los niveles micro y macro de la atención sanitaria, es decir, la satisfacción de los pacientes y de los ciudadanos, respectivamente, en el capítulo VI, se aborda el análisis de los factores condicionantes de la satisfacción de los pacientes de la red hospitalaria de Galicia, mediante el estudio de la encuesta de *“Calidade percibida polos pacientes do conxunto dos centros hospitalarios de Galicia”* de 2008, con métodos de estadística multivariante.

El capítulo VII, contiene el análisis del nivel macro de satisfacción con la sanidad, es decir, la satisfacción ciudadana. A lo largo de este capítulo se

analizan individualmente los diferentes componentes de la satisfacción ciudadana con el sistema sanitario gallego, mediante el análisis de una encuesta realizada ad-hoc para esta investigación. Además, en este capítulo se comprueba la validez del modelo planteado al inicio de la investigación, así como la validez de las diferentes hipótesis de partida.

Finalmente, en el capítulo VIII, se exponen las conclusiones a las que se ha llegado, y que, entendemos, pueden ser de ayuda para la planificación estratégica y definición de las políticas públicas sanitarias en Galicia, y tal vez, también en otros sistemas sanitarios.

CAPÍTULO I – SISTEMAS SANITARIOS

1. Modelos de sistemas sanitarios.

La finalidad última de los sistemas sanitarios y las políticas públicas sanitarias es, en términos genéricos, la mejora del estado de salud de la población. Sin embargo, este objetivo que se enuncia de forma simple, implica una enorme complejidad en términos de planificación, diseño e implementación de políticas, y en la propia definición de los sistemas sanitarios actuales.

En primer lugar, los sistemas sanitarios, en su forma actual nacen y, sobre todo, se consolidan, en el marco del crecimiento y desarrollo del sistema capitalista y del Estado de Bienestar. En este sentido, las políticas sanitarias que se enmarcan en dichos sistemas pueden considerarse políticas sociales, políticas laborales y/o incluso políticas económicas. No cabe duda del carácter social de las políticas sanitarias en todos los sistemas de salud, aunque este aspecto esté más desarrollado y tenga un mayor peso en algunos sistemas que en otros. Por otra parte, el nacimiento de los sistemas de seguros sanitarios en torno al desarrollo económico industrial, con la finalidad de disminuir la mortalidad de los trabajadores, así como, el hecho de que la “industria” sanitaria (Moran 2006), pública o privada, sea uno de los principales sectores empleadores en los países desarrollados, obliga a considerar las políticas sanitarias en el marco de las políticas laborales. Por último, el hecho de que la media de gasto sanitario de los países de la OCDE ronde el 9% de su producto interior bruto (OECD 2010), con algunas excepciones, por exceso en el caso de Estados Unidos, permite hablar del carácter económico de las políticas sanitarias.

En definitiva, un intento por comprender y analizar los sistemas y políticas públicas sanitarias, requiere de un análisis global de los sistemas políticos y

sociales, adentrándose incluso en aspectos culturales e históricos. No es esa la intención de las primeras páginas de esta investigación, que pretenden servir únicamente de contextualización del análisis posterior, centrado en la satisfacción de los ciudadanos y pacientes con el sistema sanitario gallego. Pero resulta interesante, sin duda, recorrer brevemente el camino que conduce a ese concepto de satisfacción del paciente, tan frecuente en la actualidad, pero que es producto de la modernidad, y de un nuevo concepto de atención sanitaria que sitúa a los usuarios en el centro del sistema.

Desde que se creó, en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”. Se trata de una definición amplia y, a su vez, poco realista, ya que fácilmente se puede alegar, que dicho “estado completo de bienestar” es prácticamente inalcanzable, independientemente de nuestro estatus social o económico, o del país en que vivamos. Es cierto, sin embargo, que los factores determinantes y/o condicionantes de la salud son muy variados, y el estado de salud es producto de una conjunción de múltiples factores, diversos en función del contexto y muchos de los cuáles no son modificables. En este sentido es posible señalar algunos, a saber, los factores de carácter sociodemográfico, como la edad y el sexo, los biológicos, como la herencia genética, los factores culturales y sociales, como el estilo de vida, el estatus económico o las condiciones laborales, e incluso factores medioambientales, como la contaminación, entre otros, que contribuyen a trazar el mapa de nuestra salud. Desde esta perspectiva, los sistemas sanitarios no son más que una pequeña parte de la ruta global de nuestra salud.

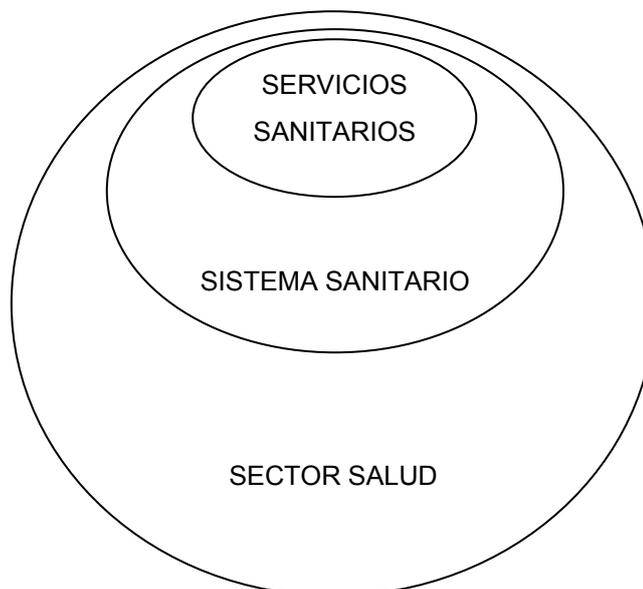
En definitiva, la relación entre la salud y la atención sanitaria resulta también compleja y no siempre del todo determinante, pero también es cierto que, generalmente, asociadas a buenas prácticas en las políticas de salud, coexisten buenas prácticas en otros tipos de políticas públicas que inciden

en la construcción de mejores condiciones de salud para los ciudadanos.

Entre los objetivos de las políticas sanitarias y sociales figura siempre la prevención y la consecución de una mejora universal del estado de salud de la población, sin embargo en la práctica, los sistemas sanitarios orientan la mayoría de sus esfuerzos, casi en exclusiva, a la curación, ignorando la evidencia de la capacidad preventiva de algunas de las enfermedades causantes de elevados índices de mortalidad, como determinados tipos de cánceres, o las enfermedades coronarias (Hunter 2004). Uno de los motivos que explicaría el enfoque de los sistemas sanitarios hacia la curación, frente a un enfoque preventivo, está en el propio origen del sistema, orientado a reducir la mortalidad de los trabajadores, aunque, también se puede pensar, que el incremento de la esperanza de vida en el Siglo XX ha llevado asociado un exponencial incremento de las necesidades de cobertura de “curación”, lo que ha llevado a los gobiernos a destinar muy pocos recursos para abordar las políticas preventivas.

Para poder analizar este complejo entramado, partiendo de la propuesta de Durán (2004), podemos adoptar un enfoque que establece una diferenciación entre los servicios sanitarios, es decir, “aquellos servicios estrictamente relacionados con la asistencia sanitaria y de la salud pública”, el sistema sanitario, concepto más amplio, que abarca la financiación, la regulación y la generación de recursos y conocimiento (universidades, industria, servicios sociales..), y por último, el sector salud, que abarcaría todas las políticas y procesos socio-económicos relacionados con la salud (agricultura, vivienda, medioambiente,...). La relación entre los tres espacios de la salud se representa en la siguiente figura.

Figura 1. Diferencias y confusiones conceptuales



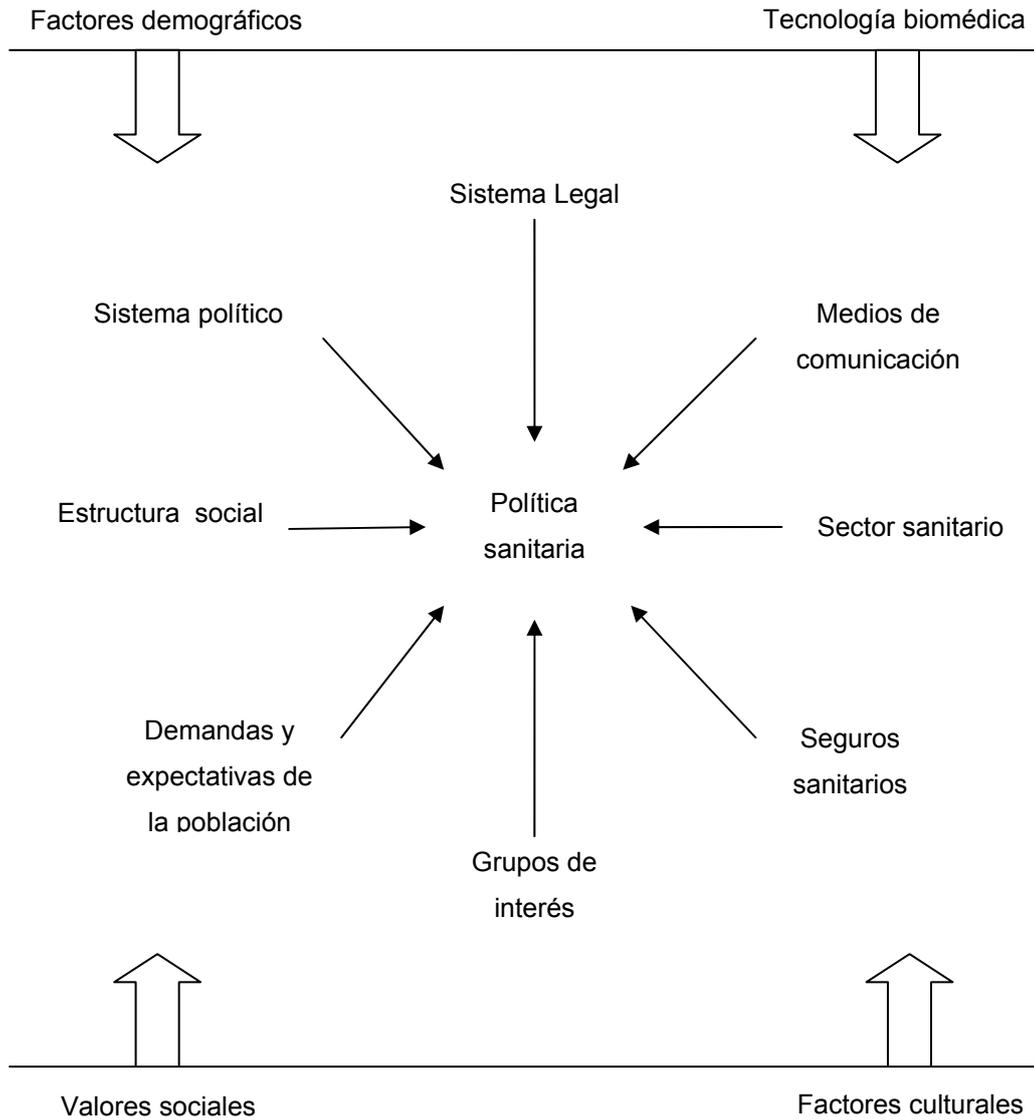
Fuente: en Durán, A. *Políticas y Sistemas Sanitarios*.
Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 2004.

Por otra parte, la definición de sistema sanitario o sistema de salud, que hace la Organización Mundial de la Salud abarca, “todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud” (OMS 2000, 6). Una definición tan amplia permite englobar en este concepto todas aquellas políticas dirigidas a alcanzar dichos objetivos, como por ejemplo, las encaminadas a disminuir los accidentes de circulación, así como, los distintos modelos en el ámbito de los servicios sanitarios, tanto aquellos de titularidad pública como los de titularidad privada, cuya organización difiere en cada país en función, fundamentalmente, del modelo de sistema sanitario vigente.

El siguiente cuadro, muestra el contexto en que se diseñan, se planifican y se implementan las políticas sanitarias en los sistemas de salud de los países desarrollados. En él se representa la complejidad del diseño de las

políticas públicas, que son producto de la interacción de numerosas variables y de la lucha/encuentro de intereses muchas veces contradictorios.

Figura 2. Contexto de las políticas sanitarias en los países desarrollados



Fuente: adaptado de Blank, R y Vurau, V (2007)

Una de las preguntas que nos surgen al reflexionar sobre el ciclo de formación de las políticas públicas sanitarias es, si estas son realmente eficaces, si cumplen su función, o son únicamente la herramienta del sistema para retroalimentarse y autoabastecerse.

A este respecto, una buena parte de los estudios defienden que, ya que el objetivo fundamental de la asistencia sanitaria es mantener la salud o paliar los efectos de las enfermedades, el rendimiento de las políticas y sistemas sanitarios debería realizarse/analizarse en términos de salud (López i Casanovas y Ortún Rubio 1998). Sin embargo, al mismo tiempo, la mayor parte de los investigadores reconocen que los determinantes de la salud son tan diversos y la oferta de atención sanitaria tan variada, que resulta muy complejo establecer una relación causa efecto entre ésta y el estado de salud de la ciudadanía.

Éste es uno de los motivos que ha llevado a gran parte de la literatura especializada a plantear dudas sobre la verdadera capacidad de los sistemas sanitarios de mejorar la salud de la población (McKeown 1976). Dudas, que se ven agravadas cuando se intenta explicar hasta qué punto el elevado gasto sanitario de la mayoría de países desarrollados repercute positivamente en la salud. Desde algunas organizaciones como la OMS (Saltman y Von Otter 1987) se defiende la idea de que “a los sistemas de salud se debe parte del notable aumento de la esperanza de vida del Siglo XX” (OMS 2000, 3). Sin embargo, no son pocos los trabajos que apuntan en la dirección contraria y algunos llegan a asegurar que alrededor del 50% del gasto sanitario no tiene repercusión directa en el estado de salud de la ciudadanía, sino que es resultado de las necesidades de mantenimiento del sistema, un sistema que tiende irremediablemente a crecer y autoabastecerse (Bunker 2001). Ésta es una de las necesarias reflexiones para la supervivencia de algunos sistemas de salud, como el español, donde la relación entre el nivel de gasto y la repercusión en la salud de los ciudadanos merece algunos comentarios y es, además, la fuente de los

problemas que plantea el análisis de los sistemas sanitarios, sobre todo desde un enfoque comparativo.

Desde el mencionado enfoque comparativo, se propone la agrupación de los diferentes sistemas sanitarios existentes en diferentes “modelos”, en función de su modo de financiación, privada o pública, a través de seguros sociales o de impuestos, de la implicación del estado en la provisión de servicios sanitarios, de la regulación del sistema y de la gestión de los servicios. A este respecto, en los años ochenta del siglo pasado, surgieron varias propuestas de tipologías de sistemas sanitarios, de la mano de autores como Roemer (1980) o Saltman y Von Otter (1987), entre otros.

Por su parte la OCDE (1998), partiendo de los modelos señalados por Evans (1981), establece una clasificación de subsistemas de fuentes de financiación y métodos de pago de los servicios sanitarios, en función de la combinación de las siguientes variables: financiación voluntaria u obligatoria (pública), y cuatro formas de pago: desembolso de los consumidores sin seguro, desembolso de los consumidores a quienes el seguro les reembolsa el gasto, pago indirecto a través de un tercero mediante un contrato estipulado y, por último, indirectamente por terceros mediante presupuestos y porcentajes del salario. De la combinación de estas opciones surgen ocho modelos de financiación, a saber, el modelo de desembolso obligatorio (prácticamente inexistente), el modelo de desembolso voluntario, el modelo de reembolso (a los pacientes) voluntario, el modelo de reembolso (a los pacientes) público u obligatorio, el modelo contractual voluntario, el modelo contractual público, el modelo integrado voluntario y el modelo integrado público.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, y sin ánimo de exhaustividad, haremos referencia a los cuatro “modelos” principales, en torno a los que existe cierto acuerdo en la literatura, tratándose de una clasificación menos compleja, fundamentada en la forma de financiación de

servicios, pública o privada, y su marco regulatorio. Es importante señalar que estos cuatro “modelos” principales, presentan infinitas variaciones en la práctica en su funcionamiento en cada país, y en ellos podemos encontrar diversas combinaciones de los sistemas de financiación referidos.

En primer lugar nos referimos al modelo liberal, aunque algunos autores no lo consideran como un sistema sanitario propiamente dicho. El ejemplo práctico por excelencia de este modelo es Estados Unidos, donde el Estado no tiene la obligación de proporcionar asistencia sanitaria universal, sino que su actuación es escasa, reduciéndose a una regulación mínima y un servicio de atención estatal para los sectores más desfavorecidos de la población (Medicare/Medicaid). La salud, al igual que cualquier otro servicio, es un bien de mercado, y las compañías aseguradoras privadas, hospitales y empresas de servicios sanitarios son los encargados de la prestación del servicio. La población que puede costearlo contrata seguros privados, y en muchos casos, son las propias empresas las que aseguran a sus empleados, aunque también se produce el pago directo de los servicios. Generalmente se atribuye a este sistema una mayor competitividad, caracterizada por una mayor inversión en investigación y tecnología (Moran 2006). Sin embargo, al mismo tiempo, este sistema se caracteriza por un elevado coste de la atención sanitaria (Durán 2004), la generación de grandes desigualdades en el acceso y la calidad de la atención recibida, así como la existencia de un alto porcentaje de población sin acceso a dicha asistencia por motivos económicos. Como es conocido, recientemente, en marzo de 2010¹, se ha aprobado una reforma del sistema de salud estadounidense que pretende asegurar la cobertura universal, obligando a las aseguradoras a admitir y tratar a todo tipo de enfermos, y a todos los ciudadanos y residentes legales a tener seguro médico a partir de 2014. Además, el gobierno ayudará a las familias de rentas más bajas, subvencionándoles el pago del seguro, así

¹ Véase “The affordable care Act”, aprobado el 23 de marzo de 2010.

como a las empresas que lo necesiten, obligadas a contratar un seguro sanitario básico para todos sus trabajadores. Esta reforma no supone una modificación estructural del sistema, que sigue girando en torno al mercado sanitario privado, pero pretende garantizar una cobertura mucho más amplia que la existente hasta la fecha. Por el momento, y dado que la reforma se aplica de forma paulatina, y fundamentalmente a partir del 2014, no es posible hacer un análisis del efecto que ha tenido desde su aprobación, por lo que habrá que esperar para evaluar si esta ley realmente soluciona los problemas actuales del sistema, y consigue cumplir el objetivo de los demócratas de garantizar la cobertura sanitaria universal².

En segundo lugar cabe referirse al modelo de seguros sociales o Bismark, que tiene su origen en Alemania, durante el gobierno del canciller que le da nombre. Inicialmente se orientaba a la cobertura sanitaria de los trabajadores, que pagan un seguro “profesional” (costeado a medias por la empresa y el trabajador) a las “Krankenkassen”, compañías aseguradoras sin ánimo de lucro, a cambio de la asistencia sanitaria. En la actualidad, sin embargo, se ha extendido a la práctica totalidad de la población, mediante cobertura pública. Se combinan así un sistema de financiación privado y público. De entre las ventajas que se atribuyen a este sistema, destacan la libre capacidad de elección del médico por los pacientes, lo que contribuye a la adecuación de la demanda y la oferta, y a la existencia de cierto nivel de competitividad que repercute en la calidad asistencial y tecnológica de los servicios. Entre los inconvenientes destaca el elevado coste del sistema, propiciado por un sistema de pago “*fee for service*”, en el que el facultativo cobra en función del número de servicios prestados, en lugar de por número de pacientes atendidos. El aumento exponencial de los costes ha obligado a

² Por el momento, uno de los problemas que no contempla la reforma, es la atención sanitaria de los inmigrantes ilegales, se calcula que sobre 11 millones de personas en el país (Departamento de Seguridad Nacional de los EE.UU), así como de los individuos que viven al margen del sistema.

algunos países como Alemania a establecer algunos mecanismos de copago. Entre los países con este sistema se encuentran, además del país germano, Francia, Austria, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Suiza y Japón.

El modelo Shemasko es propio de los países en que han estado gobernados, o todavía lo están, por un sistema comunista. Surge en Rusia en 1918, de la mano del Ministro de Salud del que toma el nombre. Se trata del primer sistema sanitario universal, en el que el Estado garantiza el acceso libre a la asistencia sanitaria a toda la población, y se financia mediante impuestos, siendo todos los servicios de titularidad del Estado y los recursos humanos, empleados estatales. Los países que contaban con este sistema fueron hasta hace relativamente poco tiempo, las Repúblicas de la antigua Unión Soviética (muchas han evolucionado hacia un sistema de seguros sociales), además de Rusia, China, Vietnam y Cuba, entre otros.

Por último, el modelo que más nos interesa a los efectos de esta investigación, por ser el modelo vigente en nuestro país, es el modelo Beveridge o de servicio nacional de salud, que tiene su origen en el Reino Unido, y toma su nombre del “Informe Beveridge”, presentado en el Parlamento británico en el año 1942. En este modelo, el Estado también garantiza el derecho universal a la asistencia sanitaria, independientemente de los recursos de la población. La financiación es pública a través de impuestos, y la provisión es también pública, al igual que ocurría con el modelo Shemasko. Las principales diferencias entre estos dos modelos son, por una parte, la independencia de los profesionales de la medicina, característica en los servicios nacionales de salud, en los que el médico de atención primaria actúa como “gatekeeper”, decidiendo la necesidad o no de la atención especializada o la hospitalización. Por otra parte, otra de las principales diferencias entre los dos sistemas, es que en los países con un sistema nacional de salud, es posible la convivencia del sistema público con la atención sanitaria privada, cada vez más presente (Stevens 2010). Algunas de las ventajas que caracterizan a los sistemas nacionales de salud

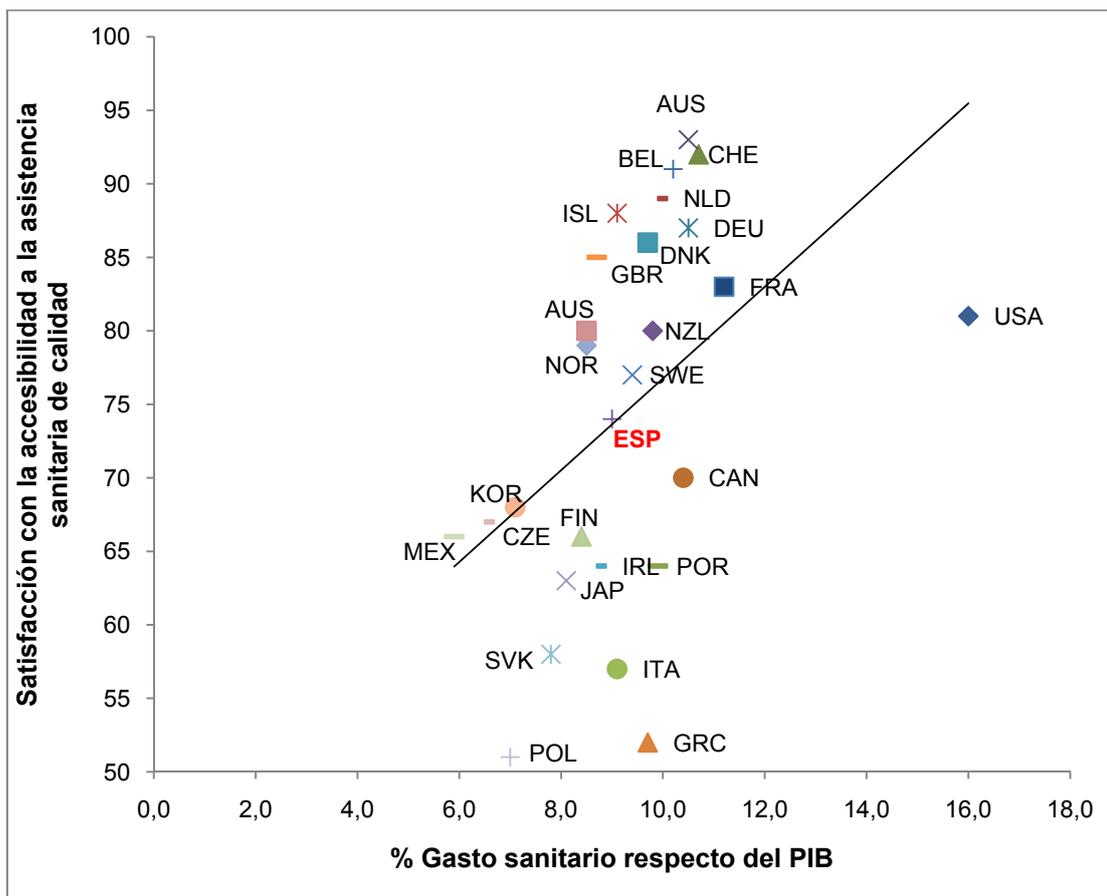
son, fundamentalmente, una mayor equidad en la financiación, y menores desigualdades en el acceso y atención en la asistencia sanitaria. Como inconvenientes, se han señalado habitualmente, la restringida capacidad de elección del ciudadano y los desequilibrios entre la oferta y la demanda, que tiene como consecuencia la existencia de abultadas listas de espera. Además del Reino Unido, los países Escandinavos, Italia, Grecia, Portugal y España, entre otros, también cuentan con este modelo.

En términos comparativos, se observan, por tanto, las diferencias existentes en los modelos, diferencias que se hacen mucho mayores en el análisis exhaustivo de la aplicación de cada uno de ellos a los respectivos países. A fin de cuentas, la forma de las organizaciones sanitarias de un país es producto de una compleja combinación de factores históricos e institucionales. A esto es necesario añadir que, las diferencias culturales y sociológicas, así como, la orientación colectiva o individual de las sociedades, determinan la forma final en que se organizan los diferentes sistemas sanitarios. A los efectos de esta investigación, resulta interesante analizar hasta qué punto la forma que adoptan los diferentes sistemas sanitarios incide en los niveles de satisfacción de la población con la asistencia recibida. Más allá, por lógica, si todos los sistemas sanitarios fuesen igual de eficaces, en términos de satisfacción de las demandas de la población de una asistencia de calidad, cabría suponer que un mayor gasto sanitario debiera repercutir en mayor satisfacción. Sin embargo, la experiencia, y algunos de los fallos de los sistemas recogidos por la literatura y mencionados anteriormente, inducen a pensar que esta afirmación no es correcta.

Si observamos los datos de la OCDE de 2010 (que se refieren al año 2008) sobre el gasto sanitario de los países miembros, y los ponemos en relación con el porcentaje de población que afirma estar satisfecha con el acceso a

una asistencia sanitaria de calidad³ en el mismo año, observamos que no necesariamente ambos aspectos están relacionados (véase gráfico inferior).

Gráfico 1. Relación entre el gasto sanitario y la satisfacción de la población con el sistema (año 2008).



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OCDE y de la Gallup World Poll 2008

Concretamente, el caso más extremo es el de Estados Unidos, que acumula

³ Gallup World Poll 2008, en inglés el original. Pregunta: In the city or area where you live, are you satisfied or dissatisfied with the availability of quality health care? Datos para República Checa, Alemania, Grecia y Polonia año 2007. Datos para República Eslovaca y Suiza, año 2006.

el mayor gasto sanitario de todos los países de la OCDE, un 16% de su producto interior bruto, y para los que los modelos de prospección prevén un gasto del 20% del PIB para 2015 (Battistella 2010). Al mismo tiempo, en este país, el 81% de la población manifiesta estar satisfecha con la posibilidad de acceso a una asistencia sanitaria de calidad, lo que le sitúa por debajo de países como Francia, Alemania, Reino Unido, entre otros, con un gasto sanitario del 11,2%, 10,5% y 8,7% de su PIB, respectivamente. Por otra parte, países como Grecia, con un sistema nacional de salud similar al español, y con un gasto sanitario superior, 9,7% frente al 9% de España, presenta unos niveles mucho más bajos de satisfacción entre la población, 52% de la población satisfecha, frente al 74% de los españoles.

Aunque estamos utilizando unidades relativas de medida, ya que los porcentajes de gasto sanitario están establecidos respecto del PIB de cada país, y estos son enormemente desiguales, estos datos nos permiten afirmar, que independientemente de cuál sea el sistema sanitario, existen otros factores ajenos al gasto, que condicionan la satisfacción de los pacientes y los ciudadanos con la asistencia y con el sistema en general. El objeto de esta investigación es determinar cuáles son esos factores en el sistema gallego de salud.

A uno de los principales problemas a que se enfrentan todos los sistemas sanitarios ya se ha hecho referencia al hablar del gasto sanitario, y es que el aumento exponencial del mismo en los últimos años, supone un serio problema para la sostenibilidad de los modelos, máxime en tiempos de crisis como el actual. La media del gasto sanitario de los países de la OCDE⁴ aumentó del 7,8% del PIB en el año 2000, al 9% del PIB en el 2008. El gasto sanitario en España suponía en el año 2000 un 7,5% del PIB, inferior a la media de la OCDE, mientras que en la actualidad es del 9% del PIB,

⁴ OCDE Health Data 2010.

exactamente igual a la media. Por otra parte, la media de crecimiento anual per cápita del gasto sanitario en España en ese periodo fue del 4,7%, frente al promedio de la OCDE del 4,2%. Al mismo tiempo, el PIB español aumentó una media del 1,9% per cápita en el mismo período, mientras que la media de los países de la OCDE fue del 2,2%. Estos datos no hacen más que confirmar el importante aumento del gasto sanitario en todos los países desarrollados en los últimos años, y de manera especial en nuestro país. Para algunos autores este incremento se le ha ido de las manos a los gobiernos, y se necesitan medidas para frenarlo. En este sentido, la falta de eficiencia y el gasto desproporcionado es una de las mayores preocupaciones de los gobiernos en el ámbito sanitario; se estima que entre el 20% y el 40% de todo el gasto sanitario se desperdicia por la ineficiencia (OCDE 2010). Autores como Costa-Font Reisman o Casasnovas⁵ centran gran parte de sus investigaciones en el análisis de diversas formas de combatir esta ineficiencia y reducir el gasto. Algunas de las medidas propuestas son la utilización de métodos como el análisis de coste-beneficios, o sistemas de gestión como el “managed care” en Estados Unidos, o la Medicina Basada en la Evidencia (Cochrane 1972), y la gobernanza clínica. Pero en demasiadas ocasiones algunas de estas lecturas caen en un error básico, a saber, el de intentar reducir los problemas de las políticas sanitarias a problemas exclusivamente técnicos, y por lo tanto, despolitizarlos (Hunter 2004).

Nadie duda, de que la ineficiencia es uno de los orígenes del aumento del gasto, pero no el único. Así, debemos tener también en cuenta el aumento de la esperanza de vida y el paulatino envejecimiento de la población, así como el hecho demostrado de que las demandas de la ciudadanía en el sector sanitario se han multiplicado y son prácticamente ilimitadas (Adolino y

⁵ Véase por ejemplo López-Casasnovas (1999, 2006); Reisman (2007); Costa-Font (2006, 2008).

Blake 2001). En este sentido, los cambios en la cultura ciudadana, o más estrictamente, el cambio cultural que han mostrado nuestras sociedades en la segunda mitad del Siglo XX debe ser analizado y estudiado a la hora de evaluar los sistemas sanitarios.

Del estudio de los retos y dificultades que plantean los sistemas sanitarios en la actualidad surgen algunas conclusiones, que Lewis define como las “seis verdades de los sistemas sanitarios” (Lewis, Saulnier y Reanud 2000):

- Los sistemas sanitarios, como se ha dicho, tienden a crecer, son de naturaleza expansionista, por lo que cualquier intento de contener dicho crecimiento resulta problemático.
- Un mayor gasto sanitario no conduce necesariamente a un mayor status de salud, es más importante una distribución adecuada de los recursos económicos disponibles.
- Un acceso universal a la asistencia sanitaria no significa necesariamente una buena salud universal. Siguen existiendo importantes desigualdades, fundamentalmente de género y estatus social y económico.
- El conocimiento del público sobre los riesgos de la salud ha aumentado significativamente, lo que no se traduce necesariamente en la generalización de estilos de vida más saludables.
- La asistencia sanitaria casi siempre gana en la competición por los recursos económicos: la ciudadanía no entendería unas políticas públicas que descuidasen sus necesidades de acceso a los servicios sanitarios.
- La modificación de la distribución del estado de salud mediante estrategias contra corriente es extraordinariamente difícil, los intentos de beneficiar a los desfavorecidos terminan por beneficiar a los que están en mejor situación. Las políticas sanitarias necesitan estrategias

multisectoriales que den respuesta a todos los determinantes de la salud.

El modo en que estos axiomas, y en definitiva, la realidad de la situación actual del sistema sanitario gallego, que no escapa a ninguno de los problemas antes mencionados, repercuten en la satisfacción de la población, será objeto de análisis a lo largo de esta investigación.

2. El sistema sanitario español y su evolución.

Como hemos visto, el sistema sanitario español, es un Sistema Nacional de Salud inspirado en el modelo “Beveridge”, es decir, un sistema de salud universal, de financiación pública, mediante impuestos. Este sistema público, de cobertura prácticamente universal, convive con un sistema sanitario privado, que tiene cada vez mayor presencia, debido a la proliferación de seguros privados y mutualidades.

El origen de nuestro sistema está en los seguros profesionales de enfermedad, de corte bismarckiano. Un sistema de Seguridad Social, desarrollado a partir de la creación del seguro obligatorio de enfermedad en 1942⁶, y cuya reforma y transformación en profundidad hacia un sistema de salud de cobertura universal, se inicia con la transición hacia el sistema democrático a finales de los años ochenta del siglo pasado. En el año 1965, el sistema sanitario español cubría al 53,1% de la población, mientras que en 1982, la cobertura era del 84,5% y en la actualidad podemos hablar de una cobertura universal, del 99,5%⁷. De este modo, los Pactos de la

⁶ El S.O.E. (Seguro Obligatorio de Enfermedad) fue creado a partir de la Ley de 14 de diciembre de 1942. Para una información más completa acerca de la evolución histórica del sistema sanitario español véase Guillén Rodríguez (2000).

⁷ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Moncloa firmados en octubre de 1977⁸, y el “derecho a la protección de la salud”, que figura en el artículo 43 de la Constitución de 1978, marcan la transformación de la sanidad española hacia el sistema sanitario tal y como lo conocemos en la actualidad. Concretamente, la promulgación de la, todavía vigente, Ley General de Sanidad en 1986⁹, supone el principio de la transformación del sistema de Seguridad Social, en un Sistema Nacional de Salud.

Entre los hitos más importantes que contribuyen a la configuración de nuestro sistema actual, destaca la transferencia paulatina de competencias a las Comunidades Autónomas, que se inicia en el año 1981 con la transferencia a Cataluña¹⁰ de los servicios del entonces Instituto Nacional de Salud, y finaliza en el año 2003, con el traspaso a todas las Comunidades Autónomas. En el año 1987 se constituye el Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud, que actúa como órgano de coordinación entre el gobierno central y las Comunidades Autónomas, y finalmente, las reformas se completan con el desarrollo legislativo, destacando la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, y la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, así como la legislación propia de las Comunidades Autónomas.

⁸ Los “Pactos de La Moncloa” constituyen el primer pacto político de la democracia. Firmados con anterioridad a la promulgación de la Constitución, por las principales fuerzas políticas y sindicales del momento, fundamentan, entre otros asuntos, las bases de la reforma de la Seguridad Social existente hasta la fecha.

⁹ Véase Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

¹⁰ El proceso descentralizador de competencias de la Seguridad Social se inició con el traspaso a la Generalitat de Cataluña de los servicios correspondientes a los Institutos Nacionales de la Salud y de Servicios Sociales. Véase el Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, que recoge el acuerdo de la Comisión Mixta celebrada el 23 de diciembre de 1980 a tal efecto.

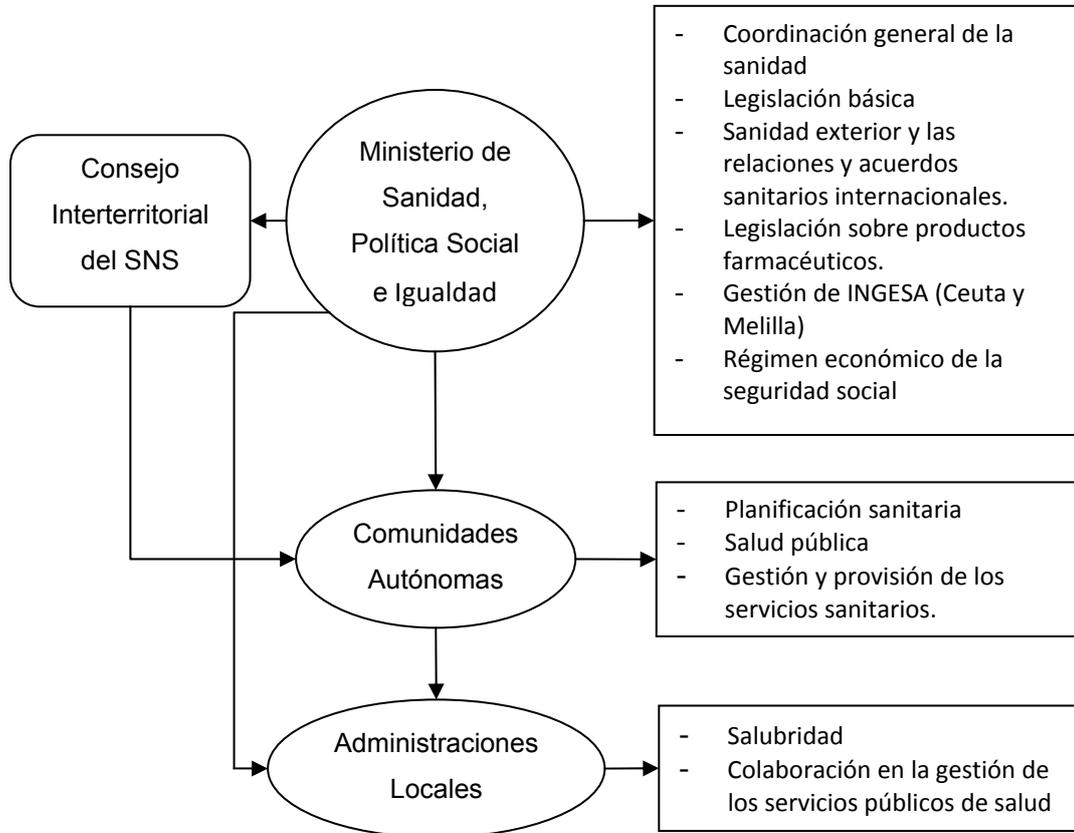
Este proceso de cambio ha tenido un carácter incremental, sobre todo durante la transición, período que algunos autores denominan de “no reforma”, al considerar que los cambios se produjeron lentamente, y de forma paulatina, de modo, que no se produjo una ruptura total con el sistema vigente antes de la transición democrática (Guillén 2000). Desde el año 1982, fueron numerosas las reformas llevadas a cabo, aunque, es posible afirmar, que en la actualidad todavía existen algunas reminiscencias del sistema anterior, como por ejemplo la Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), que hasta el 03 de diciembre del presente año, permitía elegir a los funcionarios entre una cobertura totalmente pública a través de la Seguridad Social, o un seguro privado.¹¹

En definitiva, en la actualidad, el Sistema Nacional de Salud español descansa en los principios de equidad, calidad y participación¹² y se organiza de acuerdo al reparto de competencias básicas (véase figura 3), en el que a las Comunidades Autónomas les corresponde la gestión de los servicios sanitarios, mientras que el gobierno central se reserva competencias de coordinación, sanidad exterior y fármacos, y las entidades locales tienen únicamente un papel de apoyo a la gestión autonómica y el control de la salubridad pública.

¹¹ El Consejo de Ministros del 03 de diciembre de 2010 aprobó mediante Real Decreto la “Integración en el Régimen General de la Seguridad Social de los funcionarios de nuevo ingreso: estableciendo la integración de los funcionarios que ingresen en cualquier Administración pública española a partir del 1 de enero de 2011 en el Régimen General de la Seguridad Social”. Fuente: Consejo de Ministros <http://www.la-moncloa.es/ConsejodeMinistros/index.htm>

¹² Informe Nacional de Salud 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad <http://www.msps.es>

Figura 3. Reparto de competencias en el Sistema Nacional de Salud español



Fuente: elaboración propia a partir de los informes del Ministerio de Sanidad, Política, Social e Igualdad

Por otra parte, en el ámbito europeo, al ser la sanidad una competencia exclusiva de los Estados, las competencias en política sanitaria de la Unión Europea son escasas, reduciéndose a algunos preceptos contenidos en el Tratado de Maastrich (1992, art. 129) y en el Tratado de Amsterdam (1997, art.152), además de numerosos papeles, recomendaciones y el más reciente

Libro Blanco de 2007¹³, que se limitan a promover la mejora de la salud pública, la prevención de las enfermedades humanas, y a evitar las fuentes de peligro para la salud humana (Holland y Mossialos 1999). Sin embargo, como se ha señalado, la complejidad de los sistemas sanitarios hace que éstos se vean condicionados por todo tipo de políticas públicas, lo que explica que, a pesar de no existir una política sanitaria europea común, los dictámenes y decisiones de la Unión Europea en ámbitos como el mercado interno, y la movilidad de personas, bienes, servicios y capitales, hayan impactado sin duda en la configuración de los sistemas sanitarios de los Estados Miembros (Steffen 2005).

A los efectos de esta investigación, nos interesa analizar hasta qué punto el sistema sanitario actual satisface las expectativas de los ciudadanos y pacientes españoles, y más allá, suponiendo que el sistema de transferencias de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas haya generado desigualdades en el acceso y la atención de los ciudadanos, tal y como afirman algunos autores (López-Casasnovas, Costa-Font y Planas 2005), ¿afectan estas desigualdades a la percepción del nivel de satisfacción de los ciudadanos con el sistema?.

En primer lugar, cabe señalar que el análisis de la satisfacción de los españoles con el sistema se introduce como cuestión en el Barómetro Sanitario de carácter anual del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad a partir del año 1995. Hasta entonces, el primer contacto con una orientación de la atención sanitaria hacia una mayor eficiencia y satisfacción de la ciudadanía, se produce en el contexto del “Informe Abril”, en el año

¹³ Libro Blanco de la Comisión Europea “Juntos por la salud: un planeamiento estratégico para la UE (2008-2013), presentado el 23 de octubre de 2007.

1991¹⁴, redactado por la “Comisión de expertos para el estudio del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro”. La constitución de esta Comisión es propuesta al Congreso de los Diputados debido a que *“las crecientes tensiones económicas derivadas del imparable aumento de los gastos sanitarios, profundas mutaciones demográficas, nuevas actitudes sociales y la presión incesante del acelerado progreso técnico-médico demandan en todo el mundo la revisión y transformación de los actuales sistemas de asistencia sanitaria”*¹⁵. En el informe final de esta Comisión presentado al Congreso de los Diputados, se hace constar que *“en un Sistema Nacional de Salud que se desea más abierto y competitivo, a la vez que procura mayor satisfacción subjetiva de los usuarios, el cuidado de la calidad, la atención personalizada, el confort y el compromiso de servicio deben ir surgiendo progresivamente como una consecuencia natural de la expresión de las preferencias de los consumidores. Sin embargo, es un deber de las Administraciones y los proveedores impulsar y desarrollar ese proceso, incentivando un enfoque global de calidad en el servicio”*. Por primera vez en nuestro país, se introduce el enfoque de la calidad y la consecución de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema, además de otras muchas recomendaciones, centradas fundamentalmente en la gestión eficiente y la financiación del sistema, algunas de las cuales serán implementadas una década más tarde,

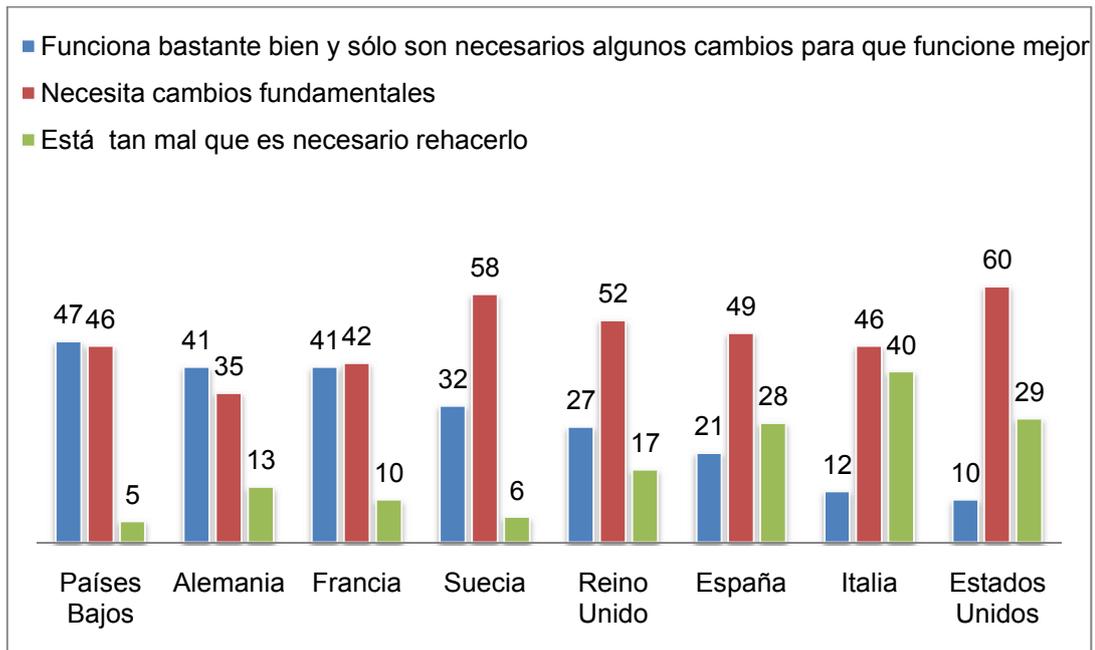
¹⁴ El Informe Abril fue redactado por la “Comisión de expertos para el estudio del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro”, presidida por Fernando Abril Martorell, del que toma el nombre, y presentado al Congreso de los Diputados el 25 de septiembre de 1991. En la elaboración del Informe colaboraron entre otros Robert J. Blendon, de la Universidad de Harvard, al que le fue encargada la dirección de una encuesta a fin de conocer el grado de satisfacción de los ciudadanos españoles respecto a los servicios del Sistema Nacional de Salud en comparación con el de los ciudadanos de los 10 países más desarrollados.

¹⁵ Exposición de motivos del Texto de la Proposición Parlamentaria no de ley del grupo parlamentario CDS, del 25 de Enero de 1990, para instar al gobierno a la creación de una Comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud.

en el año 2003, con la aprobación de la mencionada *Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.

Por encargo de la Comisión para el estudio del Sistema Nacional de Salud, se lleva a cabo en España la primera encuesta centrada en la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario. La encuesta¹⁶, realizada en abril de 1991, revela que en el año 1991, el 28% de los españoles opinaba que “el sistema sanitario está tan mal que es necesario rehacerlo”, mientras que el 49% afirmaba que “se necesitan cambios fundamentales” y el 21% opinaba que “funciona bastante bien y sólo son necesarios algunos cambios para que funcione mejor”.

Gráfico 2. Opinión de la población acerca del funcionamiento del sistema sanitario (%)

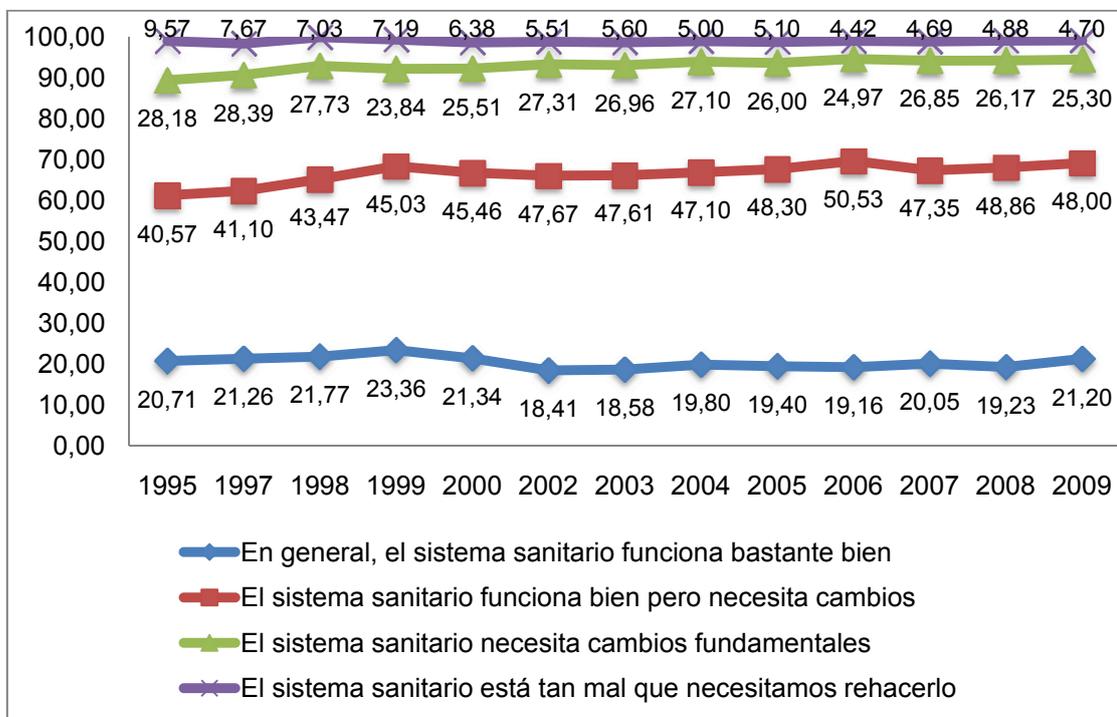


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de R.J. Blendon y otros (1990, 1991)

¹⁶ Se trata de 1445 entrevistas presenciales a españoles mayores de 18 años, seleccionados de forma aleatoria, con un nivel de confianza al 95% de $\pm 3\%$.

El gráfico superior muestra los datos comparándolos con las opiniones de los ciudadanos de otros países en ese momento. España es, después de Italia, y casi a la par con Estados Unidos, el tercer país donde un mayor porcentaje de población opinaba en el año 1991, que el sistema estaba tan mal, que era necesario rehacerlo.

Gráfico 3. Evolución de la opinión de la población española respecto del sistema sanitario

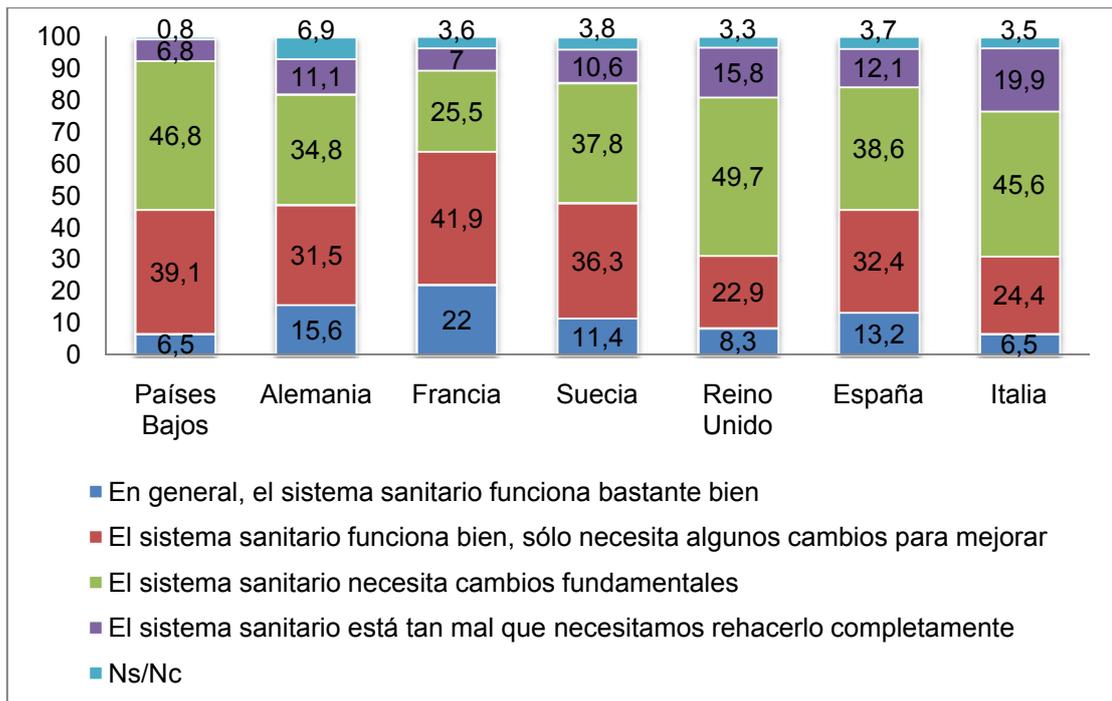


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, no estando disponibles los datos relativos a los años 1996 y 2001.

Una pregunta muy similar, pero con cuatro categorías, es la que se incluye en el Barómetro Sanitario, que mide la opinión de la ciudadanía respecto de

la asistencia sanitaria y el sistema en general. En el gráfico 3, se muestra la evolución de la opinión ciudadana respecto al sistema, de la que destaca la significativa disminución del porcentaje de entrevistados que opinan que es necesario “rehacer completamente el sistema”, un 9,57% en el año 1995, frente al 4,70% en el año 2009. También se reduce paulatinamente el porcentaje de población que opina que el sistema necesita cambios fundamentales, pasando de un 28,18% a un 25,30% en el año 2009. Ambas reducciones son a favor, fundamentalmente, del aumento del porcentaje de población que opina que el sistema funciona bien pero necesita cambios, que pasa del 40,57% en 1995, al 48% en 2009.

Gráfico 4. Opinión de la población acerca del funcionamiento del sistema sanitario (%)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Eurobarómetro 2002.

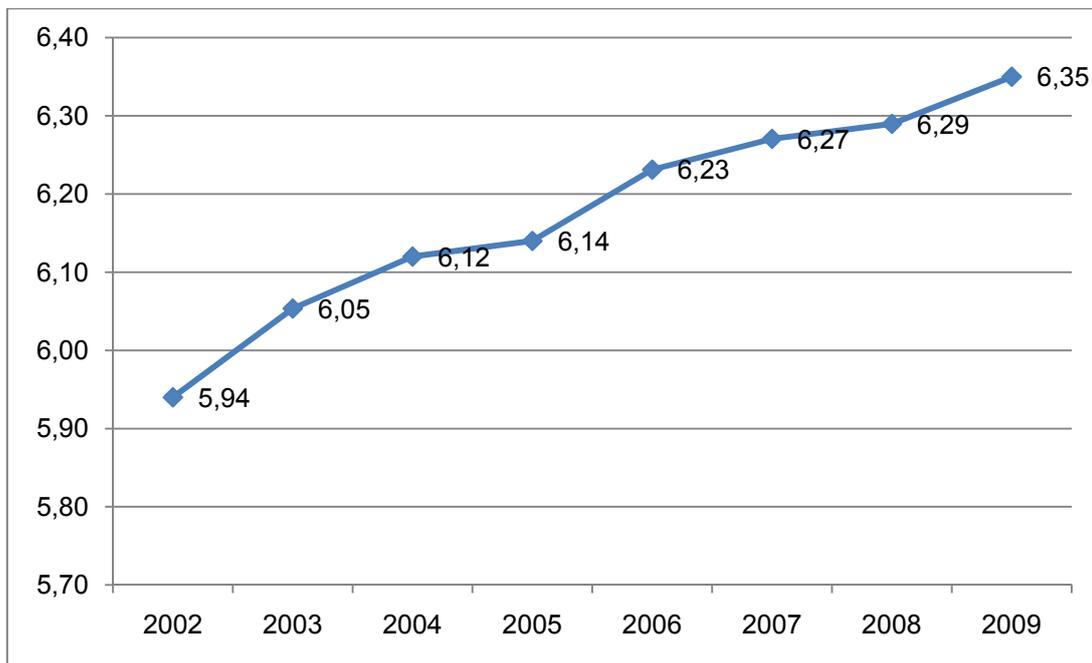
En términos comparativos con otros países, según los datos del Eurobarómetro, en el año 2002 la población española se manifiesta más satisfecha respecto a otros países europeos, de cómo lo hacía once años antes. En el gráfico 4 se observa como el porcentaje de españoles a favor de rehacer completamente el sistema sanitario es menor que entre la población del Reino Unido e Italia, y sólo un punto superior al porcentaje de alemanes que opinan lo mismo. Además, el porcentaje de aquellos que opinan que el sistema funciona bastante bien (y por lo tanto no son necesarios cambios) es superior al de la población de Suecia, Reino Unido, Italia y Países Bajos.

Estos datos nos permiten afirmar que el Sistema Nacional de Salud español ha evolucionado, de tal manera, que los ciudadanos, hoy en día, se sienten más satisfechos de lo que se sentían a principios de los años 90, y sus opiniones sobre el sistema son similares a las de los ciudadanos de otros países europeos.

Por otra parte, a partir del año 2002, se introduce en el Barómetro sanitario otra forma de medir la satisfacción, utilizando una escala “Likert” como categoría de respuesta, lo que nos permite cuantificar de forma directa el nivel de satisfacción de los españoles con el sistema de salud público. De este modo, se pregunta por el *“grado de satisfacción con el modo en que funciona el sistema sanitario público en España”*¹⁷. La evolución de la satisfacción medida en esta escala se muestra en el gráfico 5, en el que se observa un progresivo aumento de la satisfacción ciudadana con el funcionamiento del sistema, entre el año 2002 y 2009, lo que confirma los datos mostrados con anterioridad.

¹⁷ En general, ¿está Ud. satisfecho o insatisfecho con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España? Para contestar utilice una escala de 1 a 10, en la que 1 significa que está Ud. "muy insatisfecho" y el 10 que está "muy satisfecho".

Gráfico 5. Grado de satisfacción de los españoles con el modo de funcionamiento del sistema sanitario público



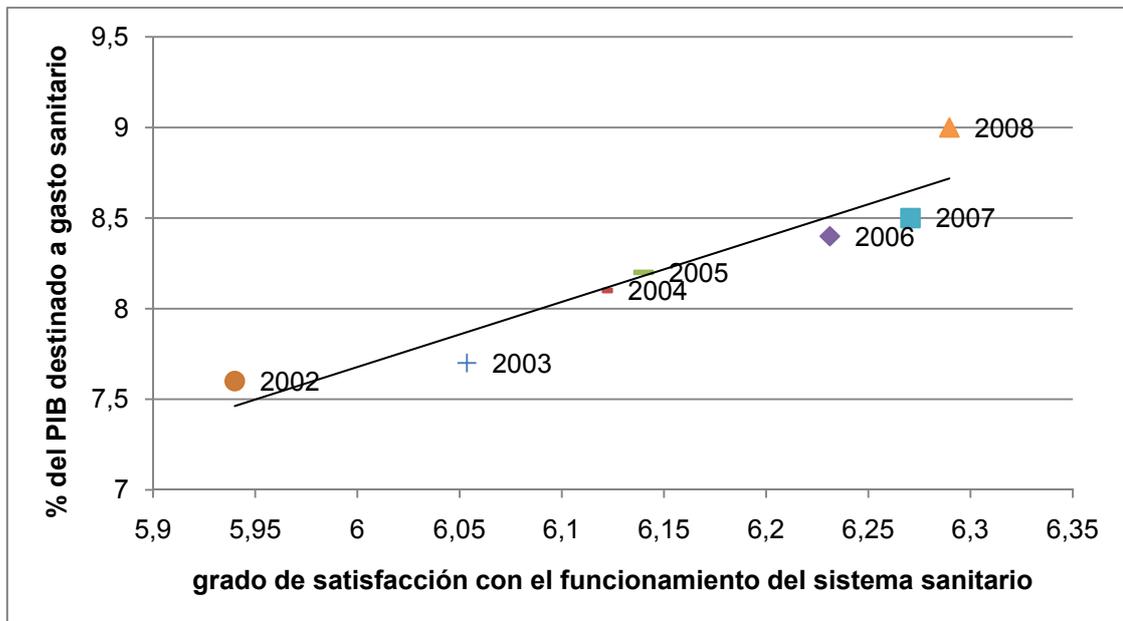
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Barómetro Sanitario.

Una de las hipótesis de explicación de este progresivo aumento de la satisfacción, podría ser el aumento exponencial del gasto sanitario, unido a la ampliación de las prestaciones sanitarias del sistema. Aunque esto debe matizarse, ya que el aumento del gasto sanitario no va unido necesariamente a una mejor atención, sino que, como se ha señalado, se debe en gran parte al aumento de la esperanza de vida de la población, y la cronificación de las enfermedades. Es más, a principios de los años 90 del siglo pasado, coincidiendo con la redacción del mencionado “Informe Abril”, se hace patente la necesidad de la restricción del gasto para garantizar la sostenibilidad del sistema, a la par que se hacía patente el engrosamiento de las listas de espera, un problema común a todas las Comunidades Autónomas, e incluso podría decirse que los países con un modelo de

Sistema Nacional de Salud, como es el caso del Reino Unido, y al que todavía no se ha encontrado solución¹⁸.

Si contraponemos estos datos a los datos de evolución de la inversión pública en sanidad con los de la evolución de la satisfacción ciudadana, observamos (gráfico 6), que evolucionan de forma bastante pareja, hasta que en el año 2008 el gasto se dispara, sin que ello repercuta de forma notable en un aumento de la satisfacción de la ciudadanía.

Gráfico 6. Relación entre el aumento del gasto sanitario y el aumento del nivel de satisfacción de la población con el sistema sanitario.

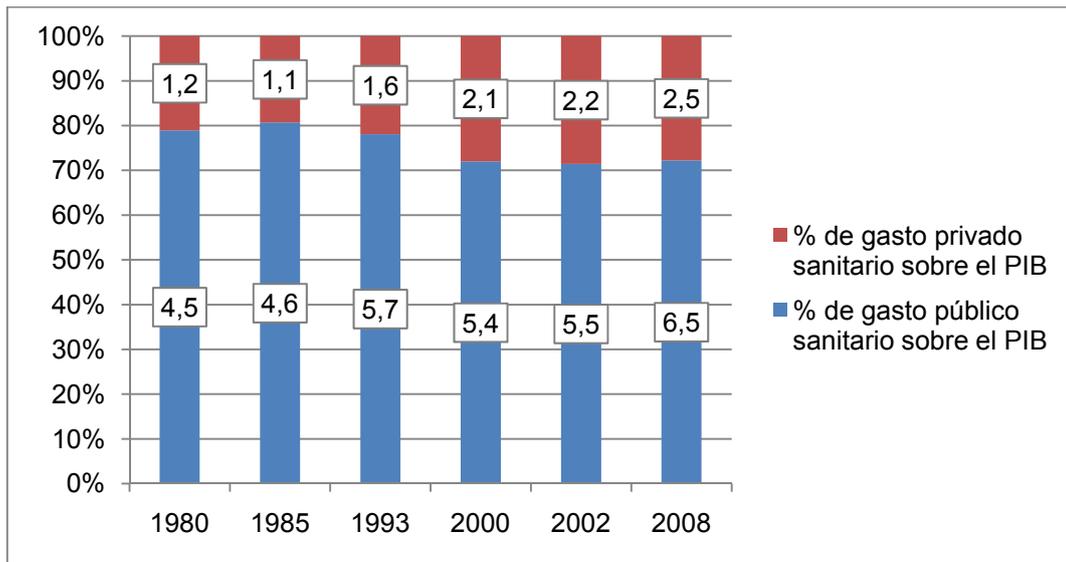


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de evolución del gasto sanitario público y privado en términos de porcentaje del PIB de la OCDE y del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

¹⁸ Recientemente (18/10/2010), en un intento de reducir las listas de espera, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha aprobado en el marco de un “Pacto por la Sanidad”, el compromiso de un máximo de 180 días de espera en todas las Comunidades Autónomas para la cirugía cardíaca valvular, la cirugía cardíaca coronaria, las intervenciones de cataratas, de prótesis de cadera y de rodilla.

Estos datos confirman la tesis de que, desde el punto de vista de la satisfacción ciudadana, sin duda un enfoque fundamental para el diseño y evaluación de las políticas públicas, en los últimos años, el sistema sanitario español se muestra ineficiente en relación al importante aumento del gasto sanitario tanto público como privado. El resultado de la ineficiencia y el aumento continuado del gasto, generalizables a todos los países de la OCDE, han justificado en términos políticos la introducción de nuevas fórmulas de gestión sanitaria¹⁹ y el aumento del peso del sector privado en la asistencia sanitaria en nuestro país desde mediados de los años 90, tal y como refleja el siguiente gráfico.

Gráfico 7. % de gasto público y privado sanitario sobre el PIB



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OCDE

¹⁹ Inicialmente mediante la aprobación del Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud, que posteriormente se concretará en la Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, cuyo artículo único, en su apartado 2. recoge textualmente que “La prestación y gestión de los servicios sanitarios y socio-sanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad”.

En definitiva, las formas de gestión sanitaria han ido evolucionando a lo largo de los últimos años, y nuestro Sistema Nacional de Salud, fundamentalmente público, ha permitido la consolidación de los seguros privados, que complementan las carencias del primero. Será interesante observar, en qué medida y de qué forma, la oferta sanitaria privada complementa la sanidad pública, y si los ciudadanos la utilizan para eludir los inconvenientes del sistema público como las listas de espera para las consultas de especialistas o cirugías (Blendon y Jovell 2006). Por otra parte, también será interesante analizar si, tal y como afirman algunos autores, la preferencia por los servicios privados se relaciona con un nivel más elevado de insatisfacción con la atención pública (Calnan, Cant y Gabe 1993).

Finalmente cabe hacer una reflexión sobre las posibles desigualdades inherentes a la consolidación de una oferta sanitaria privada relativamente amplia en España (López-Casasnovas y Sáez 2005). Por una parte, la existencia de opciones alternativas de asistencia médica para un sector de la población, generalmente con ingresos superiores a la media, genera ciertas desigualdades en la accesibilidad a la asistencia sanitaria en un país con un sistema democrático y un Estado del Bienestar consolidado, basados ambos en principios como la equidad y las políticas redistributivas. De este modo, el hecho de que la sanidad privada se postule como la solución a algunos de los problemas más destacados del sistema público, unido a que el acceso de la población a los seguros privados no sea equitativo, podría suponer la desigualdad en el acceso a un sistema de salud de calidad, eficaz, capaz de cubrir las necesidades de los ciudadanos. Por otra parte, desde otro punto de vista, la cobertura, por parte del sistema privado, de una serie de servicios complementarios, como el tratamiento de enfermedades de relativa escasa gravedad, podría suponer un ahorro que el erario público puede destinar a la mejora y solución de algunos de los problemas centrales del sistema sanitario público, así como a su sostenibilidad, supuesto en el que

se han basado recientemente algunos partidos políticos para proponer la incentivación de la contratación de seguros médicos privados mediante la aplicación de beneficios fiscales²⁰. A nadie se le escapa, tampoco, que los máximos defensores del sistema exclusivamente público son los trabajadores del propio sector público que, como se ha dicho, tiene una tendencia inequívoca a maximizar su crecimiento.

Por otra parte, las posibles desigualdades mencionadas son, además, producto, no únicamente de la coexistencia de las ofertas pública y privada, sino de las diferencias de la gestión territorializada, a cargo de las Comunidades Autónomas, que dentro de su capacidad autoorganizativa, han desarrollado diferentes modelos de gestión. En este sentido las opiniones están divididas, por una parte algunos autores afirman que existen diferencias significativas en los indicadores sanitarios y en la satisfacción de los ciudadanos entre las Comunidades Autónomas (Gené Badía 2009), y señalan a la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, como un intento por eliminar dichas desigualdades. Por otra parte, otros señalan que las diferencias regionales en la atención hospitalaria son mínimas, y que la comparación de las diferencias en gasto, utilización del sistema y resultados entre Comunidades Autónomas, antes y después de la descentralización, sugiere que las posibles diferencias existentes entre los sistemas sanitarios regionales, no se deben a diferencias en el gasto, sino a las políticas públicas implementadas, y no se reflejan en los resultados, es decir, morbilidad y mortalidad de la población (López–Casasnovas, Costa-Font y Planas 2005).

²⁰ Es el caso de Convergencia y Unión (CIU), que en su programa electoral para las elecciones autonómicas del 28 de noviembre de 2010, prevé un “tratamiento fiscal favorable, en forma de desgravación, por la subscripción de pólizas de aseguramiento sanitario privado” (véase: Programa de Govern Convergència i Unió, eleccions nacionals 2010, pág. 30)

De acuerdo con este planteamiento, el desarrollo de modelos de gestión eficiente y eficaz, mediante la utilización de herramientas como el benchmarking, y fundamentalmente, la orientación de las políticas públicas sanitarias al ciudadano, se configuran como los ejes centrales de un sistema sanitario público sostenible y capaz de satisfacer las demandas del ciudadano-cliente. Pero, ¿cuáles son esas demandas?, ¿qué líneas estratégicas deben seguir los responsables públicos de sanidad, al margen de las meramente vinculadas a la gestión eficiente y a los dictados de la Nueva Gestión Pública, para mejorar, y, sobre todo, mantener en el tiempo, los niveles de satisfacción ciudadana con la atención sanitaria pública?. Estas son algunas de las preguntas a las que se intentará dar respuesta a lo largo de esta investigación.

3. El sistema sanitario gallego.

La transferencia gradual de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas se inició, como se ha dicho, en el año 1981, y supuso la asunción por parte de los gobiernos autonómicos de competencias exclusivas sobre la organización, la gestión, y parte de la financiación del sistema sanitario en su territorio.

En el caso gallego, el Estatuto de Autonomía de Galicia aprobado en 1981²¹, contempla en su artículo 33 las competencias en materia de sanidad que debería asumir el gobierno autonómico:

²¹ Ley Orgánica 1/1981, de 6 de abril, Estatuto de Autonomía de Galicia.

Artículo 33.

1. *Corresponde a la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.*
2. *En materia de Seguridad Social corresponderá a la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la misma. Corresponde también a la Comunidad Autónoma la gestión del régimen económico de la Seguridad Social en Galicia, sin perjuicio de la Caja Única.*
3. *Corresponderá también a la Comunidad Autónoma la ejecución de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos.*
4. *La Comunidad Autónoma podrá organizar y administrar a tales fines y dentro de su territorio todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas, y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de Sanidad y Seguridad Social, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo.*

De este modo, la transferencia de competencias en materia sanitaria a la Comunidad Gallega comienza a principios de los años 80²², con políticas como la planificación sanitaria y salud pública, pero no culmina hasta el año 1991, con el Real Decreto 1679/1990, de 28 diciembre²³, que completa el

²² Véase, entre otros R.D. 1634/1980 de 31 de julio sobre Transferencias de la Administración del Estado a la Xunta de Galicia en materia de trabajo, industria, comercio, sanidad, cultura y pesca, la Ley 5/1983, del 30 de junio, de sanidad escolar.

²³ Véase el Real Decreto 1679/1990, de 28 diciembre del Ministerio de Administraciones Públicas para el traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud, en cuyo artículo 1, se “aprueba el Acuerdo de la Comisión Mixta ,prevista en la disposición transitoria

proceso de traspaso de competencias y Servicios del INSALUD al gobierno autonómico, así como sus recursos humanos y materiales en la Comunidad. Estos recursos serán asignados al “Servicio Gallego de Saúde” (SERGAS), creado en 1989²⁴ como un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad (“Consellería de Sanidade”).

Desde este momento, el Parlamento de Galicia ha promulgado varias normas que regulan la gestión y organización del sistema sanitario gallego, entre las cuales destacan:

- Ley 1/1989, del 2 de enero, de creación del Servicio Gallego de Salud, reformada por la Ley 8/1991, del 23 de julio.
- Ley 17/1989, del 23 de octubre, de creación de escalas del personal sanitario al servicio de la Comunidad Autónoma.
- Ley 2/1996, del 8 de mayo, de Galicia sobre drogas.
- Ley 5/1999, del 21 de mayo, de ordenación farmacéutica, modificada por la Ley 4/2005, del 17 de marzo, y por la Ley 7/2006, del 1 de diciembre.
- Ley 3/2001, del 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, modificada por la Ley 3/2005, del 17 de marzo.
- Ley 7/2003, del 9 de diciembre, de ordenación sanitaria de Galicia (LOSGA).
- Ley 8/2008 del 10 de junio, de salud de Galicia.

cuarta del Estatuto de Autonomía para Galicia, adoptado con fecha 27 de diciembre de 1990, por el que se traspasan las funciones del Instituto Nacional de la Salud a Galicia, así como los correspondientes servicios e instituciones y medios personales, materiales y presupuestarios precisos para el ejercicio de aquéllos”.

²⁴ El Servicio Gallego de Salud fue creado por la Ley 1/1989, del 2 de enero, actualmente derogada, excepto en sus artículos 1 y 2, que se mantienen vigentes, por la Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de ordenación sanitaria de Galicia.

La ley 9/2003, del 9 de diciembre, de ordenación sanitaria de Galicia (LOSGA), enumera las funciones que en este ámbito competen a la Xunta de Galicia y establece los principios que inspiran el sistema sanitario de la Comunidad. Las principales funciones del SERGAS, bajo la supervisión de la “Consellería de Sanidad”, son la de prestar asistencia sanitaria a través de los centros de la red gallega de atención sanitaria pública, la distribución de los recursos económicos, la dirección de los centros sanitarios propios o adscritos al servicio de salud, y la coordinación y la gestión de los recursos humanos y materiales, entre otros.

La organización sanitaria de Galicia , recogida en el artículo 68 de la Ley de Salud de Galicia 8/2008, divide el territorio en áreas sanitarias, dentro de las cuales están los distritos hospitalarios y las zonas de atención primaria. Las áreas sanitarias, son las demarcaciones territoriales previstas en el artículo 56 de la Ley 14/1986²⁵, del 25 de abril, y se determinan en virtud del artículo 68.2 de la Ley de Salud de Galicia, *<<por decreto del “Consello da Xunta” a propuesta de la “Consellería de Sanidade”, en función de las necesidades sanitarias de la comunidad autónoma y teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, de dotación de vías y medios de comunicación, además de los criterios y las directrices de ordenación y de desarrollo territorial establecidos por la Xunta de Galicia>>*.

Las áreas de atención primaria y de atención especializada son en la actualidad once: Ferrol, A Coruña, Cervo, Santiago de Compostela, Lugo, Salnés, Pontevedra, Vigo, Ourense, Monforte y O Barco de Valdeorras. Las áreas sanitarias se organizan a su vez en dispositivos sanitarios. Además, los distritos hospitalarios son el marco territorial para la atención especializada al igual que las zonas de atención primaria lo son para dicho servicio. Existen seis gerencias de atención primaria: A Coruña, Santiago,

²⁵ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

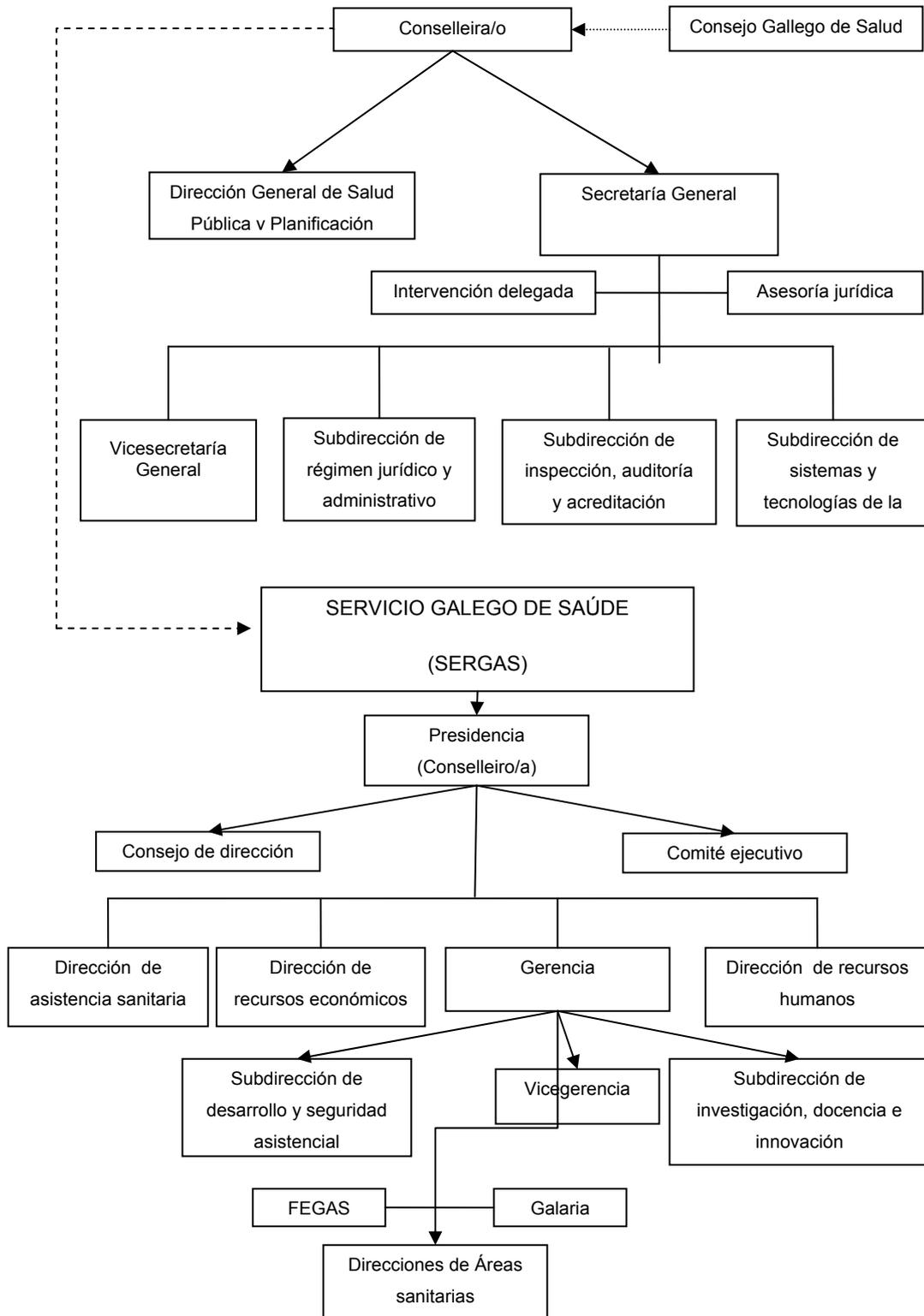
Lugo, Ourense, Pontevedra y Vigo. Por otra parte, la atención especializada comprende además la atención ambulatoria, la atención de salud mental, la atención a dependencias y conductas adictivas, la atención de urgencias, y la atención hospitalaria. La red hospitalaria de Galicia está formada por 32 hospitales, de los cuales 31 son de carácter público y uno concertado. Estos hospitales se agrupan, a su vez, en complejos hospitalarios.

En la actualidad, el total de ciudadanos en Galicia con tarjeta sanitaria es de 2.770.275, de los que el 48.21% son hombres, y el 51.79% son mujeres (Consellería de Sanidade. SERGAS 2008). Según los datos de la “Consellería de Sanidade” el gasto sanitario per cápita en España oscila entre 1.100 y 1.600 euros, siendo la media gallega similar a la nacional (1.312 € por habitante). El gasto farmacéutico per cápita, sin embargo es el tercero más elevado de España (311€) por detrás de Canarias y Asturias, un gasto que es un 19% superior a la media nacional (Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia s.f.).

La gestión sanitaria en la Comunidad corresponde a la “Consellería de Sanidade”, que la ejerce a través del mencionado “Servicio Galego de Saúde” (SERGAS), organismo autónomo creado a tal efecto y dependiente de la primera. La estructura organizativa de ambos organismos se regula en Decreto 310/2009 de 28 de mayo (modificado por el Decreto 78/2010 de 6 de mayo).

Como se deduce del organigrama representado en la figura 4, la gestión directa de la asistencia sanitaria corresponde al SERGAS, a través de sus propios centros o mediante la concertación de convenios con centros privados. A la “Consellería de Sanidade” se le reserva un papel planificador y de ordenación y gestión de la salud pública.

Figura 4. Estructura orgánica del sistema gallego de salud



Fuente: elaboración propia

En lo que respecta a la orientación de las políticas sanitarias del gobierno gallego, se han ido plasmando a lo largo de los años en diferentes planes de salud, de los que en estos momentos está vigente el quinto, conocido como *“Plan Estratégico SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente”*.

El desarrollo del sistema gallego de salud se ha retrasado notablemente respecto del de otras Comunidades Autónomas que accedieron igualmente a la autonomía por la “vía rápida”²⁶. El hecho de que Galicia tardara casi diez años en asumir el grueso de las competencias de sanidad suele atribuirse a las dificultades económicas e insuficiente financiación estatal que suponía la asunción de la gestión autonómica de la sanidad. La ley de sanidad de 1986 y, sobre todo, las futuras reformas del sistema de financiación sanitaria, contribuyen al aumento de dicha financiación, y favorecen la convergencia del sistema gallego con la media española, un sistema condicionado por aspectos particulares como el envejecimiento de la población y la dispersión territorial.

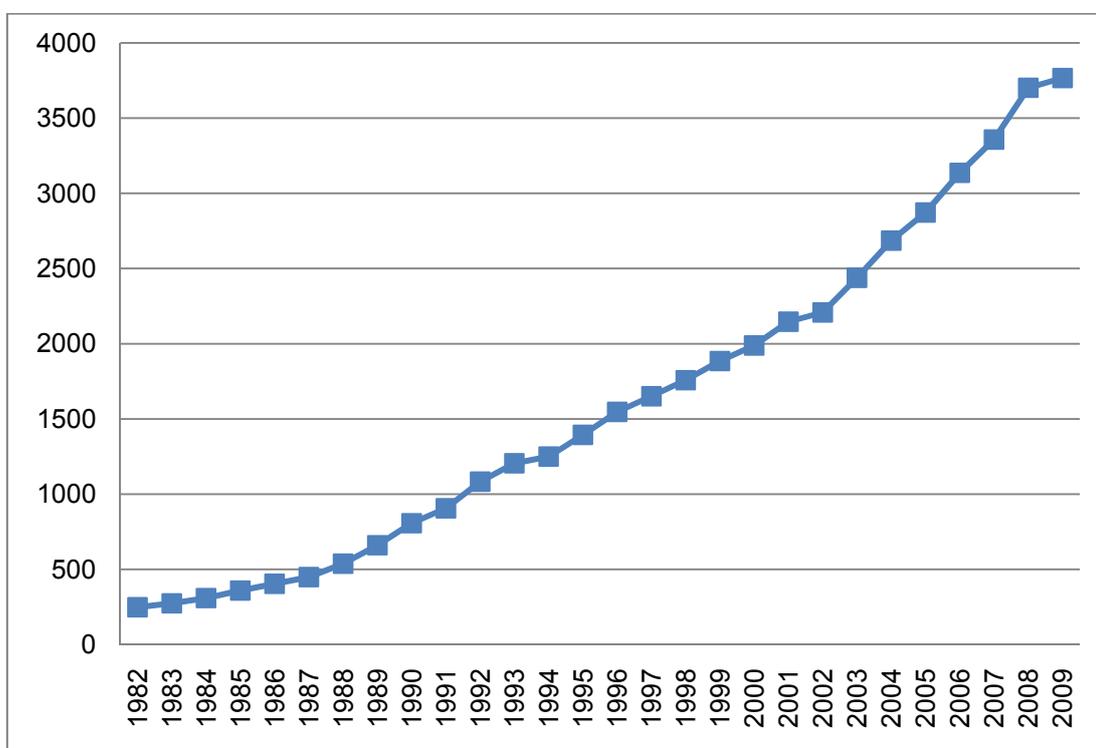
Fruto de ese desarrollo tardío, en los años noventa debemos hablar de continuidad en las políticas sanitarias heredadas del gobierno central, excepto en lo relativo a la introducción de nuevas formas de gestión, fundamentalmente Fundaciones Públicas, tanto para la gerencia hospitalaria, extinguidas por decreto en 2008²⁷, como para la gestión de los servicios de urgencias (O61) o la docencia (“Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria”-FEGAS).

²⁶ A través de la Disposición Transitoria Segunda de la Constitución.

²⁷ Por decreto del 31 de julio de 2008 se extinguen las fundaciones públicas hospital da Barbanza, hospital Virxe da Xunqueira, hospital de Verín y hospital comarcal do Salnés.

Por otra parte, sí se puede hablar de un importante aumento del gasto sanitario, inherente no sólo al caso gallego, sino también al resto del sistema sanitario español y, como hemos visto, a los sistemas de salud del resto de países de la OCDE. El gráfico inferior representa la evolución del gasto real en materia de sanidad en la Comunidad Autónoma de Galicia desde el año 1982, antes del traspaso competencial.

Gráfico 8. Evolución del Gasto Sanitario en Galicia.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la “Consellería de Sanidade”²⁸.

Como se puede observar, el gasto sanitario a principios de los años 80 del

²⁸ Nótese que los datos para el año 2009 no se refieren al gasto ejecutado, por no disponer de ellos, sino al gasto previsto en los presupuestos autonómicos para ese año.

siglo pasado aumenta muy poco de año en año, máxime si tenemos en cuenta la tasa de inflación de la época, que creció una media del 10,33% entre los años 1982 y 1986. Entre los años 1982 y 1991, el gasto sanitario del gobierno central en Galicia, pasó de representar el 5,6% del total del gasto del INSALUD en España, al 6,18%, lo que supone un ligero crecimiento, aunque siempre por debajo del porcentaje que le correspondería en función de la población protegida en esta Comunidad Autónoma.

Con la asunción de competencias por parte del gobierno autonómico, el gasto se dispara, de modo que, desde el año 1982 hasta el traspaso total de competencias, el aumento de la inversión del INSALUD en la sanidad gallega en números absolutos había sido de 658,23 millones de euros, mientras que entre los años 1992 y 2009, el incremento fue de 2.861,32 millones de euros, de los cuales 1.302,55 fueron incorporados al presupuesto sanitario de Galicia entre 1992 y 2002, mientras que más del 50%, 1.493,90, entre los años 2003 y 2008.

En definitiva, el traspaso de competencias ha supuesto, sin lugar a dudas, un aumento del gasto sanitario, así como una mejora y ampliación de las prestaciones públicas, que se ha producido también, en mayor o menor medida, en todas las Comunidades Autónomas. A pesar de esto, en términos de eficacia y eficiencia del sistema, como hemos visto, algunos autores como Elola Somoza, apuntan que *“no existe evidencia de que el proceso de descentralización de la gestión, se haya acompañado de una mejora de la gestión ni una mayor eficiencia”*, añadiendo que *“este proceso se ha acompañado de una mejor distribución de los recursos financieros, pero persisten importantes desigualdades en la financiación y en las dotaciones entre los distintos territorios”* (Elola Somoza 2001, 117). Esta afirmación es apoyada por otros autores que niegan la existencia de una mayor eficiencia en el cumplimiento de los objetivos del sistema nacional de salud, a saber, la reducción de la mortalidad y morbilidad (López–

Casasnovas, Costa-Font y Planas 2005), así como una mejora de la salud de la población en general.

Al hilo de estas afirmaciones, y retomando los datos que nos ofrece el Barómetro Sanitario²⁹, la percepción de los ciudadanos varía significativamente de una Comunidad Autónoma a otra. Concretamente, según los datos de 2009³⁰ representados en el gráfico 9, Galicia es, después de Canarias, la segunda Comunidad con el sistema sanitario peor valorado por sus ciudadanos. Ambas Comunidades Autónomas presentan valoraciones inferiores a la media ($M= 6,35$), Galicia con un $M= 5,91$, y Canarias con un $M= 5,40$. Los sistemas sanitarios mejor valorados por sus ciudadanos son, según este estudio, los de Asturias ($M= 7,21$), y Navarra ($M= 7,19$).

El tiempo de espera por las consultas parece ser uno de los aspectos que más contribuye a dicha insatisfacción, tanto en Galicia como en el resto de España. En este sentido, el 14,3% de los gallegos, al igual que el 14% de los canarios, afirman tener que esperar más de 6 meses para acudir al especialista, frente al 6,9% de la media española³¹. Según los datos de la “Consellería de Sanidade”, el tiempo medio de espera por las consultas de especialistas a 31 de diciembre de 2010, era de 66,4 días, mientras que la

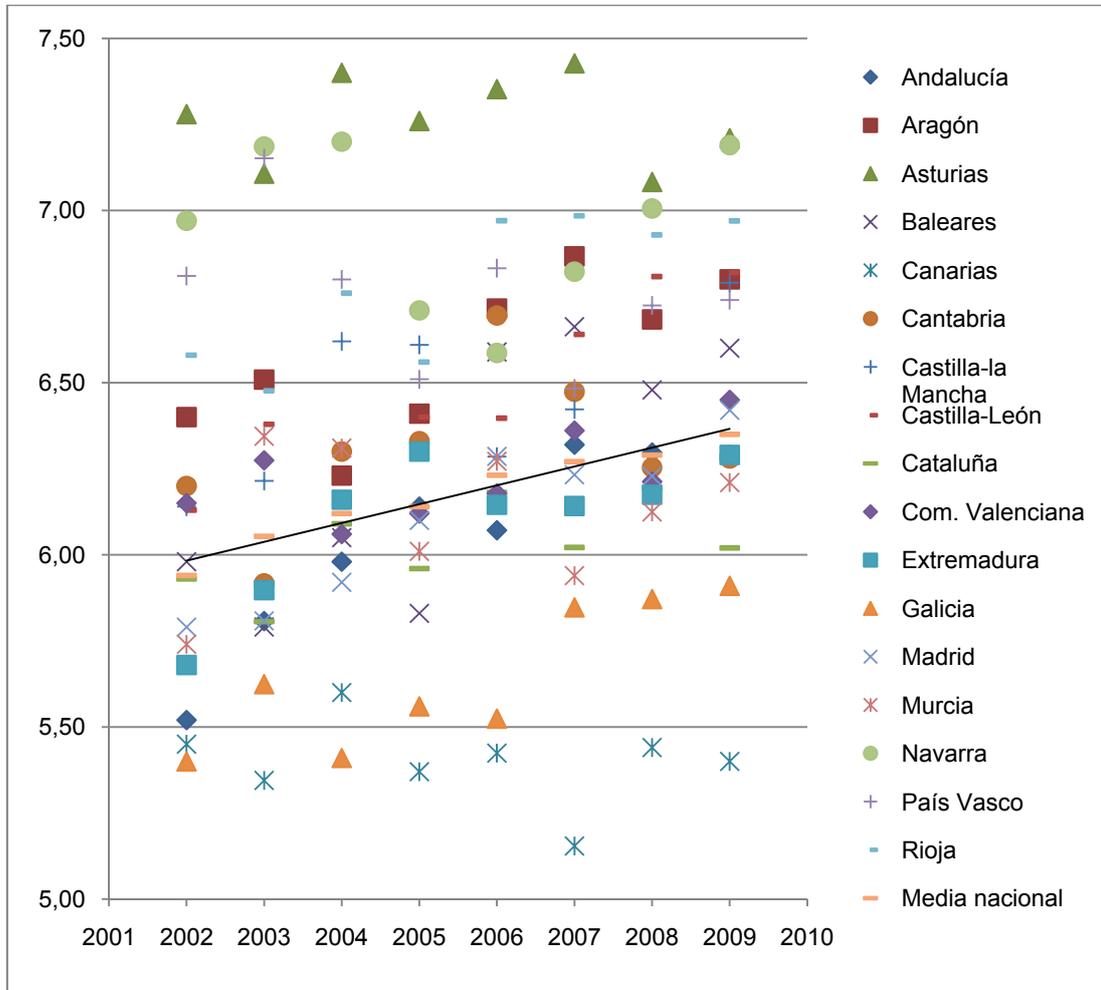
²⁹ Es importante señalar que estos datos se utilizan únicamente a modo comparativo entre Comunidades Autónomas, y que no son extrapolables para la comparación con los de nuestro estudio, a cuyos resultados se hará referencia con posterioridad, debido a las diferencias metodológicas existentes entre ambos. El Barómetro Sanitario español cuenta con 7.800 entrevistas repartidas por todo el país, distribuidas en tres submuestras de 2.600 entrevistas cada una. La afijación es no proporcional, tras asignar 250 entrevistas a cada una de las 19 Comunidades Autónomas, el resto, hasta 7.800, se distribuye proporcionalmente al tamaño de la población de cada Comunidad, correspondiéndole a Galicia un total de 444 entrevistas, con un error muestral aproximado, para un nivel de confianza del 95,5 por ciento, de $\pm 5\%$.

³⁰ Último estudio disponible, publicado el 25 de mayo de 2010.

³¹ Datos del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de 2009.

espera para intervenciones quirúrgicas era de 75,8 días.

Gráfico 9. Grado de satisfacción de los ciudadanos con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España.

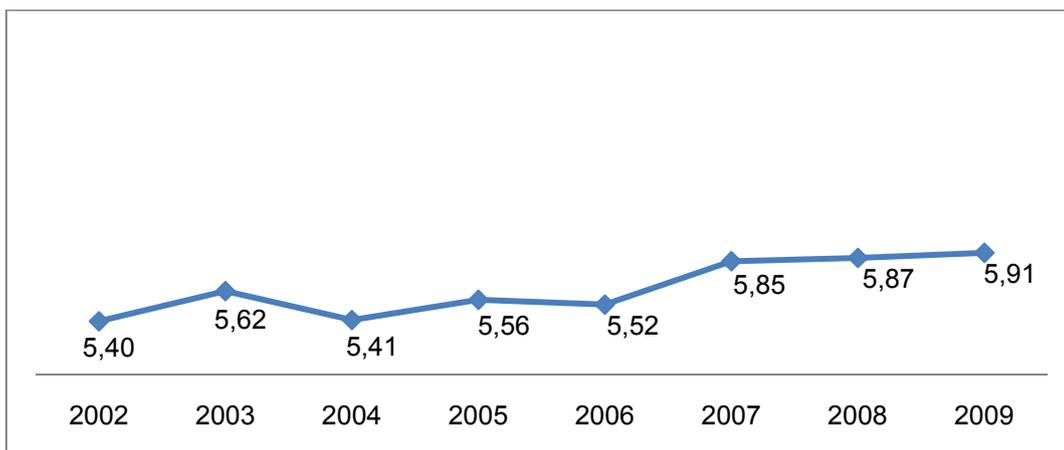


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009).

A pesar de esto, siguiendo con el análisis de los datos ofrecidos por el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, los niveles de satisfacción de los gallegos han aumentado ligeramente, desde el año 2002, año en que, como se ha expuesto, se incluye esta pregunta en el

cuestionario. Concretamente, el aumento ha sido continuado desde el año 2007 (véase gráfico10).

Gráfico 10: Evolución de la satisfacción de los gallegos con el modo en que funciona el sistema sanitario público en España.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Desde el Plan de Salud 2006-2010, el gobierno autonómico parece haber tomado conciencia de la importancia de la implicación de los ciudadanos en el diseño y planificación de las políticas sanitarias, y sobre todo, de la necesidad de orientar el sistema a la satisfacción de sus clientes, que son además los que los sustentan económicamente. En esta dirección, la Ley 8/2008 de salud de Galicia prevé, entre otros mecanismos, la participación de los ciudadanos en las instituciones sanitarias.

Por su parte, al menos en el terreno de los propósitos que se confían al papel, el actual gobierno de la Xunta parece haber tenido en cuenta la importancia de orientar la sanidad a los ciudadanos y pacientes, lo que deja patente en el plan estratégico (hasta ahora sólo papel) “Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente”, en el que se reconoce que

“no hay suficientes canales de comunicación, participación e interacción con los ciudadanos, y que no está suficientemente potenciada la libre elección de médico y hospital”. A pesar de esto, la importante reducción en el gasto sanitario de los últimos dos años, 2009 y 2010, supone sin duda un importante hándicap, toda vez que las listas de espera reflejan una incapacidad del servicio sanitario gallego de hacer frente con agilidad a las necesidades de la población, por lo que deberían ser introducidos importantes cambios organizativos, encaminados a la consecución de la eficiencia del sistema.

El primer objetivo de este plan, aunque no necesariamente en orden de importancia es *“Promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano a través de dispositivos asistenciales y planes específicos”*³². Las líneas estratégicas correspondientes a dicho objetivo son:

1. *Estructura organizativa de gestión integrada*
2. *Modelo de gestión de enfermedades crónicas*
3. *Atención a colectivos específicos con necesidades diferenciadas: ancianos, niños, mujer y salud mental.*
4. *Integración de la atención sociosanitaria*
5. *Impulso a los programas de prevención y promoción de la salud*
6. *Participación de los ciudadanos y de los pacientes*
7. *Garantía de accesibilidad: centro de servicios sanitarios multicanal*
8. *Libre elección de médico y hospital*

Por el momento no es posible hacer una valoración del grado de consecución de los objetivos recogidos en este plan, la política actual nos

³² Véase “Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente”, en http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?hifr=1250&uri=http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estratexia_Sergas_2014.pdf&IdPaxina=10159

tiene acostumbrados a que no siempre la planificación se acompaña de una correcta implementación. De todos modos, aunque el planteamiento sea acertado en sus líneas generales, adolece de una falta de conocimiento sobre cuales son realmente las necesidades de los ciudadanos, y sobre qué mecanismos intervienen en la formación de las valoraciones que éstos hacen de la atención recibida y del sistema en general. Éste es, como se ha dicho, el objetivo de esta investigación.

CAPÍTULO II – SATISFACCIÓN Y CALIDAD PERCIBIDA

1. La calidad como calidad percibida.

Los sistemas sanitarios occidentales, como se ha dicho, han comenzado a otorgar al paciente un protagonismo en la definición del sistema que hasta hace bien poco no tenía. Las últimas décadas del Siglo XX han servido para que las percepciones de los pacientes fueran incorporadas, aunque de forma complementaria, a los indicadores tradicionales de calidad sanitaria, mucho más orientados a mensurar factores orientados a reducir la mortalidad y la morbilidad y, en definitiva, a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Las lecturas procedentes de los modelos de la “calidad global”, primero, y la sistemática incorporación de indicadores ligados a los intangibles, después, sirvieron para ahondar en la reorientación de los elementos que nucleaban la relación entre los ciudadanos y la sanidad. Así, comienza a percibirse un nuevo nivel de centralidad en la relación médico-paciente, dónde éste pasa a ocupar el lugar en torno al que gira o debería girar el sistema público nacional de salud. Y hacia el mismo objeto comienzan a orientarse los estudios sociológicos sobre las relaciones interpersonales, derivando así en el análisis sobre las relaciones entre pacientes y médicos que demuestran la importancia de entender el punto de vista del paciente (Cartwright 1967, Locker y Dunt 1978). El paciente, el objeto de la salud, se transforma poco a poco en uno de sus sujetos protagónicos, y esta reorientación, que comienza en la relación médico-paciente, constituye también una reorientación del propio sistema y de las visiones que sobre él se construyen.

En este punto, emerge uno de los problemas existentes en la relación médico-paciente de los que más se ha escrito, como es la asimetría en el control de la información. Esta innegable diferencia ha constituido la piedra

angular sobre la que se asienta la duda acerca de la capacidad de los pacientes para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria, entendiendo la calidad como un concepto objetivo y medible de forma empírica. Evidentemente, la diferencia en el nivel de información existe, y no sólo por las diferencias de acceso a la información, sino también por las diferentes capacidades para interpretar los posibles flujos de información. Aunque el médico y el paciente dispusiesen del mismo nivel de información, la diferencia en la interpretación y la evaluación de la información, en última instancia, en la capacidad de control de la información, nos permite hablar de una relación de poder (Balint 1964) en la interacción entre el médico y el paciente.

A esta lógica de poder que vehicula la relación médico-paciente se le agrega otra que la transversaliza, a saber, la relación administración-administrado que tampoco está exenta de ser analizada como una relación de poder. Sin embargo, ambas lógicas tienen para nuestros intereses un carácter bien diverso: mientras la primera ha servido para asentar las escasas bases en las que se sustentaba el juicio del paciente sobre la actuación del médico, la segunda se incorpora a una tradición en la que el ciudadano, pleno de derechos, dispone también de capacidades plenas para evaluar los servicios que le está ofreciendo la administración pública para garantizarle esos derechos.

Algunas de estas reflexiones nos conducen directamente al debate, irresoluble hasta la fecha, entre los constructos teóricos de “calidad percibida” y “satisfacción”, y las diferencias y matices conceptuales que ambos encierran. El propio Grönroos (2001), principal exponente de la tradición nórdica en el estudio de la calidad del servicio, reconoce que la diferenciación entre las evaluaciones de calidad percibida y otro tipo de juicios evaluativos de las experiencias de servicio no parece estar muy clara, a pesar de la abundante literatura existente al respecto. Y aunque han surgido numerosas alternativas que han querido escapar a la confrontación

entre “calidad percibida” y “satisfacción”, como Oliver, Zeithmal o McDougall y Levesque, incluso creando conceptos alternativos como el de “valor de servicio”, lo cierto es que la mayoría de las veces se han encontrado con los mismos problemas metodológicos y de conceptualización (R. Oliver 1999, Zeithmal y Bitner 2002, McDougall y Levesque 2000).

En ningún caso es nuestro objetivo procurar una solución a temas que, por lo demás, creemos a estas alturas irresolubles, simplemente nuestro intento radica en acotar el ámbito en el que se mueve nuestro análisis, y que variaría sustancialmente según el enfoque, aunque nos estemos refiriendo al mismo objeto y al mismo tipo de relaciones con el objeto.

Por ello, no nos queda otro remedio que comenzar por el principio, por intentar “definir” (sin otra pretensión que nuestro interés en el presente trabajo) los “conceptos” de calidad del servicio y la calidad percibida. Los conceptos más tradicionales de calidad centrados en el producto, o calidad objetiva, que abogaban por el cumplimiento de unas especificaciones técnicas preestablecidas (Deming 1986), no son totalmente aplicables a la calidad de los servicios. Herederos de una lectura excesivamente industrial y reproductiva de las especificaciones de la calidad, los criterios de producto se muestran excesivamente estáticos para interpretar los servicios, cuyas características específicas, precisan de un concepto de calidad orientado al cliente, en el que el factor determinante son las percepciones que los clientes tienen sobre los servicios, más allá del cumplimiento de cualquier tipo de especificaciones técnicas. Y este salto del producto-cosa, absolutamente “objeto” y objetivable, a la percepción del cliente, con una enorme carga de subjetividad, altera definitivamente la propia noción de calidad, los criterios que la definen y los indicadores a través de los cuales puede ser medida.

Si el “servicio” es una *“actividad o serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que usualmente tiene lugar en la interacción entre una*

persona y una organización a través de medios físicos y sistemas de prestación” (C. Grönroos 1994, 27), su “naturaleza intangible” constituye, sin duda, el primer y principal factor que lo diferencia del “producto”, y en este sentido el punto en el que se asientan la primera dificultad de objetividad a la hora de hablar de la noción de calidad. La segunda dificultad, aparece en la idea de interacción, que refiere necesariamente a una relación de carácter interpersonal, y por lo tanto cargada de más elementos de subjetividad y de mayores cotas de dinamismo y variabilidad.

Efectivamente, sin ánimo de procurar una recopilación ni un recorrido exhaustivo, la literatura existente es rica a la hora de perfilar las principales diferencias entre el sector servicios y el sector de producción de bienes. Y ciertamente, no son pocos los que como nosotros destacan en primer lugar el carácter intangible de los servicios, que no es posible “materializar en objetos físicos”, lo que dificulta la evaluación y la valoración objetiva del mismo por parte del ciudadano, y al mismo tiempo motiva que dicha apreciación tenga un carácter subjetivo (V. Zeithmal 1992).

Pero la diferencia no se agota en la intangibilidad, ni tan siquiera en la carga de subjetividad que dicha intangibilidad proporciona a la evaluación, o simplemente a la percepción, del servicio. El otro rasgo diferencial de los servicios, en el que hace más hincapié la literatura, es su heterogeneidad, cada prestación es diferente ya que se adapta a la demanda que presenta el ciudadano, haciendo necesario un sistema de prestación flexible para los servicios, lo que no ocurre en la producción de bienes (Berry y Parasuraman 1993). Esta necesidad de adaptación a la demanda presenta dos implicaciones de hondo alcance. La primera, raramente analizada refiere, como antes habíamos mencionado, la especificidad, heterogeneidad, de la propia relación interpersonal que construye el servicio. Está íntimamente relacionada con la calidad de la prestación y afecta notablemente a los criterios perceptivos desde los que predicamos la satisfacción con el servicio. La segunda implicación de la heterogeneidad de los servicios hace

referencia a que los momentos de producción y consumo son inseparables, los servicios por norma general, se crean y se consumen en el mismo acto (Berry y Parasuraman 1993), lo que tiene varios efectos en su producción.

Este momento de creación-consumo del servicio tiene, al mismo tiempo, numerosas implicaciones, ya que al contrario de lo que ocurre con los bienes, en el caso de los servicios (1) no es posible su almacenaje, y por lo tanto nunca disponemos de un “stock” de servicios que puedan ser puestos en circulación, lo cual significa que (2) nunca podemos tener una respuesta inmediata a las alteraciones repentinas de la demanda. Además, al margen del aumento o disminución, puramente cuantitativo, de la demanda, es necesario garantizar el aspecto cualitativo que la propia demanda requiere, (3) un nivel de calidad en la prestación, que en la medida que está soportado por la capacitación personal hace todavía más difícil adaptar la producción a la demanda con rapidez. Efectivamente, el hecho de que la calidad se construya en interacción requiere, en los servicios, de una estrecha coordinación e integración entre los factores humanos y los factores técnicos de la organización lo que, necesariamente, aumenta los costes. Este hecho, el que la calidad se construya en una interacción interpersonal, hace que (4) la calidad sólo pueda ser evaluada a posteriori, es decir, no es posible la realización de un test o control de calidad previo a la propia percepción del servicio por el usuario. Por otra parte, la prestación de servicios, aún en el caso de estar bien diseñada, puede fallar en el momento de su aplicación, porque (5) la calidad de la prestación no depende sólo del prestador del servicio sino que intervienen en él factores externos a la producción del mismo. Por último, la simultaneidad en la producción y el consumo de servicios, (6) implica la participación directa del cliente, o ciudadano, en la producción del servicio, una participación que adquiere un carácter relevante en el caso de los servicios públicos, ya que el conocimiento de las habilidades de acción y cognoscitivas del ciudadano, entre otras, supone una herramienta de máxima utilidad en el proceso de servucción, cuyo

objetivo debe ser la producción de servicios públicos de calidad y adaptados a las necesidades de la ciudadanía.

Estas características diferenciales, y la imposibilidad, ya señalada, de una medida objetiva y empírica de la calidad de los servicios, son el principal motivo por el que generalmente, en la literatura del marketing de servicios, frente al marketing de productos, ambos términos, calidad de servicio y calidad percibida, se empleen indistintamente para referirse a la adecuación del servicio a las especificaciones del cliente. Se configura la “calidad percibida” frente a la calidad técnica o mecánica (Carman 1990, 51), de modo que a partir de esta evolución se concibe como un juicio global relativo al grado de excelencia del servicio (Parasuraman y Zeithalm 1988, 15). Una concepción laxa y con un indiscutible grado de vaguedad conceptual que, sin embargo, ha servido para el debate y reconceptualización en los últimos años hasta el punto de constituir el eje central en torno al que ha girado la literatura sobre marketing de servicios de los últimos treinta años que bien puede ser agrupada en torno a dos escuelas de investigación en esta materia, una escuela europea, de origen nórdico, cuyo máximo exponente es Grönroos (Grönroos, 1978, 1982, 1984, 1988, 2001), y una escuela americana, en la que destacan, entre otros, Parasuraman, Zeithaml y Berry (Parasuraman, y otros 1985, 1988, 1991, 1994a, 1994b).

Una de las primeras orientaciones del concepto de calidad percibida fue la propuesta por Grönroos (1984), que la definía como una comparación entre las expectativas de los clientes sobre cómo debería ser el servicio, y sus percepciones sobre cómo es el servicio realmente. De este modo, la medida de la calidad sería la diferencia entre las expectativas y la percepción del servicio. Grönroos apunta además que, a los efectos de la calidad de servicio, no sólo el resultado de la prestación (outcome) es relevante, sino que el proceso de prestación también lo es. La idea de proceso y resultado constituye en sí misma una teorización sobre el servicio, que se hace incluso más compleja cuando abordamos la discusión sobre si la diferencia entre

proceso y resultado debe ser analíticamente absoluta o si, por el contrario, el proceso debe ser visto como parte del resultado, tanto en el aspecto temporal (secuencia) como en el aspecto analítico.

El otro foco del debate, el liderado por Parasuraman, también aborda una conceptualización semejante, pero ellos ahondan más incisivamente en la construcción de la “teoría de la discrepancia” al considerar que la medida de la “calidad percibida” es el resultado de cuatro tipos de discrepancias: (1) la diferencia entre las expectativas de los usuarios y sus percepciones, (2) las diferencias entre la percepción de los gestores de las expectativas de sus clientes y las especificaciones de calidad del servicio, (3) las diferencias entre las especificaciones de calidad y el servicio realmente ofrecido, y (4) la diferencia entre el servicio ofrecido y la comunicación que se hace de éste, que pueda influir en las expectativas de los clientes (Parasuraman, y otros 1985, 1994a).

Estas cuatro discrepancias, aunque de tipo diverso, apoyan la idea de que “la discrepancia” como noción está en la base de la percepción que el usuario tiene de la calidad, y que por lo tanto, ésta adquiere un rango de relatividad aunque sólo sea por referencia a la base subjetiva de formación de las expectativas.

No son pocos los que apuntando a este rango de relatividad originaria de las expectativas consideran que la calidad percibida debe ser analizada únicamente respecto de las percepciones de los clientes, ya que la medida de las expectativas es poco fiable (Cronin y Taylor 1992, 1994), y se confunde con las definiciones clásicas de satisfacción. Estas perspectivas cognitivo-utilitaristas, han sido las que han predominado en la literatura del marketing de servicios (Martínez Tur, Peiró Silla y Ramos 2001), aunque no se puede obviar la existencia de otros enfoques que introducen el componente emocional en la valoración de la “calidad percibida” por los clientes (Mano y Oliver 1993).

Como se observa, ambas escuelas, la europea y la americana, basan sus investigaciones en una misma idea de calidad de servicio (calidad percibida) lo que se conoce como el “paradigma de la desconfirmación de expectativas”, o de la “discrepancia”³³. Ambas perspectivas proponen también la utilización de dos tipos de dimensiones para la medición de la calidad de servicio, por una parte los aspectos tangibles, o los referidos a la calidad técnica, y por otra los intangibles, o calidad funcional (C. Grönroos 1997, 330). La dimensión intangible está compuesta, a su vez, para Parasuraman et al., por cuatro dimensiones, a saber, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la garantía, y la empatía, dando lugar a la tan utilizada y discutida escala SERVQUAL (Parasuraman, Zeithalm y Berry 1988), y el modelo de los “gaps” (Gap Analysis Model) (Parasuraman, Zeithalm y Berry, 1991, 1994^a, 1994b).

2. Las nociones de satisfacción.

El concepto de satisfacción está muy relacionado con el concepto de *calidad percibida*. La utilización de ambos en la literatura especializada ha sido poco rigurosa, de modo que en algunos casos se utilizan como sinónimos, o incluso se utiliza la medida de la satisfacción como un componente, referido a una transacción concreta, de la calidad percibida, más general, y por tanto como un antecedente de la misma (Bitner 1990, 70) o como una consecuencia, es decir, la satisfacción viene condicionada, entre otros, por el nivel de calidad percibida por los usuarios (Cronin y Taylor 1992, Anderson, Fornell y Lehmann 1994). No existe acuerdo a este respecto, aunque la perspectiva predominante es la que refiere a la satisfacción como una

³³ En inglés el original “disconfirmation of expectations”, no existe una traducción exacta al castellano, se han propuesto “desconfirmación de expectativas” (Varela 1991, Martínez Tur y Tordera, 1995) y “discrepancia” (Martínez Tur y Tordera, 2001), entre otras.

consecuencia de la calidad percibida, mientras que también hay autores que defienden una combinación de ambas posturas. Por una parte el grado de satisfacción con el servicio vendría determinado por la calidad percibida sobre el mismo, mientras que la evaluación de la calidad percibida a largo plazo, estaría condicionada, a su vez, por la satisfacción experimentada en las sucesivas transacciones ocurridas a lo largo del tiempo (Parasuraman, Zeithalm y Berry 1994b; Oliver 1994; Martínez Tur, Peiró Silla y Ramos 2001). En conclusión, la relación entre satisfacción y calidad percibida se vuelve compleja, convirtiéndose en un bucle en el que parece no existir salida³⁴.

La satisfacción es por tanto un concepto de difícil concreción, y que ha sido objeto de numerosas investigaciones y debates tanto en el ámbito del marketing de servicios, como de la psicología o la filosofía. Además se ha convertido también en objeto de estudio por parte de la ciencia política, desde el momento en que se utiliza como herramienta de análisis de adecuación de los servicios públicos a las necesidades y a las expectativas de la ciudadanía, y por tanto de la calidad de vida y el bienestar de la población.

El de satisfacción es un concepto cuya definición ha evolucionado a lo largo de los años, existiendo cierto grado de acuerdo en que es un constructo ligado originariamente al acto de compra o prestación del servicio (Martínez Tur, Peiró Silla y Ramos 2001). No existe acuerdo, sin embargo, en el inicio del comienzo del interés por el estudio de la satisfacción, algunos autores lo sitúan a finales de la década de los sesenta (Giese y Cote 2000, Gil Saura, y

³⁴ Como aportación a este debate, desde el equipo de investigaciones políticas de la Facultad de Ciencias Políticas de la USC, estamos estudiando la utilización del concepto de calidad del servicio, como resultado del nivel de cobertura del mismo y la adaptación de dicha cobertura a las necesidades de los ciudadanos, medidas en términos de satisfacción/valor que los ciudadanos otorgan al servicio. Esta perspectiva tiene el valor añadido de poder conjugar ambos conceptos de calidad objetiva y satisfacción ciudadana con el servicio.

otros 2004), con las investigaciones de Cardozo (Cardozo 1964) y Howard y Sheth (Howard y Sheth 1969) sobre la influencia de las expectativas en la satisfacción; mientras que otros lo sitúan en la década de los setenta (Evrard 1993), con los trabajos de Day (Day 1977) y Hunt (Hunt 1977).

El gran debate en torno a la conceptualización de la satisfacción surge por la oposición de los dos enfoques principales: la satisfacción como resultado (“outcome”), y la satisfacción como proceso (“performance”). El análisis de la satisfacción se inicia, como se ha señalado, en el ámbito de la economía, y se centra en el análisis de la satisfacción como el resultado (outcome) de la transacción, ya sea la compra de bienes o la prestación de servicios. A esta perspectiva responden los primeros trabajos de autores como Day (Day 1977), Hunt (Hunt 1977) o Oliver (R. L. Oliver 1980). Posteriormente la influencia de la psicología introduce un componente afectivo en la definición de la satisfacción (R. Oliver 1981, Westbrook, Intrapersonal affective influences on consumer satisfaction with products 1980) y este componente volitivo generará una relación indisoluble entre satisfacción y pulsionalidad; y por tanto aspectos generales y específicos ligados a la voluntad humana.

El enfoque de la “performance”, se centra en las dimensiones del proceso de evaluación (Martínez Tur, Peiró Silla y Ramos 2001), y tiene su origen principalmente en la llamada “teoría del nivel de comparación” (Thibaut y Kelley 1959). Este enfoque, al igual que ocurría con el concepto de calidad percibida, se basa en el “paradigma de la desconfirmación de expectativas” al que se ha hecho referencia anteriormente, lo que muestra el paralelismo que han seguido algunas de las conceptualizaciones de ambos constructos.

El enfoque basado en el análisis del proceso, define la satisfacción en términos generales, como una *“valoración o forma de medida de determinadas variables, principalmente la percepción de los resultados (performance) y ciertos estándares de comparación”* (Gil Saura, y otros 2004, 24). El consumidor establece tras la transacción una comparación

entre la percepción sobre los resultados obtenidos y el estándar de comparación, generalmente las expectativas creadas con anterioridad. La medida del resultado de esta comparación, es la que daría lugar, según este enfoque, al juicio de satisfacción. Algunos de los estándares de comparación propuestos han sido las expectativas (R. Oliver 1981), sin duda el elemento comparativo más utilizado en la literatura, las normas basadas en la experiencia (Cadotte, Woodruff y Jenkins 1987) o los deseos (Spreng y Mackoy 1996), entre otros. Esta perspectiva basada en el proceso, ha sido criticada por ser excesivamente simple, y otorgar escaso valor a otros determinantes de la satisfacción como la afectividad o la equidad.

Por otra parte, el enfoque centrado en el análisis del resultado, entiende la satisfacción como el juicio emitido en torno a la valoración del resultado de la transacción, ya sea un juicio de tipo cognitivo o afectivo, en incluso, más recientemente, algunos autores han propuesto un concepto de satisfacción en el que interviene una combinación de estos dos elementos (perspectiva integradora). Para la evaluación del resultado atendiendo únicamente a los procesos cognitivos, el procesamiento de información, como los condicionantes de la satisfacción, se propone también la desconfirmación de expectativas (Oliver 1980), o se explica mediante procesos de atribución de los sujetos “teoría de la atribución causal” (Folkes, Koletsky y Graham 1987), o mediante la “teoría de la equidad”, que se basa en la evaluación costes-beneficios que supuestamente realizan los usuarios (Oliver y Swan 1989).

Frente a la idea de que las dimensiones cognitiva y afectiva podían funcionar de forma independientemente, Westbrook (1980, Westbrook y Reilly 1983), Oliver (1993) o Spreng (Spreng y Mackoy 1996), entre otros, consideran insuficiente el único análisis de la dimensión cognitiva para explicar la satisfacción, por lo que proponen tener en cuenta la componente afectiva, explicando la satisfacción como un sentimiento o respuesta emocional, una evaluación de las emociones experimentadas en la transacción o proceso de compra de productos o servicios (Westbrook y Reilly 1983, 256). Esta

perspectiva integradora, que ha adquirido mayor popularidad en la actualidad, sostiene que la satisfacción es una respuesta afectiva que tiene su origen en un juicio cognitivo (Giese y Cote 2000, Yu y Dean 2001). Ibern la define como *“un concepto que pretende captar información sobre la prestación de un servicio más allá de la información sobre la realidad objetiva que tiene el proveedor”* (Ibern 1992, 177), y se plantea si, ante la muestra de insatisfacción, es necesario modificar la prestación del servicio, o cambiar las expectativas de los usuarios para aumentar el nivel de satisfacción. El siguiente cuadro refleja algunas de las definiciones más relevantes de la satisfacción a lo largo de los años:

Cuadro 1. Definiciones de satisfacción

La satisfacción consiste en la respuesta del consumidor a la evaluación de la discrepancia entre las expectativas previas y el rendimiento percibido del producto después del consumo.	Howard y Sheth (1969)
La satisfacción es el resultado de la interacción entre el nivel de expectativas sobre la performance del producto y la evaluación de la performance recibida.	Miler (1977)
La satisfacción es el grado de ajuste de las necesidades y deseos de los clientes a la performance de los productos y servicios ofrecidos por las empresas.	Andreasen (1977)
La evaluación realizada de que la experiencia de comparación vivida por el consumidor es al menos tan buena como se suponía que iba a ser.	Hunt (1977)
La satisfacción es un juicio o evaluación global, de los distintos resultados y experiencias asociadas al uso o consumo del producto determinado por respuestas afectivas y cognitivas.	Westbrook (1980,1987)
La satisfacción es una evaluación de la sorpresa inherente a la adquisición de un producto y/o experiencia de consumo. En esencia, el resumen del estado psicológico resultante cuando una emoción que circunda las expectativas desconfirmadas se empareja con los sentimientos primeros del consumidor sobre la experiencia del consumo.	Oliver (1981)
Una evaluación consciente o un juicio cognitivo sobre si el producto ha tenido buenos o malos resultados, o sobre si dicho producto se ha ajustado a su propósito. Otra dimensión de la satisfacción es el afecto o los sentimientos que se generan hacia el producto.	Swan et al. (1982)
La satisfacción es una respuesta a la compra de productos o uso de servicios que resulta de la comparación entre costes-beneficios de la compra en relación a las consecuencias anticipadas. Operacionalmente, similar a la actitud en tanto que puede ser asemejada a una suma de las satisfacciones con varios atributos.	Churchill y Suprenant (1982)

Elaboración propia a partir de Martínez Tur, Peiró Silla y Ramos 2001; Gil Saura, y otros 2004.

Cuadro 1. (Continuación) Definiciones de satisfacción

La satisfacción es una respuesta emocional a la confirmación o no de expectativas previas.	Woodruff, Cadotte y Jekins (1987)
La satisfacción es una respuesta emocional, manifestada en sentimientos, y conceptualmente distinta a las respuestas cognitivas, afecto hacia la marca, y respuestas comportamentales.	Day (1983)
La satisfacción es una respuesta emocional provocada por un proceso evaluativo cognitivo en el que las percepciones de (o creencia sobre) un objeto, acción o condición son comparadas con los valores de uno (o necesidades, deseos).	Westbrook y Reilly (1983)
Un juicio evaluativo global acerca del consumo/uso de un producto.	Westbrook (1987)
La satisfacción se debe a dos procesos de comparación: expectativas previas con rendimiento del producto y costes-beneficios del consumidor con costes-beneficios del proveedor del producto.	Oliver y Swan (1989)
La satisfacción es una función de la confirmación o no de expectativas previas.	Bitner (1990)
La satisfacción es una evaluación o juicio relacionado con una compra específica.	Westbrook y Oliver (1991)
La satisfacción es un constructo esencialmente emocional y no cognitivo.	Hunt (1991)
La satisfacción es una evaluación global post-compra.	Fornell (1992)
La satisfacción es una respuesta post-consumo elicitada por factores cognitivos y afectivos.	Oliver (1993); Mano y Oliver (1993)
La satisfacción es una evaluación global basada en la experiencia de consumo y compra total en el tiempo.	Anderson et al. (1994)
La satisfacción es una respuesta emocional o un sentimiento global que tiene el consumidor al comparar su percepción de la performance de un producto o servicio con sus deseos y expectativas.	Spreng et al. (1996)
La satisfacción es probablemente un proceso complejo que incluye dinámicas cognitivas, afectivas y otras psicológicas y fisiológicas aún no descubiertas.	Oh y Parks (1997)
La medida global de un conjunto de satisfacciones con experiencias específicas previas.	Yu y Dean (2001)
La evaluación que realiza el cliente respecto de un producto o servicio, en términos de si ese producto o servicio respondió a sus necesidades y expectativas.	Zeithmal y Bitner (2002)

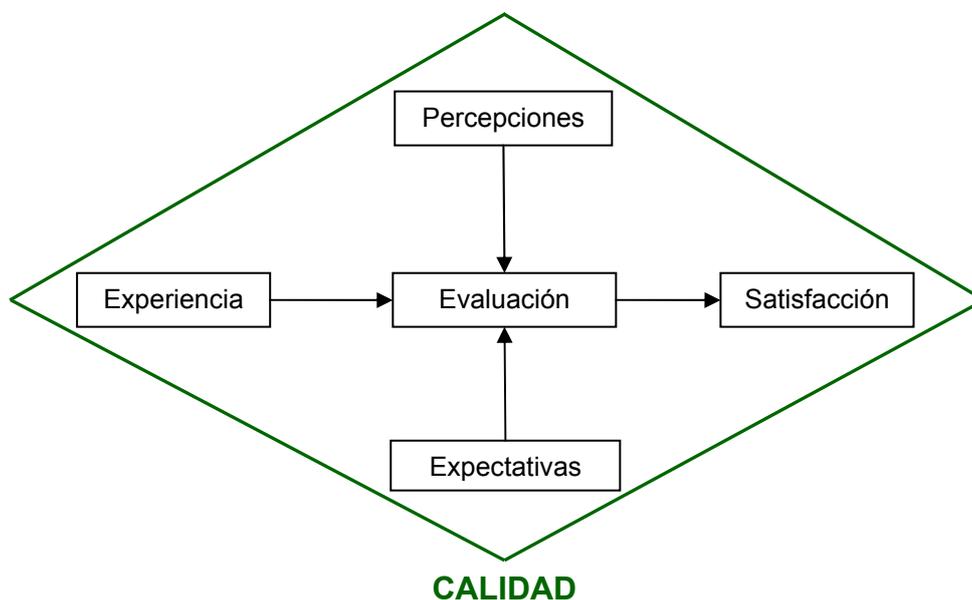
Elaboración propia a partir de Martínez Tur, Peiró Silla y Ramos 2001; Gil Saura, y otros 2004.

Como se observa en las definiciones expuestas, otra de las componentes de discusión en la literatura sobre la satisfacción es si ésta se refiere a un momento de transacción específico, o por el contrario, se refiere a un

producto global de una suma de transacciones específicas. Algunas investigaciones han utilizado esta diferenciación como base para distinguir la satisfacción de la calidad percibida, conceptos que como se ha visto, siguen una evolución teórica independiente, pero paralela, y con muchas similitudes, lo que, en ocasiones, hace difícil la distinción entre ambos constructos. Además su, a menudo, laxa utilización en la literatura no contribuye a tal diferenciación. El concepto de satisfacción, desde este punto de vista, se referiría a una transacción o prestación específica de un servicio, y el de calidad percibida a una evaluación de carácter global del nivel de acuerdo o discrepancia entre las percepciones de los usuarios del servicio y sus expectativas (Ibern 1992, 177). A este respecto, para autores como Ravald y Grönroos (1996), los encuentros del servicio son los elementos que permiten construir la satisfacción. La impresión más vívida del servicio ocurre en el encuentro del servicio o “momento de la verdad” (término acuñado por Jan Carlzon en 1987), es decir, cuando los clientes interactúan con la empresa de servicio (Zeithmal y Bitner 2002, 107).

Por su parte, Anderson (Anderson, Fornell y Lehmann 1994) y Fornell (1992), entre otros, defienden en sus investigaciones una idea global de la satisfacción. En nuestra investigación, se parte de una perspectiva integradora, que entiende que ambos puntos de vista son compatibles, la satisfacción es sin duda producto de una transacción, pero no lo es únicamente, sino que viene condicionada por factores preexistentes y adquiridos por el sujeto, tales como la experiencia o los valores de los sujetos, y el grado de satisfacción percibida en otros encuentros similares será un condicionante, tanto para la medición de la satisfacción con una transacción concreta, como para la medición de la satisfacción con el servicio de forma global (véase figura 5).

Figura 5: Relación entre la calidad y la satisfacción en nuestro modelo explicativo.



Fuente: elaboración propia

Finalmente, se puede afirmar que ambos conceptos expuestos, calidad percibida y satisfacción, no son conceptos equivalentes, aunque exista relación entre ellos, y a pesar de que la diferenciación referida anteriormente, basada en una determinación temporal, no parece, a priori, la más indicada. La calidad percibida es un elemento evaluativo, la “valoración de la utilidad” de un producto o servicio, en referencia al cumplimiento de los fines para los que ha sido creado, y que al mismo tiempo haya producido relaciones placenteras (Martínez Tur, Peiró Silla y Ramos 2001).

Por otra parte, la satisfacción, es susceptible de ser modificada en cada transacción, pero no es producto directo de ella, sino que está condicionada por muchos otros factores, cognitivos y afectivos, y puede ser medida de forma global, sin necesidad de referenciarla a ninguna transacción concreta. El objeto de esta investigación es la satisfacción de los gallegos con el

servicio sanitario, tanto de la ciudadanía en general, como de los ciudadanos pacientes, entendiendo que la satisfacción incluye elementos cognitivos y emotivos, afectivos y evaluativos que rodean a la experiencia del servicio.

CAPÍTULO III – ELEMENTOS IMPLICADOS EN LA SATISFACCIÓN CON LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS

1. La relación médico-paciente

Con la expresión «relación médico-paciente» (RMP) nos referimos a *“un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos”* (Girón, y otros 2002, 562). Esta relación ha sido definida como *“una empresa moral basada en un acuerdo de confianza”* (Crawshaw, y otros 1995, 1553), definición compartida por la mayor parte de la literatura especializada, y que se asienta en el hecho de que, las dimensiones más importantes para los pacientes a la hora de evaluar la calidad del servicio son, el comportamiento de los médicos y las enfermeras, seguido de los resultados clínicos (Pascoe 1983). Y por eso no es extraño que los aspectos de comunicación y relación personal, sean a menudo los señalados por la mayor parte de los pacientes como los aspectos más importantes de su experiencia hospitalaria (Cohen 1996).

Los aspectos interpersonales de la atención, fundamentalmente la comunicación y la empatía son, más allá de la capacidad técnica y profesional, los principales condicionantes de la satisfacción (B. Williams 1994, Sitzia y Wood 1997, Thi, y otros 2002). Algunos lo justifican por la incapacidad de los pacientes de juzgar la competencia técnica y profesional de los médicos (Doering 1983), lo que les lleva a centrarse en los aspectos afectivos, tales como la amabilidad del médico, a la hora de hacer una valoración del encuentro sanitario (Ben-Sira 1976). Otros apuntan a que la principal razón por la que los estudios de satisfacción no enfatizan la importancia de la calidad técnica de la asistencia, es que los pacientes asumen un nivel básico de competencia respecto a la misma, lo que implica que aspectos como la atención prestada o la comodidad de las instalaciones

adquieran un papel dominante (Stimson y Webb 1975). A este respecto, Kenneth Arrow (1963) señala algunas de las diferencias en el comportamiento esperado de los médicos en comparación con el que se le supone a cualquier vendedor o comerciante. En primer lugar, la publicidad y la competencia de precios no existen entre los médicos. En segundo lugar, las recomendaciones de los doctores sobre el tratamiento se suponen exentas de cualquier tipo de interés personal. Por otra parte, se da por sentado igualmente, que el tratamiento se establece en función de la necesidad, sin tener en cuenta consideraciones económicas. Por último, el médico es considerado un experto en la certificación de la existencia de enfermedad con fines legales. La interacción entre el médico y el paciente constituye, en definitiva, ese “momento de la verdad”, en términos de la literatura de marketing de servicios.

Las relaciones de “poder” existentes entre el médico y el paciente, e incluso respecto de los enfermeros/as, a los que se les supone un estatus inferior, han sido objeto de estudio por numerosos investigadores. La existencia de dicha relación asimétrica entre el médico y el paciente, se basa fundamentalmente en el conocimiento, la posesión de la información, y la situación de incertidumbre en que se encuentra el enfermo, que ha llevado a gran parte de la literatura a dudar de la capacidad de los pacientes para emitir juicios razonables sobre la atención sanitaria recibida (Feldman, y otros 2007). Es cierto, que los médicos no siempre son capaces de predecir el resultado de su actuación como profesionales, también lo es, que muchas veces no poseen toda la información, ya que el paciente la oculta, o no la transmite correctamente. Sin embargo, no es menos cierto, que no es posible establecer una relación de igualdad entre ambos, ya que uno depende del otro para solucionar su problema de salud, y terminar con el estado de incertidumbre en que se encuentra. Y, a pesar de todo lo dicho, tal y como afirman Sitzia y Wood (1997), existe cierta evidencia de que los pacientes, aún asumiendo ese “gap” de conocimiento respecto al médico,

son en general, bastante buenos evaluando la capacidad técnica de los médicos, incluso algunos tienen un nivel razonable de conocimientos médicos para llevar a cabo dicha evaluación.

La existencia de esta relación de poder está en la base del modelo paternalista o tradicional de la relación médico-paciente. En este modelo, el médico tiene el control exclusivo del conocimiento respecto del diagnóstico y la terapia a aplicar, y basa su legitimidad en dicho conocimiento, mientras que el paciente acepta la autoridad del médico para ejercer dicho control, y su legitimidad (Salter, *The new politics of medicine* 2004, 31). Se considera por tanto que los médicos poseen el monopolio del conocimiento, y que los pacientes deben confiar en ellos, asumiendo un rol subordinado y conformista.

Como origen de este modelo paternalista de la relación médico-paciente destaca la aportación de Parsons (Parsons 1951), autor de uno de los primeros trabajos que presta atención a este aspecto del encuentro sanitario. Parsons mantiene que la relación existente entre el médico y el paciente está condicionada por una orientación colectiva basada en la confianza. Este argumento es fundamental para la presente investigación, ya que sienta una de las bases más importantes del modelo expuesto, que es la confianza en el médico y la confianza en el sistema sanitario como determinantes de la satisfacción, a lo que se hará referencia con posterioridad, durante el análisis de lo que se ha denominado nivel “macro”.

Además Parsons defiende que el paciente se siente incapaz de juzgar los aspectos técnicos del encuentro sanitario, por lo que, ante una situación de incertidumbre y cierto grado de ansiedad que implica la enfermedad, hace recaer todas sus expectativas en su aceptación por parte del médico como cliente o paciente, y en que este sin duda buscará la mejor forma de curarle y por tanto de satisfacer sus expectativas, ya que está obligado a ello por las normas y el código deontológico. Surge de este modo lo que se conoce

como el “rol del paciente”³⁵, según el cual la persona enferma se encuentra en una situación de desamparo, falta de competencia técnica y perturbación emocional, que hace difícil un nivel alto de racionalidad en su juicio, y lo hace vulnerable a la explotación (Parsons 1951). El paciente es eximido de otro tipo de obligaciones, atribuyéndosele, casi exclusivamente, la tarea de curarse. Por su parte, el rol del médico, que al igual que el del paciente está institucionalizado, es reconocido socialmente, de modo que la sociedad legitima su autoridad y su capacidad de decisión.

Criticando el planteamiento de Parsons, Ben-Sira defiende que, aunque los códigos éticos y profesionales funcionan como instrumentos de control social, sería idealista que el paciente pensara que cada uno de los actos del médico durante el encuentro clínico va a estar guiado por esas normas sociales, al contrario del resto de interacciones en su vida que están sujetas a muchas otras normas y convencionalismos de la sociedad. Por el contrario, este autor piensa que los pacientes son perfectamente capaces de dudar de la actuación de los médicos, más allá, un ejemplo claro lo constituyen los médicos de familia, que son a menudo objeto de críticas y escepticismo por sus dificultades para afrontar problemas médicos de gravedad (Ben-Sira, *The function of the Professional’s Affective Behaviour in Client Satisfaction: A Revised Approach to Social Interaction Theory* 1976, 4). Sin embargo, basándose en la anteriormente expuesta teoría de Parsons de que los encuentros médicos provocan incertidumbre y ansiedad en los pacientes, Ben-Sira desarrolla cuatro hipótesis sobre la relación médico-paciente, que demostrará en mayor o menor medida a lo largo de su investigación referida a la atención primaria en Israel. En primer lugar, parte de la idea de que la satisfacción del paciente hacia su médico de atención primaria está muy condicionada por el comportamiento afectivo de éste hacia el primero; en segundo lugar, la respuesta del paciente insatisfecho se

³⁵ En inglés el original “sick role”.

referirá a los aspectos afectivos de la relación más que a los componentes técnicos o instrumentales de ésta; en tercer lugar, el comportamiento afectivo del médico de atención primaria, será más importante para la satisfacción del paciente, que la concesión de sus demandas, tales como la prescripción de determinados tratamientos o medicamentos; y, por último, la componente afectiva de la relación, será más importante para la satisfacción del paciente, que los aspectos administrativos. La conclusión del autor, es que en un sistema sanitario nacional público, donde no existe el pago directo de los servicios sanitarios, el comportamiento afectivo de la relación del paciente con el médico de atención primaria, está más relacionado con el aumento de los niveles de satisfacción de los pacientes que otros aspectos, tales como los administrativos, la respuesta a las demandas de los pacientes, o incluso la evaluación de las competencias técnicas de los médicos.

Estos hallazgos resultan interesantes como punto de partida para el análisis, en términos cuantitativos, de la relación médico-paciente, pero presentan dos debilidades importantes. En primer lugar, según Ben-Sira, los datos utilizados para la investigación corresponden a una muestra representativa (n=1892) de población urbana de judíos israelíes, es decir, a pesar de que utiliza el término paciente, a lo largo de la investigación, en realidad estaríamos hablando de un estudio de la ciudadanía, potenciales pacientes o usuarios, pero no de un análisis de la satisfacción de los pacientes propiamente dicho, tal y como se diferencian al inicio de este capítulo. Se podrán retomar por tanto estos datos en el posterior análisis del “nivel macro” de la satisfacción con la asistencia sanitaria. En segundo lugar, la investigación de Ben-Sira no hace referencia explícita a uno de los condicionantes más importantes de la satisfacción de los pacientes en el encuentro clínico, la confianza en el médico, concepto que requiere una mención aparte.

La existencia de una relación de poder del médico respecto del paciente adquiere significancia política para Salter (2004), desde el momento en que los pacientes se ven obligados actuar bajo un contexto en que los médicos poseen el dominio del conocimiento. Particularmente, resulta interesante observar cómo los médicos mantienen dicho dominio, invocando su estatus de expertos y manteniendo el control mediante la focalización del discurso en ese ámbito, para lo que se sirven de numerosas técnicas comunicativas, como la no respuesta o el retraso en proporcionar determinada información con el objetivo de mantener el control del encuentro sanitario. De este modo no existiría prácticamente posibilidad de conflicto.

Por otra parte, un modelo alternativo al de Parsons para el análisis de la relación médico-paciente, ha sido el propuesto por Th. Szasz y M.H. Hollender en 1956, que desarrolla tres tipos de relación en función de la situación clínica a que se refiera. En primer lugar señalan la existencia de relaciones de “actividad-pasividad”, que encajan dentro del modelo paternalista, en el que, como se ha dicho, el paciente es un mero receptor, sin ninguna capacidad para interactuar con el médico (ej: situaciones de coma, traumas graves, anestесias,..). En segundo lugar, lo que los autores denominan la relación de “guía-cooperación”, que se produce cuando el médico le dice al paciente lo que debe hacer, y este último se muestra cooperativo, comprendiendo y con capacidad de exigir, pero dejándose orientar por el profesional (ej: procesos infecciosos agudos). En tercer lugar se refieren a lo que denominan relación de “mutua participación”, que se produce cuando ambos individuos participan de la situación, ambos son socios, de modo que el médico ayuda al paciente a curarse (ej: enfermedades crónicas como la diabetes, o enfermedades mentales). Este es un modelo que trata de ampliar la visión tradicional, que parecía estar diseñada únicamente desde el punto de vista del profesional.

Finalmente, otra corriente de investigación surge en torno a un tercer modelo, que se conoce como el “modelo de la confrontación”, según el cual,

el encuentro médico-paciente es un encuentro entre dos distintos tipos de sistemas sociales, generando un conflicto entre perspectivas (Mechanic 1996a). Tanto el profesional como el paciente intentan alcanzar sus objetivos, unos objetivos establecidos en función de sus propios sistemas de referencia. De este modo, el profesional espera que el paciente asuma lo que le recomienda sin dudarle, mientras que el paciente busca un servicio adecuado a su nivel de conocimiento y a su propio sistema de referencia. El paciente solicita no sólo ser escuchado, sino también ser comprendido. La única salida para este conflicto es, para ellos, la negociación.

En otro orden de cosas, desde el punto de vista sociológico, además del enfoque sociocultural al que se ha hecho referencia, el análisis lingüístico y de la comunicación entre el médico y el paciente ha sido también el objetivo central de muchas investigaciones (Pendleton 1984, Laín Entralgo 2003). Algunos de los múltiples aspectos de la interacción médico-paciente que han sido objeto de análisis son, por ejemplo, la duración de la consulta, la proporción de ésta en el que el médico habla, la actividad del médico durante la consulta, y sus habilidades de comunicación, entre otros (Mira y Aranaz 2000). Las interacciones exitosas dependen de las capacidades sociales de los participantes, como la comunicación no verbal, o aspectos como el compromiso, la empatía y la familiaridad en la relación médico-paciente (Stimson y Webb 1975), los encuentros médicos en los que los pacientes, por ejemplo, pueden expresarse con libertad, se sienten cómodos para preguntar, o les es transmitida suficiente información (Mira y Aranaz 2000). Según la investigación de Williams y Calnan, en el Reino Unido, los criterios más importantes para una interacción exitosa resultaron ser la competencia del médico, y la naturaleza y la calidad de la relación profesional sanitario-paciente (Williams y Calnan 1991).

Además, otra de las especificidades de la relación médico-paciente a las que se ha prestado poca atención, ha sido la propia satisfacción del facultativo y sus condiciones de trabajo (Mira y Aranaz 2000). Esta perspectiva no es

desdeñable, y hasta la fecha no ha sido muy tenida en cuenta por la literatura, sin embargo, parece claro que en el encuentro médico, el facultativo transmite al paciente sus sensaciones, sus opiniones, e incluso su estado de ánimo. Un médico descontento con el sistema sanitario, o con su situación laboral, tiene cierta capacidad de influencia en las percepciones que los pacientes tienen, quizás no tanto del propio encuentro, sino del funcionamiento del sistema en general, lo que supondría por tanto un apunte a tener en cuenta en la explicación de la valoración que los ciudadanos hacen del “nivel macro” de la asistencia sanitaria, es decir, del propio sistema.

El análisis de la relación médico-paciente es, como se ha dicho, prolijo en la literatura. Concretamente en las últimas décadas muchos estudios se han centrado en la evolución de dicha relación. Los cambios culturales, sociológicos, e incluso en la organización del propio sistema, han provocado la transformación de la tradicional relación paternalista médico-paciente, terminando con el referido rol parsoniano del paciente. En palabras de Pedro Laín Entralgo, *“total o parcialmente realizada, la socialización de la asistencia al enfermo es hoy, sin duda alguna, el rasgo más importante de la práctica médica”* (Laín Entralgo 2003, 204). Aspectos como un aumento de la publicidad, y por tanto, un mayor conocimiento por parte del público de los errores médicos, o el aumento del uso de internet para la consulta de temas de salud, con el consiguiente aumento de la accesibilidad a la información, correcta o no, han generado un aumento de la desconfianza de los pacientes hacia los médicos.

En primer lugar, se sitúan los aspectos sociales de la relación. El aumento de la información debido al proceso de modernización de las sociedades europeas y a los fenómenos de la globalización, así como a la revolución de los medios de comunicación, tienen como consecuencia un paciente más “educado” en los aspectos sanitarios, y más exigente en lo que a la asistencia médica se refiere. El poder basado en el conocimiento y el control

de la información de la relación tradicional paternalista se desestabiliza. La confianza del paciente en el médico, y por tanto la legitimidad de este último en la prestación de la asistencia, ya no puede darse por sentada, sino que debe ser negociada, ganada y retenida por el profesional (Hogg 1999).

Por otra parte, es necesario hacer referencia a la influencia del mercado como condicionante de la relación médico-paciente. La generalización de las ideas propias del consumerismo (Burr y Nicolson 2005), observan dicha relación desde la óptica de una transacción económica, un punto de vista que sólo es aplicable a algunos sistemas sanitarios como el estadounidense o incluso el alemán, pero no a los sistemas universales de salud, como el español, en los que la cobertura es totalmente pública y la financiación proviene directamente de las arcas públicas. A este respecto, algunos autores han señalado que la puesta en práctica del “managed care” en Estados Unidos, es decir, la utilización de técnicas de gestión propias de las empresas privadas en el ámbito sanitario, ha generado desconfianza entre los ciudadanos, debilitando la relación entre el médico y el paciente (Vanderminden y Potter 2010, 357).

Por último, aspectos prácticos como el aumento de la capacidad de elección, generan cierta autonomía del paciente respecto del médico, y en algunos sistemas en que la financiación está sujeta a la ley de la oferta y la demanda, generan incluso dependencia de los médicos hacia los pacientes. En este sentido se ha señalado una creciente dependencia del médico hacia el paciente en sistemas como el estadounidense, debido fundamentalmente al establecimiento de nuevos desarrollos organizativos y métodos de financiación, así como la generalización de estudios de satisfacción de los pacientes (Davies y Rundall 2000).

La relación entre el médico y el paciente se ha transformado, por tanto, a lo largo de las últimas décadas por múltiples motivos. Los cambios sociales, y la visión de la interacción médico-paciente como una relación comercial, han

generado una enorme distancia entre ambos actores. La relación médico-paciente se ha convertido en distante y remota, basada en la negociación y la transacción financiera (Kaba y Sooriakumaran 2007, 64).

En la actualidad, sin embargo, una buena parte de la literatura comienza a ocuparse de lo que se denominó “medicina orientada al paciente”. Cinco son las dimensiones de este concepto propuestas por Mead y Bower (Mead y Bower 2000), a saber, la perspectiva biopsicosocial, que sugiere que el médico debe involucrarse en todos los aspectos de su relación con el paciente, incluso aquellos no médicos; la idea del “paciente como persona”, con su experiencia particular que condicionará la relación; el poder compartido y democrático, basado en la “participación mutua” (Szasz y Hollender 1956); y la alianza terapéutica, es decir, una idea común sobre los objetivos y los requerimientos del tratamiento, y la concepción del “médico como persona”, en una relación en que profesional y paciente se influyen mutuamente (Balint 1964). Según este modelo, los médicos deben responsabilizarse de los dos aspectos de la relación, la capacidad técnica y el apoyo o soporte interpersonal.

Desde un punto de vista ideal, la relación entre el médico y el paciente debe ser entre iguales, basada en la mutua confianza, de modo que se produce una negociación entre ambos, sobre qué es lo mejor para el paciente (Hogg 1999). Sin embargo, esta visión dista mucho de ajustarse a la realidad en un sistema sanitario como el español en el que, a pesar de haber evolucionado en muchos sentidos hacia una asistencia sanitaria orientada al paciente, la relación jerárquica sigue existiendo, y la autoridad y el poder siguen en manos de los médicos, o en muchos casos de los gestores sanitarios, casi siempre legitimados por la confianza del paciente hacia el profesional, pero también en la inexistencia de una opción alternativa para el primero.

En definitiva, la modernidad ha traído consigo la idea del “empoderamiento” de los pacientes (“patient empowerment”), en palabras de Salter, “factores

emocionales, racionales y culturales, se han combinado en la demanda de una redefinición de los roles de médico y paciente” (Salter 2004, 190). Sin embargo, la existencia de un paciente poderoso, con pleno control sobre la situación y los riesgos que ésta conlleva, aún no se puede afirmar que sea una realidad en el sistema sanitario español actual. A pesar de ello, esta perspectiva, se está configurando como una de las orientaciones de la programación y el diseño de políticas públicas en el ámbito sanitario, requiriendo de un equilibrio entre las políticas “top-down” y las iniciativas “bottom-up” (Laverlack 2005).

2. La confianza

El concepto de confianza ha despertado un renovado interés entre los investigadores y los políticos, debido, fundamentalmente, a la creencia de que las bases de colaboración y acuerdo social se encuentran amenazadas o se han visto debilitadas (Mistral 1996). Esta creencia se debe al aumento de la incertidumbre y el riesgo, característicos de la sociedad moderna (Giddens 1990). A este respecto, la confianza en el sistema se ha mostrado como un valor fundamental en la prestación de los servicios sanitarios, que no se han visto excluidos de los referidos cambios sociales, que amenazan la confianza de los ciudadanos en los médicos y en los profesionales de la sanidad (Scambler y Britten 2001).

El concepto de confianza ha sido caracterizado por su multidimensionalidad, compuesta por la presencia de elementos de juicio cognitivo y elementos afectivos (L. Gilson 2003, Calnan y Rowe 2008). Sin embargo, la confianza no depende únicamente de los juicios personales sobre el otro, sino también del contexto en el que tiene lugar la relación, de las expectativas derivadas de relaciones previas, así como de los criterios en los que el individuo basa su decisión, y considera legítimos para emitir el juicio (Wuthnow 2004).

Es posible referirse a distintos tipos de “confianzas”, las cuales se ordenan en función del objeto a que se refieren. La literatura especializada distingue habitualmente entre la confianza interpersonal, entre los individuos, y la confianza pública (public trust), aquella que un individuo o un grupo de individuos pone en una institución o sistema social. Aunque también existen propuestas más amplias, como la de Pereda, que dibuja un mapa de confianzas, en el que distingue entre confianzas interpersonales, es decir, entre personas; confianzas institucionales; confianzas comunicativas; la confianza de una persona en sí misma y la confianza natural, o en la naturaleza (Pereda 2009). Según este mapa, la relación médico-paciente entra dentro de la confianza interpersonal, pero a su vez tiene componentes comunicativos e institucionales. La confianza interpersonal, ha sido el centro de la literatura sobre la confianza, ya que se constituye como la base para la confianza en el sistema y en las instituciones, aportando legitimidad a los sistemas democráticos.

Si como afirma Fukuyama (1998), las comunidades dependen de la confianza mutua, y no se formarán espontáneamente sin ella, entonces cabe monitorizar el desarrollo y la prosperidad económica de las sociedades, en función de su capacidad para generar confianza entre los individuos. Nadie duda en estos tiempos de catarsis financiera y crisis económica de la veracidad de estas afirmaciones, es más, nada hay en estos tiempos inciertos más tranquilizador para los mercados que el incremento de “confianza”, entendida ésta de un modo muy semejante a como la entendiera Fukuyama, como *“la expectativa que surge en una comunidad, con un comportamiento ordenado, honrado y de cooperación, basándose en normas compartidas por los miembros que la integran”* (Fukuyama 1998, 43).

Estas normas se refieren tanto a cuestiones como la justicia, o la naturaleza de Dios, como a normas deontológicas profesionales o códigos de comportamiento, como el del sistema financiero o el de los profesionales

sanitarios, de los que se espera un determinado comportamiento, en virtud del juramento hipocrático.

Del predominio de confianza en una sociedad surge el “capital social”, que difiere de otras formas de capital humano porque suelen crearlo y transmitirlo mecanismos sociales como la religión, la tradición o los hábitos históricos (R. Putnam 1993, Fukuyama 1998). La consecución de capital social requiere que el individuo se adapte a las normas morales de una comunidad, y adquiera valores como lealtad, honradez y fiabilidad. Antes de que pueda generarse la confianza entre sus miembros, el grupo debe adoptar normas comunes. La confianza interpersonal entre los ciudadanos colabora en el funcionamiento de las instituciones, ya que se convierte en confianza política (R. Putnam 1993). En definitiva, la confianza en el otro se erige como un aspecto fundamental en el desarrollo humano y de la convivencia en sociedad, y como tal, también resulta imprescindible para un resultado óptimo del encuentro médico.

En su crítica al planteamiento de Fukuyama sobre la confianza, Warren (1999) afirma que éste confunde confianza con familiaridad, asentado en la idea de que la ausencia del concepto de riesgo en su obra le impide contemplar la relación fundamental existente entre confianza y poder, así como los vínculos entre la confianza, la democracia y la política.

Tanto las teorías culturalistas, como las aproximaciones a la “rational choice” tienen como uno de sus puntos centrales la relación entre la confianza y la cooperación entre los individuos.

Desde el principio, en pleno apogeo de la revolución behaviorista, cuando Almond y Verba desarrollaban el concepto de cultura política como la *“particular distribución de las pautas de orientación hacia objetos políticos*

*entre los miembros de una nación*³⁶ (Almond y Verba 1963, 14-15) e incorporaban una lectura culturalista a través de las dimensiones colectivas de las percepciones subjetivas de la política, factores ligados a la confianza (Pye 1965) y, posteriormente, la propia noción de confianza se convirtieron en una variable explicativa de la cultura política (Farrel 2009).

Si Inglehart (1988, 1990) encontró en la confianza una variable fundamental para la supervivencia de los sistemas democráticos es porque antes Pye (1965) asentó la idea de que la existencia de culturas políticas es posible gracias a la confianza interpersonal de los individuos. Estas afirmaciones son la muestra de la importancia del papel de la confianza en los planteamientos culturalistas y en la legitimidad de los sistemas democráticos y sus instituciones, algo que debe ser tenido en cuenta a la hora de hablar de la relación entre confianza y salud pública o política sanitaria. Pero tan importante como esta lectura, es el abordaje inverso que nosotros pretendemos: además de la lectura tradicional que establece la relación entre confianza y cultura política haciendo de la confianza un factor de asentamiento de la cultura política, nuestro planteamiento parte de entender que entre estos dos elementos cabe una relación bidireccional que apunta, además, a la existencia de factores ligados a la cultura política que asientan la generación y persistencia de la confianza³⁷.

La aproximación a la confianza desde los postulados de la “elección racional” es más concreta, pero también más limitada. Excesivamente

³⁶ En inglés el original: “The political culture of a nation is the particular distribution of patterns of orientation toward political objects among the members of the nation” (Almond y Verba, 1963:14-15).

³⁷ Estas teorías sobre la cultura política nos servirán de base para el posterior desarrollo del término de “cultura sanitaria”, que pretende explicar las actitudes individuales y las dimensiones colectivas de las percepciones de los individuos sobre la sanidad pública.

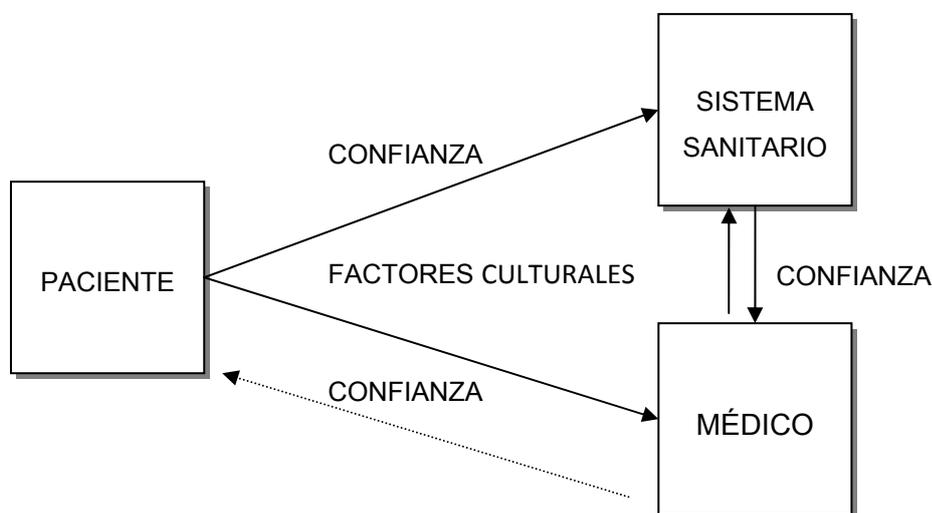
deudora de planteamientos economicistas, la elección racional limita el papel de la confianza a la asunción de un riesgo instrumental, que según la teoría de juegos, es un juego individual, en el que la confianza supone una reducción de los riesgos y de los costes implicados en dicho juego. La confianza se interpreta entonces, desde la elección racional, como el conjunto de expectativas racionales, basadas en la evaluación de costes y beneficios, y orientadas a la maximización de la utilidad esperada (G. Becker 1986), que permiten reducir la incertidumbre sobre el comportamiento del otro. En definitiva, la confianza está relacionada con la existencia de la libertad del otro, previendo que la interacción con este nos resultará beneficiosa (Gambetta 1990, 218). En definitiva, la confianza nos permite sobrellevar la libertad de acción de los demás (N. Luhman 1979)

Ya en el ámbito de la salud, Shore define la confianza como *“un acuerdo no escrito entre dos o más partes, para que una de ellas realice una serie de actividades concertadas y la otra realice también una serie de actividades concertadas, sin temor a cambios por ninguna de las partes”*, es decir, el sujeto A cree que el sujeto B hará lo que dice que hará, y el sujeto B cree lo mismo del A (Shore 2005, 4). Esta definición coincide substancialmente con la propuesta de Hall, que entiende la confianza como *“la aceptación optimista de una situación vulnerable en la que el que confía, cree que aquel en el que confía cuidará de los intereses del primero”* (Hall, Dugan, y otros 2001, 615). La definición del concepto de confianza es, al igual que ocurre con la satisfacción, un asunto complejo. La confianza del paciente se basa en la confianza en las capacidades clínicas y el conocimiento de los médicos, otros profesionales, y las organizaciones sanitarias con las que el paciente entra en contacto. Se basa por tanto en la integridad de médicos e instituciones sanitarias en el desempeño de su función, y en las “expectativas colectivas” (H. Davies 1999) sobre dicha integridad, así como sobre la competencia profesional de los mismos. Pero además, tal y como señalan Parsons (1951) o Warren (1999), existe una importante vinculación

entre la confianza y el poder, en el caso del encuentro sanitario, la confianza es fundamentalmente la confianza del enfermo en el médico y en el sistema, siendo la relación inversa, aunque recomendable, mucho más débil y menos importante. El hecho de que la relación médico-paciente no sea, como se ha dicho, una relación entre iguales, requiere para Shore (2005) de un mayor grado de confianza por parte del paciente hacia el médico.

Y todas esas relaciones que asientan los distintos niveles en que la confianza está presente en el sistema, están mediatizadas por factores de carácter cultural que hacen referencia tanto a la propia experiencia, encuentro médico paciente, como a las disposiciones del sistema hacia el paciente y a las disposiciones del paciente hacia el sistema.

Figura 6. Relaciones de confianza en el sistema sanitario.



Fuente: elaboración propia

Por su parte, el sistema, confía al médico el uso adecuado de los recursos disponibles, lo que puede generar conflictos, en el uso de recursos públicos,

cuando se abusa del sistema, o al contrario, no se dispone de los recursos suficientes. En el ámbito de los seguros privados, la generalización del “managed care”, es decir, la aplicación de métodos de gestión privada en la prestación sanitaria, ha tenido efectos opuestos. Por una parte un aumento de la eficiencia y la eficacia en la gestión de recursos, mientras que por otra parte una disminución de la confianza de los ciudadanos en el sistema sanitario (Davies y Rundall 2000, 611), debido a su supeditación a las leyes del mercado, y a la necesidad de la obtención de beneficios por parte de las compañías médicas y farmacéuticas, lo que en ocasiones lleva a la reducción de los recursos disponibles, con el consiguiente resentimiento de la prestación. Éste es uno de los principales motivos de la erosión de la confianza en la sanidad y en los médicos que se observa en los últimos años en USA (Shore 2005). Sin embargo, la disminución de la confianza del paciente hacia el médico no es necesariamente del todo negativa. Por el contrario, puede asentar los principios de la evolución de las relaciones médico-paciente hacia un modelo generador de más interdependencia, y ligado a ello, la consolidación de un rol de paciente participativo y no conformista (Davies y Rundall 2000). Este tipo de afirmaciones cobran mucho más sentido en un sistema como el estadounidense, donde, como se ha dicho, las formas de financiación pueden generar cierto grado de dependencia de los médicos hacia los pacientes, pero no tanto en nuestro sistema sanitario, cuya forma de financiación pública y universal, otorga a los médicos total autonomía.

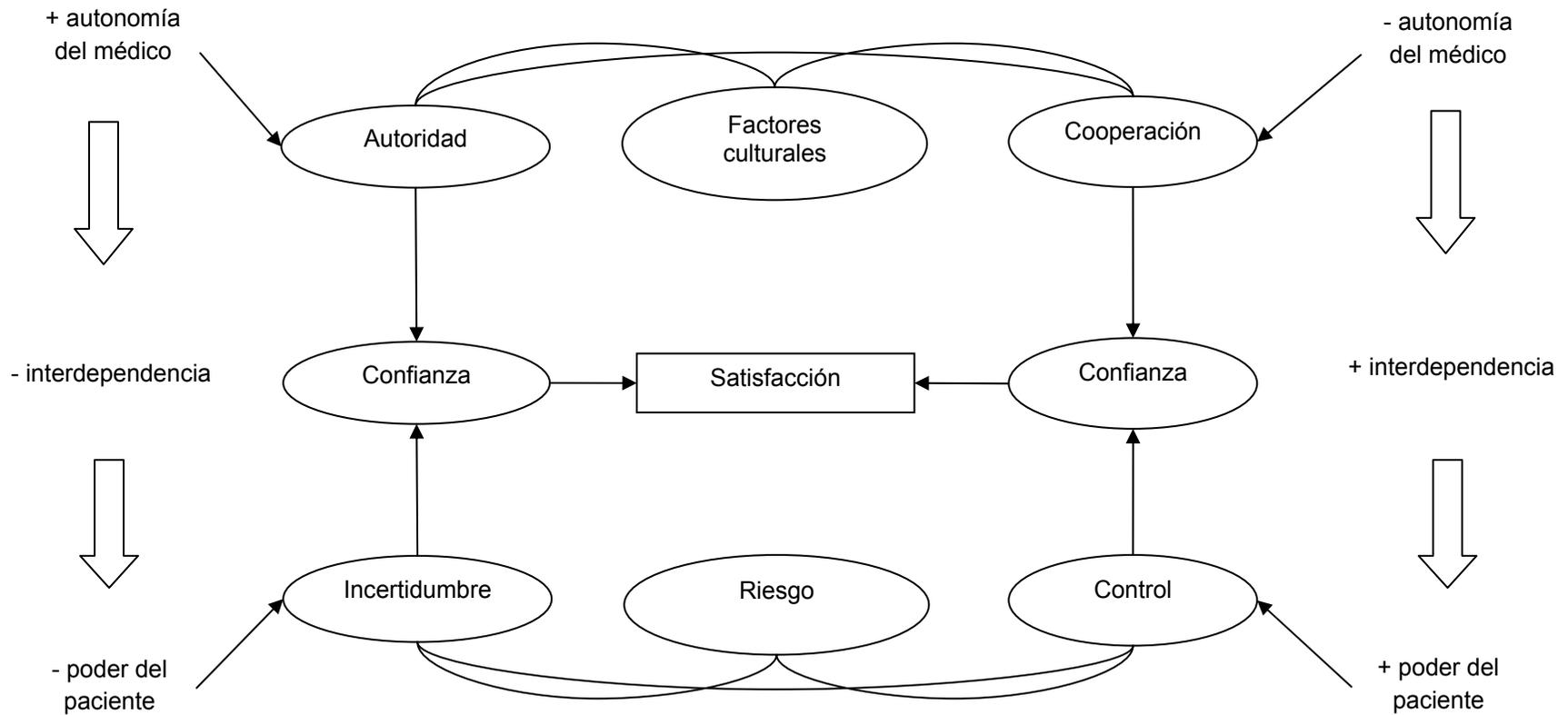
El hecho de que en nuestro sistema sanitario, de raíz genuinamente pública, el médico no esté sometido a ninguna constricción del mercado en su relación con el paciente – y que por lo tanto éste no pueda ser nunca genuinamente un cliente – limita las posibilidades de generar interdependencia en la relación, pero también limita las restricciones de los seguros a la administración de tratamientos. Y aunque ambas líneas de acción tienen distinto sentido para el paciente, ya que una limita su poder

mientras la otra aumenta sus expectativas terapéuticas, ambas tienen para el médico un mismo valor, a saber, aumentan su autonomía y limitan por ello la interdependencia en la relación médico-paciente.

En la figura 7, se representan las relaciones de confianza en la interacción médico paciente, tal y como se han descrito en las líneas precedentes. Una mayor autonomía del médico, es sinónimo de menor interdependencia, y menor poder del paciente, mientras que cuando la autonomía del médico se ve restringida, aumenta el poder del paciente, y por tanto, la interdependencia entre ambos. Además, el modelo de relación donde la interdependencia es menor, está basado en la autoridad del médico y la incertidumbre del paciente, y en última instancia en las relaciones de confianza que surgen entre ambos, por otra parte, cuando la interdependencia es mayor, la confianza se genera gracias a la cooperación y el control del paciente hacia el médico. Finalmente, este flujo relacional nos permite hablar de dos orígenes de la satisfacción del paciente, a saber, la confianza en el médico, basada en la cooperación con este, o el reconocimiento de su autoridad, que es otro modo de depositar confianza.

Según este razonamiento, y a la vista de lo expuesto anteriormente, la confianza, entendida como la expectativa de que los otros van a actuar en nuestro interés (Norris 2007, 32), es uno de los aspectos más destacados de la relación médico-paciente, un aspecto que sea cual sea el rol del paciente que contemplemos, siempre está presente en mayor o menor medida en la interacción entre ambos sujetos.

Figura 7: Relaciones de confianza y satisfacción en la interacción médico paciente.



Fuente: elaboración propia

La confianza se configura como un elemento fundamental para el éxito del encuentro médico-paciente y para el funcionamiento del sistema sanitario. Partiendo de la asunción de que la confianza tiene efectos terapéuticos (Mechanic 1998), Calnan y Rowe (2004) afirman que la confianza es un elemento mediador en los procesos terapéuticos y tiene una influencia directa en los resultados, a través fundamentalmente de su impacto positivo en la satisfacción del paciente, en su adherencia al tratamiento y en su continuidad con el proveedor sanitario. Pero además, no hay que dejar de lado la idea, fundamental para realizar una lectura integral del sistema sanitario, de que una de las principales razones de la importancia de la confianza en el ámbito sanitario es que las relaciones de confianza pueden contribuir a generar un valor social más amplio, ya que los sistemas sanitarios no tienen como única finalidad prestar cuidados y mejorar la salud, sino que también contribuyen a establecer las normas sociales que condicionan el comportamiento humano, configurándose como repositorios y productores de valor social. Además, dichas normas, promueven el establecimiento de un sistema de confianza generalizada (L. Gilson 2006). La producción de confianza en un sistema social es acumulativa, como también lo es en el sistema sanitario. La generación de confianza en un área del sistema aumenta las expectativas de producción de confianza en el resto del sistema, tanto en la medida en que genera pautas, normas y modelos de aumento de la confianza, como por el hecho de que genera predisposiciones y actitudes de los actores implicados hacia la producción de confianza.

Pero la confianza, como elemento central de las relaciones interpersonales de los individuos, o como elemento de construcción colectiva, comporta una serie de riesgos. El primero, al que nos hemos referido al hablar de la relación entre el médico y el paciente, es el abuso de poder, ya que la confianza puede otorgar legitimidad al ejercicio del poder, lo que en ocasiones deriva una mala utilización del mismo (Warren 1999). En segundo lugar, Gilson (2006) señala que la confianza permite la colaboración en pro

de la realización de actos inmorales, para lo que pone como ejemplo la mafia. En tercer lugar, esta misma autora, señala como riesgo inherente a la confianza la discriminación que ésta puede originar, es decir, la vulnerabilidad de algunos sectores de la ciudadanía, menos propensos a la confianza debido a su situación económica o social. En este sentido, Inglehart (1999) afirma que es más fácil para los individuos confiar cuando su situación económica es segura, ya que los riesgos son menores.

Podemos hablar de dos vertientes de la confianza en el ámbito de la salud, por una parte la confianza que los pacientes tienen en el personal sanitario (nivel micro) y, sobre todo, en el médico que les atiende, y por otra parte la confianza que los ciudadanos muestran en el funcionamiento del sistema nacional de salud (nivel macro), y en que éste esté en disposición de atender sus necesidades de salud en el momento en que lo requieran. Calnan y Rowe (2008) señalan que, en el nivel micro, además de la relación médico-paciente, se encuentran la relación entre los propios médicos, así como la interacción con los gestores sanitarios (entendiendo como gestores a todo el personal administrativo), mientras que el nivel macro se refiere a la confianza en el sistema sanitario y sus instituciones. Ambas vertientes son fundamentales para el funcionamiento óptimo del sistema, y para que el resultado del encuentro sanitario sea lo más satisfactorio posible. La confianza en el sistema tiene su raíz en la confianza interpersonal, de modo que los niveles micro y macro de la confianza están interconectados (Giddens 1990).

Pero la necesidad de la confianza surge, sin duda alguna, por la existencia o la posibilidad de la existencia de incertidumbre y riesgo en el encuentro médico y en el proceso de enfermedad. En primer lugar, el hecho de la enfermedad en sí misma, el estar enfermo, y las consecuentes molestias e incluso imposibilidad de mantener la actividad habitual, generan un sentimiento de incertidumbre en el paciente. Por otra parte, la incertidumbre respecto al funcionamiento del tratamiento, basada en el desconocimiento y

en muchas ocasiones, la falta de información suficiente por parte del médico. A este respecto, Arrow (1963), desde un punto de vista economicista, afirma que el seguro médico ideal es aquel que fija los honorarios del médico en función del resultado satisfactorio del tratamiento, lo que en su opinión maximizaría la eficiencia en el gasto, de modo que el enfermo no debería preocuparse por la desigualdad de acceso a la información respecto del médico, y centrarse únicamente en el resultado. En ausencia de este tipo de sistema, el paciente se ve obligado a confiar en la creencia colectiva de que el médico siempre antepondrá su bienestar a cualquier otra consideración, y delegar en el profesional gran parte de su capacidad de decisión.

El Estado de Bienestar ha supuesto en muchos países la consecución de un estándar de vida, generalizado a la mayor parte de la población, muy superior al alcanzado nunca hasta el momento. Sin embargo, la posibilidad de una crisis económica, como la que vivimos en la actualidad, genera incertidumbre en la ciudadanía. *“Las políticas públicas son nuestra respuesta colectiva al riesgo”* (Taylor-Gooby 2000, 1). El riesgo que supone la pérdida de trabajo, la necesidad de una vivienda, el no poder pagar los cuidados necesarios en la vejez, y por supuesto, la enfermedad. La confianza, por tanto, resulta necesaria cuando existe la incertidumbre y un cierto nivel de riesgo (K. Jones 1998), lo cual parece particularmente importante en el caso de la atención sanitaria, en la que el paciente deposita su confianza en los profesionales sanitarios en una situación de máxima vulnerabilidad y, por tanto, donde la ecuación entre la incertidumbre y el nivel de riesgo asumido alcanza, en ocasiones, su máximo exponente (Jaráiz 2009). La calidad y la satisfacción son un determinante de la confianza de los ciudadanos en los servicios sanitarios, y un reflejo de la imagen de la sanidad pública, incluso influyendo en la continuidad de un tratamiento médico y sus resultados clínicos (Pascoe 1983, Ibern 1992).

En resumen, para la mayoría de los investigadores, *“La confianza es la forma de gestionar el riesgo generado por la ignorancia y la incertidumbre”*

(Giddens 1990, 244). Sin embargo, aunque el punto de vista generalizado en la literatura es que la existencia de riesgo genera la necesidad de confianza, mediante esta, es imposible reducir los riesgos objetivos, sino que únicamente se puede reducir la percepción del riesgo que tiene el individuo.

Cabría dedicar un apartado entero de este trabajo para profundizar en la relación entre riesgo y confianza, e incluso para singularizar la relación entre riesgo objetivo y riesgo percibido. Lo cierto es que para nuestro análisis nos basta con saber que la relación entre riesgo y confianza se juega en el terreno de las expectativas y las percepciones, y que en ese terreno la confianza disminuye la percepción de riesgo. Si esto es así, cabe pensar que cuando un individuo no está en situación de gestionar el riesgo, como ocurre generalmente en los encuentros sanitarios, lo adecuado es orientar la ecuación a la otra variable y “gestionar la confianza”.

Unir los términos “confianza” y “gestión” es mucho más que un simple slogan. Es asumir que los intangibles a los que habitualmente nos referimos tienen que ser una parte fundamental de la gestión pública y que, al menos en el caso de la confianza, debe ser gestionada de forma compartida por los médicos, los gestores, y el sistema sanitario en general.

Es responsabilidad del sistema público de salud “gestionar la confianza” de los pacientes y la ciudadanía, garantizando al mismo tiempo la ausencia de abuso de poder, discriminación o dependencia por exceso de confianza. El enfoque tradicional orientado básicamente a la gestión de los riesgos objetivos no resulta acertado en un ámbito como el de la asistencia sanitaria, sino que se hace necesario gestionar las relaciones de confianza de los pacientes y de la ciudadanía hacia el sistema. En definitiva, la confianza requiere una gestión sustantiva, no únicamente instrumental, de modo que limite las percepciones del riesgo. Cuando no es posible gestionar el riesgo, es necesario gestionar la confianza. No se trata de buscar formas de gestión sanitaria en las que las relaciones de confianza sean innecesarias, sino de

gestionar la confianza de los pacientes, de modo que aumenten sus niveles de satisfacción.

Esto responde a la pregunta de ¿por qué es tan importante, a los efectos de esta investigación, la “gestión de la confianza”? Fundamentalmente debido al vínculo existente entre la confianza de los pacientes y los ciudadanos y la satisfacción que refieren respecto del encuentro sanitario y del sistema. La confianza y la satisfacción con la sanidad son variables altamente correlacionadas (Thom, y otros 1999). *“La confianza que inspira el médico que atiende al paciente, es un buen indicador del grado de satisfacción”* (Mira y Aranaz 2000, 12), y en algunas investigaciones es señalado como un indicador de la calidad de la asistencia, de modo que altos niveles de calidad percibida en la relación médico paciente, se caracterizan por elevados niveles de confianza (Calnan, Rowe y Entwistle 2006). Esta afirmación, y la ya comentada importancia de la confianza en la relación médico-paciente, permiten suponer que éste será uno de los condicionantes de la satisfacción del paciente y del ciudadano con el sistema sanitario público, lo que se mostrará en el modelo de satisfacción de los pacientes y los ciudadanos gallegos con el sistema sanitario público.

A este respecto, la confianza que inspira el facultativo, es uno de los aspectos que aparece en la literatura como importante condicionante de la satisfacción del paciente. La relación entre el médico y el paciente funciona como lo que se conoce como “agency relationship” (Shore 2005), donde los médicos actúan como intermediarios entre los pacientes y el sistema. Los pacientes deben presuponer, y confiar en que los médicos trabajan para procurar lo mejor para ellos, en base al juramento hipocrático. Pero, al mismo tiempo, los gestores, ya sean públicos o privados, esperan e incentivan a los médicos para que trabajen observando el interés de la empresa o la organización. Ambos aspectos no son siempre fácilmente compatibles. En ocasiones, en algunos sistemas sanitarios, se acusa a los médicos de solicitar demasiadas pruebas, con el objeto de aumentar sus

incentivos económicos. Por otra parte, en los sistemas nacionales de salud, y sobre todo en épocas de crisis como la actual, se presiona a los médicos, de modo que se solicitan menos pruebas de las necesarias, para ahorrar costes, o se les presiona acusándoles de un exceso en la prescripción de medicamentos³⁸.

Por otra parte existen diferentes opiniones sobre si la confianza es un indicador de calidad más fiable que la satisfacción para el análisis de la opinión de los pacientes sobre la sanidad. La confianza se erige en un indicador de calidad, señalado por los propios pacientes (Safran, y otros 1998) hasta el punto de que algunos autores han desarrollado y testado escalas para medir la confianza, proponiéndola como un elemento alternativo a la medida de la satisfacción (Anderson y RF 1990, Kao, y otros 1998, Thom, y otros 1999). Sin embargo, la estabilidad de los niveles de confianza en algunos países como Holanda, ha llevado a dudar de la capacidad de la confianza para reflejar globalidad de las actitudes de la población respecto del sistema de salud, debido a la falta de sensibilidad del indicador, mientras que también se ha argumentado que se trata únicamente del reflejo de la realidad (Van der Schee, Groenewegen y Friele 2006). A los efectos de este trabajo, hemos optado por elegir como variable dependiente principal la satisfacción, entendiendo que ésta es la expresión global de los efectos que producen los servicios en los ciudadanos, aunque se analizará, también, la relación de ésta con la confianza así como con otras variables que inciden en el ámbito sanitario gallego.

³⁸ Un buen ejemplo de este difícil equilibrio es la polémica surgida recientemente en la Comunidad Autónoma de Galicia por la elaboración de un catálogo de medicamentos propio, con el objeto de reducir el gasto sanitario. Se trata de la elaboración de un catálogo de principios activos, medicamentos genéricos, por el que deben guiarse los médicos del sistema gallego de salud a la hora de recetar medicamentos para que su coste o parte del mismo sea cubierto por el sistema público de salud. Ante esta medida de carácter económico, desde algunos colectivos se ha alertado de una posible vulneración de la libertad de prescripción de los médicos, o incluso de la posible discriminación de los pacientes gallegos frente a los de otras Comunidades Autónomas.

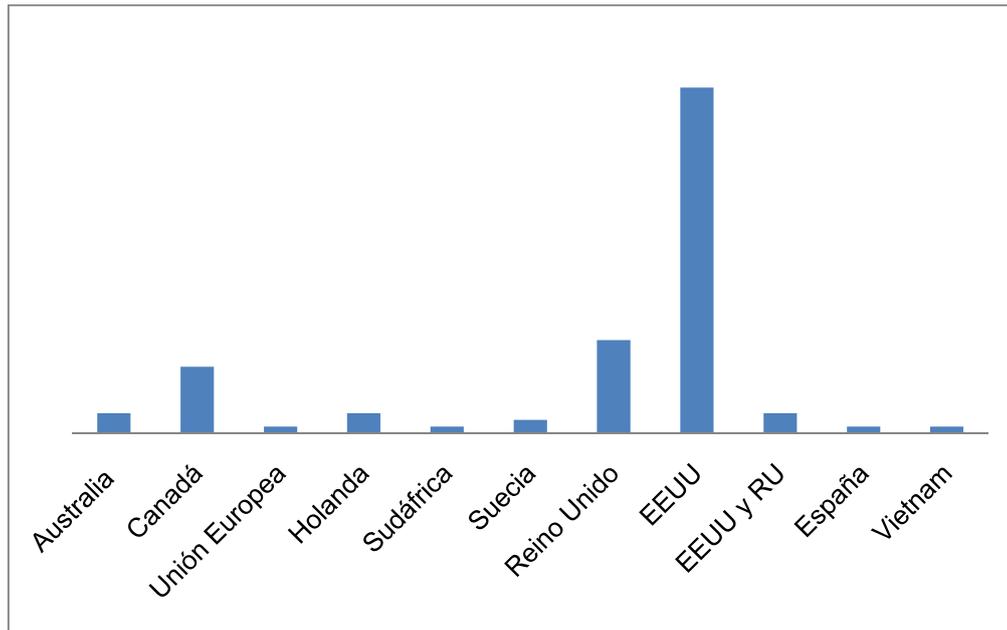
En su análisis, Shore (2005) señala dos aspectos fundamentales en la confianza del paciente en el médico, coincidentes con los dos tipos de expectativas que, como se ha dicho, constituyen la base de la confianza (Hall, Dugan, y otros 2001, H. Davies 1999). En primer lugar la “competencia”, como fe en la capacidad profesional del otro. En segundo lugar la “conciencia”, como fe en los valores, la integridad y la honestidad del otro (Shore 2005). Además la confianza en los médicos y en el sistema sanitario tiene una vertiente interna, que es inherente al propio sistema, y una vertiente externa, presente en la sociedad, y condicionada por los medios de comunicación, los gobiernos y la experiencia de los usuarios.

La mayor parte de las investigaciones sobre confianza en la sanidad han sido llevadas a cabo en Estados Unidos (Calnan y Rowe 2004), probablemente porque ha sido este país el que ha experimentado un notable descenso de la confianza generalizada, tanto en la sanidad como en la mayoría de instituciones y organizaciones públicas.

El gráfico 11 muestra la abundancia de literatura sobre la materia referida a Estados Unidos, al que le siguen de lejos Reino Unido y Canadá, mientras que en otros países, como la mayoría de la Unión Europea, son muy pocas las investigaciones llevadas a cabo en este ámbito. Siendo la mayor parte de la literatura de origen anglosajón, resulta interesante señalar las diferencias semánticas existentes entre los vocablos “trust” y “confidence”, utilizados para referirse a lo que en castellano conocemos únicamente como “confianza”, aunque en esto también hay diferencia de criterios. Para Gilson, la utilización del término “trust”, el más utilizado en la literatura a la que nos referimos, implica que los juicios se hacen en base a la incertidumbre sobre el otro o los otros, mientras que “confidence”, se utiliza en una situación de relativa estabilidad y seguridad, en la que los juicios sobre los otros implican un riesgo reducido para la persona que los emite (Gambetta 1990, L. Gilson 2006). Otros autores, como Calnan y Sanford, señalan que la diferencia radica en que “confidence” se refiere a la capacidad en términos de

competencia para realizar algo, mientras que “trust”, hace referencia a la voluntad de generar beneficio para otros con dicha acción (Calnan y Sanford 2004).

Gráfico 11. Investigaciones empíricas sobre la confianza en el sistema sanitario por países.



Fuente: Adaptado y ampliado a partir de Calnan y Rowe (2004) *Research into trust by country*.

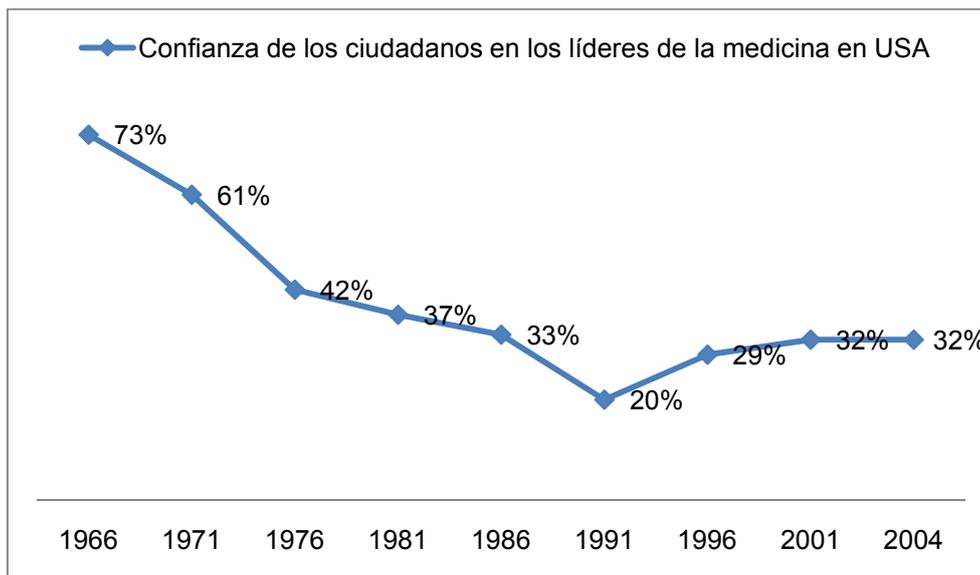
La crisis de la confianza en el sistema sanitario norteamericano ha sido analizada por autores como Pippa Norris, Robert D. Blendon, o David Shore. Esta erosión de la confianza tanto en el médico como en el sistema, se enmarca dentro de una ola de desconfianza de los ciudadanos estadounidenses, ya señalada por Putnam (R. D. Putnam 1995) hacia el gobierno y las instituciones públicas (R. J. Blendon 2007). El paralelismo entre la decadencia de la confianza en las instituciones y en la sanidad en USA es, según este autor, tan claro, que puede extenderse incluso a

instituciones u organizaciones como la iglesia, los bancos o las compañías aéreas.

Siguiendo a Robert Blendon y a David Shore se pueden señalar algunos de los aspectos que propician esa erosión de la confianza en la sanidad en Estados Unidos. En primer lugar la ya señalada generalización del “managed care” en la gestión de las compañías de seguros médicos e instituciones sanitarias estadounidenses, que ha generado incertidumbre en los pacientes respecto a si el ahorro de costes de los seguros, repercute en el tratamiento que reciben. En este sentido, Mechanic afirma que la comercialización de la asistencia médica, los conflictos de interés y el aumento del “managed care”, han desafiado la visión que los pacientes tienen de la competencia, la vocación social y la responsabilidad de los médicos, y por lo tanto su confianza en ellos (Mechanic 1996a). Por otra parte los errores médicos aumentan la percepción del riesgo, así como los engaños generalizados al sistema, en muchos casos promovidos por los propios médicos para conseguir una mayor cobertura del seguro para el paciente. La investigación médica, que en ocasiones atraviesa los límites establecidos por la legislación, y los continuos cambios en los protocolos y en las recomendaciones médicas, como la recomendación de suplementos hormonales para las mujeres menopáusicas que luego se demostraron perjudiciales, son también una fuente de incertidumbre y desconfianza para los pacientes. Además las mujeres tienden a ser más desconfiadas que los hombres al igual que determinados sectores de población, que se sienten tratados de forma diferente. Los intereses de las grandes corporaciones farmacéuticas están también en el punto de mira de los ciudadanos, que ven su salud supeditada a los intereses económicos de las grandes empresas. Por último, la aparición de pandemias a nivel mundial como la reciente “gripe A”, y su gestión, a veces desafortunada, así como el tratamiento que los medios de comunicación otorgan a la sanidad, son en parte responsables del referido aumento de la desconfianza de la sociedad

estadounidense en el sistema sanitario y sus miembros. En la siguiente tabla se observa la importante disminución de la confianza de los estadounidenses en los líderes de la sanidad entre el 1966 y el año 2004.

Gráfico 12. Evolución del nivel de confianza de los estadounidenses en los líderes de la sanidad



Fuente: Robert Blendon “Why Americans don’t trust the government and don’t trust healthcare” en Shore, David “The trust crisis in healthcare”, 2007. Data from Harris Interactive Polls (1996-2004)

Pippa Norris ofrece una explicación a esa disminución de la confianza en la sanidad y en otras instituciones estadounidenses. Sus argumentos se basan en que un largo proceso de cambio cultural ha alterado la relación médico-paciente en USA, así como en otras sociedades post-industrializadas (Norris 2007). Algunos de estos cambios serían, el ya referido aumento del nivel cognitivo de los pacientes, y la existencia de una menor deferencia a la

autoridad. Esta autora señala, a su vez, la existencia de tres teorías de la confianza³⁹ en el médico y la sanidad.

En primer lugar, el <<modelo del desempeño institucional>> (“institutional performance model”), basado en que una buena gestión por parte de las organizaciones e instituciones sanitarias genera confianza en los ciudadanos, asumiendo que éstos están en disposición de reconocer un buen o un mal desempeño de las instituciones. Dentro de este modelo teórico, Mechanic señala que la confianza de los ciudadanos en la sanidad se fomenta mediante aspectos como, la capacidad de elección, la continuidad en el cuidado, el tiempo de consulta, o la participación de los pacientes en las decisiones médicas (Mechanic 1996a). El <<modelo del desempeño institucional>> no reconoce una relación relevante entre el sistema social y la confianza en las instituciones, siendo ésta únicamente el resultado de la satisfacción que los ciudadanos perciben respecto del desempeño de la asistencia sanitaria (Norris 2007, 35). Aunque contemplan aspectos importantes, estas teorías no explican totalmente la generación, aumento o disminución de la confianza de ciudadanos y pacientes en la sanidad.

En segundo lugar, está el <<modelo del capital social>> (“social capital model”), al que se ha hecho referencia con anterioridad, y que defiende que la construcción de relaciones interpersonales de confianza y de cooperación, es producto de la socialización y de las experiencias propias, que a su vez contribuyen a la creación de asociaciones y organizaciones sociales en las que los ciudadanos confían. Además, una relación de confianza médico-paciente, puede desarrollarse en la repetición de encuentros cara a cara a lo largo del tiempo (Norris 2007). Tampoco el modelo del capital social tiene

³⁹ En inglés el original “Theories of Trust and Confidence”.

capacidad totalmente explicativa de las relaciones de confianza que los ciudadanos construyen en torno a la sanidad.

En tercer y último lugar se sitúa la <<teoría de los cambios culturales y la modernización>> (“cultural shifts and modernization theory”), que sugiere que el cambio de valores en las sociedades postindustriales ha estimulado el desarrollo de una ciudadanía más crítica, que cuestiona las fuentes tradicionales de autoridad, como los valores y normas religiosas, científicas y morales. Esta teoría tiene su origen en los escritos de Karl Marx o Max Weber, entre otros, siendo uno de los autores más recientes Ronald Inglehart, que señala que la predominancia de los valores post-materialistas de la juventud en la posguerra, debilitó los valores tradicionales y las instituciones existentes hasta la fecha. Estos cambios también han afectado a las relaciones de confianza en el ámbito de la sanidad, sirviendo como ejemplo el crecimiento de las medicinas alternativas (Inglehart 1990).

Finalmente, la autora señala las teorías de modernización de la sociedad como las más satisfactorias para la explicación de la disminución en Estados Unidos de la confianza en la medicina y en las instituciones en general. Sin embargo, ninguna de las tres teorías tomadas de forma aislada explica íntegramente las relaciones de confianza en la sanidad, ya que también se ha demostrado la influencia de factores como el cambio de modelos de gestión, o la socialización y las experiencias propias de los individuos, por lo que se podría hablar de una combinación de factores presentes en todas ellas, como condicionantes del aumento o disminución de la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad.

Aunque es cierto que existe una importante disminución de los niveles de confianza de los ciudadanos estadounidenses en la medicina, la confianza que éstos depositan en los médicos sigue siendo relativamente elevada (Norris 2007). Esto se repite en otros sistemas sanitarios, como el Sistema Nacional de Salud británico (NHS) (Calnan y Sanford 2004). Algunos

estudios sobre la confianza en las instituciones en diferentes países de Norteamérica y Europa Occidental⁴⁰, demuestran la existencia de importantes variaciones transnacionales en los niveles de confianza de los ciudadanos en instituciones públicas y privadas, así como en la tendencia de estos a lo largo del tiempo (Norris 2007). Es decir, a priori, no se puede afirmar que el hecho de que en Estados Unidos exista una ola de decadencia en los niveles de confianza ciudadana en las instituciones, signifique que esa tendencia se repita en otros países democráticos con sociedades post-industrializadas. Sin embargo, es difícil señalar hasta qué punto los niveles de confianza en los diferentes sistemas sanitarios se deben a aspectos relacionados con el propio diseño del sistema, con la asistencia o a aspectos de carácter social y cultural.

La hipótesis de que las diferencias en los sistemas sanitarios, tienen su reflejo en la confianza de los ciudadanos y pacientes hacia el sistema es el centro de una investigación transnacional sobre la confianza en la sanidad en tres países europeos, Alemania, Países Bajos y Reino Unido (Calnan y Rowe 2008, Van der Schee, Braun, y otros 2007). Según esta investigación, la confianza de los ciudadanos en sus sistemas sanitarios, se ve condicionada por la existencia de garantías institucionales y la disponibilidad de asistencia sanitaria de calidad, además de, el tratamiento de la sanidad por parte de los medios de comunicación (Shore 2005, Shore 2007, Mechanic 1996a, Van der Schee, Braun, y otros 2007) y las diferencias culturales entre países (Fukuyama 1995). Los resultados muestran que, existen diferencias importantes en los niveles de confianza reportados en los países objeto de análisis, de modo que son más elevados en Reino Unido, seguido de los Países Bajos, y por último Alemania. De este modo, el

⁴⁰ Concretamente nos referimos a dos oleadas de la WVS (World Values Survey), realizadas en 17 países democráticos entre los años 1981-1984 y 1990-1993.

análisis revela que aunque no parece que existan diferencias entre los tres países respecto de las garantías institucionales, la financiación del sistema es diferente en cada uno de ellos, de modo que, mientras que se propicia la existencia de una relación estable entre el médico de atención primaria, que actúa como “gatekeeper”, y el paciente, en Reino Unido y en los Países Bajos, no ocurre lo mismo en Alemania, donde la capacidad de elección del doctor es total. En cuanto a la disponibilidad de la asistencia sanitaria, es más amplia en Alemania que en los otros dos países con niveles más elevados de confianza y donde existen problemas con las listas de espera, por lo que, según esta investigación, no se pueden achacar a esto las diferencias en los niveles de confianza. Finalmente, los autores defienden que estas diferencias son debidas, fundamentalmente, a factores culturales propios de cada una de las sociedades de los tres países, por lo que los sistemas sanitarios no serían comparables en función del grado de confianza que generan.

Sin embargo, asumiendo las condiciones peculiares que cada cultura impone a las percepciones de los ciudadanos, el estudio de la confianza tomada como variable en la sanidad, es tan relativa a la cultura de un país como cualquier otra variable de construcción cultural en cualquier sistema social. Efectivamente, podemos asumir que un ciudadano inglés y un ciudadano español, cuando se les pregunta por el nivel de confianza en el sistema, responden por experiencias y vivencias diversas en su relación con los respectivos sistemas sanitarios. Pero lo mismo ocurre cuando se les pregunta a un norteamericano y un gallego por el liderazgo político, la monarquía o cualquier variable que nos permite analizar la sanidad pública. Las diferencias en la organización y la gestión de los diferentes sistemas sanitarios inciden indudablemente en los niveles de confianza de la ciudadanía, e incluso en la propia noción de confianza (que es en si misma un constructo cultural) y en su valor para la satisfacción con el sistema, pero eso no impide que la “gestión de la confianza” no sea una tarea abarcable

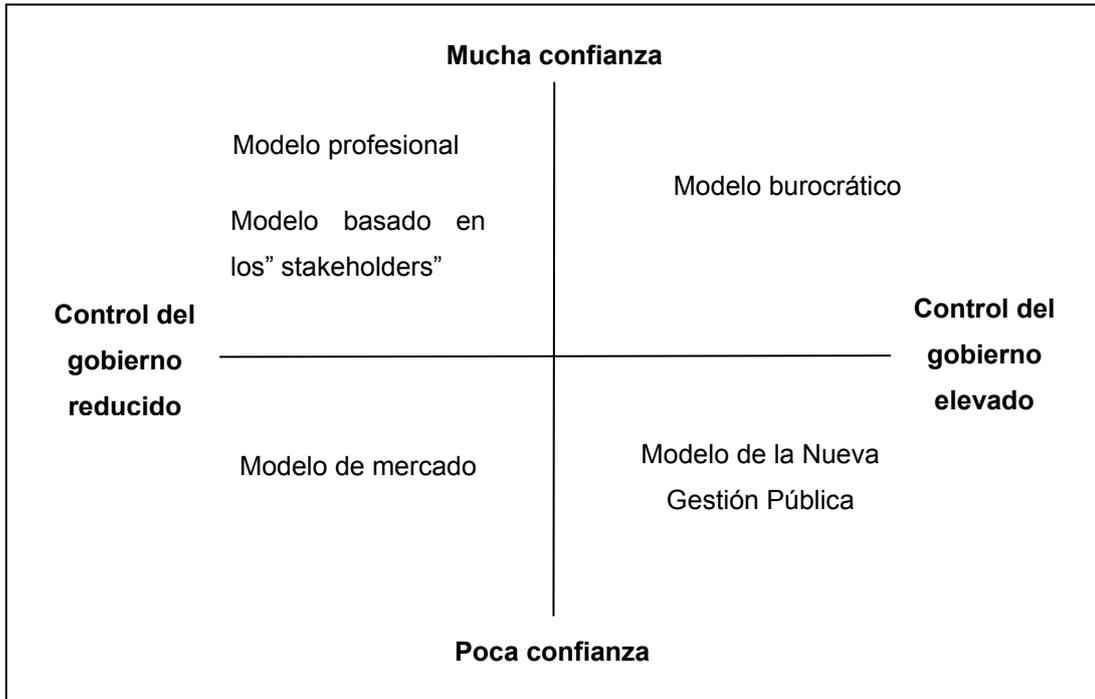
dentro de los niveles y parámetros en que cada sistema la condiciona. Y si no, no podríamos estar hablando, como llevamos haciendo los últimos años, de la erosión de la confianza en Estados Unidos (Shore 2005, Shore 2007) y en el Reino Unido (Mechanic 2004), entre otros muchos países. Aún más, el hecho de que la confianza sea entendida como un constructo social y cultural, permite suponer que es modificable, si se modifican determinados elementos mediadores de las relaciones interpersonales y colectivas, aunque sometida a las limitaciones que en su día estableció Inglehart para los cambios culturales (Inglehart 1990).

Algunos acontecimientos ocurridos a lo largo de los años 90 en el Reino Unido, como el de Bristol⁴¹, llevaron a los responsables del NHS, a modernizar el sistema, con el objetivo fundamental de aumentar la confianza entre los ciudadanos y los pacientes, gestionar el riesgo y reducir la quiebra en la confianza causada por los errores médicos (Alaszewski 2003). Esta orientación es la respuesta a la creencia de que los cambios en los niveles de confianza de los ciudadanos en los sistemas sanitarios, están relacionados con las políticas públicas implementadas por los gobiernos, además de por los procesos de cambio sociales y culturales, o incluso el efecto de los medios de comunicación en su cobertura de los errores médicos u otros problemas del sistema de salud. A este respecto, Calnan y Rowe mantienen que diferentes formas de gestión de la asistencia sanitaria, generan diferentes modelos y niveles de confianza (Calnan y Rowe 2008). Por ejemplo, un alto nivel de confianza, no exige un alto grado de “accountability”, y a la inversa, cuando la confianza es baja, la demanda es mucho mayor. Además, sugieren que ni la Nueva Gestión Pública, ni los

⁴¹ A principios de los 90 se destaparon una serie de errores médicos ocurridos en el servicio de cirugía cardíaca infantil del Bristol Royal Infirmary, fundamentalmente cirugías de alto riesgo, con el resultado del fallecimiento de 29 bebés y niños de corta edad. (Bristol Royal Infirmary Enquiry 2001)

mecanismos de mercado, son capaces de elevar los niveles de confianza en la sanidad.

Figura 8. La distribución de la confianza y el control del estado en los modelos de gestión sanitaria.



Fuente: Adaptado de Calnan y Rowe 2006.

Según la clasificación propuesta por Calnan y Rowe (2006), el modelo burocrático, que conlleva un elevado control del gobierno, genera un alto nivel de confianza, mientras que el modelo de la Nueva Gestión Pública, genera niveles de confianza más bajos, ya que promueve la reducción de costes y aumenta la sensación del riesgo del paciente a que la calidad de la atención se deteriore por ello. Por otra parte, el modelo de mercado no es adecuado para la gestión de servicios básicos como la salud, y combina un reducido control por parte de las autoridades, con bajos niveles de confianza

por parte de la población. Por último, a pesar de que implican un control reducido del gobierno, los modelos basados en la competencia profesional y la responsabilidad exigida por los “stakeholders”, generan elevados niveles de confianza en la ciudadanía.

Los intentos de modernización del sistema nacional de salud británico (NHS), tienen uno de sus reflejos en 1998 en el informe del departamento de salud “*A first class service: improving quality in the new NHS*” que introduce una nueva orientación en las políticas sanitarias, con la que pretende impulsar un profundo cambio en las relaciones entre médicos, gestores y pacientes. Se trata del concepto de “clinical governance”⁴², que es una aproximación sistemática a la gestión de calidad y al control de la calidad, cuyo objetivo no es otro que asegurar la calidad de la asistencia sanitaria al paciente (Sale 2005). Tiene como eje central la asunción de responsabilidades por parte de los médicos, de modo que éstos participen en ámbitos de gestión, en colaboración con los gestores profesionales, y se responsabilicen también de la gestión eficiente de los recursos. Este modelo se basa en una atención sanitaria orientada al paciente, promoviendo la participación de éste en el sistema, la gestión del riesgo, la introducción de técnicas de “accountability”, la mejora continua de la calidad, y el establecimiento y mantenimiento de estándares de calidad. Más allá, en ocasiones se ha complementado con la introducción de la idea de “evidence-based medicine” (EBM) o práctica basada en resultados (EBP), que hace hincapié en la utilización de evidencias científicas en los diagnósticos, frente a la experiencia práctica profesional, dando lugar a lo que se conoce como “gestión clínica basada en resultados”.

En definitiva, la confianza es un eje central de este modelo de gestión, que se ha extendido a otros países europeos y EEUU. En España, con

⁴² En inglés el original, cuya traducción al castellano es “gestión clínica”.

experiencias en Comunidades Autónomas como Andalucía, Cataluña o País Vasco, ha cobrado relevancia ante la escasez de financiación en el sistema, y la necesidad de reducir costes, sobre todo en momentos de crisis como el actual⁴³. Aunque para algunos autores como Harrison y Smith, el nuevo marco de políticas públicas inspiradas en un modelo de “gestión clínica” ha generado un cambio en las relaciones de confianza, desviándolas del ámbito interpersonal a la confianza en constructos abstractos como normas y reglamentos, que reducen la incertidumbre (Harrison y Smith 2004), no es menos cierto, que la interacción con el médico, tendrá siempre un papel decisivo en la generación de confianza en los pacientes.

Para Calnan y Rowe (2008), estos cambios acaecidos en el modelo sanitario británico, han provocado una transformación de las relaciones tradicionales de confianza. Mediante un desarrollo teórico, estos autores proponen un marco explicativo de dicha transformación, que ha tenido lugar en tres niveles, la confianza del paciente en el médico, la confianza entre médicos, y la confianza de los médicos en los gestores sanitarios. La tradicional relación de confianza “personal”, aunque se mantiene generalmente estable en la Atención Primaria, debido a la relación de familiaridad establecida con el médico, es necesario complementarla en otros niveles de atención con una confianza “condicionada”, basada en la percepción de la competencia clínica y profesionalidad del médico. En segundo lugar, la tradicional confianza “entre pares”, existente entre los médicos, se convierte también en una confianza “condicionada”, necesaria para el trabajo en equipo, y fundamentada en la honestidad, la fiabilidad y la competencia profesional. Por último, la confianza entre gestores y médicos se basaba

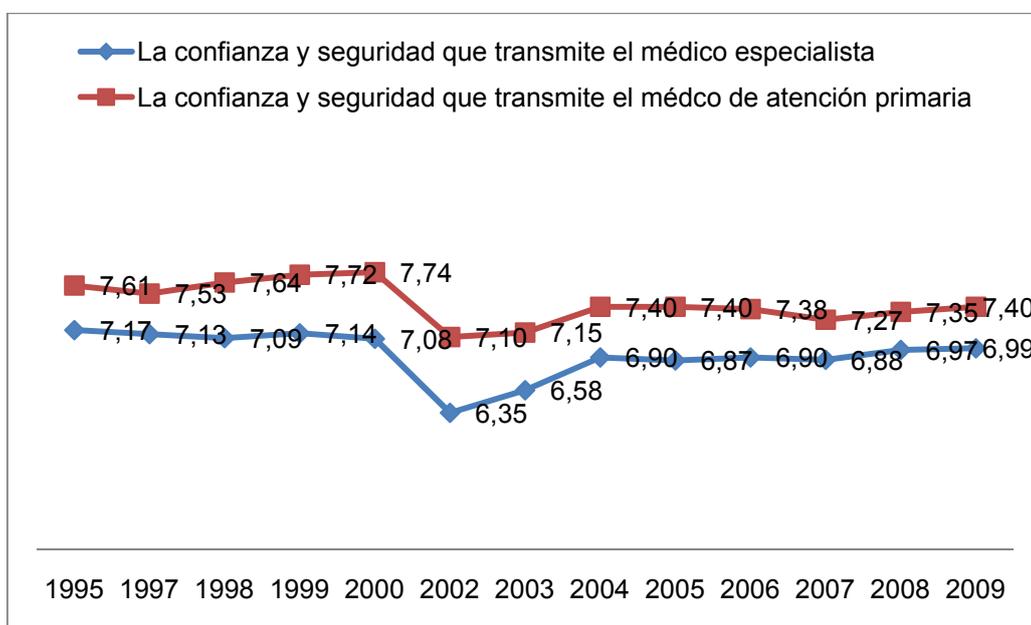
⁴³ Un ejemplo de la actualidad del modelo es un reciente artículo publicado en el periódico “El país” el pasado 1/11/2010 por Jordi Colomer y Juan del LLano , titulado: “Crisis económica y gestión clínica”:

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Crisis/economica/gestion/clinica/elpepusoc/20101101elpepusoc_2/Tes

tradicionalmente en las relaciones de “estatus”, mientras que actualmente es también una confianza “condicional”, basada en el altruismo, la accesibilidad, la honestidad y la competencia.

En España las investigaciones sobre la confianza en el sistema son muy escasas, como también lo son los datos disponibles en encuestas publicadas. De este modo, no contamos con una variable en los sondeos públicos, que mida la confianza en la sanidad a lo largo del tiempo, únicamente podemos referirnos a la confianza en el médico de atención primaria o especialista, preguntas que forman parte del “Barómetro Sanitario” realizado anualmente por el actual Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Según los datos que se presentan en el gráfico inferior, la confianza de los ciudadanos españoles en los médicos parece haberse erosionado ligeramente en los últimos años.

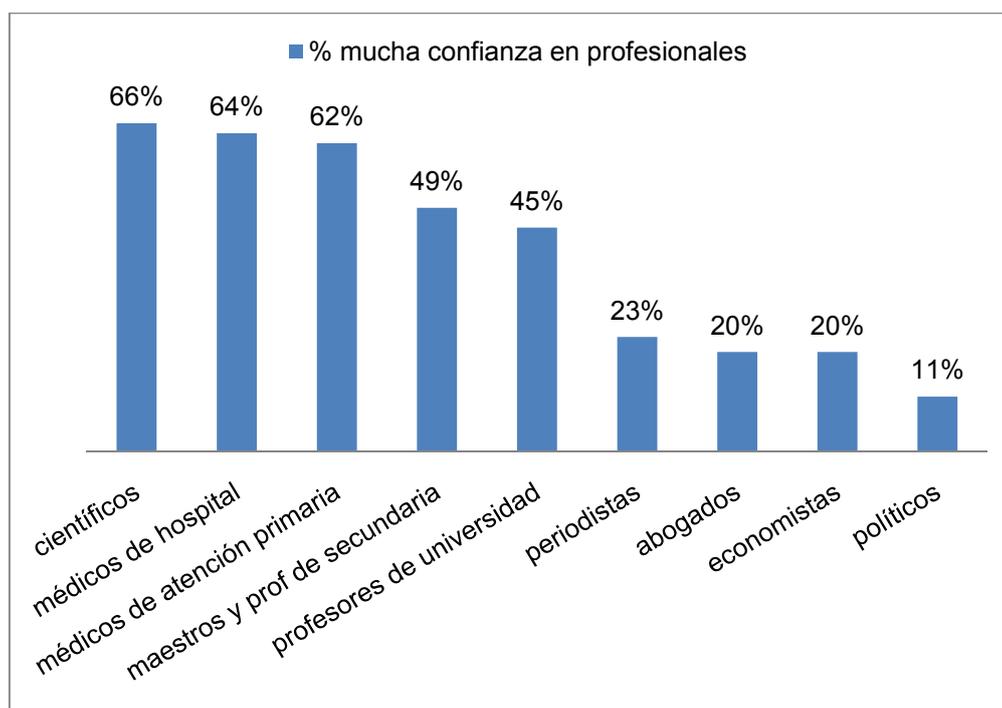
Gráfico 13. Grado de confianza de los españoles en el médico especialista y de atención primaria (escala 0-10)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La confianza en los médicos es elevada, lo que se confirma en una encuesta sobre la confianza en el sistema sanitario español⁴⁴, realizada por la Harvard School of Public Health y la Fundació Biblioteca Josep Laporte entre los años 2005 y 2006. A la pregunta sobre la confianza de los ciudadanos en los diferentes profesionales, los médicos de Hospitales y Atención Primaria ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente, después de los científicos, como los profesionales más respetados, por delante de los maestros, los profesores de universidad, los periodistas o los abogados (Jovell, y otros 2007).

Gráfico 14. Grado de confianza de los españoles en los profesionales



Fuente: en Jovell y otros (2007), con datos de Harvard School of Public Health and Fundació Biblioteca Josep Laporte, *Trust in the Spanish Health Care System Survey*, 2005/2006.

⁴⁴ Trust in the Spanish Health Care System Survey. Harvard School of Public Health/ Fundació Biblioteca Josep Laporte, 2005/2006.

La confianza en la sanidad está condicionada por numerosas variables, algunas de las cuales, las más importantes, ya han sido mencionadas, como aquellos aspectos relacionados con la propia organización del sistema (capacidad de elección, la participación del paciente en la toma de decisiones...) o, sobre todo, la relación que se establece entre el médico y el paciente (profesionalidad, atención,..), pero hay muchas otras que han sido analizadas en algún momento en estudios puntuales. Factores sociodemográficos como la edad, el género, la etnia o el estatus socioeconómico, han sido vistos también como condicionantes del grado de confianza (Brownlie, Greene y Howson 2008). De igual manera, se ha observado que a menor estatus económico, aumenta la desconfianza (Shore 2007), mientras que el hecho de tener contratado un seguro privado también ha sido visto como un indicador de un menor nivel de confianza (Calnan y Rowe 2004), aunque es cierto que esto se relaciona indudablemente con la capacidad económica del individuo. La edad ha sido señalada como factor favorable a la confianza, ya que los niveles suelen ser más elevados a medida que esta aumenta (Mainous, y otros 2001, Cook y Stepanikova 2008), y una mayor capacidad de elección se ha asociado también a un aumento en la confianza (Kao, y otros 1998), mientras que otros estudios inciden en la importancia de la continuidad de la relación médico paciente (Mainous, y otros 2001). Por último, Hall demuestra que la confianza en el sistema puede contribuir al desarrollo de la confianza interpersonal médico-paciente, aunque no exista experiencia previa entre ambos (Hall, Dugan, y otros 2001).

Sin embargo, no está tan claro de qué forma la confianza interpersonal afecta a la confianza en el sistema (Calnan y Rowe 2008). Parece que la visión de los pacientes a nivel micro, es más importante que la opinión de los ciudadanos sobre cómo se organizan o se financian los servicios sanitarios (Calnan y Sanford 2004). El análisis de esta ecuación, figura entre los propósitos de esta investigación, ya que resulta fundamental para el diseño

de un modelo de análisis de la satisfacción de los pacientes y los ciudadanos con el sistema sanitario público de Galicia.

Finalmente, Gilson señala el análisis de la confianza en el ámbito sanitario como fundamental para alcanzar tres propósitos, a saber, el estudio de los sistemas sanitarios como complejas organizaciones sociales, más que como instituciones a través de las cuales se ejecuta la asistencia sanitaria; el análisis de los términos de equidad y justicia en el contexto sanitario; y el análisis de las prioridades en la gestión y la elaboración de políticas públicas (L. Gilson 2006). Este tercer aspecto resulta particularmente importante, y refrenda la idea, anteriormente señalada, de la necesidad de “gestionar la confianza”. Más allá, la autora señala que el desarrollo de la confianza en el ámbito sanitario, no es posible únicamente mediante el aseguramiento de la competencia de los profesionales de la salud, sino que requiere que éstos tengan las actitudes y la capacidad para comprender y motivar a los pacientes, y que las instituciones y organizaciones garanticen comportamientos éticos y generen las bases de la confianza. La confianza puede verse afectada por la comunicación y la toma de decisiones, las relaciones laborales entre los profesionales sanitarios, así como por la confianza de los pacientes en los proveedores o en la forma en que éstos son retribuidos, entre otros. En definitiva, la confianza en el médico es la base del sistema, y garantía de la legitimidad de la asistencia, al mismo tiempo que supone el punto de partida para la construcción de la confianza de los ciudadanos en el sistema que garantice la continuidad del mismo (Salter 2004).

3. La cultura sanitaria como cultura política

A lo largo de la segunda mitad del Siglo XX la noción de cultura sanitaria se extiende por la sociología médica para hacer referencia primero al “marco simbólico” en el que se inscribe el “acceso al

conocimiento, así como el significado de las personas acerca de su cuerpo, la manera de cómo lo perciben, las reacciones y procedimientos que hay que seguir para cuidarlos” (Chávez-Cortois 2003, 69), es decir, a los aspectos del orden cultural que inciden en las personas para adoptar ciertos comportamientos respecto de su propia salud. Una lectura de corte culturalista, con numerosas reminiscencias antropológicas, que reconoce la relación entre nuestros marcos simbólicos y nuestra forma de abordar la optimización del bienestar físico individual.

Implicados fundamentalmente en catalogar y corregir los hábitos sociales que desembocan en déficits para el cuidado de la salud, especialmente primero en la relación entre alcohol y salud, después en la que se produce con el tabaco y, en los últimos años obsesionados con los malos hábitos alimentarios, la incorporación de drogas sintéticas de diseño o las prácticas de riesgo en el sexo, los estudiosos de la salud se han servido de la idea de “cultura sanitaria” para aproximarse a los factores de corte cultural que estaban detrás de todos estos acontecimientos.

Vista de este modo, y aunque la hemos traducido como “cultura sanitaria”, la “health culture” es estrictamente hablando, una “cultura de la salud”, o dicho de otro modo, hace referencia a factores de corte cultural que están en la base de nuestra salud. El propio concepto de “salud”, es así visto como un constructo cultural que impone unas determinadas pautas de lo que es “estar sano”, idea que ha variado a lo largo de los tiempos y que en nuestras sociedades desarrolladas responde a modelos estadísticos relacionados fundamentalmente con la prolongación de la vida. Ni que decir tiene que las culturas de la salud, así entendidas, son diversas y variadas. Y no hay más que pensar en las polémicas que hay hoy en los países de toda Europa por la promulgación de leyes referentes al consumo de tabaco en lugares públicos para comprender la importancia de los diferentes modelos de culturas de la

salud que conviven en una sociedad. Pero no es esta idea de cultura sanitaria la que queremos manejar en este capítulo. Ni siquiera aquella que hace referencia a la incorporación de hábitos de vida que conjuntamente caracterizan lo que denominamos “vida saludable” y que conforman en su conjunto una filosofía de vida encaminada a “vivir para disminuir el riesgo de enfermedad del cuerpo” e incluso a reducir los costos de las empresas en sanidad o a mejorar la productividad.

Cuando hablamos de cultura sanitaria queremos hacer referencia al marco en el que se mueven los modelos de relación que los ciudadanos tienen con el sistema sanitario. No es pues, desde nuestro punto de vista, una cultura de la salud; es una cultura de la sanidad. Y no se limita al marco cultural en el que se inscribe el cuidado del propio cuerpo sino a aquél en el que se inscriben las pautas y factores que inciden en la relación entre administrados y administración de la salud, entendiendo que la salud es un derecho fundamental, tal y como reza la Constitución de la OMS, que los estados deben garantizar y que esa garantía puede estar administrada por el propio Estado o en manos privadas.

El origen de la preocupación porque los Estados se ocupen de los problemas de salud de los ciudadanos, se remonta a la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano de 1789. Posteriormente, a finales del siglo XIX y durante el siglo XX, comienzan a funcionar algunos sistemas de seguros estatales como es el caso del alemán (1881), puesto en marcha durante el gobierno de Bismarck, o el inglés (1948), inspirado en el informe Beveridge de 1942. Por otra parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la ONU en 1948, recoge en su artículo 25, el derecho de toda persona a “un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar;(…) tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez (...)”. De esta forma se ponen los mimbres para la universalización del derecho a la atención

sanitaria, aunque esté muy lejos de cumplirse en todos los Estados Miembros de Naciones Unidas.

En España, como se ha dicho, la Constitución de 1978 recoge en su artículo 43 el “derecho a la protección de la salud”, y se establece la competencia de los poderes públicos para “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. El desarrollo legislativo posterior, fundamentalmente a través de la Ley General de Sanidad (1986)⁴⁵, la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes (2002)⁴⁶ y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003)⁴⁷, así como la legislación de las Comunidades Autónomas, se han ocupado de afianzar y concretar los preceptos recogidos en la Carta Magna.

El marco legal, está, por lo tanto, claramente delimitado, y como se ha visto, en el caso español, establece la obligación del Estado y las Comunidades Autónomas de garantizar un servicio sanitario público y universal.

Sin embargo, en la práctica, ¿cómo es la relación de los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?. A este respecto, no es muy abundante la literatura que se refiere a la naturaleza de la relación de los ciudadanos y pacientes con el sistema, pero, no cabe duda, de que transcurridos más de treinta años desde los inicios de la cobertura pública de la salud en nuestro país, los ciudadanos han ido desarrollando una serie de pautas de comportamiento y expectativas hacia el sistema, configurando lo que hemos denominado “cultura sanitaria”.

⁴⁵ Véase Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

⁴⁶ Véase Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

⁴⁷ Véase Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

El concepto de “cultura sanitaria” que aquí se propone, es dependiente de las formulaciones clásicas sobre la cultura política (Almond y Verba 1963) de la ciudadanía. La pregunta que se plantea es: ¿podemos hablar de la cultura sanitaria como una cultura política?

En primer lugar, para intentar contestar a esta pregunta conviene recordar que las nociones de cultura política han evolucionado mucho desde Almond y Verba, pero que siempre han mantenido una referencia a aquel concepto primigenio que la entendía como la *“particular distribución de las pautas de orientación hacia objetos políticos entre los miembros de una nación”* (Almond y Verba 1963, 14-15). Pero más allá de la noción de “orientación”, de la tensión entre las “orientaciones y las actitudes”, que tantas páginas ha inspirado, lo sustancial es que desde entonces la noción de cultura política hace referencia a aquellas creencias, normas y valores de los ciudadanos de una nación.

No importa si la noción de cultura es más o menos antropológica o sociológica (Von Beyme 1977, 253), si tiene raíces psicológicas por cuanto Almond y Verba la entendían como *“la orientación psicológica hacia los objetos sociales”* (Almond y Verba 1963, 14) o si adquiere la forma de un “orden moral” (Topf 1989), o una cosmogonía que conecta lo micro, lo macro y lo meso del orden social (Girvin 1989). Lo fundamental, al menos para este trabajo, reside en comprender que los valores y creencias compartidos no se agrupan libre y azarosamente, sino que lo hacen debido a las relaciones sociales, que al mismo tiempo contribuyen a legitimar (Thomson, Ellis y Wildasky 1990).

La cultura política que pensaron Almond y Verba se refería a orientaciones específicamente políticas, predisposiciones relativas al sistema político y sus diferentes elementos, así como actitudes con relación al rol de uno mismo dentro de dicho sistema (Almond y Verba 1963, 13). Siguiendo a Parsons, en la clásica formulación que todos conocimos, los autores señalan que

estas orientaciones tienen carácter cognitivo, aquellos conocimientos y creencias acerca del sistema político; carácter afectivo, refiriéndose a los sentimientos acerca del sistema político; y carácter evaluativo, los juicios y opiniones sobre objetos políticos, que combinan criterios de valor, con la información y los sentimientos.

En definitiva, el concepto de cultura política hace referencia al mismo tiempo a la dimensión subjetiva de las percepciones de los individuos sobre la política, y a las orientaciones colectivas de los mismos. Y aunque la tensión entre la lectura individual y la lectura colectiva de la cultura política ha sido origen de regueros de tinta, la verdad, es que poco más se ha argumentado que la crítica de que en su concepción originaria, la cultura política nacional se construyese como agregado de culturas políticas individuales.

Lo cierto es que, sin la noción de cultura política, sería imposible comprender los elementos mediadores que nos permiten la construcción de las preferencias y el modo en que la explicación exógena de la política ha dejado cabida paulatinamente a la explicación endógena. Nuestra lectura parte de comprender que hay elementos de naturaleza cultural que asientan una explicación endógena de nuestra percepción del sistema sanitario y que esta explicación genera una cultura sanitaria que funciona a modo de cultura política.

¿Es el sistema sanitario una parte del sistema político?, ¿Son los componentes de la cultura sanitaria semejantes a los componentes de la cultura política?

El primer punto de encuentro entre nuestro concepto de “cultura sanitaria” y la “cultura política” lo encontramos pronto. Al hablar de “cultura sanitaria”, nos referimos a las actitudes, y pautas de comportamiento individuales y colectivas hacia el sistema sanitario, que entendemos son producto de las experiencias de los individuos, tanto cuando desempeñan el rol de

pacientes, como de la transmisión y acumulación de dichas experiencias, y las orientaciones colectivas que de ellas derivan. Más allá, de acuerdo con Inglehart, la cultura política, y en este caso la cultura sanitaria, no sólo afecta a la estructura del sistema y a la política, sino que el proceso también se produce a la inversa, y las “orientaciones” (a fin de cuentas, predisposiciones que se manifiestan en actitudes) de los pacientes y ciudadanos hacia el sistema, se ven condicionadas por el mismo (Inglehart 1990).

Además, la cultura política es el nexo de unión entre los niveles micro y macro (Almond y Verba 1963), al igual que lo es la cultura sanitaria, entre las predisposiciones individuales del paciente en su propia experiencia, y las actitudes colectivas de la ciudadanía hacia el sistema.

Pero, ¿cómo funciona el mecanismo de “socialización” respecto de la sanidad?. Partiendo de un concepto dinámico de la socialización, como forma de reinterpretación, reorganización y al mismo tiempo de transmisión de la cultura de unos a otros, al igual que en el caso de la socialización política (Eckstein 1988), la socialización en la “cultura sanitaria” ocurre a lo largo de todo el ciclo vital.

La confianza es, a este respecto, uno de los condicionantes principales en la formación de la cultura política y en el desarrollo de las sociedades democráticas actuales, al igual que, como hemos visto, lo es en el desarrollo y consolidación de la “cultura sanitaria” y su sistema de salud de referencia. Este es sin duda otro de los puntos en común de ambos conceptos. Concretamente, si tal y como se ha expuesto, la experiencia en el uso del sistema genera modelos diferentes de valoración, tanto la confianza institucional como la confianza de los pacientes en los profesionales de la medicina es producto de la experiencia con el sistema (Calnan y Rowe 2008). Si no existe experiencia en la interacción con el sistema, o esta es muy reducida, difícilmente se establecerán patrones culturales que generen confianza.

En definitiva, desde nuestro punto de vista, los sistemas sanitarios, y las políticas públicas que los estructuran, son el “output” resultante del sistema político, son por tanto “objetos políticos” que conforman en sí mismos un sistema, y que pueden ser analizados e interpretados desde una perspectiva culturalista. Es más, no existe ningún estudio que obvie la forma de “constructo cultural” que adquieren algunos de los más importantes componentes del sistema sanitario. Como “cultura política”, las actitudes hacia el sistema sanitario tienen un carácter de continuidad, y no se modifican circunstancialmente.

¿Cuáles son entonces según nuestra propuesta, los componentes principales de la “cultura sanitaria”?, y sobre todo, ¿Cuál es el rol de la misma en los niveles de satisfacción de pacientes y ciudadanos con el sistema sanitario público?

En esta investigación sostenemos que, en primer lugar, la experiencia con el sistema y por lo tanto su conocimiento, son componentes fundamentales en la conformación de la “cultura sanitaria”, tanto en su dimensión individual como colectiva. Los individuos desarrollan sus actitudes hacia la sanidad en función de las experiencias que hayan tenido con el sistema, pero al mismo tiempo, sus juicios están condicionados por las experiencias de sus familiares y allegados, así como por los inputs que reciben de los medios de comunicación.

De este modo, cabe suponer que las expectativas de la ciudadanía en España hacia el sistema sanitario no eran las mismas en el inicio de la democracia que en la actualidad, y tampoco lo es la “cultura sanitaria” de los españoles. Por otra parte, tampoco los jóvenes comparten la misma “cultura sanitaria”, tal y como aquí la entendemos, que aquellos que por su edad, tienen una experiencia con el sistema mucho mayor.

Otro aspecto fundamental es, como se ha dicho, la confianza, en el nivel micro, es decir en el médico y el personal sanitario, y en el nivel macro, en el sistema sanitario público. La confianza es, de forma individual, y al mismo tiempo, como variable determinante del desarrollo de la “cultura sanitaria”, un factor fundamental, condicionante de la satisfacción de pacientes y ciudadanos con el sistema. En el fondo, la confianza no es otra cosa que una actitud que refleja la predisposición del paciente hacia el sistema sanitario. En este sentido, igual que la cultura política hacía referencia a las predisposiciones del ciudadano hacia el sistema, nuestra idea de cultura sanitaria incluye las actitudes del paciente hacia el sistema sanitario, cuyo indicador más importante es la confianza.

Y al igual que la cultura política marcaba una dirección que conectaba el sistema con el ciudadano a través de los “outputs” del sistema, en nuestro planteamiento, como veremos más adelante, se contempla la idea de una predisposición del sistema hacia el paciente cuya manifestación fundamental es el trato que le dispensa, como veremos al analizar el caso gallego.

Finalmente, nuestra lectura tiene también una componente evaluativa que permite integrar todos estos aspectos actitudinales que conforman la relación. Esta estructura de aspectos que tienen que ver con la experiencia, las actitudes y la evaluación, tal y como se presenta en el siguiente esquema, evocan la existencia de un espacio de mediación que condiciona nuestra lectura de los procesos sanitarios.

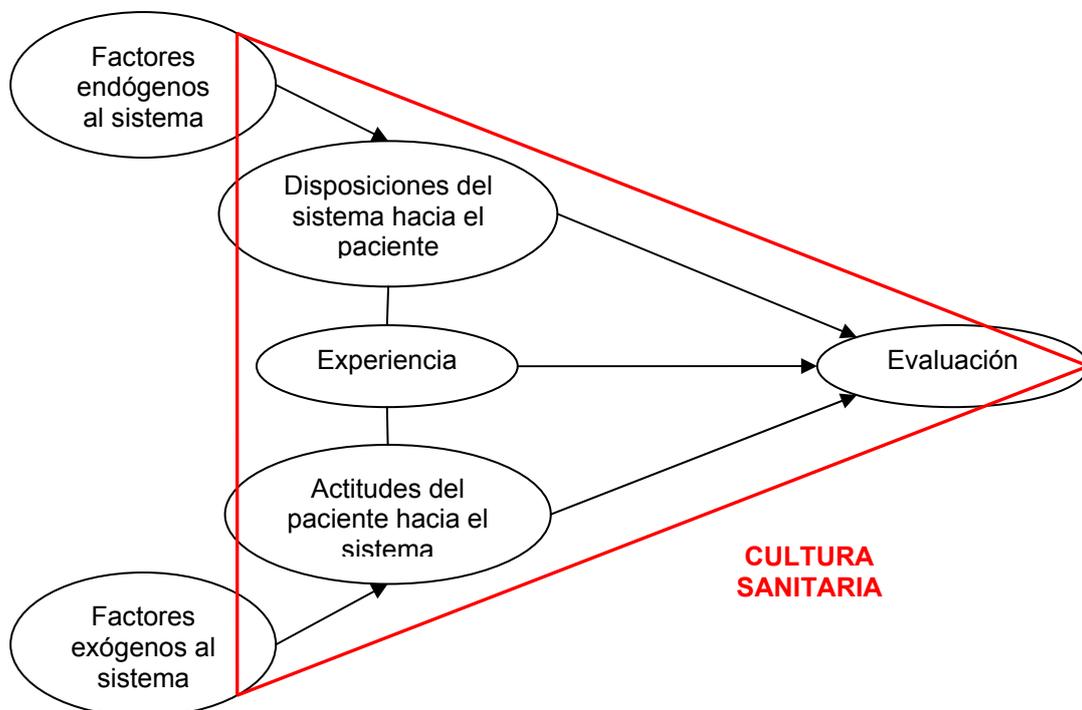
La “cultura sanitaria”, entendida como el conjunto de actitudes y predisposiciones individuales y colectivas hacia el sistema sanitario, será una parte fundamental en la explicación del modelo de satisfacción de los pacientes y ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud, y en concreto, con el Servizo Galego de Saúde, que es el objeto de esta investigación.

A la segunda pregunta planteada sobre el rol de la cultura sanitaria en el nivel de satisfacción de ciudadanos y pacientes con la sanidad pública se intentará dar a lo largo de este estudio sólo una respuesta parcial con el análisis de los datos, pues sería el objeto de otro trabajo específico que debiera comenzar por hacer una investigación de campo específica y por constatar la existencia de modelos alternativos de culturas sanitarias.

Para nuestros efectos en este trabajo nos basta con asumir que existe una componente cultural, que mediatiza nuestra lectura global de la satisfacción y que sus componentes son básicamente identificables y se asemejan bastante a los de la cultura política.

La figura 9, representa de forma gráfica nuestro concepto de cultura sanitaria descrito en las páginas precedentes, y que, a su vez, es el centro de nuestro modelo explicativo de la satisfacción con la sanidad pública.

Figura 9: Modelo de cultura sanitaria



Fuente: elaboración propia

4. La imagen de la sanidad pública

El pasado 22 de noviembre de 2010, “La Voz de Galicia”, el principal diario de ámbito regional de Galicia, titula su portada “Miles de ciudadanos, en defensa de la sanidad pública”. La misma noticia es también portada de la mayoría de los medios de comunicación gallegos⁴⁸, que se hacen eco del seguimiento de la manifestación convocada por la “Plataforma Galega en Defensa da Sanidade Pública”, para el día anterior en Santiago de Compostela. El día 23 de noviembre, de nuevo las portadas de los medios de comunicación gallegos abren con una noticia relacionada con la atención sanitaria y el sistema de salud público gallego, en esta ocasión refiriéndose a un error médico que supuso el fallecimiento de un recién nacido⁴⁹. La misma noticia es recogida también por algunos medios de ámbito nacional⁵⁰. No se trata de una casualidad, las noticias sanitarias forman parte a diario del contenido informativo de los medios de comunicación, e incluso son el centro de algunas series televisivas y películas. Además, el porcentaje de población que busca información sobre temas relacionados con la salud en internet es muy elevado. En España, según la encuesta Pfizer de septiembre de 2010, sobre “El rol de internet en el proceso de consulta de información sobre salud”, el 80% de los individuos dicen acudir a internet en busca de información sobre aspectos de salud⁵¹. En Estados Unidos, las noticias del

⁴⁸ “La Voz de Galicia”: http://www.lavozdegalicia.es/galicia/2010/11/22/0003_8864469.htm;
“El correo gallego”: <http://www.elcorreogallego.es/galicia/ecg/non-imos-permitir-ninguen-faga-negocio-coa-sanidade/idEdicion-2010-11-22/idNoticia-613146/> ;

“El Faro de Vigo”: http://medias.farodevigo.es/portadas/2010-11-29_POR_2010-11-22_00_11_35_1_ejemplar2010112200.pdf

⁴⁹ En “La Voz de Galicia”:
http://www.lavozdegalicia.es/galicia/2010/11/23/0003_8866529.htm;

⁵⁰ ABC: <http://www.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=600105>; “El País”:
http://www.elpais.com/articulo/sociedad/bebe/muere/recibir/farmaco/prescrito/madre/elpepusoc/20101124elpepusoc_9/Tes

⁵¹ Véase en http://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/Resultados_encuesta_Pfizer.pdf

ámbito sanitario son el octavo tema más tratado por los medios de comunicación, suponiendo un 4,9% de las noticias en el primer semestre del año 2009 (The Kaiser Family Foundation and The Pew Research Center's Project for Excellence in Journalism 2009).

La influencia de los medios de comunicación en las sociedades modernas es innegable. Cada día nos despertamos pendientes de las noticias, y vivimos en continua interacción con los medios de comunicación, que son la principal fuente de información de los ciudadanos, ya sea a través de la prensa, la radio, la televisión, y muy particularmente en la actualidad a través de internet. Los medios de comunicación son *“vehículos a través de los cuales se construyen cogniciones socialmente compartidas, y formas de interpretar la realidad”* (D'Adamo 2007). Además la tecnología aplicada a la comunicación ha ido transformando el modo en que las personas se han acercado a la información, integrándolas en la sociedad como instrumento fundamental de comunicación, interpersonal y colectiva. Autores como Sartori afirman que, *“en las democracias actuales, el papel principal en la formación de la opinión pública lo desempeñan los medios de comunicación”* (Sartori 1988, 127), entendiendo la opinión pública como las *“opiniones generalizadas del público”* (Sartori 2002, 73).

El efecto de los medios de comunicación en la opinión pública es, por tanto, un elemento fundamental de análisis para sociólogos y politólogos, y ha sido muy estudiado en ámbitos como el análisis de las campañas electorales o el marketing político. Sin embargo, no es muy abundante la literatura que aborda la relación entre el tratamiento de las noticias por parte de los medios de comunicación y su efecto en la opinión pública y, por ende, en el diseño y programación de las políticas públicas.

Respecto de la variación de la opinión pública por efecto de los medios de comunicación de masas, las teorías propuestas han ido evolucionando. Desde la teoría inicial sobre el “gran impacto” de los medios de

comunicación, pasando por el paradigma de “los efectos mínimos” de la mano de autores como Lazarsfeld (Lazarsfeld, Berelson y Gaudet 1944), y asistiendo de nuevo al resurgimiento de los paradigmas que defienden que los medios de comunicación ejercen una gran influencia en la configuración de las opiniones de los ciudadanos. En la actualidad conviven ambos puntos de vista. Por una parte, el mencionado “paradigma de los efectos mínimos”, que se basa en la existencia de tres variables mediadoras en el impacto de las informaciones de los medios en los ciudadanos, a saber, las actitudes previas de los individuos, los grupos sociales a los que pertenecen, y la “competencia cognoscitiva” (Sartori 2002). En este marco surge lo que se denomina teoría de la “comunicación en dos escalones” (two step flow), que defiende que el efecto de los medios de comunicación en la ciudadanía se produce en dos etapas, en primer lugar la información llega a los líderes de opinión, que son los encargados de transmitírsela al resto de la ciudadanía. Sin embargo, los cambios tecnológicos han transformado de tal modo el proceso de comunicación, que hoy en día es necesario hablar de un nuevo modelo en el que los líderes de opinión son reemplazados por otros que ofrecen sus opiniones desde la televisión (D'Adamo 2007). En referencia a la irrupción de las imágenes y en concreto de la televisión en la sociedad, Sartori habla de la transformación del “homo sapiens”, producto de la cultura escrita, en “homo videns” cuya principal fuente de información es la imagen (Sartori 2002).

Si para Nicklas Luhnman, *“los medios de comunicación aportan una construcción de la realidad social”* (N. Luhman 2000, 147), para Elisabeth Noelle-Neumann, que ha analizado el tema desde la psicología, desarrollando la teoría de “la espiral del silencio”, aquellos que creen que defienden una opinión compartida por la mayoría, tienden a expresarla en público, mientras los otros permanecen en silencio, lo que contribuye a que la opinión de los primeros se postule como dominante. Ambas lecturas hacen hincapié en los poderosos efectos de los medios de comunicación en

la opinión de los ciudadanos en cuanto a su capacidad de condicionar que determinadas opiniones se consideren compartidas por la mayoría, y dominen por tanto el espacio público (Noelle-Newmann 1980).

Sea como fuere, es indudable que la opinión pública de los ciudadanos puede variar en su exposición a los medios de comunicación, y a su vez el efecto agregado de esas variaciones puede generar cambios en las políticas públicas (Strömberg y Snyder 2008). Autores como Milburn afirman que la estructura y el contenido de las noticias influyen sobre las cuestiones que los individuos consideran relevantes, así como sobre las actitudes que estos adoptan hacia la política y sus actores (Milburn 1991). En otras palabras, se trata de controlar la agenda política y el discurso.

En este sentido, los estudios sobre los efectos de la comunicación en la opinión de la ciudadanía han girado en los últimos años en torno a tres conceptos fundamentales, como son el control de la agenda (“agenda setting”), la teoría del “framing”, y el “priming”.

La teoría de la “agenda setting” fue propuesta por McCombs y Shaw en 1972, y su utilización se ha generalizado en todos los ámbitos de la ciencia política. Esta formulación tiene como eje central el proceso de selección de noticias llevado a cabo por los medios de comunicación, que tiene como resultado una mayor atención a unos determinados temas sobre otros, e incluso a la desaparición de determinados temas de la agenda (McCombs y Shaw 1972). El control de la agenda mediática, supone el control de los temas sobre los que se crea opinión, y genera gran influencia sobre la agenda política. La influencia de los medios de comunicación en la configuración de la agenda política, es lo que Garraud (1990) denomina modelo de la “mediatización”, refiriéndose a la capacidad de estos de inscribir determinados temas en la agenda.

Por otra parte, la noción de “framing” o enmarcación surge de la idea de que los medios de comunicación no sólo tienen el poder de seleccionar aquello sobre lo que se habla, sino que además tienen capacidad de influencia sobre el contenido del tema, es decir, sobre aquellos aspectos que son considerados importantes del mismo. El marco que utilicen los medios de comunicación para presentar un tema, tendrá una influencia decisiva en la opinión pública que se genera en torno al mismo.

Por último el efecto del “priming” se refiere al proceso psicológico mediante el cual los individuos formulan y revisan sus opiniones como resultado de su exposición a la yuxtaposición de temas en los medios de comunicación (Iyengar 1991). Se basa en la idea de que los individuos no analizan toda la información recibida, sino que se centran en las partes de la información que consideran más relevantes, o con las que están más familiarizados, y son estas partes de la información en las que se basan para emitir un juicio (Mc Combs y Reynolds 2002).

En definitiva, ciertos aspectos de la forma en que los medios de comunicación intervienen en la opinión pública han sido investigados, y podrían ser controlables, con el consiguiente efecto en la ciudadanía. En esto se basan muchos de los estudios sobre marketing y comunicación política, orientados a la explicación del mecanismo de elección del voto.

En el terreno sanitario, las investigaciones se centran fundamentalmente en la capacidad de los medios de comunicación de comunicar correctamente la información sanitaria, sobre todo aquella referida a la “educación” sobre la salud, a la generalización de hábitos saludables y de prevención, la alerta sobre pandemias o catástrofes sanitarias, así como la información sobre errores médicos o efectos secundarios de determinados medicamentos. Existen numerosos ejemplos sobre el tratamiento que los medios de comunicación otorgan a crisis sanitarias, pero el más reciente es la comunicación y la atención prestada a nivel mundial a la propagación del

virus de la Gripe A (H1N1) o porcina en el año 2009. La avalancha de información contradictoria generó críticas posteriores, sobre todo debido a las, afortunadamente, menores consecuencias del virus en España, frente a lo que inicialmente la atención prestada a la “pandemia” hacía suponer.

En Estados Unidos la vacuna contra el “rotavirus” fue utilizada durante doce años, con un seguimiento positivo por parte de los medios de comunicación, de modo que no se reportaban aspectos negativos de la vacuna. Sin embargo, en 1999, salieron a la luz 15 casos de “invaginación intestinal” en niños a los que se le había suministrado la vacuna, lo que provocó una campaña mediática negativa, generalizada en contra de la administración de la misma. El punto de vista de los medios de comunicación, no contemplaba las posibles consecuencias negativas de la retirada de la vacuna y el aumento de la incidencia del “rotavirus”⁵² en el país. Como consecuencia, la vacuna fue retirada tres meses más tarde, y el impacto negativo provocado por la información, generó un importante aumento temporal de las llamadas a las líneas de atención ciudadana para interesarse sobre los efectos negativos del medicamento. Una vez retirada la vacuna, los medios de comunicación redujeron radicalmente su atención sobre el “rotavirus”. Además, otras vacunas, como la de la rubeola, con importantes efectos secundarios, no han sido objeto del mismo tratamiento mediático. A este respecto, Danovaro-Holliday y otros, advierten del peligro del tratamiento la comunicación de determinadas informaciones médicas, que inicialmente sufren un proceso de idealización, como es el caso de determinados avances científicos, mientras que posteriormente, son condenados porque se hacen públicos efectos negativos de los mismos (Danovaro-Holliday, Wood y Le Baron 2002).

⁵² Virus causante de diarrea severa, sobre todo en niños menores de 5 años.

Por último, un estudio realizado en 2002 en Estados Unidos sobre el impacto de las series de televisión que tratan temas de salud, en el comportamiento y la opinión de la ciudadanía, revela que, tras ver un episodio en el que se trataba la utilización de la “píldora postcoital”, se observa un aumento del 17%, entre los encuestados telespectadores habituales de dicha serie, que manifiestan conocer la posibilidad de la interrupción del embarazo mediante la administración de dicho medicamento. En el caso del conocimiento de la existencia del “virus del papiloma humano”, el aumento es del 23% (The Henry J Kaiser Family Foundation 2002).

En definitiva, es un hecho que en la actualidad, los medios de comunicación son una poderosa fuente de información para la población en general, tanto en materia de salud, como en los aspectos relacionados con efectividad, funcionamiento y organización de los sistemas sanitarios.

A los efectos de esta investigación, se plantean algunas preguntas al respecto. En primer lugar, ¿hasta qué punto son los medios de comunicación “fiables” respecto a la información sanitaria?, y sobre todo, ¿está condicionada la opinión de los ciudadanos respecto al sistema sanitario público por los medios de comunicación?.

Responder a la primera pregunta sería objeto de una investigación propia, por lo que nos limitaremos a analizar algunas de las respuestas formuladas en la literatura. En este sentido, Lieberman apunta que, aunque no es generalizable, en muchos casos los medios de comunicación no sólo no refuerzan la confianza de la población en la sanidad, sino que la reducen. Los medios de comunicación, no sólo no aportan toda la información necesaria para los ciudadanos, sino que aportan demasiada información confusa, irrelevante y poco útil (Lieberman 2007). Esto se justifica, según la autora, por varios motivos: en primer lugar la necesidad de informar en tiempo real, lo que impide, en algunas ocasiones, llevar a cabo las investigaciones necesarias que garanticen una información contrastada (J.

Stiglitz 2008). En segundo lugar, el hecho de que los medios de comunicación se hayan liberalizado, y convertido en empresas dependientes de múltiples intereses, hace dudar, en ocasiones, de la veracidad de ciertas informaciones, como es el caso de las referidas a la comercialización de algunos fármacos, que se puede ver influida tanto positiva como negativamente. Por último, otro de los motivos para dudar de la información sanitaria de algunos medios de comunicación, a menudo se basa en opiniones de expertos, muchos de los cuales son de dudoso prestigio, el público en general no posee las herramientas para discernir sobre la capacidad profesional de dichos expertos.

Sin embargo, existe otro aspecto no señalado por Lieberman, que resulta particularmente importante en el tratamiento que los medios de comunicación ofrecen sobre aspectos relacionados con el funcionamiento del sistema sanitario público. Se trata de la influencia política en los medios de comunicación, concretamente la influencia de los partidos políticos en los medios de comunicación y sobre todo la inversa, la influencia de los medios de comunicación en la política y en el diseño de las políticas públicas.

Es cierto que, en parte, el crecimiento de la publicidad ha permitido que los medios de comunicación se independicen de los partidos políticos (Starr 2004), o al menos no dependan de la forma en que lo hacían en sus inicios. Sin embargo, también lo es el hecho de que la expansión de los medios de comunicación y su supervivencia se deba fundamentalmente a los ingresos por publicidad, y en el caso de la prensa escrita en nuestro país, también en parte a las subvenciones estatales, hace que se vuelvan dependientes, generalmente de los partidos en el poder, sea a nivel estatal, regional o local, aunque muchas veces, simplemente de aquellos que le garanticen una mayor estabilidad financiera (Chomsky y Herman 1990). A su vez, la discusión de los asuntos públicos y la comunicación del gobierno con la ciudadanía, pasan necesariamente por los medios de comunicación. Sin los medios no es posible ejercer el poder político, *“Debido a los efectos*

convergentes de la crisis de los sistemas políticos tradicionales, y del espectacular aumento de la penetración de los nuevos medios, la comunicación y la información políticas han quedado capturadas en el espacio de los medios” (Castells 1997, 344).

Por otra parte, el tratamiento de algunas noticias varía en función de los intereses corporativos de los medios de comunicación. Como consecuencia, la visión que se transmite sobre los problemas relacionados con el sistema sanitario, depende de los intereses políticos y económicos del momento. Además, la afinidad política del individuo, es en muchos casos un condicionante para la elección del medio de comunicación, que condiciona la opinión posterior del lector, oyente o telespectador.

Estas afirmaciones, como se ha dicho, necesitan de un estudio empírico en que apoyarse, algo que no es objeto de esta investigación. Sin embargo, lo que interesa a nuestros efectos es la segunda cuestión, referida al efecto que el tratamiento de los medios de comunicación sobre la sanidad tiene en la opinión pública. A este respecto, existen muy pocas investigaciones que vayan más allá de la descripción de procesos de transformación de la opinión pública sobre la sanidad como los descritos. La mayor parte de la literatura analiza los efectos que los medios de comunicación tienen en un determinado momento en la formación de la opinión de la ciudadanía respecto de determinados aspectos del funcionamiento de la sanidad y el sistema sanitario del país. Un ejemplo es el estudio de Chard sobre la influencia de los medios de comunicación en la conformación de la opinión de los estadounidenses acerca del “Health Security Act” durante el gobierno de Clinton (R. E. Chard 2004). El autor defiende que algunas campañas negativas⁵³, como la conocida como campaña de “Harry and Louise”,

⁵³ El autor señala como ejemplo la campaña conocida como “Harry and Louise”, y promovida por las grandes corporaciones y seguros médicos privados de Estados Unidos en contra de la nueva ley de seguridad social.

tuvieron un efecto importante en la reducción del apoyo ciudadano a la Ley de Seguridad Social estadounidense. Concretamente, dicha campaña provocó según el autor, la reducción del apoyo a la nueva norma en un 5%. Más allá, la disminución del apoyo provocó cambios en la propuesta legislativa inicial, de modo que se puede afirmar, que los medios de comunicación no sólo tienen capacidad de crear opinión, sino que a través de ésta, son capaces de modificar las políticas públicas del Estado (R. E. Chard 2004). Esto se debe fundamentalmente a que las políticas públicas de los Estados democráticos, generalmente tratan de coincidir con las preferencias exhibidas por la opinión pública generalizada (Erickson, Wright y McIver 1993).

A los efectos de esta investigación, resulta interesante comprobar, si el hecho de consumir un medio o medios de comunicación concretos, repercute de algún modo en la valoración que los ciudadanos hacen de la sanidad pública, concretamente si aspectos como la elección de los temas, el framing o el priming de estos medios de comunicación, afectan al grado de satisfacción de los lectores, oyentes, o televidentes, con el sistema sanitario.

A priori no existe acuerdo en la literatura, algunos autores señalan que los medios de comunicación, con su cobertura de la sanidad, influyen en la forma en que la medicina y las políticas sanitarias son percibidas por el público (Blank y Bureau 2007). Por otra parte, algunas investigaciones, señalan que la existencia de momentos de crisis en la sanidad, como las producidas por graves errores médicos, pueden disminuir los niveles de confianza, y por ende, de satisfacción en la asistencia sanitaria y los médicos (Mechanic y Schlesinger 1996b). Sin embargo, la investigación comparativa de Van der Schee y otros (2007) sobre la confianza en la sanidad en los Países Bajos, Inglaterra y Gales, concluye que las diferencias en la confianza entre los tres países por diferencias en la cobertura que los medios hacen de la sanidad, al menos durante el período de dicha

investigación. Esto podría explicarse, no porque los medios no influyan en la opinión pública, tal y como se ha expuesto, sino porque existen otros condicionantes cuya influencia es mucho mayor.

Desgraciadamente, nuestro trabajo no contempla la demostración empírica de este apartado. Nos conformamos con incluir el fenómeno de la comunicación en nuestro modelo, sabedores de su importancia pero sin la capacidad, en esta fase de la investigación de cuantificar la incidencia del mismo (que sería en sí mismo objeto de una investigación específica).

CAPÍTULO IV – LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE. FACTORES CONDICIONANTES

Según Fitzpatrick, existen en la actualidad tres motivos, además de las presiones externas de los gobiernos y las autoridades sanitarias, por los que los profesionales de la salud deberían tomarse el análisis de la satisfacción de los pacientes seriamente. En primer lugar, existe la evidencia de que la satisfacción del paciente puede ser predictora del grado de seguimiento y la continuidad que los pacientes hacen de los tratamientos. En segundo lugar, es una medida de evaluación de las consultas y del desarrollo de la comunicación durante los encuentros médicos. Por último, la opinión de los pacientes puede ser utilizada, junto a otros métodos, para la organización de la provisión de la asistencia sanitaria (Fitzpatrick 1991a). Además, la satisfacción está ligada a la continuidad en el uso del servicio sanitario, lo que la convierte en un indicador de calidad de la asistencia, y en un factor de competitividad de los servicios (Feldman, y otros 2007). Jones, por su parte, argumentó que únicamente las encuestas de población pueden revelar un fallo en la provisión de servicios apropiados, y son el único camino para averiguar las razones para el bajo uso o el no uso de los servicios (Jones, Leneman y Maclean 1987).

Como se ha mencionado, en los últimos treinta años, se ha generalizado el uso de encuestas para medir la satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios recibidos. Uno de los países donde más repercusión han tenido este tipo de prácticas ha sido el Reino Unido. En opinión de MacIver, este interés por la medición de la satisfacción de los pacientes es parte de una evolución general de la sociedad hacia el *consumerismo*, evidente en todos los aspectos de los servicios públicos (McIver 1991), una muestra de ello serían el nacimiento de la orientación de los servicios al “cliente”, y la puesta en marcha de sistemas de gestión de calidad.

Lo cierto es que el término “consumidor” comienza a aparecer en la literatura británica sobre la satisfacción de los pacientes (Williams y Calnan 1991), como exponente de la idea de que los individuos son los únicos responsables de la mejor elección en el cuidado de su salud, y no deben mostrar una confianza ciega hacia los profesionales de la salud. Fitzpatrick, sin embargo, refuta esta idea de que los trabajos sobre satisfacción del paciente son parte de una corriente hacia el *consumerismo* (Fitzpatrick 1984). En Estados Unidos, Wasserung por su parte, observó que el término “cliente” iba remplazando gradualmente al término “consumidor”, denunciando que el *consumerismo* tenía una importante debilidad en su aplicación en el ámbito de la asistencia médica, ya que la evaluación por parte del “consumidor” de las habilidades médicas no era posible (Wasserung 1986), por esa diferencia de status entre médico y paciente, sobre todo en lo relativo al control de la información. Otros, sin embargo han argumentado que el término consumidor, dignifica la relación entre el paciente y el profesional, de un modo que no hace el término tradicional “paciente”, en su asociación a una situación de menor poder frente a la clase médica (Sitzia y Wood 1997). En otras áreas de servicios se usa con frecuencia el término cliente o usuario, para huir de la idea de pasividad y dependencia a que pueden dar lugar otros términos.

La conceptualización y la utilización en la literatura académica de términos como, *ciudadano*, *paciente*, *cliente* o *usuario*, genera confusión y necesita ser concretada. Sin ánimo de hacer definiciones, ni de entrar en el debate generado en torno a conceptos tan complejos como el de ciudadanía, únicamente a los efectos de esta investigación, se entienden por *ciudadanos*, aquellos que viven dentro de los límites territoriales de un Estado, que poseen unos derechos y están sujetos a unas obligaciones públicas. En este sentido, el ciudadano como contribuyente, puede exigir responsabilidades al Estado e influir en la toma de decisiones. Por otra parte, el concepto de *usuario* de los servicios públicos es más restringido,

refiriéndose a aquellos que efectivamente utilizan las prestaciones que ofrece el Estado.

Para Osborne y Gaebler, la introducción del término *cliente* en la literatura de gestión pública, parte del intento de mejorar la calidad de los servicios públicos a través de la reforma y modernización de la administración (Osborne y Gaebler 1994). La administración se sitúa al servicio del ciudadano-cliente, que paga por un servicio que debe ser de calidad. En contraposición al término usuario, la utilización del término “cliente” enfatiza una actitud más exigente por parte de los ciudadanos. Sin embargo, en la realidad la administración generalmente monopoliza los servicios públicos, de modo que a menudo los clientes no suelen tener capacidad de elección.

Por su parte, López y Gadea (López y Gadea 1995) introducen una conocida tipología de relaciones con la administración en función del grado de elegibilidad de los sujetos, distinguiendo entre “ciudadano administrado”, que cuenta con una baja capacidad de elección; el “ciudadano usuario”, con cierta flexibilidad en la elección, por ejemplo en el caso de los servicios sanitarios o educativos; el “ciudadano consumidor”, con capacidad de elegir la prestación del servicio entre un abanico de posibilidades; y el “ciudadano cliente”, con un elevado grado de sustitución en el servicio, de modo que el poder de elección del ciudadano es discrecional.

Para acercarse a la conceptualización del término paciente, es necesario en primer lugar definir lo que entendemos por servicio en el ámbito sanitario. De este modo, el término servicio es utilizado habitualmente en el campo de la sanidad, y en muchos otros campos de la gestión pública, para referirse a la organización o institución prestadora del mismo. Por otra parte, el servicio sanitario, se puede definir de forma genérica, como la actividad o proceso realizado por los profesionales sanitarios, y encaminado a resolver los problemas de salud de la ciudadanía. Esto es lo que a menudo se denomina prestación sanitaria o atención sanitaria, y que puede tener carácter público

o privado, en función de su fuente de financiación. Los pacientes son para Hogg, *“simplemente personas con problemas de salud que deben tomar fármacos o recibir asistencia sanitaria”* (Hogg 1999, 9). Esta noción restrictiva de “paciente”, referida a los usuarios o clientes de los servicios sanitarios, es la utilizada en este estudio, en oposición a otras definiciones más amplias a las que se ha hecho mención anteriormente, y que abarcan en su conceptualización a los pacientes potenciales (Díaz 2002). Desde este concepto restringido de lo que se entiende como “paciente”, que es el utilizado en esta investigación, y teniendo en cuenta los postulados de la nueva gestión pública, se podría hablar de “paciente administrado”, “paciente usuario” o “paciente cliente”. Para poder referirse al paciente como cliente, sería necesario, siguiendo la clasificación de López y Gadea (López y Gadea 1995), que éste tuviera una elevada capacidad de elección en cuanto a la sustitución del servicio ofertado, lo que como es sabido, no se cumple en el caso de los servicios públicos sanitarios españoles. El término cliente es más adecuado para referirse a los pacientes de los servicios sanitarios públicos de otros países europeos, como el caso de Alemania o Bélgica, en los que existen los seguros obligatorios con contratos, o modelo “Bismarck”, que otorgan una elevada capacidad de elección a los pacientes, y que además enfatizan la elección del consumidor y la competición entre los seguros y proveedores, primando aquellos servicios que efectivamente son preferidos por éstos.

Tampoco parece que el término administrado represente toda la carga semántica que implica la relación entre el “paciente” y el sistema sanitario público, ya que en los últimos años, la evolución del sistema ha otorgado cierta flexibilidad en la elección de los pacientes, con reformas como la introducción del derecho a la segunda opinión, la elección del médico de atención primaria y en algunos casos el especialista, o la capacidad de reclamación, e incluso la introducción de conceptos como la autonomía personal, o la capacidad de consentir o rechazar el tratamiento. Pietroni,

basándose en la teoría de la jerarquía de necesidades de Maslow (Maslow 1954), sugiere que aspectos como las creencias, las necesidades y las expectativas de los individuos, condicionan su forma de afrontar la atención sanitaria (Pietroni 1996). Así, distingue entre los que denomina “supervivientes”, cuyas demandas no son únicamente físicas, sino que son también de naturaleza psicológica, económica, social e incluso espiritual; los “sobresalientes o conspicuos”, que buscan la eficiencia, la mejor compra en términos de mercado, y que generalmente se dejan llevar por las modas o los últimos avances tecnológicos; por último, los “self-actualizers”, que buscan explicaciones e información, evolucionando hacia el empoderamiento del paciente, quieren tomar parte en el cuidado de su salud. Según este autor, sólo cuando las necesidades básicas están cubiertas, los pacientes están en posición de tomar parte en la asistencia sanitaria.

En definitiva, el término usuario será el utilizado a lo largo de esta investigación, para referirse al paciente de los servicios sanitarios públicos, otorgándole cierto grado de responsabilidad en su relación con la administración, y por supuesto, en el resultado que se derive de la misma. Tanto el referido consumerismo, que sitúa al paciente como un consumidor en el mercado⁵⁴, como el modelo de la cooperación (partnership), entre el paciente y el sistema, según el cual el primero asume tanta responsabilidad en su tratamiento como desee, y el modelo de la autonomía, que presenta al paciente y al médico como iguales, parten de una visión del “paciente” que, en mayor o menor medida, va más allá del simple concepto de administrado.

Como se ha expuesto, los conceptos de satisfacción y calidad percibida han sido usados indistintamente por gran parte de la literatura, lo que ha dado lugar a cierta confusión, también en el área sanitaria. Uno de los precursores

⁵⁴ “Consumerism sees the individual as a consumer in the marketplace”. (Hogg 1999)

de los estudios de calidad percibida y satisfacción en el ámbito sanitario ha sido Avedís Donabedian, que toma la “estructura”, el “proceso” y el “resultado” como los tres pilares de la evaluación de la calidad de la asistencia médica: a) La estructura referida a la organización o institución que presta el servicio y las condiciones en que este es prestado, b) el proceso como el propio acto de prestación del servicio, y c) el resultado, el factor más importante para el autor, no sólo como una medida del estado de salud del paciente sino como un “cambio” en la salud actual y futura del paciente que puede ser atribuido con seguridad a la asistencia sanitaria prestada (Donabedian 1966, 1980, 1984).

Donabedian, refiriéndose a la satisfacción de los pacientes, señala que la satisfacción está relacionada con la calidad de varias formas: a) como beneficio de la atención, la satisfacción es el núcleo fundamental de la definición de calidad, b) como contribución a otros beneficios (mejora en el seguimiento de los tratamientos,...), ocuparía un papel secundario, y c) como juicio sobre la calidad de la atención, es una representación de algunos componentes de la calidad, como las expectativas y valoraciones del paciente (Donabedian 1984). En la actualidad muchas de las propuestas de Donabedian se ha incorporado al movimiento “Quality Assurance” (aseguramiento de la calidad) que es definido como *“la medición del nivel actual de la calidad de los servicios prestados, sumada a los esfuerzos por modificar cuando es necesario la provisión de esos servicios a la luz de los resultados de dicha medición”* (Coulter 1991, 121).

Al igual que en otros ámbitos académicos, existe un debate sobre la validez del concepto de satisfacción como indicador de la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, y por tanto, sobre su utilización como indicador para la modificación de la provisión de dichos servicios. Por una parte, la satisfacción ha sido considerada como el mejor indicador en la evaluación y la mejora de la calidad en los servicios sanitarios (Hall y Dornan 1988, Dorieke, y otros 2009); mientras que por otra, se han señalado debilidades

en la conceptualización de la satisfacción del paciente, y en los métodos utilizados para medirla (B. Williams 1994).

La literatura especializada entiende, en muchos casos, la evaluación de la asistencia sanitaria como la calidad percibida por el paciente del servicio prestado (Risser 1975), definición en la que, como se ha explicado, está presente de un modo u otro, la satisfacción del mismo con esos servicios. Sin embargo, a menudo también se contempla la evaluación como un proceso técnico, donde la ejecución es medida, respecto de una serie de metas fijadas, unas metas que pueden ser modificadas en función de los desarrollos económicos y sociales (Sitzia y Wood 1997), algo que resulta difícil defender en el ámbito de los servicios, debido a las características ya mencionadas, a saber, fundamentalmente la intangibilidad y simultaneidad en la producción y el consumo de los servicios.

Redfern y Norman, señalan la no fiabilidad de la satisfacción como indicador de la calidad y creen que la calidad de la asistencia sanitaria debe de incorporar también consideraciones de equidad, accesibilidad, aceptabilidad, eficiencia o efectividad (Redfern y Norman 1990). Esta última, es la visión compartida por esta investigación, que se centra en el análisis de la satisfacción del paciente y del ciudadano con el sistema y los servicios sanitarios públicos, sin ánimo de procurar un modelo de evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, ni siquiera de la calidad percibida, a pesar de que, como ha sido puesto de manifiesto, ambos conceptos están íntimamente ligados.

1. El concepto de satisfacción del paciente.

Ya se ha hecho referencia a la complejidad intrínseca a la conceptualización de la satisfacción del paciente, fundamentalmente, porque dicha complejidad

deviene de la propia definición del término satisfacción, que se ha descrito de forma profusa en el capítulo II. Mientras *“el término “patient satisfaction” es usado ampliamente, como concepto es poco comprendido”* (Sitzia y Wood 1997, 1830). Algo similar apunta Pascoe, cuando se refiere a la satisfacción como un elemento deseable e importante en la actuación médica, intuitivamente entendido por todos, sin que exista acuerdo en su significado empírico (Pascoe 1983). La falta de concreción del significado del constructo “satisfacción del paciente” ha sido denunciada por muchos autores (Sitzia y Wood 1997, B. Williams 1994, Locker y Dunt 1978).

Koss y Donabedian fueron de los primeros en contemplar el análisis de la satisfacción del paciente, y lo hacían desde su concepción como elemento fundamental en la medida de la calidad de los servicios sanitarios (Koss 1954, Donabedian 1966), que supone el origen de lo que se denomina “quality of care from the patient perspective”⁵⁵ (QCPP), que parte de la base de la existencia de diferentes puntos de vista entre paciente y médico sobre la atención sanitaria (Van Campen, y otros 1995). A lo largo de los años, el concepto de la satisfacción del paciente se ha venido examinando de dos modos, a saber, como una variable dependiente, determinada por el paciente y las características del servicio, y como una variable independiente, predictiva de comportamientos subsecuentes (Linder-Pelz 1982, Ware, Davies-Avery y Steward 1978). A este respecto conviene recordar el papel que juega la satisfacción del paciente en el seguimiento de las prescripciones médicas, y en su disposición a acudir de nuevo al servicio sanitario, además de su relación con la calidad percibida, e incluso, con el resultado de la asistencia sanitaria.

Si se analiza la satisfacción como una variable dependiente, Linder-Pelz propone, a su vez, cinco variables como determinantes de la satisfacción con la asistencia sanitaria: la percepción individual de lo que sucede

⁵⁵ En español: la calidad del cuidado desde el punto de vista del paciente.

(“occurrences”), la evaluación de los distintos aspectos del encuentro que hace el paciente (“value”), las expectativas del paciente sobre el encuentro (“expectations”), las comparaciones del paciente con otros encuentros experimentados por el mismo (“interpersonal comparisons”), y la creencia individual del paciente de tener motivos apropiados para esperar o demandar un resultado particular (“entitlement”). Así, desde su punto de vista, la satisfacción del paciente es definida como *“las evaluaciones individuales positivas de las distintas dimensiones de la asistencia sanitaria”* (Linder-Pelz 1982, 580). Esta definición descansa en la teoría de la psicología social, entendiendo que la expresión de satisfacción es una expresión de una actitud, una respuesta afectiva relacionada con la creencia de que el cuidado posee ciertos atributos, que el paciente evalúa, y podría enmarcarse dentro de la perspectiva del análisis de la performance, es decir de la evaluación, cognitiva y afectiva, del proceso de transacción en este caso sanitaria, que genera la satisfacción. Además, las dos últimas variables determinantes, para Linder-Pelz, de la satisfacción de los pacientes, no son sino expectativas de éstos sobre el encuentro sanitario, tal y como plantean la mayor parte de los estudios de satisfacción a los que se ha hecho referencia. Este “modelo de la discrepancia”, es el más utilizado en la literatura para analizar la formación de la satisfacción de los pacientes (Carr-Hill 1992, Williams, Coyle y Healy 1998).

Stimson y Webb fueron de los primeros en sugerir que la satisfacción está relacionada con la percepción de los beneficios del cuidado, y por tanto con como estos coinciden con las expectativas del paciente (Stimson y Webb 1975). Estos autores definen las expectativas como un concepto complejo. Con frecuencia se afirma que las expectativas se refieren a una serie de “standars” o aspiraciones, pero no está claro que estas existan de forma identificable, como propiedades estables de individuos o grupos (Fitzpatrick 1984). Más allá, si se toman como válidos los modelos que asocian la satisfacción al cumplimiento de expectativas positivas, lo altos niveles de satisfacción que se observan generalmente en todas las esferas de la

asistencia sanitaria, sugieren que la mayoría de pacientes, o bien están muy satisfechos con la asistencia, o que sus expectativas son muy bajas (Sitzia y Wood 1997). A este respecto, Abramowitz y otros, sugieren que los pacientes con bajas expectativas, tienden a mostrar más satisfacción (Abramowitz, Cote y Berry 1987).

Por otra parte, Kravitz señala que las expectativas del paciente respecto del encuentro clínico, están condicionadas por las características personales del mismo, sus valores y su estado de salud, así como por las características personales del médico y las propias del sistema sanitario (Kravitz, y otros 1996). Además, parece razonable argumentar que las expectativas varían de acuerdo con los conocimientos y la experiencia previa, y por lo tanto son modificables con la acumulación de experiencia (John 1992, Sitzia y Wood 1997), sea cual sea la forma en que se definen las expectativas del paciente, estas se basan fundamentalmente en las experiencias previas con un proveedor sanitario concreto o con el sistema en general, y en su defecto, con la imagen compartida sobre el proveedor o el sistema (C. Grönroos 1984). La experiencia es, en nuestro modelo, un componente de la cultura sanitaria, y condicionante fundamental de su satisfacción con el encuentro sanitario y con el sistema sanitario en general.

Por su parte Williams, aunque inicialmente defendía la idea de que la satisfacción se basaba en la evaluación del paciente del cumplimiento de sus expectativas, posteriormente argumenta que no existe evidencia empírica que acredite la afirmación de que el cumplimiento de las expectativas de los pacientes da lugar a expresiones de satisfacción (Williams, Coyle y Healy 1998). Y va más allá afirmando que no es posible identificar las expectativas de los pacientes por tres motivos, a saber, un nuevo paciente es poco probable que tenga expectativas, los pacientes no deben creer en sus propias expectativas frente a tratamientos de tecnología avanzada y por último, de acuerdo con el rol parsoniano (Parsons 1951) del

paciente, éste debe encontrar la sola idea de la evaluación innecesaria (B. Williams 1994).

Sin embargo, es cierto que los pacientes, aunque no lo hayan sido nunca previamente, en su calidad de ciudadanos, no viven al margen de la relación de su entorno con el sistema sanitario, tal y como se ha expuesto en el desarrollo del concepto de “cultura sanitaria”. Todos hemos sido, somos o seremos en algún momento pacientes, y la convivencia en sociedad permite la existencia de una imagen más o menos compartida del funcionamiento del sistema, imagen que está condicionada por la propia experiencia, formada a partir de la acumulación de experiencias en contacto con el sistema, pero que también por los inputs recibidos sobre las experiencias del entorno. Además la existencia de medios de comunicación colabora en la creación de esa imagen pública de nuestro sistema de salud. Por otra parte, en esta investigación, tampoco se comparte la idea de la incapacidad de evaluación por parte del paciente, y es un hecho que esa evaluación, más o menos subjetiva, existe, es realizada por los pacientes, y deseable en un contexto en el que se maneja la noción del paciente como usuario de un servicio público.

Para Williams, Coyle y Healy (1998) la investigación ha demostrado que lo realmente importante no es si las expectativas de los pacientes se cumplen, sino si los resultados son mejores o peores de lo esperado. Las experiencias descritas por los pacientes, de forma negativa o positiva, no correlacionan necesariamente con la valoración que éstos hacen de los servicios que dan lugar a esas experiencias (Williams, Coyle y Healy 1998, 1357), e introducen las nociones de “deber” y “culpabilidad”, como elementos fundamentales para que exista dicha correlación. El “deber”, se configura como una forma de expectativas de los pacientes respecto a sus derechos y a los deberes de servicios inherentes al encuentro sanitario. Por su parte, la noción de “culpabilidad”, introduce la perspectiva desde la que el paciente reduce o adapta sus expectativas a la situación, es decir, la “culpabilidad” actúa como

factor mitigante de las exigencias respecto a los derechos y a los deberes que el paciente puede esperar. De este modo, se explicarían los altos niveles de satisfacción reportados generalmente por los pacientes, ya que en muchos casos el paciente no atribuye la culpabilidad de las deficiencias en el encuentro al servicio o al médico, y la discrepancia existente entre éstos y las críticas hacia los encuentros sanitarios reflejadas en los estudios cualitativos, en los que los pacientes suelen mostrarse más críticos (Locker y Dunt 1978), aunque en muchos casos se deba a experiencias negativas concretas, más que a una evaluación del servicio (Williams, Coyle y Healy 1998).

Sin embargo, según esta teoría, cabe preguntarse entonces, a qué factores atribuyen los pacientes la “culpabilidad” de las deficiencias en el encuentro, y mediante que mecanismo se produce esa atribución. La alternativa propuesta por Williams, Coyle y Healy (Williams, Coyle y Healy 1998) es el diseño de métodos que permitan analizar las experiencias de los pacientes en el encuentro sanitario, con el objetivo de entender los mecanismos generadores de la satisfacción del paciente. Pero aunque sí puede ser de utilidad en la mejora de algunos servicios, no parece que el análisis de experiencias concretas pueda ser generalizable, ni que pueda reflejar la satisfacción de los pacientes con los encuentros, ni con el conjunto del sistema sanitario.

Ésta es sin duda una de las grandes debilidades señaladas en la mayoría de la literatura, y es la dificultad que entraña el análisis y la cuantificación de la satisfacción de los pacientes, lo que lleva a algunos autores a dudar de su utilidad en la definición y mejora de los servicios sanitarios, y a proponer alternativas como la utilización de la “insatisfacción” (Caminal, Sánchez y Schiaffino 2002) como medida más útil para su utilización en términos comparativos de políticas, o de benchmarking (Williams, Coyle y Healy 1998). Williams y otros argumentan que las expectativas de los pacientes son la llave para entender las razones de las expresiones de insatisfacción,

lo que, de acuerdo con el rol parsoniano del paciente, implica la pasividad del mismo, una pasividad que no es interrumpida hasta que ocurre algo “inaceptable”. En definitiva, uno de los modelos más utilizados para definir la satisfacción del paciente es el “modelo de la discrepancia” (Carr-Hill 1992, B. Williams 1994), para el que la obtención de áreas de insatisfacción es más valiosa que la obtención de consistencia en la expresión de satisfacción.

A pesar de algunas debilidades, la perspectiva de Williams parece bastante acertada, sobre todo en lo relativo a la forma en que los pacientes evalúan la asistencia, y la idea de que éstos hacen una evaluación selectiva, es decir, dependiendo del tipo de asistencia que se trate, dando por hecho una serie de aspectos que deben estar cubiertos y otorgando mayor importancia a la evaluación de otros aspectos. Esto concuerda con el argumento de que las expectativas de los pacientes varían en función del proceso asistencial de que se trate (Barrasa y Aibar 2003, Lledó, y otros 1998). Thomson y Suñol, por su parte, señalan que las expectativas sólo explican un porcentaje pequeño de la varianza de la satisfacción entre los individuos (Thomson y Suñol 1995).

Estos estudios demuestran, según Bohigas, que la relación entre las expectativas y la satisfacción no es mecánica, sino, que las expectativas de los pacientes varían de acuerdo con las experiencias acumuladas en su contacto con la sanidad, y a la inversa, la satisfacción que le reportan esas experiencias, está condicionada, en mayor o menor medida, por las expectativas del paciente (Bohigas 1995). Por su parte, Carr-Hill critica la teoría de la discrepancia por ser excesivamente mecánica, defendiendo la necesidad de que la medición de la satisfacción del paciente refleje, al menos en parte, la relación entre el médico y el enfermo (Carr-Hill 1992). Algo similar defiende Owens, al afirmar que, al menos en algunos contextos, la satisfacción no es explicada por las expectativas de los pacientes, de modo que, aunque los niveles de satisfacción sean elevados, en ocasiones, las expectativas no lo son, atribuyendo los elevados niveles de satisfacción,

en gran parte a las relaciones de afecto y dependencia que se crean entre el personal sanitario y los pacientes (Owens y Batchelor 1996).

Para la mayoría de estudiosos, la satisfacción de los pacientes es un concepto multidimensional, pero no hay acuerdo en la idea de que la satisfacción del paciente sea un concepto único, conformado por varios determinantes, como propone Linder-Pelz (1982). Por el contrario, Fitzpatrick (1984) argumenta que la satisfacción tiene múltiples componentes, y puede ser vista como un único concepto compuesto por diferentes determinantes. Este autor identifica tres modelos independientes de satisfacción, cada uno asociado fuertemente con un determinante. En primer lugar, defiende la necesidad de lo familiar, las expectativas creadas socialmente son el determinante primario del grado de satisfacción. En segundo lugar, el objetivo de los pacientes es la búsqueda de ayuda, la mayor preocupación para los pacientes no es la satisfacción, sino la solución de los problemas. Por último, estaría la importancia de las necesidades emocionales, muchos problemas médicos suponen para los pacientes una experiencia emocional, los pacientes juzgan la satisfacción observando el comportamiento afectivo y las habilidades comunicativas de sus interlocutores. En este último aspecto se basa en gran parte en el trabajo de Ben-Sira, sobre la atención primaria en Israel, al que nos hemos referido anteriormente, que muestra que la satisfacción de los pacientes está mucho más relacionada con percepciones sobre el comportamiento afectivo de los médicos que con factores como las capacidades técnicas de éstos o aspectos administrativos (Ben-Sira 1976).

Además, Fitzpatrick (1984) argumenta que el concepto de “satisfacción del paciente” tiene dos interpretaciones muy diferentes, por una parte la relativa a la actitud mantenida por el sujeto hacia la asistencia sanitaria recibida, lo que implicaría que los pacientes tienen visiones bastante estables que pueden ser identificadas por el investigador. Por otra parte, una evaluación o conjunto de evaluaciones del paciente sobre el valor de la intervención médica en su problema específico de salud.

Finalmente, Ware distingue entre satisfacción objetiva, relativa al informe sobre los proveedores y el cuidado proporcionado, y los ratios de satisfacción, que pretenden reflejar una evaluación personal del cuidado, que no se conoce mediante la simple observación del mismo (J. Ware, y otros 1983). Estos ratios de satisfacción reflejarían: las preferencias personales del paciente, las expectativas del paciente, y la realidad del cuidado recibido. Los pacientes son determinantes de la satisfacción, mientras que las variables del “cuidado”, son los componentes de la misma.

Cuadro 2. Definiciones de satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente es la medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente.	Koos (1954), Donabedian (1966)
La satisfacción del paciente son las evaluaciones individuales positivas de las distintas dimensiones de la asistencia sanitaria	Linder-Pelz (1982)
La satisfacción del paciente es la reacción del mismo a los aspectos relevantes de su experiencia con la asistencia sanitaria	Pascoe (1983)
La satisfacción del paciente es una respuesta (afectiva o emocional) del paciente a su evaluación (cognitiva o basada en el conocimiento) de la asistencia sanitaria (calidad percibida) durante el encuentro sanitario.	Ross, Frommelt, Hazelwood, Chang (1987)
La satisfacción del paciente es el punto de vista, positivo o negativo, del usuario sobre los servicios definidos y los resultados del tratamiento	Sheppard (1993)
La satisfacción es la evaluación basada en el cumplimiento de las expectativas	Williams (1994)
La satisfacción del paciente es un concepto multidimensional, cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate, más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades y que conceptualmente puede explicarse merced a la desconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave.	Mira, Aranz (2000)

Fuente: Elaboración propia

La consecuencia más importante que genera la discusión en torno al concepto y a los componentes de la satisfacción, es la problemática que genera en torno a la utilidad de su análisis como medida de referencia para dirigir las agendas de la gestión sanitaria. Algunas críticas giran en torno a la

perspectiva desde la que se diseñan los modelos de satisfacción del paciente y los instrumentos utilizados para su análisis, que están prejuiciados por las preocupaciones de los gestores antes que las de los usuarios (M. Calnan 1988). Muy pocas veces se implica a los pacientes en la selección de los aspectos sobre los que van a ser cuestionados. Los pacientes a menudo son preguntados por aspectos como accesibilidad o información y no tan a menudo sobre otros aspectos como competencia profesional o empatía, y mucho menos efectividad (Wensing, Grol y Smits 1994).

Al hilo de esta discusión sobre la utilidad de la medición de la satisfacción, Ibern (1992) hace referencia a otro punto de vista, presente en el ámbito del marketing sanitario (John 1992), que plantea la duda de si ante la muestra de insatisfacción, es necesario modificar la prestación del servicio, o cambiar las expectativas de los usuarios para aumentar el nivel de satisfacción. Así, autores como John (1992), introducen propuestas para la gestión de los servicios sanitarios en base al análisis de la satisfacción y la calidad percibida, que combinan la modificación de los servicios en función del paciente, y la modificación de las expectativas del mismo. Es cierto, como afirman Williams, Coyle y Healy (1998), que en la provisión de servicios públicos, frente al ámbito privado, los pacientes son consumidores y ciudadanos al mismo tiempo, de modo que la provisión de servicios sanitarios a los individuos, repercute en el conjunto de la comunidad y en los otros individuos, por lo que en este contexto, determinadas expectativas pueden considerarse inapropiadas. Esta es una perspectiva interesante, que permite introducir reflexiones relativas a la sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos, y del Estado de Bienestar en general, y a la necesidad de educar a los ciudadanos-consumidores, para adaptar sus expectativas, a la existencia de un servicio público eficaz, eficiente, adaptado a las múltiples y diversas necesidades de los diferentes sectores poblacionales, pero al mismo tiempo sostenible en el tiempo. La cuestión surge en torno a la

viabilidad de un sistema sanitario universal, capaz de abarcar una cobertura de servicios plena. Algunos autores incluso señalan la creencia de la demanda infinita en el ámbito sanitario como un mito surgido en torno al sistema, y sugieren que esta no sólo es finita, sino que se explica de forma racional, lo que abre una vía para controlarla y racionalizar el uso de los recursos (Hogg 1999, 41). En este sentido, Ibern, entre otros, advierte que el aumento de la satisfacción, podría provocar un aumento excesivo e inadecuado de la demanda, o <<doctor shopping>>, que si los responsables políticos no canalizan y controlan correctamente, daría lugar a un colapso de los servicios sanitarios, para lo que se proponen como soluciones la educación sanitaria, la investigación en servicios sanitarios y el marketing social (Ibern 1992, Rodríguez-Legido 1995).

Por su parte, Barrasa, en su análisis sobre los estudios de satisfacción sanitaria en España, afirma que *“el grado de evidencia que proporcionan los estudios sobre la satisfacción del paciente realizados en nuestro país es limitado para establecer recomendaciones y cambios en las diversas políticas, servicios e intervenciones”* (Barrasa y Aibar 2003, 26), basándose en la debilidad metodológica existente en la mayor parte de los estudios. Además plantea la utilización de estos estudios como herramienta necesaria para la imagen de las instituciones, pero poco útil, y poco utilizada en la realidad para la definición de políticas. A este respecto cabe señalar que, si bien es cierto que el rigor metodológico es deseable y exigible, también lo es, que se ha demostrado la utilidad de la mayor parte de los estudios de satisfacción realizados, aún en la abundancia y diversidad de escalas y metodologías existentes. En este sentido se han manifestado autores como Vuori, que otorga importancia a la medida de la satisfacción de los pacientes porque ofrece información sobre la calidad percibida por los ciudadanos, a lo que añade otra poderosa razón, y es la obligación ética de involucrar a los ciudadanos en el diseño y mejora de los servicios sanitarios públicos (Vuori 1987).

Es cierto que muchos de los estudios de satisfacción de los pacientes y los ciudadanos con los servicios sanitarios públicos están infrautilizados en España, aunque no tanto en países pioneros en este aspecto como el Reino Unido. Sin embargo, no existe ninguna duda de que forman parte fundamental en la modernización de la gestión de los servicios sanitarios públicos, y en su orientación al cliente o consumidor de los mismos, y un primer paso importante es su utilización para la definición de las líneas estratégicas de las futuras políticas sanitarias. Son muy numerosos los modelos propuestos para el análisis de la satisfacción de los pacientes, fundamentalmente referidos a las evaluaciones de transacciones concretas, en el mismo momento, o con posterioridad al encuentro sanitario. Así por ejemplo, se ha sugerido que, uno de los factores condicionantes de la satisfacción más importante, es el estado de salud del paciente (Hall, Milburn y Epstein 1993), así como su perfil sociodemográfico, la edad, el sexo, el nivel educativo o la clase social (Hall y Dornan 1990), además de las expectativas ya mencionadas.

En definitiva, en general, existe acuerdo en que la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional, con componentes afectivos, evaluativos y cognitivos, y que depende fundamentalmente de las expectativas de los pacientes (Barrasa y Aibar 2003). Sin embargo, la mayoría de autores proponen su propia escala de dimensiones que componen la satisfacción, e incluso su propia metodología para medirla.

Sea como fuere, no hay duda que determinadas variables que intervienen en el encuentro clínico son incontrolables, como por ejemplo el estado de salud del paciente o su edad, aunque su análisis resulta útil a efectos descriptivos, y a los efectos de un mejor diseño y adecuación de los servicios sanitarios al perfil del paciente individualizado. Sin embargo, existen otro tipo de aspectos, tangibles e intangibles, sobre los que los gestores y los políticos tienen cierto grado de maniobra, y cuyo correcto análisis y tratamiento, podría repercutir en un importante aumento de la valoración y los niveles de

satisfacción de los pacientes con la asistencia sanitaria. A continuación se analizarán algunos de estos aspectos, mediante el tratamiento de las encuestas de “Calidade percibida polos pacientes do conxunto dos centros hospitalarios de Galicia”, realizadas por la Xunta de Galicia en los años 2007 y 2008.

2. Los componentes de la satisfacción del paciente con la atención hospitalaria.

Como se ha señalado con anterioridad, la mayoría de estudios sobre la satisfacción de los pacientes muestran elevados niveles de satisfacción (a menudo por encima del 80%), motivo por el que se ha criticado su capacidad explicativa y discriminante (Ibern 1992, Fitzpatrick 1991a, B. Williams 1994, Bohigas 1995, Thi, y otros 2002). Más allá, muy pocos pacientes expresan insatisfacción o son críticos con la atención recibida (Abramowitz, Cote y Berry 1987) lo que resulta problemático para los investigadores, que a menudo se ven obligados a comparar respuestas positivas con respuestas menos positivas. Incluso algunas investigaciones han intentado explicar los motivos de esos elevados niveles de satisfacción reportados (Williams, Coyle y Healy 1998), y han señalado la medida de la insatisfacción, como elemento más explicativo, y como elección metodológica para evitar el problema de los altos niveles de satisfacción reportados (Caminal, Sánchez y Schiaffino 2002, Williams, Coyle y Healy 1998). Sin embargo, para otros, la escasa variabilidad de las respuestas no es un factor metodológico, sino un factor conceptual, que se refiere a la ya mencionada multidimensionalidad del concepto de satisfacción (Sitzia y Wood 1997).

Uno de los problemas que se aducen es la existencia de gran número de escalas propuestas para la medición de la satisfacción con la asistencia y los servicios sanitarios. Algunas de las más conocidas son las de Hulka (Hulka,

Kupper y Dalyu 1975) o Ware (Ware y Snyder 1975). La existencia de numerosos modelos y escalas de medición ha sido criticada por algunos investigadores, que argumentan que *“sólo unos pocos se basan en algún modelo teórico, u ofrecen datos sobre su consistencia interna, sensibilidad y capacidad para discriminar los pacientes satisfechos de los insatisfechos”* (Mira y Aranaz 2000, 15). Otro aspecto metodológico es el que se refiere al momento de medición de la satisfacción, o si las preguntas deben hacerse a pacientes actuales, o a individuos que lo han sido con anterioridad, preguntándole sobre su experiencia pasada. Owen sostiene que la segunda opción ofrece mayor libertad para expresar insatisfacción al paciente, aunque aporta el inconveniente de la posibilidad de que los pacientes hayan olvidado su experiencia (Owens y Batchelor 1996).

Sin embargo, sin entrar en la discusión metodológica existente en torno al incumplimiento de los criterios estadísticos de fiabilidad, validez y consistencia interna por parte de algunas de las escalas, está demostrado que la utilización de escalas detalladas sobre los diferentes aspectos que conforman los niveles de satisfacción, permite analizar los perfiles de la población más y menos satisfecha y otorga capacidad de acción a los gestores sanitarios para incidir en aquellos aspectos causantes de mayor insatisfacción. Existe mayor variabilidad en lo relativo a aspectos específicos de la atención, y hay evidencia de que los pacientes distinguen las dimensiones del cuidado cuando evalúan su calidad (Fitzpatrick 1984).

Como se ha visto, son muchos los autores que han intentado diferenciar los componentes de la satisfacción (Hulka y Zyzansrey 1982, Hall y Dornan 1990). Una de las taxonomías más utilizadas ha sido la de Ware (J. Ware, y otros 1983) que distingue ocho dimensiones de la satisfacción en el contexto americano:

- “Interpersonal manner”: forma en que los proveedores interaccionan con los pacientes (atributos como respeto, preocupación, amistad, cortesía).
- “Technical quality of care”: la calidad técnica de la atención, competencia de los proveedores y utilización de altos estándares de diagnóstico y tratamiento.
- “Accessibility/convenience”: relativa a los aspectos de recepción de la asistencia (tiempos de espera, ...)
- “Finances”: relativa al pago de los servicios sanitarios.
- “Efficacy/outcomes of care”: el resultado de la asistencia recibida, mejora o conservación del estado de salud.
- “Continuity of care”: constancia en el proveedor o la localización del servicio (lo que supondría un mayor conocimiento y familiaridad con el mismo).
- “Physical envioment”: características del espacio en que se desarrolla el servicio (claridad de la señalización, equipamiento,...)
- “Avaliability”: presencia de recursos médicos (suficientes facilidades médicas y proveedores,...)

Esta clasificación ha servido de base para muchos trabajos posteriores, que han utilizado técnicas de análisis estadístico multivariante, como el análisis factorial, demostrando el carácter multidimensional de la satisfacción (Sitzia y Wood 1997). Lógicamente, ya que el contexto de la asistencia sanitaria es muy variado, ninguna de las clasificaciones generales resulta totalmente apropiada para todos los contextos, lo que ha llevado a que surgieran nuevas propuestas de categorización, y adaptaciones de las ya existentes. Fitzpatrick, por ejemplo, propuso la misma para el contexto británico, eliminando la categoría referida al pago de los servicios, ya que el Reino Unido, como se ha visto, cuenta, al igual que España, con un sistema

nacional público de salud, en el que no existe el pago directo de los servicios sanitarios públicos por parte de los usuarios.

Ninguna de las clasificaciones y escalas de medición existentes ha logrado, hasta la fecha, el consenso de los investigadores, sin embargo, sí que existe cierto grado de acuerdo en torno a la influencia en el nivel de satisfacción de los pacientes, de determinados aspectos relacionados con la transacción sanitaria de forma más o menos directa. Así por ejemplo, en el Reino Unido, hay cierto acuerdo en cuanto a que ciertos aspectos de la atención tales como los tiempos de espera y la comunicación en atención primaria, la rigidez de los protocolos hospitalarios, el catering y la privacidad en los hospitales, o la información del paciente en atención especializada pueden ser generadores de insatisfacción en los pacientes (Jones, Leneman y Maclean 1987, Williams y Calnan 1991).

3. Los condicionantes sociodemográficos.

Una de las hipótesis que mantienen muchos de los estudios de satisfacción de los pacientes es la relación existente entre la edad y la satisfacción del paciente, de modo que, a mayor edad, mayor satisfacción con la atención recibida (Hall y Dornan 1990, Bohigas 1995, Cohen 1996, Thi, y otros 2002, Jaipaul y Rosenthal 2003, Quintana, y otros 2006), incluso para algunos autores, la edad es el factor que más se relaciona significativamente con las preferencias de los pacientes (Calnan, Katsouyinnopoulos, y otros 1994, Santiñá, y otros 2004, Jaráiz 2009). Sin embargo, los resultados de las investigaciones no son concluyentes, al igual que no lo son para las variables del nivel educativo o el nivel de ingresos (Mira y Aranaz 2000). Estas discrepancias podrían deberse a la utilización de escalas diferentes, o de diferentes métodos de análisis estadístico (Thi, y otros 2002).

A este respecto, Fitzpatrick señala que es necesaria la inclusión de las variables sociodemográficas en los análisis de satisfacción, concretamente, la edad, el sexo, el nivel de estudios, la clase social y el estado civil. Sus investigaciones, sin embargo, concluyen que únicamente la edad es un predictor del nivel de satisfacción, siendo los más jóvenes los más insatisfechos, aunque plantea dudas sobre si este binomio edad/satisfacción se debe a diferencias reales en el grado de satisfacción que genera la asistencia, o por el contrario, se debe a la existencia de diferentes expectativas sobre los encuentros sanitarios en función de la edad (Fitzpatrick 1984, 1991b). Por el contrario, Hall considera las variables sociodemográficas en general un predictor menor de la satisfacción (Hall y Dornan 1990).

Parece claro que las variables sociodemográficas, al igual que otros indicadores como el estado de salud, son, sin duda, coadyudantes en la predicción de la satisfacción con la atención sanitaria, no en vano existen numerosos estudios que analizan la asistencia sanitaria desde una perspectiva de género (Bonino Méndez 2000, Delgado y López-Fernández 2004, Díez y Peiró 2004, Garcia-Calvente 2004, Schmittziel, y otros 2000, Sen, George y Östlin 2005, Stanistreet 2005, Verbrugge 1976, Verbrugge 1989), y en menor medida en función del estado civil (Hall y Dornan 1990) o el nivel de estudios (Quintana, y otros 2006) y la clase social (Cohen 1996), entre otras.

Sin embargo, no está demostrado que la edad, se configure como un determinante directo del aumento o la disminución de los niveles de satisfacción de los pacientes. En este sentido, a primera vista, generalmente la edad se configura como un indicador de mayor satisfacción con la sanidad y sobre todo con la transacción sanitaria (Rodríguez-Legido 1995, Bolivar 1999, Cohen 1996, Rahmqvist 2001), sin embargo, en esta investigación se plantea que la edad está muy vinculada a la frecuencia de uso del sistema, por lo que parte de su capacidad condicionante de la satisfacción puede

deberse a la experiencia en el uso del sistema, es decir, que existe una relación entre el uso del sistema y la satisfacción con el mismo (Doering 1983), y que la satisfacción del usuario es tanto una consecuencia como un determinante de la utilización, una satisfacción que es mucho más elevada a medida que aumenta la edad (Zastowny, y otros 1989, Ibern 1992, Rodríguez-Legido 1995). En este sentido, Hall y Dornan, plantean dos posibles explicaciones del aumento de los niveles de satisfacción en función de la edad, en primer lugar, los pacientes mayores son más reacios que los jóvenes a emitir juicios negativos; en segundo lugar, los pacientes mayores son tratados con más respeto y mayor cuidado que los jóvenes (Hall y Dornan 1990). A pesar de que no existe evidencia empírica de estas hipótesis, el hecho de que el análisis descriptivo muestre habitualmente mayores niveles de satisfacción entre los mayores, induce a creer en la existencia de cierta asociación entre ambas variables. Esta asociación podría estar condicionada no sólo por algunos de los aspectos comportamentales señalados por Hall y Dornan, cuya certidumbre podría asumirse hasta cierto punto, sino también y fundamentalmente, por el hecho de que el estado de salud de los mayores les obliga a un uso más frecuente de los servicios sanitarios, un uso que de algún modo moldea su imagen del sistema y de los encuentros sanitarios, y por tanto condiciona indudablemente su valoración de los mismos. Además los mayores tienen más tiempo para adaptarse a la organización y funcionamiento del sistema, por su experiencia, y por su situación generalmente de pasividad laboral.

En este sentido, y de acuerdo con lo planteado por Owens en una investigación cualitativa, niveles elevados de satisfacción, están relacionados con aquellos aspectos del servicio sobre los que los pacientes se han familiarizado a lo largo del tiempo, y han ido aprendiendo que esperar del servicio, de modo que dichas expectativas siempre se cumplen, e incluso a menudo son mejoradas por la realidad (Owens y Batchelor 1996). De este modo, los pacientes con mayor experiencia en hospitalización, tienen

expectativas más realistas, y son menos exigentes. Esta teoría está de acuerdo con la hipótesis del modelo presentado en esta investigación, según el cual, la “cultura sanitaria”, formada en parte por la experiencia en la relación con el sistema, es un condicionante de la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad (Jaráiz 2009).

Por el contrario, otras investigaciones indican que los pacientes con experiencias hospitalarias previas, son más críticos y reportan niveles más bajos de satisfacción, sobre todo en las áreas referidas a los aspectos de información, trato humano, comodidad, visitas y limpieza (John 1992, Quintana, y otros 2006). Lamentablemente, al carecer de datos sobre la frecuencia de ingreso hospitalario de los pacientes entrevistados en los estudios disponibles sobre los centros hospitalarios gallegos de 2007 y 2008, no se puede testar esta hipótesis en el nivel micro de la atención sanitaria, pero sí se hará en el nivel macro, en el que se analizará el grado de satisfacción de los ciudadanos en función del uso que hacen del sistema.

Por otra parte, el sexo es otra de las variables sociodemográficas que suelen incluirse en los estudios de satisfacción. A este respecto, algunos investigadores, sostienen que las mujeres valoran de forma más positiva la atención médica, y que su satisfacción aumenta en gran parte en función de las características del entorno o lo que se ha venido denominando “amenidades”⁵⁶, tales como los aspectos de hostelería, hotelería o trato durante la admisión (Mira y Aranaz 2000). En otras investigaciones, sin embargo, los hombres parecen reportar mayores niveles de satisfacción (Quintana, y otros 2006), lo que podría explicarse debido a que las mujeres tienen mayores expectativas que los hombres (Thi, y otros 2002). El análisis

⁵⁶ En inglés el original “amenities”, facilidades o comodidades. La traducción por “amenidades” se utiliza en la literatura especializada pero no está reconocida por la Real Academia Española de la Lengua.

de la relación entre el sexo y la satisfacción con la asistencia sanitaria, generalmente no revela diferencias significativas y la relación es inconsistente (Delgado y López-Fernández 2004, Jaráiz 2009), por esto es necesario introducir otras variables que interactúan con el sexo y pueden aportar resultados significativos.

Existen además otras perspectivas que no serán tratadas en este estudio, pero cuyo análisis podría dar lugar a nuevas interpretaciones de la relación médico-paciente en el sistema sanitario de Galicia. Así, sería posible, desde el punto de vista de la psicología, profundizar, en el estudio de las relaciones entre el sexo y la conducta de médico y el paciente en la consulta, tal y como ha hecho Hall (Hall JA 1994). Por otra parte sería interesante el análisis de la satisfacción de los pacientes en función de su capacidad de elección del médico (Schmittiel, y otros 2000), lo que se presupone un valor añadido de la atención privada.

Algo similar a lo que ocurre con las variables sociodemográficas, se observa en la literatura que incluye el “estado de salud” reportado por el paciente como variable que interviene en la estimación del grado de satisfacción del mismo. Algunos estudios dan esta hipótesis por buena (Pascoe 1983), mientras que otros plantean algunas dudas al respecto (Da Costa, y otros 1999), argumentando que tanto los pacientes crónicos podrían mostrarse más insatisfechos con la atención debido a su percepción negativa de su estado de salud, como podrían mostrarse más agradecidos y por tanto más satisfechos por el mismo motivo (Thi, y otros 2002), ya que apreciarían más los cuidados recibidos. En definitiva, el estado de salud presenta generalmente una asociación débil con el nivel de satisfacción de los pacientes (Cohen 1996), aunque la ausencia de evidencia definitiva, hace aconsejable incluirlo en las escalas de medición de la satisfacción.

Además, la duración de la estancia, también ha sido vista como un factor de efectos negativos, a mayor duración de la estancia, menor satisfacción (Thi,

y otros 2002), sobre todo respecto de aspectos como la comodidad o limpieza (Quintana, y otros 2006), sin embargo tampoco existe acuerdo aquí, ya que otros estudios demuestran lo contrario.

Algunos autores señalan que la elección que los pacientes hacen sobre dónde acudir a recibir tratamiento está muchas veces condicionada por la experiencia transmitida por otros pacientes, es decir, por los niveles de satisfacción que éstos transmiten a sus allegados (Hibbard y Jewet 1997). A los efectos de este estudio, este factor sería interesante para la comparación de la utilización y satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios públicos y privados, pero en el sistema hospitalario público, que es el que en estos momentos se analiza, no parece tener demasiado interés, ya que la capacidad de elección es muy reducida.

Para terminar, es necesario prestar atención a los aspectos más directamente relacionados con la transacción sanitaria, tanto en su componente de relación personal médico-paciente, lo que Ware denomina “interpersonnal manner”, sin duda uno de los factores más destacados por la literatura, como en lo relativo a las infraestructuras, calidad técnica, comodidades o facilidades disponibles por los pacientes en los centros sanitarios, es decir “accessibility/convenience”, “physical enviroment” y “technical quality of care” (J. Ware, y otros 1983).

Aspectos como la comodidad de las instalaciones, la limpieza del centro, la calidad de las comidas, la organización, o la accesibilidad (no sólo desde el punto de vista físico), son tenidos en cuenta por los pacientes a la hora de emitir sus juicios de satisfacción con la atención hospitalaria. A este respecto autores como Ware y Snyder (1975) o Lewis (1994) han señalado el entorno físico y la accesibilidad, como importantes condicionantes de la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria, sin olvidar, además, los ya mencionados competencia profesional del médico y la relación con el personal sanitario, sobre todo con los facultativos. Sin embargo, una revisión

sobre las prioridades, expectativas o preferencias de los pacientes, muestra que los aspectos relacionales, seguidos de los aspectos técnicos del encuentro clínico, son más importantes que diversos aspectos organizativos de los servicios de salud (Wesing y Grol 1998). Parece que existe acuerdo entre los investigadores en que, únicamente los aspectos organizativos y de entorno físico, no son capaces de explicar por sí solos el proceso de conformación de las valoraciones de los pacientes con el encuentro médico, pero sí son importantes en la formación de dicha opinión, ésta es también nuestra visión.

Además, existen algunas teorías sobre la mayor influencia de que estos aspectos relativos al entorno físico y a la accesibilidad en función de factores sociodemográficos como la edad o el sexo, así por ejemplo, tendrían mayor influencia en la satisfacción de las mujeres (Mira y Aranaz 2000). Algunos de los elementos más estudiados en la literatura han sido la comodidad de las habitaciones, aspectos de hotelería y hostelería, la señalización, aspectos organizativos, la limpieza o la tecnología existente en el centro hospitalario. Muchos de estos aspectos serán incluidos en el modelo propuesto para el análisis de la satisfacción de los pacientes con la red hospitalaria de Galicia.

Finalmente, los siguientes cuadros⁵⁷ resumen algunas de las investigaciones más destacadas en lo que a los condicionantes demográficos de la satisfacción se refiere:

1. Edad

Cuadro 3. Los mayores están más satisfechos

Raphael, 1976	Análisis descriptivo, n=493
L.S. Linn, 1975	Análisis descriptivo, inferencia N=1739, p<0.001
Rojek, Clemente & Summers, 1975	Correlación, n=1166, p<0.001

⁵⁷ Fuente: elaboración propia

Cuadro 3 (continuación). Los mayores están más satisfechos

Pope, 1978	Regresión múltiple, n=3521, $\beta=0,192$, $p<0.001$
Zastowny, Rohgmann & Hengst, 1983	Correlación, n=8257, $r=0,10$, $p=0,001$
Carmel, 1985	Correlación, n=476, $r=0,11$, $p<0,005$
Houts, Yasko, Kahn, Schelzel & Marconi, 1986	Regresión múltiple, $\beta=-0,37$, n=1026, $p<0.001$
S.J. Willimas & Calnan, 1991	Correlación, n=454, $p<0.001$
Zahr, William & El-Hadac, 1991	Análisis de varianzas, n=70
Cleary, Edgman Levitan, MacMullen & Delbanco, 1992	Análisis descriptivo, correlación, n=6455, $r=0,09$, $p<0.001$
Sixma & Spreeuwenberg, 1998	Regresión, $\beta=0,016-0,023$, $p<0.001$
Blanchard, Labrecque, Ruckdeschel, & Blanchard, 2006	Modelo de ecuaciones estructurales, n= 366, 0,096

Cuadro 4. Ausencia de relación entre la edad y la satisfacción

Suchman, 1965	Análisis descriptivo, n=1883
Apostle & Oder, 1976	Correlación, n=438
Hulka, et al., 1971	Análisis descriptivo, n=254
Nelson Wernick, et al., 1981	Análisis de varianzas, n=167
Clearly, Keroy, Karpanos & McMullen, 1983	Análisis descriptivo, n=598

Cuadro 5. Los mayores están menos satisfechos

Kirscht, Haefner, Kegeles & Rosenstock, 1966	Análisis descriptivo, n=1493
Hulka, Kupper, Cassel & Babineau, 1975	Correlación, n=438

2. Sexo

Cuadro 6. Las mujeres están más satisfechas

Apostle & Oder, 1967	Análisis descriptivo, n=438
Hulka, Krupper, Daly, Cassel & Schoen, 1975	Análisis descriptivo, n=1713
Schonell, 1977	Análisis de regresión, n=100, $r=0,05$
Like & Zyzanski, 1987	Análisis de regresión, n=144, $r=0,17$, $p<0,05$
Weiss, 1988	Análisis de regresión, $\beta=0,10$

Cuadro 7. Ausencia de relación entre el sexo y la satisfacción de los pacientes

Hulka et al., 1971	Análisis descriptivo, n=254
Linn, 1975	Correlación, n=1739
Nelson Wernick, et al., 1981	Análisis de varianzas, n=167
Pascoe & Attkinsson, 1983	Análisis de regresión, n=246
Delgado, López Fernández, & de Dios Luna, 1993	Análisis de varianzas, n=857

Cuadro 8. Los hombres están más satisfechos

Williams & Calnan, 1991	Análisis descriptivo, n=454
Hopton, et al., 1993	Análisis de varianzas, n=1599
Khayat & Salter, 1994	Análisis descriptivo, n=2173

3. Nivel de estudios

Cuadro 9. Un mayor nivel de estudios se relaciona con una mayor satisfacción

Gerst, Rogson, & Hetherington, 1969	Análisis descriptivo, n=238
Hulka et al., 1971	Análisis de varianzas, n=254
Hulka et al., 1975	Análisis de regresión, n=363

Cuadro 10. Ausencia de relación entre el nivel de estudios y la satisfacción

Apostle & Oder, 1967	Análisis descriptivo, n=438
Bashshur, et al., 1967	Análisis de varianzas, n=489
Korsch, et al., 1968	Análisis descriptivo, n=800
Linn, 1975	Análisis descriptivo, n=1739
Tessler & Mechanic, 1975	Análisis de regresión, n=385

Cuadro 11. Un mayor nivel de estudios se relaciona con una mayor satisfacción

Hetherington, Hopkins, & Roemer, 1975	Análisis descriptivo, n=2556
Anderson & Zimmerman, 1993	Análisis de regresión, n=134, r=-0,18, p<0,04

CAPÍTULO V – MODELO DE EXPLICACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO. EL NIVEL MACRO Y EL NIVEL MICRO.

En el estudio de la satisfacción con los servicios sanitarios, Ibern (1992) distingue cuatro posibles ámbitos en los que es posible la utilización de las encuestas de satisfacción, a saber, la medición de la satisfacción con un sistema sanitario, la satisfacción con un plan de asistencia sanitaria, la satisfacción con un programa asistencial como la puesta en marcha de una reforma sanitaria, y por último la satisfacción con los “servicios ambulatorios”, es decir, con cada uno de los servicios que engloba la asistencia sanitaria, de los que los cuatro más importantes son la Atención Primaria, la Atención Especializada, la Atención de Urgencias, y la Hospitalización.

En general, y a los efectos de esta investigación, las dos formas que más interés suscitan son la medición de la satisfacción global con el sistema sanitario (Delgado y López-Fernández 2004), y la satisfacción con los servicios de asistencia sanitaria reportada por las personas que los han usado recientemente (Hulka y Zyzansrey 1982, Ware y Hays 1988), en la medida en la que se entiende como condicionante el grado de satisfacción global con el sistema.

La confusión en muchas de las investigaciones en este campo se produce por la utilización indistintamente de términos como ciudadano, “customer”, “consumer”, “cliente”, usuario y paciente en un intento de explicar la relación de estos con los sistemas sanitarios y la provisión de sus servicios, problemática presente en el ámbito de la gestión pública en general. El punto de partida para esta investigación es la diferenciación entre ciudadano y paciente, más allá de otro tipo de disquisiciones más propias del ámbito de

la psicología, la sociología o del marketing de servicios. Todos los ciudadanos son “usuarios”, y por tanto, pacientes potenciales de los servicios sanitarios, y sus intereses y preocupaciones están condicionadas por su pertenencia a una comunidad. Es decir, la relación del ciudadano con el sistema sanitario no está condicionada únicamente por sus contactos directos con el mismo como paciente, sino, entre otros, por la imagen que recibe de los contactos de las personas de su entorno o los medios de comunicación, así como por el “status” del ciudadano en la comunidad (M. Calnan 1997). Los ciudadanos se interesan por tanto por cuestiones organizativas o de índole económica, así como por las condiciones de acceso al sistema, asuntos que pasan a tener una importancia menor en el momento en el que el ciudadano pasa a ser paciente, y se le pregunta por el grado de satisfacción que le ha producido una transacción sanitaria concreta. Así los pacientes o usuarios directos del sistema, se preocupan más por el trato que reciben por parte de los profesionales, la modernidad de los equipos tecnológicos o la rapidez en el acceso a determinadas consultas o tratamientos.

Algunas investigaciones han utilizado un concepto amplio del término paciente, englobando además de a los usuarios de los servicios, a “sus familiares y conocidos, y a la población, en general como cliente/paciente potencial” (Díaz 2002, 31). Sin embargo, este concepto amplio es poco exhaustivo, y provoca confusión, ya que las percepciones de los usuarios directos y de la población en general varían según el rol que adquieran en cada momento, por lo que la medición de la satisfacción debe realizarse de forma independiente, aunque por supuesto, todos los pacientes son ciudadanos, en un momento determinado en que se realiza la medición, no todos los ciudadanos son pacientes, por lo que sus opiniones y valoraciones difieren y están condicionadas por factores diferentes. Es cierto que, en ocasiones, al margen de la necesaria diferenciación apuntada, y fundamentalmente para poder cumplir con criterios de carácter estadístico,

las encuestas a los pacientes son respondidas por familiares o allegados que los han acompañado en su interacción con los servicios sanitarios, ya sea debido al fallecimiento o imposibilidad de contestar del propio paciente. En estos casos las respuestas se refieren a un proceso específico, una relación o relaciones directas con el sistema sanitario, de modo que podemos considerar “usuario”, al familiar o allegado en cuestión, ya que no responde al cuestionario como ciudadano en general, sino basándose en la experiencia concreta de la atención otorgada al paciente de referencia. Finalmente, ambos puntos de vista, el de los pacientes o usuarios y el de los ciudadanos, forman parte del modelo de explicación de la satisfacción ciudadana con los sistemas sanitarios que se propone en esta investigación.

Como se ha indicado en el segundo capítulo, el concepto de satisfacción ha provocado algunas de las discusiones académicas más apasionantes. Más allá de las discusiones mencionadas en torno a la naturaleza cognitiva o afectiva de la satisfacción, la mayoría de la literatura académica sobre el tema se ha centrado en el análisis de la satisfacción en el ámbito sanitario y sus componentes respecto de una transacción específica. De este modo, el análisis de Barrasa y Aibar (2003), sobre los estudios de satisfacción sanitaria realizados en España entre 1986 y 2001, se refiere exclusivamente a aquellos estudios que evalúan la satisfacción de los pacientes atendidos en los centros sanitarios, como indicador del resultado del proceso asistencial, siempre y cuando éste se entienda globalmente y no únicamente como la curación o mejora de la calidad de vida del paciente. Como se ha visto, muchas de las definiciones de satisfacción presentes en la literatura académica se corresponden con este enfoque (R. Oliver 1981), también como forma de diferenciación de la satisfacción con la calidad percibida.

Por otra parte, el término opinión se refiere a un ámbito extenso de preferencias y actitudes, mientras que la satisfacción se refiere a un servicio prestado en concreto. Es reconocido, aunque menos habitual, el interés que suscitan las investigaciones referidas al análisis de la satisfacción de los

ciudadanos con el sistema (R. J. Blendon, K. Donelan, y otros 1991, Ibern 1992). A este respecto, es importante la consideración de la satisfacción como una evaluación global realizada sobre la experiencia de consumo a lo largo del tiempo (Fornell 1992, Anderson, Fornell y Lehmann 1994, Fornell, Johnson, y otros 1996), o una *“medida global de un conjunto de satisfacciones con experiencias específicas previas”* (Yu y Dean 2001, 235).

A esta perspectiva, sería necesario añadir la utilidad de la medida global de la satisfacción tanto en la población usuaria como no usuaria del sistema sanitario, y profundizar en los determinantes del grado de satisfacción mostrado, en función de la relación entre el individuo y el sistema, por los no usuarios, los usuarios ocasionales, los usuarios frecuentes y los “hiperusuarios” del sistema. En definitiva, esta idea de la satisfacción como la acumulación de experiencias explica mejor el comportamiento de los individuos (Jones y Suh 2000), de modo que no es posible obviar las experiencias previas de los individuos con el sistema, que sin duda ocupan un lugar en el modelo explicativo de la satisfacción con los sistemas sanitarios.

Entre los trabajos sobre satisfacción ciudadana con los sistemas sanitarios destacan los llevados a cabo por Blendon y su equipo, que han realizado varias investigaciones cuyo objeto era la obtención de una perspectiva comparada de la opinión pública sobre los sistemas sanitarios de Estados Unidos, Canadá y Reino Unido (Blendon y Taylor 1989), y posteriormente de diez países, los tres anteriores y, Holanda, Alemania Occidental, Francia, Austria, Suecia, Japón e Italia (Blendon, Leitman, y otros 1990). Por otra parte, este autor, fue también el encargado de elaborar el “Informe Abril” para el gobierno español, al que ya se ha hecho referencia con anterioridad en el capítulo uno, y en el que se lleva a cabo una evaluación del sistema sanitario español, apoyado con un análisis del grado de satisfacción de los españoles hacia el mismo (R. Blendon, y otros 1991).

Por último, para Calnan, algunos de los principales motivos por los cuales es necesario evaluar las opiniones de los ciudadanos, están directamente relacionados con la propia filosofía política y los valores que subyacen a la mayoría de los sistemas sanitarios occidentales (M. Calnan 1997). La participación ciudadana en la definición de las políticas públicas, así como la tendencia a una mayor transparencia y democratización de las organizaciones públicas, son la base de la confianza ciudadana que necesitan las democracias occidentales para legitimarse y subsistir, y son por tanto producto de la exigencia ciudadana y de la puesta en práctica de los postulados de la Nueva Gestión Pública, entre otros.

Pero, ¿cuáles son los condicionantes que llevan a los individuos no usuarios del sistema sanitario público a expresar un mayor o menor grado de satisfacción con el mismo?, ¿existe un imaginario social del sistema sanitario público?, y lo que es más importante ¿difiere la imagen generalizada socialmente de las experiencias reportadas por los individuos después de las transacciones de asistencia sanitaria?, ¿qué relación existe entre la confianza en el sistema, su nivel de utilización y la valoración del mismo?.

La respuesta a estas preguntas es un instrumento fundamental para la comprensión por parte de los gestores públicos de los mecanismos condicionantes de la satisfacción de la población hacia los servicios y las políticas sanitarias, lo que no sólo mejoraría la calidad de los servicios prestados, sino también contribuiría a la mejora de los resultados electorales de los partidos en el gobierno, ya que como se ha mencionado, la sanidad es reportada por los ciudadanos como una de las principales áreas de interés, tanto en España como Galicia. Todavía más, en caso de demostrarse la existencia entre los ciudadanos de una valoración de la satisfacción con el sistema diferente a la valoración de los encuentros médicos, sería importante para los políticos el conocer los mecanismos de control y modelación de dicha imagen de la ciudadanía sobre la sanidad pública, evitando así las críticas, excesivamente economicistas y dirigidas

únicamente al control presupuestario, surgidas en los últimos años, como consecuencia del importante aumento del gasto sanitario y la crisis del Estado de Bienestar, así como propiciando el cumplimiento de los dictados de New Public Management, no sólo en lo relativo a la eficiencia sino también a eficacia de los servicios públicos.

El siguiente cuadro muestra algunos de los estudios de satisfacción realizados en Galicia, entrevistas realizadas a la población en general, en los años 2007, 2008⁵⁸, y 2010⁵⁹, y las realizadas a pacientes en los años 2006, 2007 y 2008⁶⁰.

Tabla 1: La satisfacción de los gallegos, pacientes y ciudadanos con la sanidad pública y sus servicios.

	2006	2007	2008	2010
Satisfacción con el sistema sanitario (población general)		5,77	5,48	6,17
Satisfacción con la atención hospitalaria recibida (población general)				6,70
Satisfacción con la atención hospitalaria recibida (pacientes dados de alta en los dos últimos meses)	7,98	7,52	7,58	
Satisfacción con la atención primaria (población general)				6,76
Satisfacción con la atención especializada (población general)				6,44
Satisfacción con la atención de urgencias (población general)				6,01

Fuente: elaboración propia

⁵⁸ Encuesta de “Situación Xeral da Sanidade en Galicia”, Xunta de Galicia (2007, 2008).

⁵⁹ Encuesta de elaboración propia, julio-agosto, 2010.

⁶⁰ “Calidade percibida polos pacientes dos complexos hospitalarios de Galicia”, realizadas por la Xunta de Galicia en los años 2006, 2007 y 2008.

La media de valoración de la asistencia hospitalaria es, para la ciudadanía, moderadamente inferior a la manifestada por los pacientes de la red hospitalaria gallega. Si bien los hospitales son el segundo servicio sanitario mejor valorados por los ciudadanos. ¿A que se deben entonces esas diferencias en la valoración?, ¿Existen otro tipo de factores que no están presentes de forma tan intensa en la valoración realizada por las pacientes, pero que condicionan su grado de satisfacción con los servicios hospitalarios y por ende con el conjunto del sistema sanitario de Galicia?.

En las siguientes páginas se llevará a cabo un análisis de los datos ofrecidos por algunos estudios sobre la satisfacción global de los gallegos con el sistema sanitario autonómico, así como los referidos a la satisfacción de los pacientes con la asistencia sanitaria.

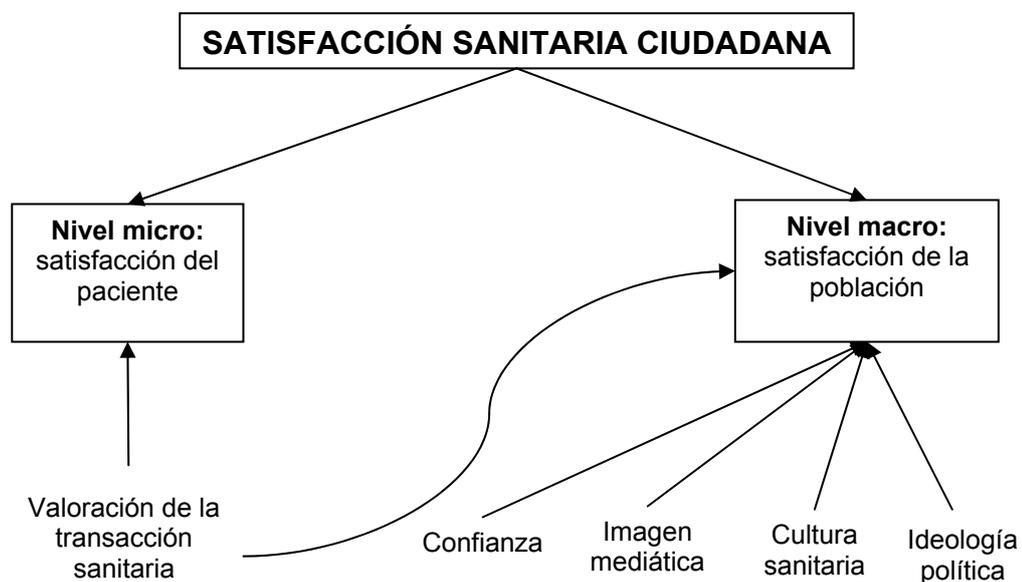
Las encuestas de satisfacción en general han sido bastante criticadas, ya que generalmente se obtienen puntuaciones positivas muy elevadas, con reducidos márgenes de variabilidad (Fitzpatrick 1991b; Williams, Coyle y Healy 1998). Sin embargo, el análisis de las encuestas de satisfacción por segmentos de población insatisfecha ha sido utilizado con éxito con anterioridad (Caminal 2001).

Nuestra investigación, parte, como se ha dicho, de la existencia de dos niveles en la satisfacción de la ciudadanía con la sanidad, un nivel micro y un nivel macro, niveles que están relacionados y que han de ser medidos de forma independiente.

Por una parte, el nivel micro se refiere a la satisfacción de los pacientes con la asistencia, que es, como se ha indicado, un concepto de satisfacción centrado en la valoración de un encuentro específico con el sistema, con todos los componentes cognitivos y afectivos que se le suponen, es decir, el análisis que el paciente hace del resultado de una transacción sanitaria concreta. Esta valoración de la satisfacción con la transacción sanitaria es,

un concepto multidimensional, condicionado por muchos aspectos, de tipo sociodemográfico, tangibles e intangibles, algunos de los cuales ejercen mayor influencia, como se analizará a continuación. La satisfacción con el nivel micro, es un condicionante de la satisfacción con el nivel macro, y por tanto de la satisfacción con el sistema sanitario.

Figura 10: Niveles micro y macro de análisis de la satisfacción con la sanidad



Fuente: elaboración propia

Por otra parte, en el nivel macro se sitúa la valoración de la satisfacción de la población en general con el sistema sanitario, una valoración condicionada, además de por la acumulación de experiencias con el sistema, por unos determinantes no necesariamente directamente relacionados con una transacción sanitaria, incluso a veces, no relacionados directamente con la organización y funcionamiento del sistema sanitario público. Algunos de

estos determinantes son: la confianza (en los médicos y en el sistema), el grado de conocimiento del mismo, la imagen mediática del sistema y la ideología política del individuo, entre otros (véase figura 8).

Esta investigación parte también de la afirmación de que la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad no depende únicamente de elementos tangibles (aspectos organizativos, infraestructuras, tecnología, accesibilidad,...), que son a los que generalmente se presta atención desde la gestión sanitaria. Por el contrario, partimos de la hipótesis de que los elementos intangibles presentes en la prestación sanitaria, son tan importantes como los tangibles, sobre todo aquellos referidos al trato recibido y a la confianza de los ciudadanos y pacientes en el sistema y los profesionales sanitarios

Del estudio de las principales corrientes teóricas existentes en torno a la satisfacción de ciudadanos y pacientes con la sanidad y sus servicios, surgen las hipótesis principales de esta investigación, que se enumeran a continuación:

Hipótesis 1: existen dos niveles diferenciados de satisfacción con la sanidad, el nivel micro, que se refiere al resultado del encuentro y el nivel macro, que se refiere a la imagen que tienen los ciudadanos del sistema sanitario. Ambos niveles están relacionados, **el nivel macro es resultado de las experiencias del nivel micro, condicionadas por otro tipo de variables exógenas como la política (ya sea en forma de ideología o competición partidaria) o la imagen compartida sobre el sistema sanitario. Las valoraciones de los pacientes en el nivel micro, están menos condicionadas por factores externos que las de los ciudadanos en general.**

Hipótesis 2: la confianza y la satisfacción son variables relacionadas, **la confianza en el médico interviene directamente como variable mediadora de la confianza en el sistema sanitario.**

Hipótesis 3: la confianza en el sistema es uno de los principales condicionantes de la satisfacción con el mismo. Un aumento de la confianza genera una mayor satisfacción, por lo que es aconsejable para los gestores públicos aprender a “gestionar la confianza” de los ciudadanos.

Hipótesis 4: diferentes usos del sistema generan diferentes modelos de valoración, **la experiencia en el uso del sistema es un factor condicionante positivamente de la valoración que los ciudadanos y pacientes hacen de la sanidad pública.** En este sentido, el análisis diferenciado de la satisfacción ciudadana en función del conocimiento y frecuencia en la utilización de los servicios, aporta información relevante para el diseño y orientación de las políticas públicas sanitarias.

Hipótesis 5: la edad es, de las variables de carácter sociodemográfico, la que ejerce mayor influencia en la satisfacción con la sanidad. Esta variable, se vincula a su vez con un mayor conocimiento y experiencia en el uso del sistema.

Hipótesis 6: los aspectos que más condicionan la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad, tanto a nivel macro, como a nivel micro, son los aspectos intangibles, fundamentalmente el trato recibido y la confianza en los médicos.

Hipótesis 7: el marco en el que se mueven los modelos de relación de los ciudadanos con el sistema sanitario, es fruto de la combinación de las disposiciones del sistema hacia el paciente, representadas por el trato percibido por el mismo, y del paciente hacia el sistema, en forma de confianza, así como la experiencia con el sistema, y puede ser explicado en forma de “cultura sanitaria”, entendida como las actitudes, y

pautas de comportamiento individuales y colectivas hacia el sistema sanitario.

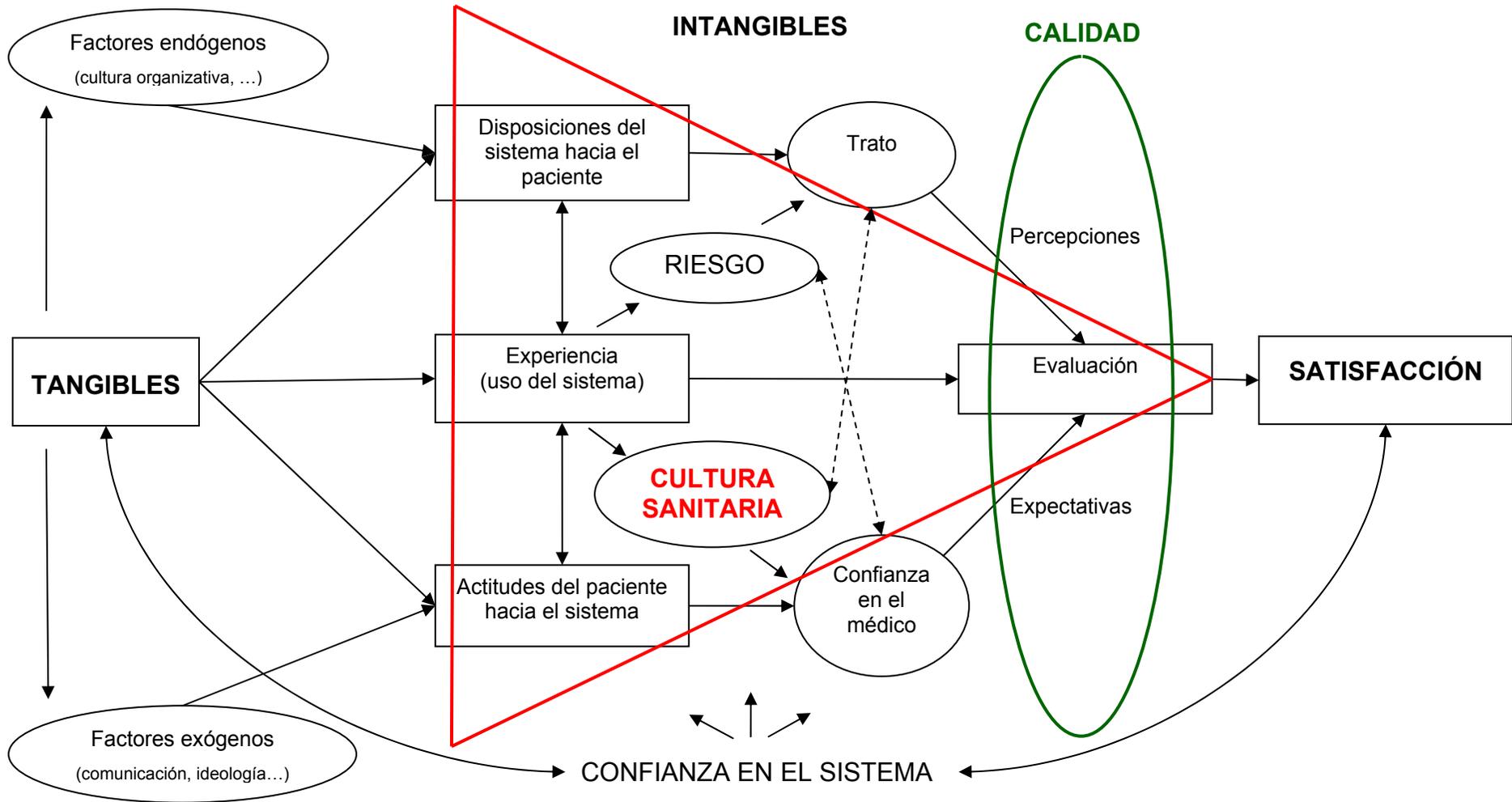
Hipótesis 8: Los aspectos tangibles, como la organización, las infraestructuras, la tecnología, o la accesibilidad a la prestación de los servicios, influyen en la satisfacción con la sanidad en menor medida que los intangibles, y a su vez, su valoración está, en última instancia, condicionada por la valoración de estos últimos.

Hipótesis 9: de entre los aspectos tangibles, el tiempo de espera para la consulta, prueba o intervención quirúrgica, es uno de los factores peor valorados y que en estos momentos, condiciona en mayor medida la satisfacción de los gallegos con los servicios sanitarios públicos.

Hipótesis 10: la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario no está condicionada únicamente por sus contactos directos con el mismo como paciente, sino también por una serie de elementos de carácter endógeno, tales como la cultura organizativa de los servicios sanitarios, y exógeno, principalmente la imagen compartida del sistema y aspectos ligados a la ideología del individuo, que mediatizan sus percepciones.

El modelo teórico de explicación de la satisfacción ciudadana con la sanidad pública que se ha expuesto a lo largo de los capítulos precedentes, y que se pretende contrastar en esta investigación, se representa gráficamente en la figura inferior.

Figura 11: Modelo teórico de satisfacción con el sistema sanitario público



CAPÍTULO VI - NIVEL MICRO. LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA RED HOSPITALARIA DE GALICIA

Para el diseño de un modelo de explicación de la satisfacción de los pacientes con la red hospitalaria pública de Galicia, se ha trabajado con la encuesta de *“Calidade percibida polos pacientes do conxunto dos centros hospitalarios de Galicia”* de 2008, y en ocasiones también, en términos comparativos, con la misma de 2007, que nos permite hacer un análisis de los principales factores predictores de la satisfacción de los pacientes gallegos con la asistencia sanitaria hospitalaria pública. Estos resultados serán posteriormente contrastados con la opinión de la ciudadanía, es decir de los usuarios reales y potenciales del sistema sanitario, hayan sido o no pacientes recientemente.

El ámbito del estudio de la referida encuesta es la Comunidad Autónoma de Galicia, y el universo lo componen los pacientes ingresados en los centros hospitalarios de Galicia durante el año 2008. La modalidad empleada ha sido la encuesta telefónica asistida por ordenador (CATI), y el tamaño de la muestra ha alcanzado las 4.161 entrevistas. El tipo de muestreo es estratificado con afijación óptima en función del número de altas producidas en el último año de cada Hospital del Sergas y de Povisa. Se ha fijado una muestra mínima para cada hospital en función del volumen de pacientes atendidos en cada uno de ellos; las restantes entrevistas se han afijado proporcionalmente al número de altas en cada centro hospitalario. La selección de las entrevistas se hace a partir de la base de datos de pacientes ingresados en el último año en los centros hospitalarios de Galicia, estableciendo cuotas basadas en el servicio en el que estuvo ingresado el paciente. El error muestral es de $\pm 1,55\%$, tomando como referencia un nivel de confianza del 95.5% (dos sigmas), y $P=Q$ como caso más desfavorable.

1. Descripción de las muestras inicial y final.

La encuesta de “*Calidade percibida polos pacientes do conxunto dos centros hospitalarios de Galicia*” analiza la percepción que los pacientes tienen de la red hospitalaria pública de Galicia, que está constituída por 32 hospitales, de los cuales 31 son públicos, y uno, el Policlínico de Vigo es concertado. Estos 32 hospitales se agrupan en siete complejos hospitalarios, dos hospitales generales, seis comarcales y uno de media estadía. La distribución por provincias es la siguiente:

- La Coruña: C. H. Juan Canalejo-Marítimo de Oza (4 hospitales), C. H. Universitario de Santiago (4 hospitales), C. H. Arquitecto Marcide-Nóvoa Santos (Ferrol 2 hospitales), Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira (Cee), Fundación Pública Hospital do Barbanza (Ribeira).
- Lugo: Complexo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo 3 hospitales), Hospital da Costa (Burela), Hospital Comarcal de Monforte.
- Ourense: CH Ourense (4 hospitales), Hospital Comarcal de Valdeorras, Fundación Pública Hospital de Verín.
- Pontevedra: C. H. Pontevedra (2 hospitales), C. H. Universitario de Vigo (5 hospitales), Fundación Pública Hospital do Salnés, Policlínico Vigo (Povisa).

Dicho estudio ha sido realizado a pacientes o acompañantes de los mismos, ya que en algunos casos, por diversos motivos, los primeros no estaban en disposición de contestar. Por esto, y dado el tamaño de la muestra, para evitar el sesgo en las respuestas, sobre todo en sexo y edad, en esta investigación se ha trabajado únicamente con las respuestas de los propios pacientes, segmentando la matriz y ponderándola por cuotas de sexo y edad⁶¹.

La que se denomina “muestra final” tiene por tanto 2.449 casos, correspondientes a los pacientes que han contestado la encuesta, excluidos los casos en los que las que responden son las personas que acompañaron a los pacientes durante el ingreso hospitalario.

Tabla 2. Distribución de la muestra inicial en función del entrevistado

	Frecuencia	Porcentaje
PACIENTE	2.449	58,9
ACOMPañANTE	1.712	41,1
Total	4.161	100,0

El reparto del total de la muestra inicial, aquella compuesta por pacientes y acompañantes, según el centro hospitalario, está ajustado en función el volumen de pacientes atendidos en cada uno de los hospitales en el último año (véase tabla 3).

⁶¹ Las cuotas de sexo y edad se han ajustado en base a los datos reales recogidos en la “Encuesta de Morbilidad Hospitalaria” publicada por el INE para el año 2008.

Tabla 3. Distribución de la muestra de 2008 en función del tipo de centro en el que estuvo ingresado

	Frecuencia	Porcentaje
C.H. Universitario de A Coruña	557	13,40
C.H. Universitario de Santiago	499	12,00
C.H. Ourense	463	11,10
C.H. Xeral Calde	426	10,20
C.H. de Pontevedra	408	9,80
C.H. Xeral-Cíes	429	10,30
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos	283	6,80
H. do Meixoeiro	269	6,50
H. da Costa	231	5,60
H.C. de Monforte	123	3,00
H.C. de Valdeorras	121	2,90
H. Nicolás Peña	93	2,20
POVISA	259	6,20
Total	4161	100,00

Para la muestra segmentada sólo por pacientes, el reparto en función del hospital varía ligeramente, lo que no tendrá efectos en el presente estudio, ya que no se analizarán los datos desagregados por centro hospitalario.

Tabla 4. Distribución de la muestra de 2008 sólo pacientes en función del tipo de centro en el que estuvo ingresado.

	Frecuencia	Porcentaje
C.H. Universitario de A Coruña	372	15,19
C.H. Universitario de Santiago	303	12,37
C.H. Ourense	238	9,72
C.H. Xeral Calde	222	9,06
C.H. de Pontevedra	246	10,04
C.H. Xeral-Cíes	271	11,07
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos	185	7,55
H. do Meixoeiro	162	6,61
H. da Costa	132	5,39
H.C. de Monforte	64	2,61
H.C. de Valdeorras	71	2,90
H. Nicolás Peña	23	0,94
POVISA	160	6,53
Total	2449	100,00

Por otra parte, el reparto en función del servicio que atendió al paciente de la muestra inicial se representa en la siguiente tabla.

Tabla 5. Distribución de la muestra inicial 2008 en función del servicio en el que estuvo ingresado el paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Medicina interna	612	14,70
Cirugía general y digestiva	495	11,90
Traumatología	464	11,20
Obstetricia	360	8,70
Ginecología	273	6,60
Pediatría	253	6,10
Urología	246	5,90
Cardiología	214	5,10
Neumología	146	3,50
Digestivo	138	3,30
Otorrinolaringología	125	3,00
Neurología	109	2,60
Neurocirugía	79	1,90
Oncología médica	78	1,90
Psiquiatría	68	1,60
Cirugía pediátrica	60	1,40
Cirugía cardíaca	50	1,20
Cirugía plástica y reparadora	51	1,20
Angiología y cirugía vascular	44	1,10
Geriatría	43	1,00
Nefrología	38	0,90
Cirugía torácica	32	0,80
Hematología clínica	33	0,80
Oftalmología	34	0,80
Medicina intensiva	23	0,60
Cirugía maxilofacial	21	0,50
Dermatología	15	0,40
Endocrinología	15	0,40
Neonatología	15	0,40
Reumatología	9	0,20
Anestesiología y reanimación	5	0,10
Radiodiagnóstico	3	0,10
Radioterapia	4	0,10
Cirugía cardíaca infantil	2	0,00
Medicina nuclear	1	0,00
Rehabilitación	1	0,00
Unidad de lesionados medulares	2	0,00
Total	4161	100

La tabla superior muestra que la mayoría de encuestados estuvieron ingresados en el área de medicina interna (14,7%, n=612), seguida de las áreas de cirugía general y digestiva (11,9%, n=4,95) y traumatología (11,2%, n=464). La media de estancia es de 11, 72 días (*D.T.* = 21,231), siendo las más frecuentes, las estancias de cuatro a siete días (27,1%) y de ocho a quince días (27,3%).

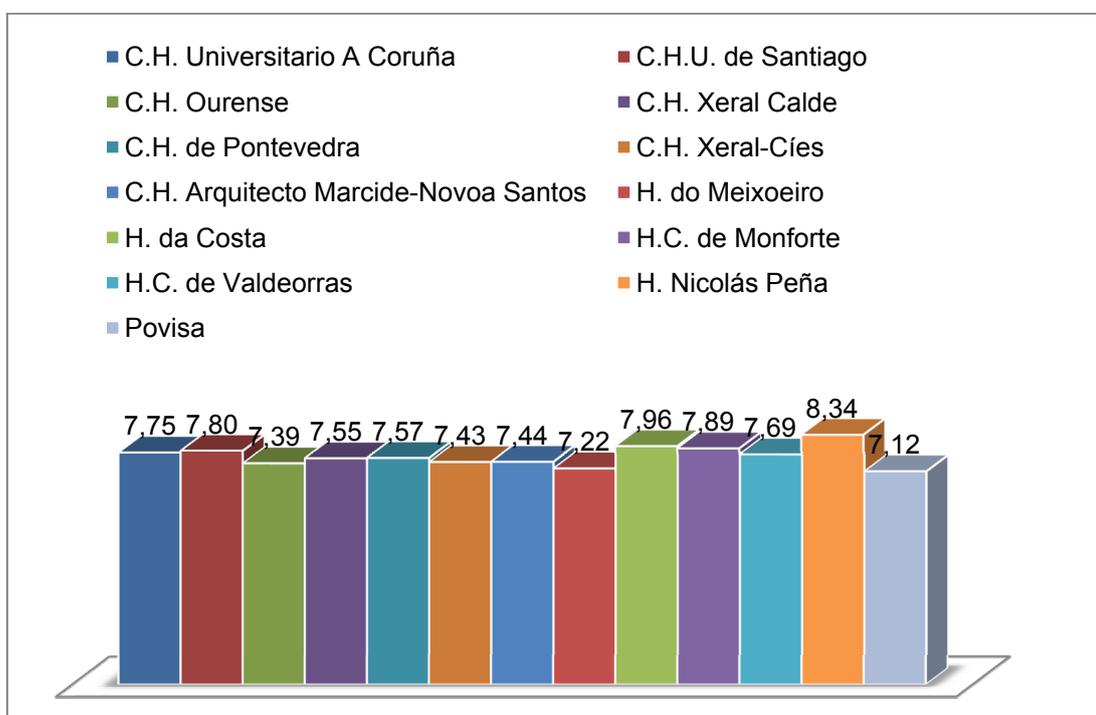
Un primer análisis descriptivo de la muestra inicial refleja que el índice global de satisfacción de los pacientes gallegos con la atención sanitaria recibida durante su hospitalización es de $M= 7,58$ ($DT= 1,890$), un valor moderadamente alto, aunque debemos tener en cuenta que la escala de medición va del 1 al 10, y que parece una constante ya que es muy similar e incluso ligeramente superior a la del año 2007 ($M= 7,52$, $D.T.= 1,845$). Estos niveles de satisfacción, están en la línea con los reportados en la mayor parte de la literatura especializada (Ibern 1992, Fitzpatrick 1991a, B. Williams 1994). Por otra parte, resulta interesante el análisis comparativo de las valoraciones obtenidas en la muestra inicial en función de la persona encargada de responder la encuesta, el propio paciente ($M= 7,69$, $D.T.= 1,875$) o un acompañante ($M= 7,41$, $D.T.= 1,900$), que confirma la existencia de diferencias en las valoraciones en función de si el entrevistado es el propio paciente o su acompañante en la hospitalización.

Según los datos, los pacientes son, por tanto, ligeramente más generosos que sus acompañantes en sus valoraciones sobre la atención recibida durante su estancia en el hospital. Para estudiar si esta diferencia es significativa en la valoración de la asistencia sanitaria, se realiza un análisis de varianzas. Tras comprobar la existencia de homogeneidad de varianzas ($Levene= 0,575$, $p= 0,448$), la ANOVA confirma la hipótesis de que existe una relación entre la satisfacción con la atención y la persona que responde la encuesta, el paciente o su acompañante ($F(1, 4092) = 20,982$; $p < 0,001$), tal y como afirman algunos autores (Thi, y otros 2002), lo que confirma la ventaja de aislar las respuestas de los pacientes, de modo que los

resultados que obtengamos en el análisis multivariante posterior, sean un fiel reflejo de las opiniones de estos.

Continuando con el análisis de la muestra inicial, en lo que se refiere a la valoración por complejo hospitalario, la diferencia por complejo hospitalario u hospital, es poco representativa, excepto en el algún caso aislado, como el Hospital Nicolás Peña ($M= 8,34$, $D.T.= 1,869$), cuyas características diferenciales podrían justificar una mejor valoración, ya que se trata de un hospital pequeño (aprox. 120 camas), dedicado exclusivamente a pacientes de medicina interna, psiquiatría y cuidados paliativos y de la vejez. Sería necesario analizar de forma pormenorizada como estas características podrían repercutir en la valoración de los pacientes, como por ejemplo, la relación entre el tamaño del hospital y la satisfacción, a menor tamaño mayor satisfacción (Young, Meterko y Desai 2000), pero al tratarse de un caso aislado, no se considera relevante para esta investigación.

Gráfico 15. Valoración de la satisfacción en función del hospital

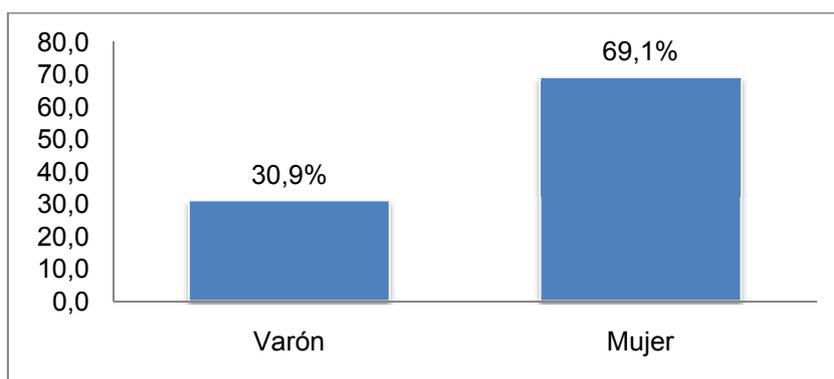


Por otra parte, llama la atención que, POVISA, el único hospital privado (que presta servicio en el área de Vigo mediante un convenio con la Consellería de Sanidade) presente de forma independiente en la muestra, es el peor valorado de todos los hospitales gallegos ($M= 7,12$, $D.T.= 2,135$), aunque es necesario precisar que los otros dos hospitales pertenecientes también al área de Vigo, el Hospital do Meixoeiro y el Complejo Hospitalario Xeral-Cíes, son también de los peor valorados, obteniendo $M= 7,22$, $D.T.= 2,131$ y $M= 7,43$, $D.T.= 1,789$ respectivamente

Se puede afirmar, por lo tanto, que la red hospitalaria de Galicia goza de una valoración moderadamente alta en cuanto al grado de satisfacción que muestran los pacientes tras ser atendidos en alguno de los hospitales que la componen.

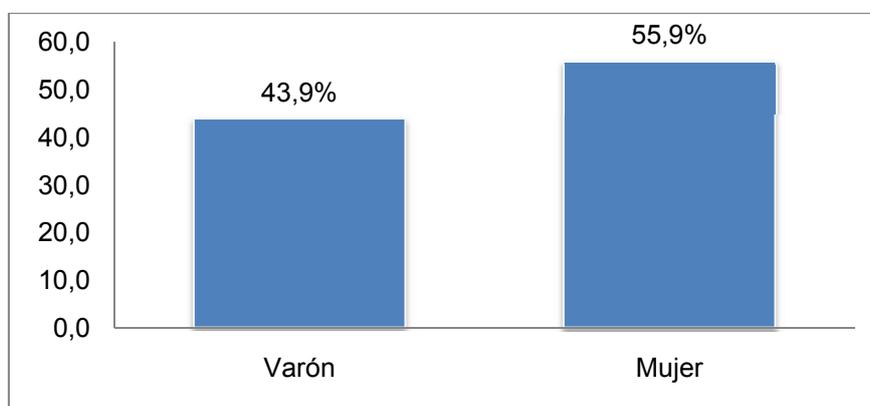
El análisis descriptivo de la muestra inicial, con el fin de caracterizar a la población entrevistada, muestra también la preponderancia del número de mujeres entrevistadas sobre el de hombres, concretamente el 69,1% son mujeres.

Gráfico 16. Sexo del entrevistado



Esto se justifica en parte porque las mujeres suelen acompañar más habitualmente a los enfermos en su hospitalización, de modo que si observamos, de entre los acompañantes que responden, cuantas son mujeres, veremos que de los acompañantes que responden la encuesta, el 76,9% lo son, frente al 23,1% que son hombres. Este desequilibrio de la muestra en razón de género, es otro de los motivos por los que se ha optado por la segmentación de la matriz inicial. La distribución por sexo para los pacientes en la muestra inicial es más homogénea, véase tabla inferior.

Gráfico 17. Sexo del paciente



Sin embargo, al excluir aquellos casos en que el entrevistado era un acompañante, se reducen los casos, y la muestra se descompensa ligeramente por razón de género, de nuevo a favor de las mujeres (h= 36,4%, m= 63,6%), lo que hace necesario, como se ha dicho, la ponderación de la matriz final. Dicha ponderación se hace en función a los datos de morbilidad hospitalaria en Galicia del Instituto Nacional de Estadística, que para el año 2008 indica que del total de pacientes atendidos, un 46,7% eran varones y un 53,3% mujeres, esos serán pues los porcentajes aplicados a la muestra construida.

Respecto a la edad, la media de edad de los entrevistados de la muestra inicial es de $M= 50,24$ años, con una desviación típica elevada ($D.T.=16,333$). El reparto por cohortes se representa en la tabla inferior, excluidos 26 casos perdidos.

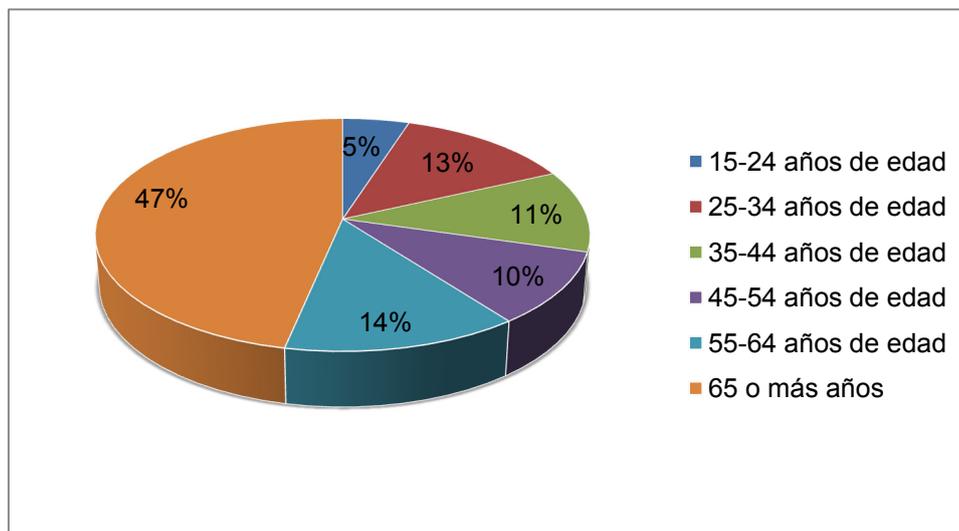
Tabla 6. Edad del entrevistado en la muestra inicial

	Frecuencia	Porcentaje
De 14 a 24 años	151	3,6
De 25 a 34 años	681	16,4
De 35 a 44 años	856	20,6
De 45 a 54 años	758	18,2
De 55 a 64 años	778	18,7
Más de 65 años	911	21,9
Total	4.135	99,4

Por otra parte, en la matriz segmentada, la edad media de los pacientes es de $M= 51,83$ ($D.T.=17,437$), por lo que esta es ajustada nuevamente, en función de los datos del INE sobre hospitalizaciones en Galicia en el año 2008, según los cuales la distribución porcentual de la edad de los pacientes hospitalizados es la que se representa en el gráfico 18.

Siguiendo esta distribución porcentual, la edad media de los pacientes de la matriz final es de $M= 57,06$ años, ($D.T.=18,744$). Es importante señalar, que los esfuerzos por adecuar la muestra construida a la realidad de las hospitalizaciones en Galicia, responden al interés por analizar las opiniones de los pacientes reales, y no de la población en general, a cuyo estudio se dedicará otro capítulo en la presente investigación.

Gráfico 18. Distribución de la edad de los pacientes en la matriz construida y ponderada en base a los datos del INE



Continuando la descripción de la muestra inicial, la tabla inferior muestra que la mayoría de entrevistados, ya sean pacientes o no, están casados o viven en pareja (73,1%)

Tabla 7. Distribución de la variable estado civil en la matriz inicial

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	619	14,9
Casado/a - Vive en pareja	3.041	73,1
Separado/a - Divorciado/a	169	4,1
Viudo/a	277	6,7
No contesta	55	1,3
Total	4.161	100,0

En la muestra construida, este porcentaje disminuye ligeramente a favor de los viudos, aunque en términos generales la proporción se mantiene bastante estable.

Tabla 8. Distribución de la variable estado civil en la matriz final

	Frecuencia	Porcentaje válido
Soltero/a	348	14,6
Casado/a - Vive en pareja	1.680	70,3
Separado/a - Divorciado/a	91	3,8
Viudo/a	269	11,3
No contesta	31	
Total	2.419	

Respecto del nivel de estudios, en la muestra inicial, la mayor parte de los entrevistados tenían estudios primarios o similares, seguidos de los que tenían EGB/ FPI o similares, y en tercer lugar los que habían cursado BUP/COU/FPII o similares.

Tabla 9. Distribución de la variable nivel de estudios en la matriz inicial

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	417	10,0
Estudios primarios o similares	1.261	30,3
EGB / FPI o similares	975	23,4
BUP / COU / FPII o similares	759	18,2
Universitarios medios o similares	379	9,1
Universitarios superiores o similares	294	7,1
No contesta	76	1,8
Total	4.161	100,0

En la muestra construida la proporción se altera ligeramente. Se mantiene el predominio de los pacientes con estudios primarios, seguidos de los que cuentan con un título de EGB/ FPI o similares, pero pasan a ocupar el tercer

lugar aquellos pacientes que no tiene estudios, seguidos muy de cerca por los que cursaron BUP/COU/FPII o similares (véase tabla inferior).

Tabla 10. Distribución de la variable nivel de estudios en la matriz final

	Frecuencia	Porcentaje válido
Sin estudios	396	16,6
Estudios primarios o similares	866	36,4
EGB / FPI o similares	451	19,0
BUP / COU / FPII o similares	364	15,3
Universitarios medios o similares	170	7,1
Universitarios superiores o similares	132	5,5
Total	2.378	100,0
No contesta	40	
Total	2.419	

Finalmente, respecto a la ocupación de los entrevistados, la tabla inferior refleja un predominio de los trabajadores por cuenta ajena en la muestra inicial, seguidos de los jubilados y pensionistas.

Tabla 11. Distribución de la variable ocupación en la matriz inicial

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajando por cuenta ajena	1.380	33,2
Trabajando por cuenta propia	341	8,2
Desempleado	443	10,6
Labores del hogar	715	17,2
Estudiante	66	1,6
Jubilado / pensionista	1.118	26,9
No contesta	98	2,4
Total	4.161	100,0

La muestra final, sin embargo, está formada por más del doble de jubilados o pensionistas que la inicial, lo que se explica fundamentalmente por la edad de los pacientes hospitalizados, recordemos que la edad media era de $M=57,06$ años ($D.T.=18,74$). Esta modificación de la muestra inicial respecto de la ocupación no altera los resultados de la investigación, ya que, como se ha dicho se pretende analizar la opinión de los pacientes hospitalizados, no de los entrevistados.

Tabla 12. Distribución de la variable ocupación en la matriz final

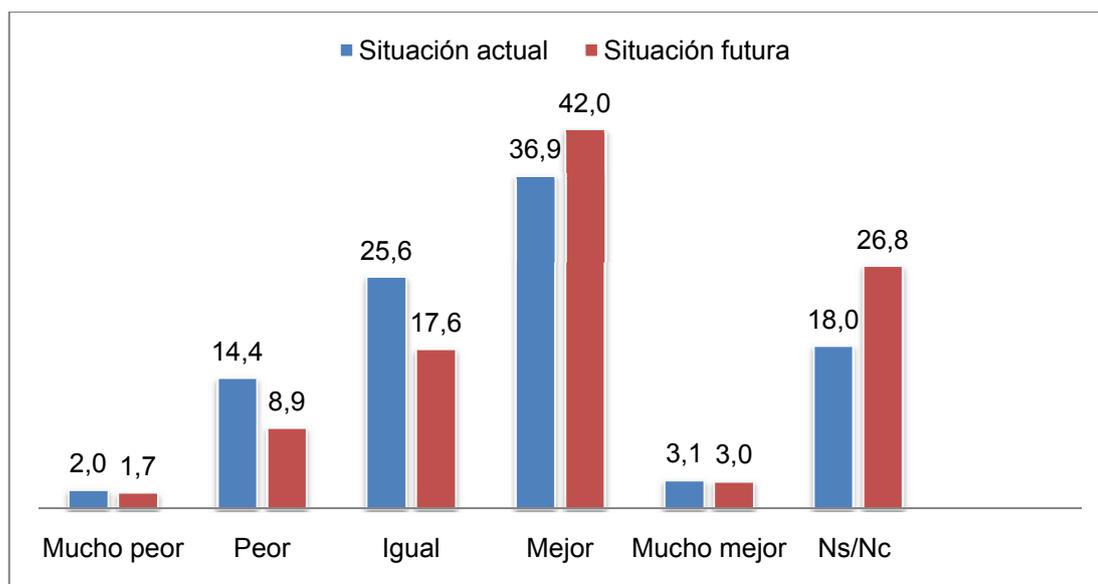
	Frecuencia	Porcentaje válido
Trabajando por cuenta ajena	577	24,3
Trabajando por cuenta propia	139	5,9
Desempleado	197	8,3
Labores del hogar	255	10,7
Estudiante	38	1,6
Jubilado / pensionista	1.171	49,3
Total	2.378	100,0
No contesta	41	
Total	2.419	

2. Estudio de los determinantes de la satisfacción.

Tras la descripción del perfil sociodemográfico de las muestras inicial y final, resulta interesante, a modo de contextualización, el estudio de algunas de las variables contenidas en la encuesta que, si bien no se refieren expresamente a la atención sanitaria de la red pública de hospitales de Galicia, suponen un juicio sobre algunos aspectos relacionados con su gestión, y, sobre todo, con las políticas públicas de la Xunta de Galicia en materia de sanidad.

Un primer análisis de estas variables nos permite afirmar que el 40% de los pacientes, siempre tomando como referencia la muestra final construida, pensaban en 2008 que la situación de la sanidad gallega era mejor o mucho mejor que la de tres años antes y alrededor un 45% confiaba en que dicha situación mejoraría en el futuro. Lo que rebelaba cierto optimismo sobre las políticas sanitarias de la Xunta de Galicia en ese momento, especialmente de cara a un futuro próximo. Además el 35,5 % de los encuestados estaba de acuerdo con la afirmación de que “el gobierno gallego está tomando las medidas oportunas para corregir los déficits del sistema sanitario gallego”.

Gráfico 19. Opinión de los pacientes sobre la situación actual y futura de la sanidad pública gallega



Este tipo de juicios están directamente relacionados con la satisfacción con la atención sanitaria recibida, ya que son producto de la experiencia, y muestran las expectativas globales de los pacientes respecto del funcionamiento del sistema.

Tabla 13. Medias de satisfacción global con la atención sanitaria de los pacientes en base a su opinión sobre la situación actual de la sanidad pública.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Mucho peor	48	6,59	2,680	5,8086	7,3591
Peor	342	6,97	2,155	6,7411	7,1995
Igual	608	7,58	1,712	7,4436	7,7165
Mejor	878	8,20	1,693	8,0915	8,3158
Mucho mejor	75	8,87	1,354	8,5583	9,1814
Total	1.952	7,78	1,883	7,6950	7,8623

El análisis descriptivo del nivel de satisfacción de los pacientes respecto de su opinión sobre la situación actual y futura del sistema sanitario muestra que, los que se declaran más optimistas con el presente de la sanidad pública gallega, son también los que valoran mejor la satisfacción con la atención recibida en el hospital.

Tabla 14. Medias de satisfacción global con la atención sanitaria de los pacientes en base a su opinión sobre la situación futura de la sanidad pública.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Mucho peor	42	6,02	2,330	5,2932	6,7429
Peor	209	6,94	2,285	6,6332	7,2559
Igual	422	7,60	1,742	7,4313	7,7648
Mejor	998	8,00	1,724	7,9011	8,1154
Mucho mejor	72	8,44	1,279	8,1393	8,7388
Total	1.743	7,75	1,862	7,6636	7,8386

El patrón se repite para las medias de satisfacción en función de la valoración de la situación futura de la sanidad (véase tabla 14), en cierta medida, los datos son esperados, puesto que los que son menos críticos con la situación de la sanidad es lógico que valoren mejor la atención.

Lo mismo ocurre entre aquéllos que en el momento de la realización del campo opinaban que el gobierno estaba tomando las medidas oportunas para corregir los déficits del sistema sanitario gallego, véase tabla inferior. Aquellos que en el momento de la encuesta confiaban en las medidas y acciones que llevaba a cabo el gobierno, para solucionar los déficits que en ese momento tenía el sistema sanitario, son los que presentan un nivel medio de satisfacción más elevado con la atención sanitaria recibida ($M= 8,23$, $D.T.= 1,585$) frente a los que no confían en la actuación del gobierno ($M= 7,08$, $D.T.= 2,041$).

Tabla 15. Medias de satisfacción global con la atención sanitaria de los pacientes en base a la pregunta ¿Cree Ud. que el gobierno está tomando las medidas oportunas para corregir los déficits del sistema sanitario gallego?

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Sí	851	8,23	1,585	8,1243	8,3378
No	687	7,08	2,041	6,9353	7,2410
Total	1.538	7,72	1,890	7,6257	7,8148

En definitiva, el análisis descriptivo apunta a que aquellos pacientes que son más optimistas en el juicio sobre el funcionamiento del sistema y su futuro, tienden a ser más generosos en la valoración de la asistencia. Hasta qué punto estos juicios, en interacción con otras variables, influyen en la satisfacción global del paciente con la atención recibida en el hospital será

analizado con posterioridad, partiendo de la hipótesis enunciada (hipótesis 1) de que, en el nivel micro los aspectos más influyentes son aquellos directamente vinculados a la atención, en detrimento de otros condicionantes externos de carácter político, cuya influencia es mayor en el nivel macro.

2.1. Efecto del sexo y la edad.

Continuando con el análisis de la satisfacción de los pacientes gallegos con la atención recibida en la red hospitalaria pública, se observa que el grado de satisfacción con la atención para la muestra final, de solo pacientes, ponderada por sexo y edad, es ligeramente superior a la reportada con anterioridad, ($M= 7,82$, $D.T.= 1,853$) lo que se explica por dos motivos, en primer lugar, tal y como hemos señalado, las apreciaciones son diferentes en función de la persona que contesta la encuesta, siendo los pacientes más generosos en sus valoraciones; en segundo lugar, la ponderación disminuye ligeramente el peso de las valoraciones que hacen las mujeres, lo que compensa la muestra en función de la distribución de género de los pacientes, y eleva ligeramente la valoración media, ya que como se verá, las puntuaciones otorgadas por los hombres son ligeramente superiores, lo que no significa que el sexo sea necesariamente una variable determinante en el grado de satisfacción de los pacientes.

Para el estudio del comportamiento de las principales variables sociodemográficas, a saber, el sexo, la edad, el nivel de estudios, el estado civil y la ocupación, se han realizado análisis de varianzas (ANOVA), tomando como variable dependiente el grado de satisfacción global con la atención sanitaria recibida, a fin de comprobar si existen diferencias en las medias de valoración para los diferentes grupos.

En este sentido resulta interesante, a los efectos de construcción del modelo, el análisis de la capacidad determinante de la variable sexo respecto del grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida

en el hospital. A este respecto, como se ha dicho, no existe acuerdo en la literatura. Algunos investigadores, sostienen que las mujeres valoran mejor la asistencia (Mira y Aranaz 2000, Weiss 1988, Pascoe 1983), mientras que otros llegan a la conclusión de que los hombres reportan mayores niveles de satisfacción (Quintana, y otros 2006, Thi, y otros 2002, Williams y Calnan 1991), o incluso afirman que no existe ninguna relación entre el género del paciente y la valoración de la satisfacción (B. Hulka, L. Kupper, y otros 1971).

Para el caso de los pacientes de centros hospitalarios de Galicia, un análisis descriptivo de la variable refleja, un nivel de satisfacción global medio más elevado entre los hombres ($M= 7,96$, $D.T.= 1,813$) que entre las mujeres ($M= 7,70$, $D.T.= 1,880$).

Tabla 16. Comparación de medias de satisfacción global con la atención sanitaria recibida en base al sexo del entrevistado.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Hombre	1.109	7,96	1,813	7,8578	8,0714
Mujer	1.260	7,70	1,880	7,5972	7,8050
Total	2.369	7,82	1,853	7,7498	7,8991

Dada la heterogeneidad de varianzas confirmada por la prueba de Levene ($Levene= 7,716$, $p= 0,006$, para un nivel de significación de 5%⁶²), es necesario transformar la variable de satisfacción elevándola al cuadrado, con lo que se consigue la homogeneidad de varianzas para el factor sexo

⁶² El nivel de confianza establecido para estos test ANOVA, es de 95%, y será el que se emplee a lo largo de todo el análisis.

(*Levene*= 0,327, *p*= 0,568) que permite la realización de un test de ANOVA con resultados fiables. De este modo, el análisis de varianzas indica que el sexo influye de forma significativa en la valoración ($F(1, 3267) = 12,874$, $p < 0,001$). Sin embargo, la inclusión de esta variable en el modelo de regresión lineal múltiple posterior, en el que la relación con la satisfacción está mediatizada por la existencia de otras variables influyentes, contribuirá a comprobar la hipótesis de estudios anteriores, también para el caso de Galicia, que demostraban que el análisis de la relación entre el sexo y la satisfacción con la asistencia sanitaria no revela diferencias significativas en la valoración y la relación es inconsistente (Jaráiz 2009). Es decir, a pesar de los resultados del test de ANOVA, nuestra hipótesis es que en combinación con otras variables, el sexo pierde influencia en las valoraciones, en favor de condicionantes más significativos como la edad.

La siguiente variable fundamental para el estudio es, por tanto, la edad, ya que, como se ha visto, muchos de los estudios de satisfacción demuestran que la edad del paciente influye de forma significativa, incluso algunos mantienen que es la variable que más influye, en la valoración que éste hace de la atención recibida, de forma que, a medida que aumenta la edad, aumenta la satisfacción (Zastowny, y otros 1989, Hall y Dornan 1990, Williams y Calnan 1991, Bohigas 1995, Cohen 1996, Jaipaul y Rosenthal 2003, Santiñá, y otros 2004, Jaráiz 2009). El análisis descriptivo de esta variable para el caso gallego, parece confirmar esta hipótesis, mostrando que los pacientes de más de 65 años son los más satisfechos, y los más críticos son aquellos cuya edad se sitúa entre los 25 y los 35 años. Más allá, la diferencia de valoración entre el primer grupo y el segundo es bastante elevada, casi de un punto (0,9446), lo que podría justificarse porque este sector de la población es el que menos utiliza los servicios sanitarios, pero contribuyen a su financiación ya que la mayor parte están activos laboralmente.

Tabla 17. Comparación de medias de satisfacción global con la atención sanitaria recibida en base al grupo de edad.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
15-24 años	119	7,46	1,487	7,1925	7,7331
25-34 años	316	7,23	1,900	7,0196	7,4402
35-44 años	274	7,42	1,844	7,2047	7,6432
45-54 años	244	7,59	1,924	7,3434	7,8289
55-64 años	324	7,88	1,833	7,6750	8,0754
65 o más años	1.092	8,17	1,791	8,0681	8,2808
Total	2.369	7,82	1,853	7,7498	7,8991

Así pues, y tal y como se observa en las tablas siguientes, para el caso del factor grupos de edad, se confirma la homogeneidad de varianzas ($Levene=2,003$; $p=0,075$). La ANOVA confirma además la hipótesis alternativa de la existencia de diferencia de medias para cada uno de los grupos ($F(5,2363)=19,338$; $p<0,001$). El análisis de varianzas, por tanto, demuestra que esta diferencia no sólo es elevada, sino que además es significativa, lo que permite afirmar definitivamente que, para el caso gallego, la edad del paciente condiciona la valoración que éste hace de la atención recibida.

El análisis de correlación de Pearson, sin embargo, aunque confirma la existencia de una relación positiva entre la edad y la satisfacción de los pacientes, revela una relación de “intensidad baja”⁶³ ($r=0,206$, $n=2369$, para $p<0,01$) entre ambas variables. El hecho de que la correlación entre ambas variables sea de intensidad baja, descarta totalmente la existencia de relación, que por otra parte ya se ha demostrado con el análisis de varianzas, únicamente indica que la relación no es lineal, y hace recomendable un estudio más detallado de la diferencia entre medias intra-

⁶³ Criterio de Bryman & Cramer 2003, que será el utilizado a lo largo de toda la investigación.

grupos, utilizando el test de comparaciones múltiples de Scheffé⁶⁴. Este test *post-hoc* revela que la cohorte de edad que más se diferencia del resto de cohortes, es la de los mayores de 65 años, cuyas medias de valoración difieren significativamente de las de todos los demás grupos de edad, excepto del grupo de los pacientes de 55 a 64 años. Por otra parte, el grado de satisfacción de estos últimos, es como se ha visto, el segundo más elevado.

Tabla 18. Comparaciones múltiples de las medias de satisfacción en función de la edad

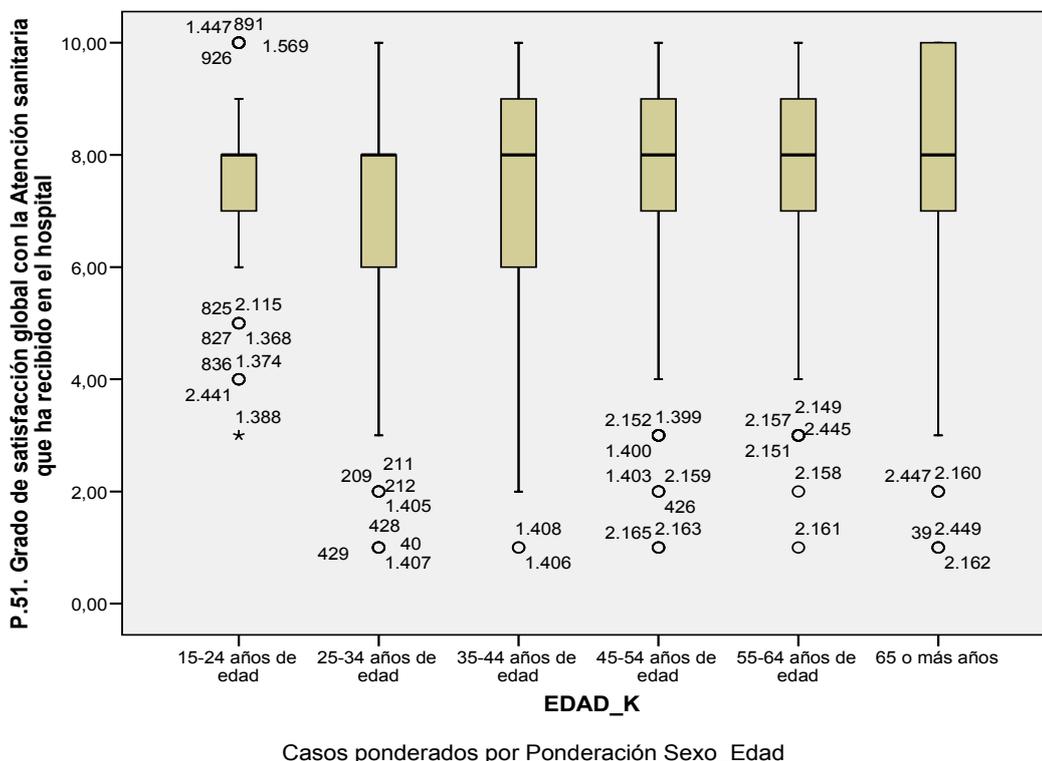
		15 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 64 años	65 o más años	F(5, 2363)
Satisfacción Global con la Atención recibida en el Hospital	<i>M</i>	bc 7,46	c 7,23	bc 7,42	bc 7,59	ab 7,88	a 8,17	19,338***
	<i>(DT)</i>	(1,487)	(1,900)	(1,844)	(1,924)	(1,833)	(1,791)	

*** $p < 0,001$. Diferentes letras indican diferencias significativas entre los valores de cada grupo en cada dimensión de la confianza al nivel de $p < 0,05$

Se confirman de nuevo las diferentes valoraciones, más positivas a medida que aumenta la edad del paciente, con la excepción de la cohorte de edad de 25 a 34 años, que por otra parte suelen ser los más críticos, lo que podría explicarse porque su uso del sistema sanitario es menos frecuente que en otras edades, y sin embargo son uno de los grupos de edad, que por su situación laboral, más contribuye al sostenimiento del sistema.

⁶⁴ Se ha elegido este contraste *post-hoc* por ser uno de los más utilizados, véase: Análisis Multivariable para las Ciencias Sociales, Dir: Lévy Mangin, JP y Varela Mallou, J; Pearson-Prentice Hall, Madrid, 2005.

Gráfico 20: Distribución de las puntuaciones de valoración de la satisfacción en función de los grupos de edad



La representación gráfica muestra claramente las diferencias en la distribución de las puntuaciones en función del grupo de edad, de modo que salvando algunos casos atípicos, y un caso extremo, la mayor parte de los menores de 34 años, otorgan puntuaciones inferiores a la mediana de la distribución ($M_e=8$), mientras que la mayoría de las puntuaciones de 65 años, sobrepasan el valor del mencionado estadístico.

Sin embargo, tal y como se expone en capítulos anteriores, no está claro si esto se debe únicamente al hecho de que las personas de mayor edad son más positivas en sus valoraciones, a que sean menos exigentes, o sean mejor tratados por los médicos, tal y como proponen algunos autores (Hall y Dornan 1990, Locker y Dunt 1978). La hipótesis que se maneja en esta

investigación (hipótesis 4) es, como se ha expuesto, que una mayor utilización de los servicios, en este caso hospitalarios, supone una familiarización con los mismos, de forma que sus expectativas se ajustan más a la realidad, los pacientes saben lo que pueden esperar, y por tanto su satisfacción es mayor (Owens y Batchelor 1996). Algunos autores incluso afirman que el hecho de no haber tenido ingresos hospitalarios previos, es un factor asociado a un mayor nivel de insatisfacción (Monteagudo, y otros 2003).

Por otra parte, ya se ha señalado que, al igual que para el caso británico, otra explicación podría residir en que los mayores han conocido la situación de la sanidad antes de la creación del sistema nacional de salud, por lo que sus expectativas son más bajas en relación a las de los más jóvenes (Carr-Hill 1992, Jaráiz 2009). La inclusión de la variable edad en el modelo explicativo final, y la observación de cómo se relaciona con otras variables contribuirán a demostrar nuestra hipótesis.

2.2. Efecto de otras variables sociodemográficas: nivel educativo, estado civil y ocupación.

A pesar de que, al igual que ocurría con el sexo, no se puede afirmar que variables como el nivel educativo, el estado civil o la ocupación, influyan significativamente en la satisfacción de los pacientes, tampoco se puede descartar que pudieran hacerlo (Sixma, y otros 1998, Mira y Aranaz 2000, Quintana, y otros 2006), aunque la mayoría de estudios muestran relaciones débiles, inconsistentes o ninguna relación (Hekkert, y otros 2009). Por ello, es necesario su análisis, primero individualizado, y después en conjunto, interaccionando con otras variables.

Un parte de la literatura especializada mantiene que el estado civil del paciente no tiene ningún efecto en su grado de satisfacción con la atención

(Linn 1975), mientras que otros, como Hall y Dornan, afirman que el hecho de estar casado, influye ligeramente aumentando su nivel de satisfacción (Hall y Dornan 1990), o incluso los solteros se muestran más satisfechos que los casados (Tessler y Mechanic 1975).

Un rápido análisis descriptivo del estado civil para el caso gallego, muestra que las puntuaciones más elevadas son las expresadas por los viudos, lo que parece estar en relación con el hecho de que la mayor parte pertenezcan a la franja de edad de 65 o más años (n= 235), grupo que como se ha explicado, presenta unos niveles de satisfacción más elevados que los de otros grupos de edad.

Tabla 19. Comparación de medias de satisfacción global con la atención sanitaria recibida en base al estado civil del entrevistado.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Soltero/a	342	7,51	1,750	7,3282	7,7005
Casado/a - Vive en pareja	1.650	7,82	1,882	7,7265	7,9083
Separado/a - Divorciado/a	90	8,13	1,765	7,7559	8,4945
Viudo/a	259	8,18	1,671	7,9736	8,3824
Total	2.342	7,82	1,844	7,7502	7,8996

En el análisis más en profundidad, de nuevo se demuestra la heterogeneidad de varianzas para la variable de estado civil ($Levene= 3,157$; $p= 0.024$), lo que aconseja la transformación de la variable o la utilización de otros estadísticos. En este caso, ya que la transformación es compleja y podrían desvirtuarse los resultados, se ha optado por la utilización de los test de Welch y Brown-Forshyte, con propiedades más robustas ante la ausencia de homocedasticidad. De este modo, ambos test $F_w(3, 325,60)= 8,286$; $p < 0.001$ y $F_{Br}(3, 575,20)= 8,042$, $p < 0.001$) revelan

diferencias de medias significativas en función del estado civil del paciente. Esta variable será igualmente incorporada al modelo final, para observar su comportamiento con otras variables significativas, partiendo de la hipótesis de que las diferencias se deben fundamentalmente al efecto de la edad, y no tanto al estado civil de los pacientes, por lo que al ser controlada por la edad, la primera perderá su efecto en la valoración de la satisfacción.

Tabla 20. Comparación de medias de satisfacción global con la atención sanitaria recibida en base a la ocupación del entrevistado.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Trabajando por cuenta ajena	570	7,45	1,833	7,2987	7,6002
Trabajando por cuenta propia	139	7,87	1,436	7,6283	8,1096
Desempleado	196	7,34	1,930	7,0657	7,6100
Labores del hogar	255	7,75	1,890	7,5198	7,9865
Estudiante	38	7,32	1,240	6,9181	7,7320
Jubilado/pensionista	1136	8,16	1,809	8,0545	8,2653
Total	2334	7,84	1,837	7,7674	7,9165

Una justificación similar a la realizada para la variable estado civil se puede repetir para la explicación de lo observado en el análisis descriptivo del grado de satisfacción de los pacientes en función de su ocupación (véase tabla superior), puesto que son los entrevistados que corresponden a la categoría de jubilados o pensionistas, los que expresan unos niveles de satisfacción media más elevados. Los más críticos con la atención sanitaria recibida son los estudiantes.

Al igual que ocurría con el sexo, el test de Levene demuestra la hipótesis de la heterogeneidad de varianzas para esta variable ($Levene= 6,090$, $p<0,001$), lo que de nuevo nos lleva a utilizar los estadísticos anteriormente mencionados. A la vista de los datos, el análisis revela, de nuevo, que la

diferencia de medias es significativa para la ocupación del paciente, $F_w(5, 291,58) = 16,209$; $p < 0.001$ y $F_{Br}(5, 1005,359) = 18,546$, $p < 0.001$), por lo que esta variable será incluida en el modelo final para analizar su comportamiento en su interacción con las demás, partiendo de la suposición de que también perderá su influencia por estar, al igual que la anterior, vinculada a la edad.

Finalmente, para terminar el estudio individualizado de la influencia de los factores sociodemográficos en el nivel de satisfacción de los pacientes, se analizan los descriptivos para la variable que representa el nivel de estudios del entrevistado.

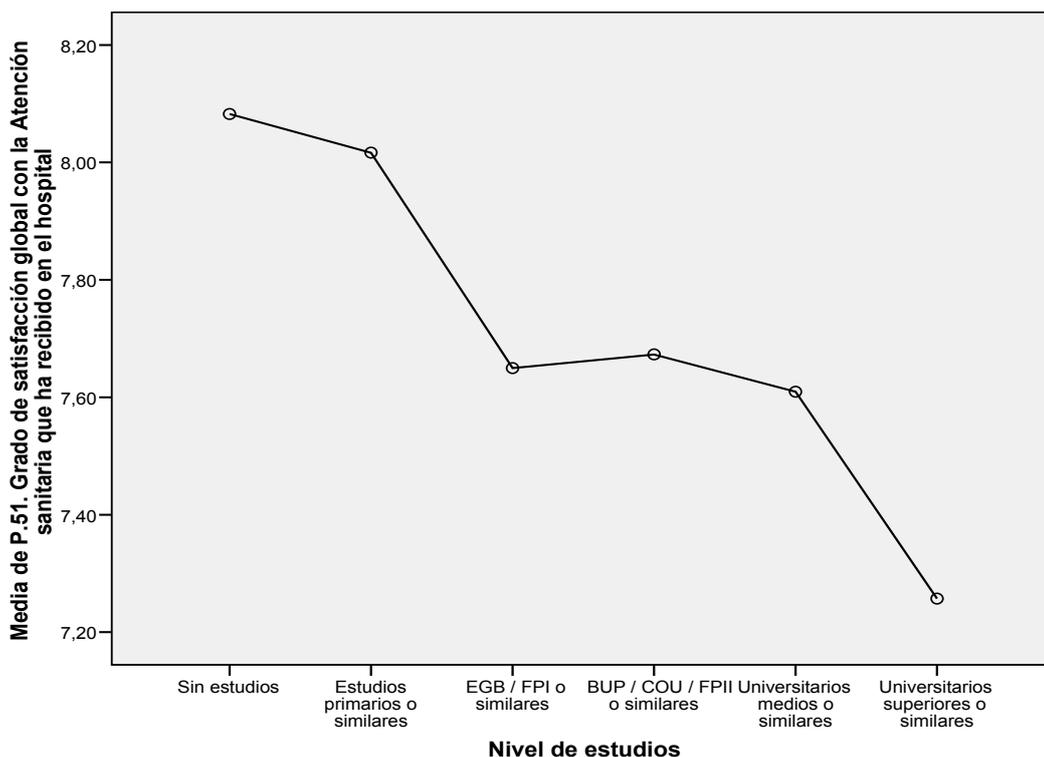
Tabla 21. Comparación de medias de satisfacción global con la atención sanitaria recibida en base al nivel de estudios del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Sin estudios	381	8,08	1,894	7,8918	8,2732
Estudios primarios	847	8,02	1,850	7,8918	8,1413
EGB / FPI	448	7,65	1,831	7,4796	7,8196
BUP / COU / FPII	362	7,67	1,731	7,4941	7,8516
Universitarios medios	169	7,61	1,793	7,3368	7,8820
Universitarios superiores	131	7,26	1,827	6,9411	7,5729
Total	2.338	7,83	1,843	7,7570	7,9065

La diferencia de valoraciones (véase tabla superior) entre los pacientes sin estudios y aquellos con estudios universitarios superiores es bastante amplia, 0,8255 puntos, siendo los del segundo grupo más críticos que los del primero. El resultado del test de Levene, además, confirma la existencia de homocedasticidad ($Levene=0,331$, $p=0,894$) y permite un análisis de varianzas para el factor nivel de estudios, análisis que muestra la existencia de diferencias significativas de medias entre los grupos ($F(5, 2332) = 7,671$,

$p < 0.001$). Estas diferencias podrían tener también cierta relación con la edad, ya que los mayores poseen menos estudios que los jóvenes.

Gráfico 21. Satisfacción con la atención sanitaria en función del nivel de estudios del paciente.



Por otra parte, el análisis de correlación de Spearman, $r = -0,140$, $n = 3.035$, para $p < 0,01$, muestra la existencia de una relación negativa, en este caso de muy baja intensidad, entre ambas variables, lo que se debe, nuevamente, a que la relación existente entre el nivel de estudios y la satisfacción, no es una relación lineal, tal y como se observa en el gráfico 21.

Estos resultados concuerdan con los hallados en otras investigaciones por algunos autores (Anderson y Zimmerman, Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management 1993), aunque otros estudios defienden lo contrario, a saber, que un nivel de estudios más bajo indica una mayor satisfacción (Hulka, Kupper y Dalyu 1975, Quintana, y otros 2006, Hall y Dornan 1990), o incluso que no existe relación entre el nivel de estudios del paciente y el grado de satisfacción con la atención (Tessler y Mechanic 1975). Por otra parte, la razón que autores como Schutz y Lee alegan para justificar las diferencias de valoración en función del nivel de estudios, se basa en que un mayor nivel de estudios se relaciona con un mayor nivel de exigencia (Schutz, y otros 1994).

En definitiva, del análisis de las variables sociodemográficas se desprende que la edad, el estado civil, la ocupación y el nivel de estudios, tomadas de forma individual, influyen significativamente en la valoración que los pacientes hacen de la asistencia sanitaria recibida en la red hospitalaria de Galicia. Se confirma por tanto, que la edad es un factor determinante en la satisfacción de los pacientes, aunque queda por dilucidar si esto se debe a la frecuencia de uso de los servicios sanitarios, y por tanto al conocimiento que los mayores tienen del sistema. El hecho de que el nivel de estudios resulte significativo en las valoraciones, hace que deba ser incluido también en una análisis conjunto, partiendo de la hipótesis de que en el caso gallego, el nivel de estudios condiciona la valoración que los pacientes hacen de la atención hospitalaria. Posteriormente habrá que analizar si ante la presencia de otras variables, dicha hipótesis se sostiene.

Por último, a priori, no parece que el sexo sea una variable que influya significativamente en la valoración que los pacientes gallegos hacen de la atención hospitalaria, pero debe ser incluida en un análisis conjunto de los determinantes de la satisfacción de dichos pacientes para controlar su efecto en presencia de otras variables. En esta investigación, tal y como se expuso

anteriormente, se parte de la hipótesis de que el sexo, el estado civil y la ocupación, aunque tomadas en conjunto con el resto de aspectos que forman parte de la transacción sanitaria podrían tener algún efecto en el grado de satisfacción de los pacientes, tienen una influencia mínima en la formación del juicio de valoración de la satisfacción, por lo que no pueden ser consideradas factores condicionantes de la misma.

Por último, no existen datos en la encuesta sobre la percepción del estado de salud del paciente a su llegada al hospital, considerada como variable relevante por algunos estudios (Thi, y otros 2002), pero sí los hay en lo que se refiere a la duración de la estancia (la media es de 10,78 días, *D.T.*= 22,141), variable que muestra una relación muy débil con la satisfacción del paciente (coeficiente de correlación de Spearman ($r= 0,134$, $n= 3064$, $p<0,01$), a pesar de que algunas investigaciones la consideran determinante negativamente en la valoración de la misma (Quintana, y otros 2006), sobre todo de algunos aspectos relativos a las comodidades del centro. Nuestra hipótesis es que su influencia está relacionada con la familiaridad con el sistema, es decir, tal y como se viene manteniendo, cuanto más conoce el paciente el sistema, mejor lo valora, por lo que podría tener un efecto positivo complementario a la variable edad.

2.3. Otros determinantes de la satisfacción de los pacientes: infraestructuras, administración, organización y valoración del personal.

Una vez analizadas las variables sociodemográficas, es necesario referirse a otras variables que podrían tener influencia en la valoración de la satisfacción con la atención sanitaria que hacen los pacientes. Algunas de éstas son el grado de satisfacción global con las instalaciones del centro hospitalario, el grado de satisfacción global con la administración del centro

hospitalario, con la organización del centro y con los profesionales que trabajan en el hospital. En la encuesta de “*Calidade percibida polos pacientes do conxunto dos centros hospitalarios de Galicia*” para el año 2008, la satisfacción global con cada una de estas áreas se mide mediante una escala tipo “Likert”, con una puntuación de 1 a 5, en la que 1 significa “nada satisfecho” y 5, “muy satisfecho”. Dado que estas escalas se incluyen tanto en la encuesta de 2008 como en su homóloga de 2007⁶⁵, se ha considerado oportuno el análisis comparativo de los resultados, utilizando para el año 2007, con objeto de permitir la comparación, también una matriz construida sólo con aquellos entrevistados que fueron pacientes, es decir, excluyendo a sus acompañantes, y ponderada al igual que se ha hecho con la matriz de 2008.

Tabla 22. Comparación grado de satisfacción global con aspectos del centro 2007-2008

	2007		2008	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Grado de satisfacción global con las Instalaciones e infraestructuras del centro	3,87	0,782	3,85	0,842
Grado de satisfacción global con la administración del centro	3,89	0,820	3,94	0,834
Grado de satisfacción global con la organización del centro	4,08	0,748	4,08	0,773
Grado de satisfacción global con los profesionales que trabajan en el hospital	4,35	0,760	4,36	0,780

El análisis de los datos muestra que los niveles de satisfacción para cada una de las áreas citadas se mantienen prácticamente constantes, en media y

⁶⁵ Esta encuesta telefónica asistida por ordenador, al igual que la de 2008, fue realizada tomando como universo a los pacientes ingresados en los Centros Hospitalarios de Galicia durante el año 2007, con un tamaño de muestra de 4.025 entrevistas. El error muestral es de + 1,58%, con un nivel de confianza del 95.5% (dos sigmas), y P=Q como caso más desfavorable, para el conjunto de la muestra. La muestra construida de solo pacientes tiene 2.333 individuos.

en dispersión, de la que se desprende que las puntuaciones son bastante homogéneas

A la vista de la tabla 22, se observa que en general los pacientes valoran bien los aspectos organizativos, administrativos, e incluso las infraestructuras, aunque con este último aspecto son un poco más críticos. Destaca el grado de satisfacción global con los profesionales que trabajan en el hospital, con una puntuación muy elevada, $M= 4,35$ ($D.T.= 0,760$) en 2007 y $M= 4,36$ ($D.T.= 0,780$) en 2008, y superior a la de los demás aspectos valorados. En este sentido, muchas investigaciones han señalado que los aspectos interpersonales y de comunicación durante la asistencia médica en el hospital, son los que más condicionan el nivel de satisfacción expresado por los pacientes (Hall y Dornan 1988, Williams y Calnan 1991, Sitzia y Wood 1997). En esta investigación, y a la vista del análisis descriptivo de los datos, se parte de la hipótesis enunciada de que los aspectos del trato personal, y concretamente del personal médico, entre los que destaca el nivel de confianza de paciente, son los factores que tienen mayor capacidad de condicionar el nivel de satisfacción de los pacientes (hipótesis 6).

A este respecto, Wesing y Grol afirman que los aspectos relacionales, seguidos de los aspectos técnicos del encuentro clínico, son más importantes que diversos aspectos organizativos de los servicios de salud (Wesing y Grol 1998). Mientras que otras investigaciones han señalado como aspectos de gran importancia el entorno físico y la accesibilidad (J. S. Ware 1976, J. Lewis 1994),

Más allá del análisis descriptivo de los datos resulta interesante a los efectos de nuestro estudio, analizar el grado de correlación entre cada una de las áreas con la satisfacción global con la atención recibida, a los efectos de observar la relación existente entre ellas. Así pues, del estudio de la matriz construida de pacientes para 2008, podemos afirmar que la relación lineal

más fuerte es la que se establece con la satisfacción con los profesionales que trabajan en el centro, que presenta una correlación positiva ($r= 0,588$, $n= 2361$, $p<0,01$) de intensidad moderada con el nivel de satisfacción global con la atención, seguida de la relación entre la satisfacción global y la organización del centro ($r= 0,524$, $n= 2358$, $p<0,01$), y con menor intensidad, con la administración del centro hospitalario ($r=0,468$, $n=2.058$, $p<0,01$) y las instalaciones e infraestructuras ($r= 0,445$, $n= 2359$, $p<0,01$).

Tabla 23. Correlaciones bivariadas entre el grado de satisfacción global con la atención sanitaria recibida y la satisfacción global con algunos aspectos del centro.

		Satisfacción global con la atención sanitaria	Satisfacción global con las Instalaciones e infraestructuras del centro	Satisfacción global con la Administración del centro	Satisfacción global con la Organización del Centro
Satisfacción global con las instalaciones e infraestructuras	Correlación de Pearson	,445(**)			
	N	2.359			
Satisfacción global con la administración del centro	Correlación de Pearson	,468(**)	,492(**)		
	N	2.058	2.086		
Satisfacción global con la Organización del centro	Correlación de Pearson	,524(**)	,542(**)	,592(**)	
	N	2.358	2.397	2.081	
Satisfacción global con los profesionales	Correlación de Pearson	,588(**)	,445(**)	,521(**)	,570(**)
	N	2.361	2.395	2.082	2.393

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Si bien el análisis de correlación nos permite conocer si existe una relación lineal entre los pares de variables, no aporta información sobre la estructura de dependencia, por ello se presenta un análisis de regresión lineal múltiple, cuya variable dependiente es el grado de satisfacción global de los pacientes

con la atención recibida en el centro hospitalario, y como variables independientes, se introducen de nuevo los niveles de satisfacción global con las instalaciones e infraestructuras, la administración, la organización y con los profesionales que trabajan en el hospital. El análisis de varianzas muestra que el ajuste del modelo es bueno, $F(4, 2035) = 375,478$, $p < 0,001$.

Sin embargo, aunque el nivel de explicación de este modelo es moderado, ya que el $R^2 = 0,423$, solamente con estas 4 variables estamos explicando el 42,3% de la variabilidad de la satisfacción global con la atención recibida por el paciente en el centro hospitalario, por tanto, resulta evidente la pertinencia de la introducción de dichas variables en el modelo final.

Tabla 24. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes con la atención recibida (2008)

	Beta
Grado de satisfacción global con las instalaciones e infraestructuras del centro hospitalario	0,138***
Grado de satisfacción global con la administración del centro hospitalario	0,097***
Grado de satisfacción global con la organización del centro hospitalario	0,190***
Grado de satisfacción global con los profesionales que trabajan en el hospital	0,369***
R^2 corregido	0,423
Error típico en la estimación	1,42031

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0,001$, **significatividad media $p < 0,01$, *mínima significatividad $p < 0,05$

El análisis de regresión lineal confirma, tal y como se había supuesto, que la valoración del personal médico no es sólo el aspecto mejor valorado, sino que es la variable más influyente en la satisfacción global de los pacientes con la atención recibida, respecto de otras dimensiones como las citadas “amenidades” o aspectos de organización, de carácter tangible, es el grado de satisfacción con los profesionales que trabajan en el centro ($\beta = 0,369$,

$p < 0,001$), aspecto intangible, lo que confirma nuestra hipótesis 6 para el nivel micro. Además se ha encontrado también una relación, directa, significativa y positiva entre los niveles de satisfacción global y la valoración de la organización del centro ($\beta = 0,190$, $p < 0,001$), las instalaciones e infraestructuras ($\beta = 0,138$, $p < 0,001$) y, en menor medida, la administración del centro ($\beta = 0,097$, $p < 0,001$).

Subyacentes a las dimensiones de instalaciones e infraestructuras, organización del centro, administración del centro y personal, en el cuestionario se recoge una escala de valoración de 28 ítems diferentes con los que se presentan las valoraciones de los pacientes con elementos concretos. El análisis del peso de cada uno de estos ítems de la escala en la valoración que los pacientes hacen de la dimensión a que corresponden, se realiza mediante regresión lineal múltiple.

En primer lugar, en el análisis de la relación entre la satisfacción de los pacientes con la dimensión de instalaciones e infraestructuras del centro y la valoración de los once ítems que la componen, se obtiene un nivel de explicación razonablemente bueno ($R^2 = 0,644$), en el que ($F(11,1899) = 315,122$, $p < 0,001$). Aunque el análisis de regresión es significativo, es muy posible que la variabilidad que no consigue explicar el modelo se deba fundamentalmente a aspectos sociodemográficos que no se han incluido en esta regresión y otros aspectos inherentes a la accesibilidad que no se han contemplado en esta encuesta.

En resumen, el análisis del modelo de regresión permite afirmar que los elementos más influyentes en el nivel de satisfacción con esta dimensión son, en primer lugar, el aspecto general del centro ($\beta = 0,232$, $p < 0,001$), seguido de la limpieza ($\beta = 0,165$, $p < 0,001$), la comodidad de las instalaciones ($\beta = 0,155$, $p < 0,001$), y la comodidad de las habitaciones ($\beta = 0,136$, $p < 0,001$). Aunque significativos, el peso de los ítems de aparcamiento y zonas de circulación ($\beta = 0,094$, $p < 0,001$), las indicaciones

para moverse dentro del hospital ($\beta = 0,091$, $p < 0,001$), los servicios del centro ($\beta = 0,054$, $p = 0,006$), los accesos y entorno del centro ($\beta = 0,051$, $p = 0,013$) y la cercanía y accesibilidad ($\beta = 0,045$, $p = 0,010$), en la construcción de la satisfacción con la dimensión de instalaciones e infraestructuras del centro, es inferior. Las variables, “mobiliario de las habitaciones” e “indicaciones para llegar al hospital”, no son significativas.

Tabla 25. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes con las instalaciones e infraestructuras del centro

	Beta	Sig.
Valoración del mobiliario de las habitaciones	0,014	0,543
Valoración de la comodidad de las habitaciones	0,136	0,000***
Valoración de la comodidad en general de las instalaciones del centro	0,155	0,000***
Valoración de las indicaciones para llegar al hospital	0,032	0,114
Valoración de las indicaciones para moverse dentro del hospital	0,091	0,000***
Valoración de la cercanía y accesibilidad del Centro hospital	0,045	0,010**
Valoración de los accesos y entorno del centro hospitalario	0,051	0,013*
Valoración de los servicios del centro	0,054	0,006**
Valoración del aspecto general del centro	0,232	0,000***
Valoración del aparcamiento y zonas de circulación para llegar al centro	0,094	0,000***
Valoración de la limpieza de las instalaciones	0,165	0,000***
R^2 corregido	0,644	
Error típico de la estimación	0,49758	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0,001$, **significatividad media $p < 0,01$, *mínima significatividad $p < 0,05$

Del mismo modo, el análisis de regresión lineal múltiple para el nivel de satisfacción de los pacientes con la administración del centro en relación con la valoración de los seis ítems inherentes a esta dimensión, muestra un porcentaje de explicación elevado ($R^2 = 0,714$), mayor incluso que en el caso anterior, y un buen ajuste del modelo ($F(6,1929) = 808,072$, $p < 0,001$).

Tabla 26. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes con la administración del centro

	Beta	Sig.
(Constante)		0,000
Valoración del tiempo de espera para solucionar trámites y papeleos derivados de su ingreso	0,108	0,000***
Valoración de la señalización de las dependencias administrativas del centro	0,085	0,000***
Valoración de la amabilidad y trato dispensando por el personal administrativo	0,125	0,000***
Valoración de la capacidad del personal administrativo para resolver sus dudas	0,168	0,000***
Valoración del interés mostrado en la atención	0,189	0,000***
Valoración del aspecto general de las dependencias de administración, recepción, etc.	0,328	0,000***
R^2 corregido		0,714
Error típico de la estimación		0,43904

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

Todos los ítems funcionan en este caso como variables predictoras del nivel de satisfacción con la administración del centro hospitalario, destacando de forma importante sobre las demás, el aspecto general de las dependencias de administración, recepción, etc., ($\beta=0,328$, $p < 0,001$), mientras que la que menor influencia ejerce es la valoración de los pacientes respecto de la señalización de estas dependencias ($\beta=0,085$, $p < 0,001$).

El análisis de regresión lineal múltiple de los componentes de la satisfacción global con la organización de centro hospitalario, refleja una nivel se explicación del 68% para la escala utilizada ($R^2=0,681$). A excepción de la valoración del horario de las comidas, el resto de variables independientes introducidas son predictoras, de forma que se puede afirmar que existe una relación, lineal, significativa y positiva entre la valoración de la disponibilidad del personal necesario en el momento oportuno ($\beta=0,356$, $p < 0,001$) con la satisfacción con la organización del centro, al igual que ocurre con los ítems de valoración de la accesibilidad al personal facultativo y no facultativo ($\beta=0,224$, $p < 0,001$), la calidad de las comidas ($\beta=0,126$, $p < 0,001$), la

facilidad para comunicarse con el exterior ($\beta=0,101$, $p<0,001$) y la disponibilidad del personal ($\beta=0,096$, $p<0,001$).

Tabla 27. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes la organización del centro

	Beta	Sig.
Valoración del horario de visitas	0,101	0,000***
Valoración del horario de las comidas	0,023	0,170
Valoración de la calidad de las comidas	0,126	0,000***
Valoración de la facilidad para comunicarse con el exterior	0,101	0,000***
Valoración de la disponibilidad del personal	0,096	0,000***
Valoración de la accesibilidad al personal facultativo y no facultativo	0,224	0,000***
Valoración de la disponibilidad del personal necesario en el momento oportuno	0,356	0,000***
R^2 corregido	0,681	
Error típico de la estimación	0,43580	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p<0,001$, **significatividad media $p<0,01$, *mínima significatividad $p<0,05$

Por último, el análisis de regresión lineal múltiple para la variable independiente “satisfacción global con los profesionales que trabajan en el hospital” es el que presenta mayor nivel de explicación de los cuatro realizados, con un $R^2=0,774$, ($F(4,2018)=1733,508$), $p<0,001$).

Todas las variables introducidas son predictoras, destacando muy especialmente la influencia ejercida por la valoración de los médicos ($\beta=0,399$, $p<0,001$), estableciéndose una relación, lineal, significativa y positiva con el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención que han recibido en el centro hospitalario. Aunque con menor influencia, también se observa este mismo tipo de relación entre la valoración del personal de enfermería ($\beta=0,225$, $p<0,001$), la valoración del personal administrativo ($\beta=0,234$, $p<0,001$) y la valoración de los celadores ($\beta=0,130$, $p<0,001$) y la satisfacción con la atención. Hay que recordar que, de las cuatro

dimensiones de la satisfacción de las que venimos hablando, esta última es la que tiene mayor poder de explicación en el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria recibida en el hospital.

Tabla 28. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes con los profesionales que trabajan en el hospital

	Beta	Sig.
Valoración de los médicos	0,399	0,000***
Valoración del personal de enfermería	0,255	0,000***
Valoración de los celadores	0,130	0,000***
Valoración del personal administrativo	0,234	0,000***
R^2 corregido	0,774	
Error típico de la estimación	0,37442	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

En definitiva, se puede afirmar que el “aspecto general del centro” es la variable que más influye en la valoración que los pacientes de la red hospitalaria pública de Galicia hacen de las instalaciones y las infraestructuras de los centros, mientras que el “aspecto general de las dependencias de administración (recepción,..)” es lo que más influye en la valoración general de la administración de los centros, la “disponibilidad del personal”, el factor que más condiciona la valoración general de la organización de los centros, y por último, y de gran importancia, la “valoración de los médicos”, es la variable más condicionante del nivel de satisfacción con el personal que trabaja en los centros. La relación con el médico, es sin duda, y tal y como se recoge en la mayor parte de la literatura, un factor fundamental para la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria (Cohen 1996, Pascoe 1983, Donabedian 1966).

Continuando con nuestro análisis, para el estudio de la mencionada escala de satisfacción en su conjunto, se aplica el criterio de fiabilidad (Streiner y Norman 1998) basado en el Alfa de Cronbach, que muestra que en este caso el valor de consistencia interna de la escala de 28 elementos es óptimo ($\alpha = 0,947$). Desde un punto de vista conceptual, con la comprobación de fiabilidad de los datos se intenta reflejar hasta qué punto las puntuaciones de los pacientes respecto de cada uno de los elementos de la escala están relacionadas con las puntuaciones verdaderas, es decir, el grado en que las mediciones están exentas de la desviación producida por errores aleatorios, garantizando que la escala siempre mide exactamente lo que se pretende medir. Para este caso, el valor del estadístico es muy superior a los niveles académicamente recomendables.

A continuación se realiza un análisis factorial exploratorio con el fin de reducir los ítems de valoración de la encuesta, lo que permitirá un mejor tratamiento de las variables y su introducción en el modelo final. En un primer momento se estudia si los 28 ítems cumplen los requisitos necesarios para ser incluidos en el análisis factorial, para lo cual nos fijamos en la comunalidad asociada a cada una de ellos; es decir, en la varianza explicada por cada variable.

De este modo, la variable *valoración del aparcamiento y zonas de circulación para llegar al centro* muestra una comunalidad muy inferior a 0,50⁶⁶ (0,344), por lo que la varianza explicada para esta variable no llega al 40%. Se decide de este modo excluirla del análisis. Este ajuste hace aumentar ligeramente la varianza explicada respecto del análisis factorial exploratorio inicial, de 66,5%, a 68,03%, mejorando, por tanto, el modelo. De la misma forma, tras haber eliminado una variable, el ítem *valoración de la limpieza de*

⁶⁶ Académicamente, generalmente se considera 0,50 como el nivel mínimo necesario para considerar una variable para su introducción en análisis factorial.

las instalaciones presenta también una comunalidad inferior a 0,50 (0,457), por lo que se procede análogamente al caso anterior, con lo que nuevamente se consigue incrementar el nivel de varianza explicada por el análisis factorial, pasando de un 68,03% al 69,03%. Igualmente, las variables *valoración de los horarios de las visitas* y *facilidad para comunicarse con el exterior* también deben ser eliminadas (comunalidad 0,474 y 0,494 respectivamente), lo que permite que el análisis factorial exploratorio definitivo explique un 71,03% de la varianza y que todos los ítems introducidos obtengan una comunalidad superior a 0,50. Finalmente, se decide eliminar también la variable *valoración del personal administrativo*, a pesar de que el valor de la comunalidad es superior a 0,50, se entiende que esta variable resulta reiterativa en el modelo, ya que existen otras dos referidas a la *valoración de la amabilidad y el trato dispensado por el personal administrativo*, así como *la capacidad de este para resolver sus dudas*. Esto lo confirma el hecho de que, al eliminar la variable de valoración del personal administrativo (P.38.4.), el porcentaje de variabilidad explicada por el análisis factorial, sea prácticamente el mismo (71,02%).

Así pues, con la escala definida, el siguiente paso para comprobar la adecuación del modelo factorial, es analizar las medidas de ajuste, de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (0,941) y la prueba del contraste de esfericidad de Barlett, Chi-cuadrado (253) = 25.397,511, $p < 0,001$; pruebas que arrojan un resultado óptimo, quedando demostrada la fiabilidad del análisis.

Para la extracción de los factores se utilizó el criterio de Kaiser de los autovalores mayores que 1, con método de extracción de componentes principales. El resultado fue la extracción de 5 factores que representan las cinco dimensiones establecidas previamente en el cuestionario. La tabla inferior muestra los porcentajes de varianza explicados por cada uno de los 5 factores extraídos.

Tabla 29. Varianza total explicada del análisis factorial

Comp	Sumas de las saturaciones								
	Autovalores iniciales			al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la var	% acumul	Total	% de la var	% acumul	Total	% de la var	% acumul
1	10,254	44,58	44,58	10,254	44,584	44,58	4,142	18,00	18,00
2	2,384	10,36	54,95	2,384	10,366	54,95	3,596	15,63	33,64
3	1,562	6,79	61,74	1,562	6,793	61,74	2,925	12,72	46,36
4	1,109	4,82	66,56	1,109	4,821	66,56	2,910	12,65	59,01
5	1,025	4,45	71,02	1,025	4,456	71,02	2,762	12,01	71,02

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

El Factor 1, explica el 18,00% de la varianza y es denominado “*Administración del centro*”, ya que hace referencia a los aspectos relacionados con los trámites administrativos y el personal asignado a esta labor. Agrupa seis variables que son *P.17_4. Capacidad del personal administrativo para resolver sus dudas*, *P.17_5. Interés mostrado en la atención*, *P.17_3. Amabilidad y trato dispensando por el personal administrativo*, *P.17_6. Aspecto general de las dependencias de administración, recepción, etc.*, *P.17_1. Tiempo de espera para solucionar trámites y papeleos derivados de su ingreso* y *P.17_2. Señalización de las dependencias administrativas del centro*.

Por su parte el Factor 2 se corresponde con cinco variables, y todas relativas a las instalaciones e infraestructuras del centro, *P.15_2. Comodidad de las habitaciones*, *P.15_1. Mobiliario de las habitaciones*, *P.15_3. Comodidad en general de las instalaciones del centro*, *P.15_9. Aspecto general del centro*, y *P.15_8. Servicios del centro*. Este factor explica el 15,63% de la varianza y es denominado “*Instalaciones del centro*”.

Tabla 30. Matriz de componentes rotados del análisis factorial

	Componente				
	1	2	3	4	5
Valoración de la capacidad del personal administrativo para resolver sus dudas	0,824				
Valoración del interés mostrado en la atención	0,813				
Valoración de la amabilidad y trato dispensando por el personal administrativo	0,791				
Valoración del aspecto general de las dependencias de administración, recepción, etc.	0,715				
Valoración del tiempo de espera para solucionar trámites y papeleos derivados de su ingreso	0,675				
Valoración de la señalización de las dependencias administrativas del centro	0,623				
Valoración del mobiliario de las habitaciones		0,863			
Valoración de la comodidad de las habitaciones		0,860			
Valoración de la comodidad en general de las instalaciones del centro		0,750			
Valoración del aspecto general del centro		0,677			
Valoración de los servicios del centro		0,482			
Valoración del personal de enfermería			0,831		
Valoración de los médicos			0,796		
Valoración de los celadores			0,781		
Valoración del horario de las comidas				0,737	
Valoración de la calidad de las comidas				0,729	
Valoración de la disponibilidad del personal				0,658	
Valoración de la disponibilidad del personal necesario en el momento oportuno				0,644	
Valoración de la accesibilidad al personal facultativo y no facultativo				0,615	
Valoración de la cercanía y accesibilidad del centro hospital					0,807
Valoración de los accesos y entorno del centro hospitalario					0,756
Valoración de los indicaciones para llegar al hospital					0,633
Valoración de las indicaciones para moverse dentro del hospital					0,585

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Las variables agrupadas en torno al Factor 3 son tres, todas ellas referidas al personal, y representando el 5,84% de la varianza. Estas variables son *P.38_2. Personal de enfermería*, *P.38_3. Celadores*, *P.38_1. Médicos*. Este será el factor “*Personal del centro*”. Este factor explica el 12,72% de la varianza total.

Por su parte, el Factor 4, adquiere la denominación de “*Organización del centro*”, agrupando a cinco ítems de la escala relacionados con aspectos generales de la organización, a saber, *P.19_2. Horario de las comidas*, *P.19_3. Calidad de las comidas*, *P.19_5. Disponibilidad del personal*, y *P.19_7. Disponibilidad del personal necesario en el momento oportuno* y *P.19_6. Accesibilidad al personal facultativo y no facultativo*. Este factor explica el 12,65% de la varianza.

Por último, el Factor 5, se refiere a la accesibilidad del centro hospitalario, y agrupa cuatro variables que son: *P.15_6. Cercanía y accesibilidad del centro hospitalario*, *P.15_7. Accesos y entorno del centro hospitalario*, *P.15_4. Indicaciones para llegar al hospital*, y *P.15_5. Indicaciones para moverse dentro del hospital*. A este factor se le ha denominado “*Accesibilidad del centro*” y explica el 12,01% de la varianza.

Del análisis se puede deducir que el factor que más peso tiene en la consistencia interna del modelo es la “*Administración del centro*”, ya que es el que explica un mayor porcentaje de la varianza total del conjunto de las veinticinco variables finalmente empleadas. Por otra parte, para la escala de 23 variables el Alfa de Cronbach sigue siendo óptimo ($\alpha = 0,941$), al igual que lo era para la escala inicial de 28 ítems, cumpliendo satisfactoriamente con los criterios de fiabilidad.

La Tabla 31 muestra los estadísticos de fiabilidad para cada uno de los ítems de la escala, de modo que si se elimina alguno de ellos, en ningún caso el Alfa de Cronbach de la escala sería superior.

Tabla 31. Estadísticos de fiabilidad de la escala

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Valoración Mobiliario de las habitaciones	0,939
Valoración Comodidad de las habitaciones	0,938
Valoración Comodidad en general de las instalaciones del Centro	0,937
Valoración Indicaciones para llegar al hospital	0,938
Valoración Indicaciones para moverse dentro del hospital	0,937
Valoración Cercanía y accesibilidad del Centro hospital	0,941
Valoración Accesos y entorno del Centro hospitalario	0,938
Valoración Servicios del Centro	0,937
Valoración Aspecto general del centro	0,938
Valoración Tiempo de espera para solucionar trámites y papeleos derivados de su ingreso	0,941
Valoración Señalización de las dependencias administrativas del Centro	0,938
Valoración Capacidad del personal administrativo para resolver sus dudas	0,938
Valoración Interés mostrado en la atención	0,937
Valoración Aspecto general de las dependencias de Administración, Recepción, etc.	0,937
Valoración Horario de las comidas	0,939
Valoración Calidad de las comidas	0,940
Valoración Disponibilidad del personal	0,937
Valoración Accesibilidad al personal facultativo y no facultativo	0,937
Valoración Disponibilidad del personal necesario en el momento oportuno	0,937
Valoración Médicos	0,939
Valoración Personal de enfermería	0,939
Valoración Celadores	0,939
Valoración Personal administrativo	0,938

La reducción de datos llevada a cabo, permite la introducción de los factores extraídos en un modelo de regresión lineal múltiple ($F(5,1565) = 230,481$, $p < 0,001$) para analizar su capacidad de influencia en los niveles de satisfacción global de los pacientes con la atención hospitalaria.

Tabla 32. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: grado de satisfacción global de los pacientes con la atención recibida

	Beta	Sig.
Factor administración del centro	0,282	0,000***
Factor instalaciones del centro	0,251	0,000***
Factor personal del centro	0,436	0,000***
Factor organización del centro	0,227	0,000***
Factor accesibilidad del centro	0,197	0,000***
R^2 corregido	0,422	
Error típico de la estimación	1,39781	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

Como cabría esperar, los 5 factores son buenos predictores del nivel de satisfacción de los pacientes con la atención recibida, estableciéndose una relación, lineal, significativa y positiva entre el factor que agrupa los ítems de valoración del personal del centro ($\beta=0,436$, $p < 0,001$) y la satisfacción de los pacientes, al igual que ocurre con el factor administración del centro ($\beta=0,282$, $p < 0,001$), el factor instalaciones del centro ($\beta=0,251$, $p < 0,001$), el factor organización ($\beta=0,227$, $p < 0,001$) y el factor accesibilidad del centro ($\beta=0,197$ $p < 0,001$,). De nuevo, la valoración del personal del centro es el elemento más influyente de todos los aspectos analizados, de modo que por término medio, a medida que aumenta su valoración en un punto, manteniendo el resto de elementos constantes, se espera que aumente el grado de satisfacción en 0,8 puntos. Esto demuestra nuevamente nuestra hipótesis 6 para el nivel micro, ya que, de los cinco factores, el único que podemos considerar intangible, la valoración del personal, es el que ejerce una mayor influencia sobre la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria.

Sin embargo, el coeficiente de determinación para este análisis de regresión es ligeramente inferior a 0,50 (R^2 corregido: 0,422), lo que indica que explica un menos de un 50% de la variabilidad, por lo que deben incluirse otras posibles variables predictivas que mejoren la bondad del ajuste (recordemos

que en este análisis no se han incluido todavía las variables de carácter sociodemográfico).

Por último, otro aspecto relacionado con la organización, pero que se recoge explícitamente en el cuestionario y no se incluye en la escala por su importancia para el análisis, es la valoración que hace el paciente del tiempo de espera para recibir atención en el hospital. Como es conocido, las listas de espera son uno de los grandes problemas del sistema nacional de salud español, y en general de la mayoría de sistemas Beveridge, lo que hace suponer que la espera será una variable determinante en la satisfacción. En este sentido, el análisis de la correlación existente entre ambas variables refleja una relación de intensidad más bien baja ($r= 0,270$, $n= 3031$, $p<0,01$), pero que será tomada en cuenta en el modelo final.

En definitiva, se confirma la hipótesis inicial de que, de entre los aspectos relacionados directamente con la asistencia sanitaria, las relaciones interpersonales de los pacientes con los profesionales de la salud, son el aspecto que más se relaciona con la satisfacción de paciente por encima de aspectos que también son importantes, como las instalaciones, la organización. A continuación, se intentará demostrar que estos aspectos relacionales son también los más influyentes en términos generales en el grado de satisfacción de los pacientes cuando se analizan en interacción con otras variables como los condicionantes sociodemográficos del paciente, o incluso aspectos de carácter exógeno a la atención sanitaria, como su opinión sobre el sistema.

Por otra parte, no hay que olvidar, que en nuestro análisis del caso gallego, la administración y las instalaciones del centro parecen tener también una importante influencia en la satisfacción, seguidas de la organización y la accesibilidad al centro hospitalario.

2.4. El efecto de las relaciones interpersonales en la satisfacción de los pacientes de la red hospitalaria gallega.

Como se ha expuesto a lo largo de toda la investigación, las relaciones interpersonales y el trato recibido son algunos de los aspectos más valorados y que determinan en mayor medida el grado de satisfacción de los pacientes. En este sentido, la valoración del personal, a la que ya se ha hecho referencia, juega un papel central, además de la confianza en la atención y en el médico, aspectos que se tratarán posteriormente. Pero, además de estos determinantes, en la encuesta sobre la “calidad hospitalaria” de Galicia del año 2008, se recogen una serie de preguntas que hacen referencia a otros aspectos interpersonales del trato, de acuerdo con lo que Ware (J. Ware, y otros 1983) denominaba “interpersonal manner” (atributos como respeto, cortesía o amistad), y que se ha considerado oportuno incluir en el presente análisis.

En primer lugar, se pregunta al paciente por la valoración del respeto con que se le ha tratado en el hospital, estableciendo como categoría de respuesta una escala de 1 a 5, en la que 1 significa “muy mal” y 5 “muy bien”. El análisis de la correlación existente entre esta variable y la valoración de la satisfacción, muestra una relación moderada entre ambas (coeficiente de correlación de Spearman ($r= 0,405$, $n= 3061$, $p<0,01$), lo que hace suponer, que el respeto observado por el paciente en el trato pueda tener algún tipo de influencia en su forma de valorar la atención en general.

Por otra parte, la encuesta recoge también la valoración del respeto a la “confidencialidad o al mantenimiento en secreto de los datos clínicos”, estableciendo como categorías de respuesta una escala de 1 a 5 con el mismo significado que en el caso anterior. Para esta variable, también se puede hablar de relación significativa con el nivel de satisfacción del paciente, aunque más débil, ya que el coeficiente de correlación de Spearman para ambas variables es de $r= 0,315$, con $p<0,01$ ($n= 2699$). Este

aspecto se incluirá también en el modelo, partiendo de la hipótesis de que podría tener influencia en la satisfacción.

Finalmente, la valoración de la “disposición del personal para escucharle cuando lo ha necesitado”, es también un aspecto que se considera como condicionante positivo de la satisfacción. Se comprueba, por tanto, que también existe relación entre esta variable y la satisfacción del paciente, situándose de nuevo las respuestas en una escala de 1 a 5 como las anteriores, el coeficiente de correlación de Spearman refleja una relación moderada entre ambas variables ($r= 0,412$, $n= 3049$, $p<0,01$). Siendo la de esta variable la relación más intensa de las tres, será incluida también en el análisis, suponiendo que tendrá cierta capacidad de influencia en la satisfacción global del paciente con la atención recibida.

3. La medida de la confianza de los pacientes en la atención sanitaria en la red hospitalaria pública de Galicia.

Como se ha expuesto en los capítulos anteriores, del estudio de la prolija literatura existente sobre la satisfacción de los pacientes con la sanidad y la asistencia sanitaria, se desprende que la confianza en el médico (Mira y Aranaz 2000) y en la asistencia recibida son factores fundamentales que determinan dichos niveles de satisfacción. De hecho, en consonancia con lo observado en esta investigación hasta el momento sobre la importancia de las relaciones interpersonales, sobre todo del paciente con el médico, en la determinación de la satisfacción del primero, se hace necesario el análisis de la confianza como aspecto central de esa relación médico-paciente (Anderson y RF 1990)

En el presente estudio sobre la calidad percibida de los gallegos con el sistema hospitalario público, contamos con una variable que tiene por objeto medir la confianza de los pacientes en la asistencia sanitaria recibida en el

hospital, aunque no existe una variable que mida la confianza del paciente en el médico, lo cual se entiende que hubiera aportado más información, ya que algunos autores señalan un importante grado de correlación entre la satisfacción del paciente y su confianza en el médico (Hall, Zheng, y otros 2002). A continuación se hace un análisis en profundidad de la relación de la variable que mide la confianza en la asistencia, con la valoración de la satisfacción que hacen los pacientes.

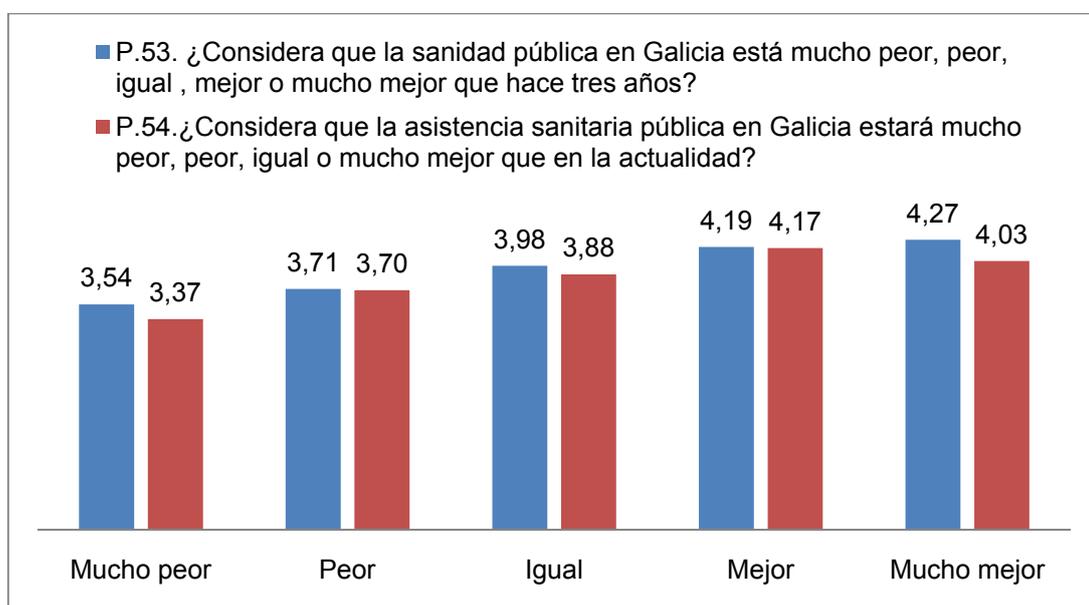
La confianza de los pacientes de los hospitales gallegos en la asistencia sanitaria se mide, a diferencia con la satisfacción global con la atención, en una escala de 1 a 5, siendo 1=ninguna, 2=poca, 3=ni mucha ni poca, 4=bastante, y 5=mucha. El nivel medio de confianza manifestado es notable, $M= 4,03$, $D.T.=0,869$.

La diferencia en las escalas de medida, no hace posible la comparación entre el nivel de confianza y el grado de satisfacción, pero si es posible estudiar la relación entre ambas variables, lo que se hace mediante un análisis de correlación de Spearman. La correlación revela que existe una relación significativa al máximo nivel ($p < 0,001$) entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de $r=0,413$, siendo $n=3055$, lo que indica una correlación moderada demostrando en parte la hipótesis número 2 de nuestra investigación, la confianza y la satisfacción son variables relacionadas y recomienda un análisis más profundo de la posible influencia de la confianza en la valoración de la satisfacción global con la atención. Se parte de la idea de que el grado de confianza del paciente, tanto en el médico como en la asistencia, tal y como se ha expuesto en capítulos anteriores, tiene una importante influencia positiva en la satisfacción (Calnan y Rowe 2004).

A simple vista, en líneas generales, el análisis descriptivo muestra que, al igual que ocurría con el nivel de satisfacción, una mejor opinión sobre el presente y el futuro del sistema sanitario, implica, como es lógico, una mayor

confianza en la asistencia recibida. Es decir, parece que de algún modo, el optimismo hacia el funcionamiento del sistema se transmite al nivel de confianza en la asistencia hospitalaria, sin embargo, no está claro si la relación a la inversa también se produce, y la confianza en la asistencia se transmite en una mejor opinión sobre el sistema.

Gráfico 22. Nivel de confianza en la asistencia sanitaria en función de la opinión sobre el sistema sanitario gallego.



Sin embargo, el análisis de correlación de Spearman refleja un nivel muy bajo de correlación entre la confianza y cada una de estas variables ($r=0,199$, $n=2564$, $p<0,01$ / $r=0,190$, $n=2300$, $p<0,01$), lo que parece indicar que su influencia no será significativa en la formación de la confianza con la atención hospitalaria y viceversa.

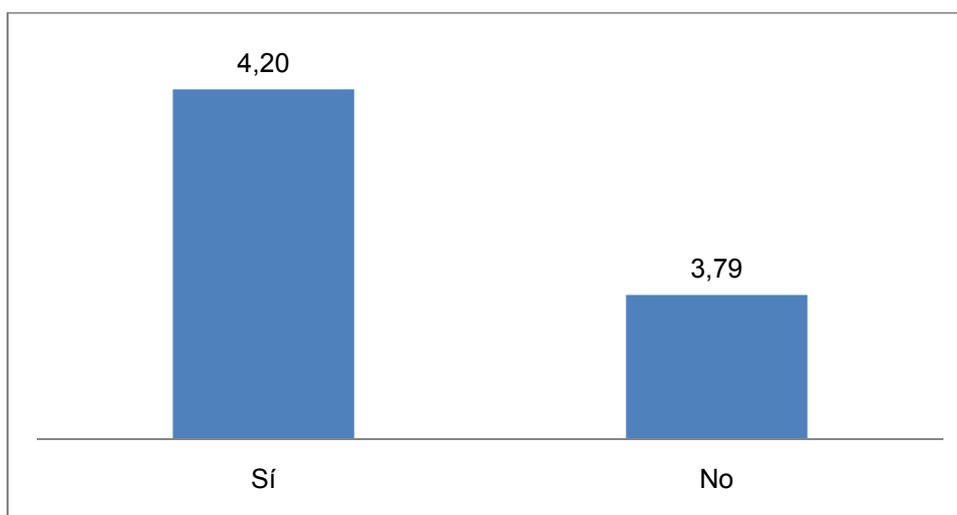
Tabla 33. Coeficientes de correlación de Spearman entre las variables de opinión sobre el sistema sanitario y la confianza en la asistencia.

			¿Considera que la sanidad pública en Galicia está mucho peor, peor, igual, mejor o mucho mejor que hace tres años?	¿Considera que la asistencia sanitaria pública en Galicia estará mucho peor, peor, igual o mucho mejor que en la actualidad?
Rho de Spearman	¿Qué grado de confianza tiene Ud. en la asistencia que le han prestado en este hospital?	Coeficiente de correlación	,199(**)	,190(**)
		N	2.564	2.300

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Por otra parte, el grado de confianza expresado por aquellos que en el momento de la realización del campo creían que el gobierno estaba tomando las medidas oportunas para corregir los déficits del sistema sanitario gallego, es significativamente superior ($M=4,20$, $D.T.=0,735$) al de los que opinan lo contrario ($M=3,79$, $D.T.=1,027$), tal y como ocurría con la satisfacción.

Gráfico 23. Grado de confianza en función de la respuesta a la pregunta: ¿Cree que el gobierno gallego está tomando las medidas oportunas para corregir los déficits del sistema sanitario gallego?



Del análisis descriptivo de los niveles de confianza en función de las variables sociodemográficas que se han considerado relevantes, al igual que respecto de la satisfacción, se desprenden varias conclusiones. En primer lugar, el análisis de varianza, confirmado el supuesto de homogeneidad de varianzas ($Levene= 0,380, p= 0.537$), para el nivel de significación habitual), confirma la no significatividad de la diferencia de medias de valoración de la satisfacción para el factor sexo ($F(1, 2399)= 1,772, p= 0,183$).

Tabla 34. Medias de valoración de la confianza con la asistencia en función del sexo del paciente

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Varón	1.122	4,06	0,874	4,0049	4,1074
Mujer	1.280	4,00	0,865	3,9614	4,0562
Total	2.402	4,03	0,869	3,9962	4,0657

Respecto a la edad, dada la heterogeneidad de varianzas ($Levene= 3,752, p= 0,002$), es necesario transformar la variable de confianza elevándola al cuadrado, con lo que se consigue la homogeneidad de varianzas para el factor edad ($Levene= 1,522, p= 0,179$). El análisis descriptivo de comparación de medias en función de los diferentes grupos, que se representa en la tabla inferior, muestra que la variación en la valoración de la confianza para los diferentes grupos de edad, es mínima, aunque dentro de esa reducida variabilidad, parece apreciarse una ligera tendencia al aumento de la confianza con el aumento de la edad. Son los mayores de 65 años y los que tienen entre 55-64 años de edad, los que muestran unos niveles medios de confianza más elevados ($M= 4.09, D.T.= 873$). En análisis de varianzas revela, en efecto, significatividad en la diferencia de medias de

valoración del grado de confianza en función de la edad ($F(5,2395)= 4,246$, $p=0,001$).

Sin embargo, el coeficiente de correlación de Pearson para la edad y el grado de confianza en la asistencia indica, que la relación entre ambas variables es muy débil ($r= 0,096$, $n= 2402$, $p<0,01$), lo que se puede explicar porque la diferencia es significativa únicamente entre algunas cohortes de edad, y no es por tanto una relación lineal.

Tabla 35. Comparaciones múltiples de las medias de confianza en función de la edad

		15 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 64 años	65 o más años	$F(5, 2395)$
Grado de confianza en la asistencia que le han prestado en el hospital	<i>M</i>	ab 3,87	b 3,91	ab 3,94	ab 4,96	ab 4,10	a 4,10	4,246**
	<i>(DT)</i>	(1,044)	(0,948)	(0,890)	(0,937)	(0,874)	(0,794)	

** $p<0,01$. Diferentes letras indican diferencias significativas entre los valores de cada grupo en cada dimensión de la confianza al nivel de $p<0,05$

Esto se comprueba mediante la realización de las pruebas *post-hoc*, en este caso el test de Scheffe (véase tabla superior), que nos indican que en las diferencias entre cohortes, únicamente son significativas entre los jóvenes de 25 a 34 años y el grupo de 65 años o más, es decir, que el grado de confianza varía en función de la pertenencia del entrevistado a alguno de los grupos de edad mencionados.

Algo similar ocurre con la variable de nivel de estudios, a pesar de que la diferencia de medias es mínima, parece que aquellas personas con estudios universitarios medios son las que muestran unos niveles medios de confianza más elevados. Los más desconfiados respecto de la asistencia

recibida son los que poseen estudios EGB/FPI o similares ($M= 3,89$, $D.T.= 0,898$).

Tabla 36. Niveles medios de confianza en la atención sanitaria recibida para el factor nivel de estudios.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Sin estudios	389	4,01	0,843	3,9359	4,1040
Estudios primarios o similares	862	4,09	0,806	4,0324	4,1402
EGB / FPI o similares	448	3,89	0,899	3,8099	3,9769
BUP / COU / FPII o similares	361	4,07	0,911	3,9787	4,1672
Universitarios medios o similares	170	4,11	0,911	3,9793	4,2553
Universitarios superiores o similares	132	4,07	0,959	3,9018	4,2326
Total	2.362	4,04	0,865	4,0030	4,0728

De nuevo no se confirman las varianzas iguales ($Levene= 2,951$, $p= 0,012$), por lo que se opta por la utilización de los estadísticos robustos, Welch y Brown-Forsythe. El análisis revela la existencia de diferencias de medias significativas, $F_w(5, 649,434)= 3,339$, $p= 0,006$), y $B_F(5,1258, 736)= 3,276$, $p= 0,006$), aunque como se ha visto, dicha diferencia es mínima.

Finalmente, se contrasta la hipótesis de homogeneidad de varianzas para el factor estado civil ($Levene=1,300$, $p= 0,273$), así como la de existencia de diferencia de medias entre los grupos ($F(3, 2367)= 4,039$, $p= 0,007$). Observamos que son los viudos los que muestran unos niveles medios de confianza en la asistencia sanitaria recibida mayores ($M= 4,15$, $D.T.= 0,764$), lo que, al igual que ocurría con la satisfacción, puede estar en relación con el hecho de que prácticamente el total de este colectivo (87,4%) se corresponda con personas mayores de 65 años, y por lo tanto usuarios más frecuentes del sistema sanitario y conocedores en profundidad del sistema.

Tabla 37. Diferencia de medias de valoración del nivel de confianza en función del estado civil.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Soltero/a	346	3,91	0,949	3,8095	4,0103
Casado/a - Vive en pareja	1.671	4,04	0,872	3,9954	4,0792
Separado/a - Divorciado/a	90	4,02	0,788	3,8526	4,1831
Viudo/a	266	4,15	0,764	4,0616	4,2463
Total	2.372	4,03	0,871	3,9960	4,0662

También se confirma la hipótesis de homogeneidad de varianzas para el factor ocupación ($Levene= 1,888, p= 0,093$). Mediante el test de ANOVA, se contrasta la existencia de diferencia de medias entre los grupos para la variable dependiente ($F(5, 2355)= 3,656, p= 0,003$), lo que indica que la ocupación del paciente podría tener alguna influencia sobre el nivel de confianza del mismo en la asistencia sanitaria. Son las personas que se encuentran jubiladas o los pensionistas los que muestran un nivel medio de confianza mayor hacia la atención sanitaria recibida, hecho que está en consonancia con lo visto anteriormente para el caso del estado civil, puesto que el 83,4% de las personas de este grupo tienen más de 65 años.

Tabla 38. Diferencia de medias de valoración del nivel de confianza en función de la ocupación.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Trabajando por cuenta ajena	571	3,96	0,945	3,8812	4,0365
Trabajando por cuenta propia	139	4,05	0,860	3,9041	4,1928
Desempleado	197	3,96	0,833	3,8463	4,0805
Labores del hogar	253	3,99	0,872	3,8837	4,0996
Estudiante	38	3,76	1,066	3,4070	4,1065
Jubilado / pensionista	1.164	4,10	0,821	4,0592	4,1536
Total	2.361	4,04	0,868	4,0024	4,0725

Por otra parte, un análisis de correlación muestra que de las diferentes dimensiones que figuran en el cuestionario, la que más se relaciona con la confianza en la asistencia es la valoración de los profesionales (véase tabla inferior), en contraste con aspectos tan importantes como las instalaciones e infraestructuras de que dispone el centro hospitalario.

Tabla 39. Correlaciones bivariadas entre el nivel de confianza y las diferentes dimensiones de valoración del centro hospitalario.

		Satisfacción global con las instalaciones e infraestructuras del centro	Satisfacción global con la administración del centro	Satisfacción global con la organización del centro	Satisfacción global con los profesionales de centro
Confianza en la asistencia que le han prestado en este hospital	Coefficiente correlación	,254(**)	,307(**)	,348(**)	,404(**)
	N	3.100	2.713	3.097	3.102

Coefficiente de correlación Rho de Spearman. **La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En este sentido, el análisis de correlación de Spearman también muestra que, de entre las valoraciones del personal del centro hospitalario, la que se relaciona con mayor intensidad con la confianza en la asistencia es la valoración de los médicos, seguida de la valoración del personal de enfermería.

Tabla 40. Correlaciones bivariadas entre el nivel de confianza y la valoración de los diferentes tipos de personal del centro hospitalario.

		Valoración médicos	Valoración personal de enfermería	Valoración celadores	Valoración personal administrativo
Confianza en la asistencia que le han prestado en este hospital	Coefficiente correlación	,406(**)	,388(**)	,325(**)	,324(**)
	N	3.099	3.108	2.948	2.711

Coefficiente de correlación Rho de Spearman. **La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En definitiva los diferentes análisis corroboran lo recogido en la mayor parte de la literatura, y es que el nivel de confianza de los pacientes se relaciona en mayor medida con aspectos de interacción interpersonal, más que con ningún otro aspecto organizativo o tecnológico. Además, la valoración que los pacientes hacen de los médicos es el aspecto que más se relaciona con la confianza en la asistencia, independientemente de factores sociodemográficos como la edad o el sexo. Por otra parte, parece que existen diferencias significativas en las valoraciones que de la confianza hacen los pacientes en función de su ocupación y su estado civil, siendo los más confiados los jubilados/as y los viudos/as. Todo esto, unido a la demostrada relación de la confianza con el grado de satisfacción global con la atención, nos lleva de nuevo a afianzar la hipótesis 6 de que a la hora de valorar la atención hospitalaria, los pacientes gallegos reciben una mayor influencia de su experiencia en los aspectos intangibles, interpersonales de la atención, como la confianza o la relación con el médico, más que cualquier otro aspecto tangible, organizativo o relativo a las “comodidades” que ofrecen los centros.

Tabla 41. Correlaciones bivariadas entre el nivel de confianza y los factores obtenidos a partir de las escalas de satisfacción

		Administración del centro	Instalaciones del centro	Personal del centro	Organización del centro	Accesibilidad del centro
Grado de confianza en la asistencia que le han prestado en este hospital	Correlación de Pearson	,230(**)	,104(**)	,405(**)	,179(**)	,072(**)
	N	1.587	1.587	1.587	1.587	1.587

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Finalmente, a modo de completar el análisis, se analiza la relación existente entre la confianza y los ítems de las escalas agrupados en factores (véase tabla superior). De este modo, se observa que se puede hablar de una

relación significativa y positiva entre la confianza y los diferentes factores, destacando de nuevo la relación con la valoración del personal del centro, mucho más intensa que las demás, aunque de intensidad moderada.

Podemos afirmar, a la vista de los datos que, a medida que aumenta la satisfacción con los diferentes factores, aumenta la confianza en el sistema y viceversa, sobre todo en lo relativo a la valoración de los médicos y a la administración del centro. La inclusión de esta variable en el modelo general de análisis de la satisfacción de los pacientes, permitirá averiguar hasta qué punto, la influencia de la confianza es importante.

4. Modelo de explicación de la satisfacción de los pacientes con la asistencia en la red hospitalaria pública de Galicia.

Tras el análisis detallado por separado de cada uno de los posibles determinantes de la satisfacción de los pacientes con la atención hospitalaria, se realiza un análisis conjunto de regresión lineal múltiple, a fin de determinar cómo se comportan las variables propuestas, y qué grado de influencia ejercen en las valoraciones de los pacientes.

En la siguiente tabla se muestra el modelo de regresión lineal múltiple para la variable dependiente “grado de satisfacción con la atención sanitaria recibida en el hospital”, tomando como variables independientes los factores referidos a la valoración de diferentes aspectos del centro, las variables sociodemográficas del estudio, variables referidas a aspectos concretos de la hospitalización, como la duración del internamiento, el respeto en el trato o la confianza, y las variables que recogen la opinión de los pacientes sobre el sistema, aspectos, estos últimos, considerados exógenos a la atención recibida.

Tabla 42. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes con la atención recibida.

	Beta	Sig.
Edad entrevistado	0,060	0,028*
Días que estuvo ingresado	0,053	0,041*
Valoración del respeto con el que se le ha tratado en el hospital	0,082	0,025*
Grado de confianza en la asistencia que le han prestado en el hospital	0,120	0,000***
Valoración de la disposición del personal del hospital para escucharle cuando lo ha necesitado	0,079	0,026*
Valoración del respeto a la confidencialidad o al mantenimiento en secreto los datos clínicos	0,054	0,078
Valoración del tiempo de espera para recibir atención en este hospital	0,058	0,030*
Administración del centro	0,188	0,000***
Instalaciones del centro	0,185	0,000***
Personal del centro	0,254	0,000***
Organización del centro	0,162	0,000***
Accesibilidad del centro	0,149	0,000***
Acuerdo con que el gobierno gallego está tomando las medidas oportunas para reducir el déficit del sistema sanitario gallego	0,004	0,896
¿Considera que la asistencia sanitaria pública en Galicia estará mucho peor, peor, igual o mucho mejor que en la actualidad?	0,017	0,606
¿Considera que la sanidad pública en Galicia está mucho peor, peor, igual, mejor o mucho mejor que hace tres años?	0,050	0,131
<i>R</i> ² corregido	0,500	
Error típico de estimación	1,31409	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

La capacidad de explicación del modelo, al igual que ocurre con la mayor parte de los modelos propuestos en la literatura especializada (Quintana, y otros 2006), es de un nivel intermedio, con un coeficiente de determinación R^2 corregido= 0,500, lo que indica una explicación del 50% de la varianza.

Por otra parte, el análisis de regresión muestra, tal y como se suponía, que la influencia de las variables sociodemográficas en la valoración de la satisfacción con la asistencia sanitaria es bastante limitada, ya que a

excepción de la edad, ninguna de ellas alcanza la mínima significatividad. Por este motivo, y por su único efecto distorsionador, se han eliminado del modelo las variables sexo, nivel de estudios, ocupación y estado civil. En el caso del sexo, ya se ha planteado la diferencia de opiniones existentes en la literatura, aunque el presente análisis confirma la ausencia de significatividad observada en otros estudios realizados con anterioridad, referidos concretamente a la valoración de la atención primaria en Galicia (Jaráiz 2009). Respecto del nivel de estudios, en contra de lo que el análisis de varianzas hacía suponer, la combinación de este factor con otras variables, hace que su influencia pierda relevancia hasta convertirse en no significativa para la valoración global de la satisfacción con la atención hospitalaria, lo que puede explicarse, como se ha dicho, porque el modelo se ha controlado por la edad.

La edad, es tal y como se había previsto, un factor determinante de la satisfacción ($\beta=0,060$, $p=0,028$), aunque su capacidad de influencia es mucho menor respecto a otras variables contenidas en el modelo, siendo el único aspecto sociodemográfico que mantiene su carácter predictor, lo que confirma la hipótesis 5 de nuestra investigación.

Las variables que intervienen con mayor intensidad en la satisfacción de los pacientes son, como era predecible, aquellas ligadas directamente a su estancia en el hospital, es decir, las cinco dimensiones representadas por los factores que agrupan la escala de valoración del cuestionario. De este modo, la de más peso, es el factor referido a la valoración del personal del centro ($\beta=0,254$, $p<0,001$), cada valoración positiva que los pacientes hacen de esta dimensión, aumenta en 0,46 puntos su satisfacción general. Además, la valoración del respeto con el que se le ha tratado en el hospital ($\beta=0,082$, $p=0,025$), variable referida directamente a la interacción del paciente con el personal, tiene también un efecto positivo en el grado satisfacción que manifiesta los pacientes. Las relaciones interpersonales, tal y como se había supuesto, son, por tanto, el aspecto más influyente. Dentro de este tipo de

variables tiene también un efecto positivo la valoración de la disponibilidad del personal para escuchar al paciente ($\beta=0,079$, $p<0,001$), aunque no lo tiene el respeto a la confidencialidad, que como se ha visto, era la variable que correlacionaba de forma más débil con la satisfacción. Por último, la variable de confianza en la asistencia influye también positivamente en la satisfacción ($\beta=0,120$, $p<0,001$), y es una dimensión que, como se ha visto, está relacionada con la valoración del personal, sobre todo del personal médico.

En definitiva nuestro análisis confirma la hipótesis número 6 de esta investigación para el nivel micro. Además se observa que la conducta del médico es una de las variables de mayor capacidad explicativa (Hulka, Kupper y Dalyu 1975, Chung, y otros 1999), y que, además de la capacidad técnica de los médicos, su capacidad para comunicarse con los pacientes y las muestras de preocupación por ellos tienen un efecto positivo en la satisfacción (Di Matteo y Hays 1980).

En otro orden de cosas, la administración del centro ($\beta=0,188$, $p<0,001$), las instalaciones del centro ($\beta=0,185$, $p<0,001$), la organización ($\beta=0,162$, $p<0,001$) y la accesibilidad del centro ($\beta=0,149$, $p<0,001$), también influyen de forma significativa en la satisfacción de los pacientes, de modo que esta aumenta a medida que aumenta la valoración de estos aspectos.

En contra de la escasez de relación que indicaba el índice de correlación de ambas variables, la duración de la estancia, combinada con otras variables, tiene un efecto significativo en el grado de satisfacción de los pacientes ($\beta=0,053$, $p=0,041$), lo que contribuye a demostrar la hipótesis número 4 de que una mayor experiencia y familiaridad con el sistema, supone la adaptación de las expectativas del paciente al mismo, y por tanto, un mayor nivel de satisfacción. Además, tiene también un efecto positivo, aunque reducido, la valoración que hace el paciente del tiempo de espera para recibir la atención en el hospital ($\beta=0,058$, $p=0,030$). De este modo, a

medida que mejora la valoración del tiempo de espera, en una escala de 1 a 5 en la que 1 significa “muy largo” y 5 “muy corto”, aumenta el grado de satisfacción.

Por último, resulta importante el hecho de que las variables no relacionadas directamente con la atención, como la opinión sobre la situación actual y futura de la sanidad, o sobre si el gobierno gallego está tomando las medidas oportunas para corregir el déficit del sistema, no son significativas para la estimación del grado de satisfacción global de los pacientes con la asistencia hospitalaria. Esto apunta a la confirmación de la hipótesis inicial (número 1) de que, en un nivel micro, las variables predictoras de los niveles de satisfacción de los pacientes son aquellas relacionadas directamente con la prestación del servicio, mientras que variables exógenas, de carácter político no tienen una influencia significativa. Para confirmación total de nuestra hipótesis será necesario el análisis de la satisfacción con la sanidad en el nivel macro.

En definitiva, en contra de la afirmación de algunos autores, de que las características de los pacientes, a saber, la edad y el nivel de estudios, entre otras, explican la mayor parte de la variabilidad de su nivel de satisfacción (Sixma, y otros 1998, Hekkert, y otros 2009), nuestro modelo demuestra, que para el caso gallego, las relaciones interpersonales, fundamentalmente la valoración del personal médico y la confianza en la asistencia, son los factores que determinan en mayor medida la satisfacción de los mismos. Cabe destacar además la capacidad explicativa de presente análisis (50% de la variabilidad), frente a los bajos niveles explicativos de otras investigaciones, en torno al 20%, señalados por Jackson (Jackson y Kroenke 1999).

Como conclusión a este análisis se puede afirmar que, frente a la habitual lectura economicista de la gestión sanitaria y hospitalaria, orientada a la reducción de costes y al aumento de la eficiencia de los servicios, es posible

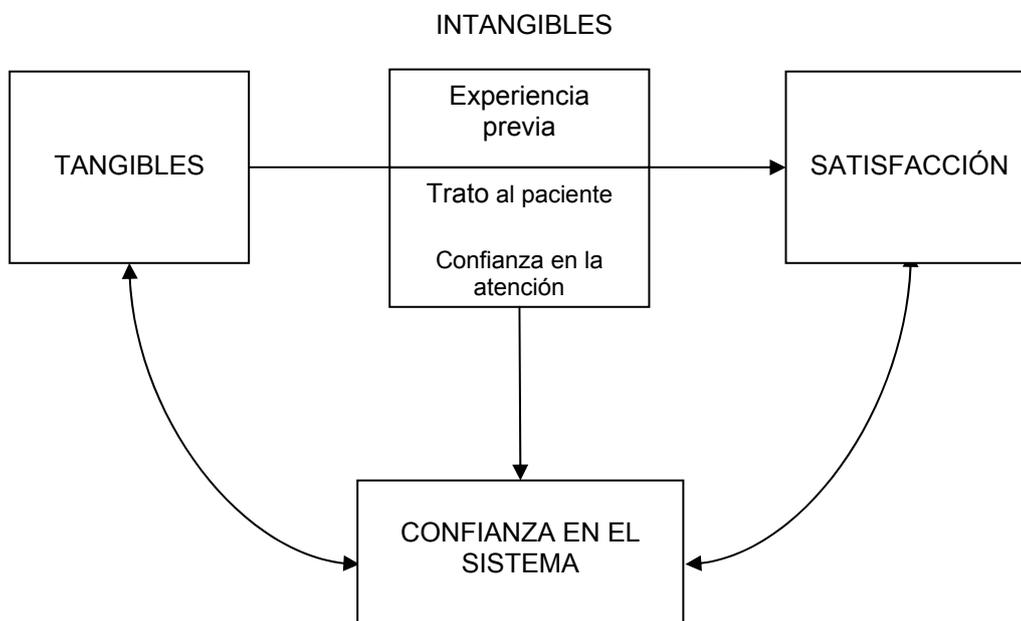
formular una orientación que, sin dejar de lado el objetivo del funcionamiento óptimo del sistema, tenga como eje central la satisfacción del paciente y la adaptación del sistema y los servicios a sus expectativas y viceversa. Habitualmente, la irrupción de las teorías New Public Management en el ámbito sanitario, con desarrollos propios como el “managed care”, han supuesto la concentración de los esfuerzos reformadores en la consecución de un balance entre costes y beneficios, dejando de lado la eficacia del sistema, entendida como la satisfacción del cliente, tanto del paciente como el ciudadano. Sin embargo, como se ha visto, el aumento del gasto sanitario no va necesariamente ligado a un aumento de la satisfacción de los usuarios, por lo que este control del gasto, enfocado a la sostenibilidad del sistema, es totalmente compatible con una gestión orientada a la satisfacción del paciente. Por su parte, perspectivas como la Medicina Basada en la Evidencia, han aportado un enfoque técnico, desde el punto de vista científico, fundamentado en la efectividad de la asistencia sanitaria, pero este enfoque debe ser complementado por una gestión que tenga como objetivo no sólo a la efectividad clínica de la asistencia, sino también a la satisfacción del usuario. La gobernanza clínica ha supuesto un acercamiento a esta orientación, pero no existen todavía los mecanismos adecuados en nuestro sistema sanitario, que permitan una participación activa de los pacientes y ciudadanos en el diseño del sistema.

Desde el análisis de la opinión de los pacientes con la asistencia recibida en los hospitales, es posible reconocer algunas de las claves cuya correcta gestión contribuiría a un mayor nivel de satisfacción de los pacientes con la atención. Una de las primeras conclusiones que extraemos de este análisis, es que en un nivel micro son mucho más importantes las experiencias de los pacientes en su contacto directo con el hospital, que cualquier otro aspecto externo, como las valoraciones de carácter político. Al contrario de lo que ocurre con las valoraciones del sistema sanitario y de las políticas sanitarias, que son fundamentalmente valoraciones políticas (Bohigas 1995), las valoraciones de la asistencia hospitalaria, se refieren básicamente a la

experiencia de los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario, sin que la mediación de factores exógenos sea significativa.

De este modo, a la luz de los datos analizados, es posible diferenciar entre los aspectos tangibles de la gestión, tales como las instalaciones hospitalarias, la administración y la organización de los centros, el volumen de personal disponible o los accesos, aquéllos a los que generalmente van dirigidos los esfuerzos de los gestores, y los aspectos intangibles de la gestión hospitalaria, aquéllos en los que los pacientes basan la mayor parte de sus juicios sobre la satisfacción con la asistencia, es decir, la valoración y la confianza en el personal, el trato recibido y las experiencias previas.

Figura 12. Modelo de explicación de la satisfacción de los pacientes con la atención en la red hospitalaria de Galicia



Fuente: elaboración propia

Tal y como se refleja en la figura superior, los mecanismos mediante los cuales los pacientes generan sus juicios sobre la satisfacción con la atención recibida en los hospitales, están condicionados por los aspectos tangibles de la atención, y, en mayor medida, por los aspectos intangibles de la misma. Los aspectos tangibles son, en nuestro modelo, las instalaciones, la organización, la accesibilidad y la administración de los centros hospitalarios, así como la espera para ser atendido. Como aspectos intangibles señalamos la experiencia con el sistema, el trato recibido y la confianza en la atención. Dentro de la experiencia previa se sitúan la edad, que sin duda es un indicador de mayor experiencia previa en la atención hospitalaria, ya sea propia o del entorno, y la duración de la estancia en el hospital, que permite al paciente un mayor grado de familiaridad con la atención. Los aspectos referidos al trato son el respeto con que se trata al paciente y la disposición del personal a escucharle, es decir la capacidad de empatía de los profesionales hacia los pacientes.

El trato recibido, la experiencia y la confianza en la atención son generadores de confianza del paciente en el sistema y satisfacción con el mismo, si la experiencia en el trato es positiva, como se ha visto, la confianza aumenta, lo que afecta también a la satisfacción global del paciente. Es decir, si la experiencia en el uso del sistema genera modelos diferentes de valoración, tanto la confianza institucional como la confianza de los pacientes en los profesionales de la medicina es producto de la experiencia con el sistema (Calnan y Rowe 2008). Por otra parte, un mayor nivel de satisfacción, genera a su vez una mayor confianza en el sistema, aumentando a su vez la valoración de los aspectos tangibles e intangibles, y retroalimentando así el mecanismo generador de la satisfacción del paciente.

CAPÍTULO VII – NIVEL MACRO. LA SATISFACCIÓN DE LOS CIUDADANOS CON EL SISTEMA SANITARIO.

En contra de lo que ocurre en el nivel micro, en el que existen numerosos estudios sobre los factores condicionantes de la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria recibida, en el nivel macro, no se puede hablar de la existencia de una abundante literatura sobre la opinión o la satisfacción de los ciudadanos con los sistemas sanitarios. Es más, la comparación de sistemas sanitarios a nivel internacional en función del grado de satisfacción de la ciudadanía es un aspecto poco tratado, condicionado, al igual que todos los enfoques comparativos, por las diferencias culturales y de organización de los sistemas sanitarios de los países.

Como ocurría con la valoración de la satisfacción de los pacientes, los ciudadanos, al nivel macro, están condicionados por numerosas variables a la hora de expresar su satisfacción con el sistema sanitario. Por ejemplo, en ocasiones, aunque la atención sanitaria cumpla los requisitos de calidad técnica, las deficiencias en el funcionamiento de los servicios organizativos y administrativos pueden generar la disminución de los niveles de satisfacción ciudadana (Blendon, Leitman, y otros 1990, Rodríguez-Legido 1995). El objetivo de este apartado es analizar cuáles son las variables que determinan en mayor medida la satisfacción de los gallegos, pacientes o no, con la asistencia sanitaria, y validar el modelo de explicación propuesto en capítulos anteriores, que tiene a la “cultura sanitaria” como eje central, y al trato y la confianza en sistema y en el médico, como ejes conductores de la satisfacción ciudadana con la sanidad.

El estudio de la satisfacción general de los gallegos con el sistema sanitario público se hará mediante el análisis de los resultados de una encuesta realizada ad-hoc para el presente trabajo, y cotejando los resultados

obtenidos, con los reflejados por las encuestas de opinión de “Situación General de la Sanidad en Galicia”, realizadas por la Xunta de Galicia.

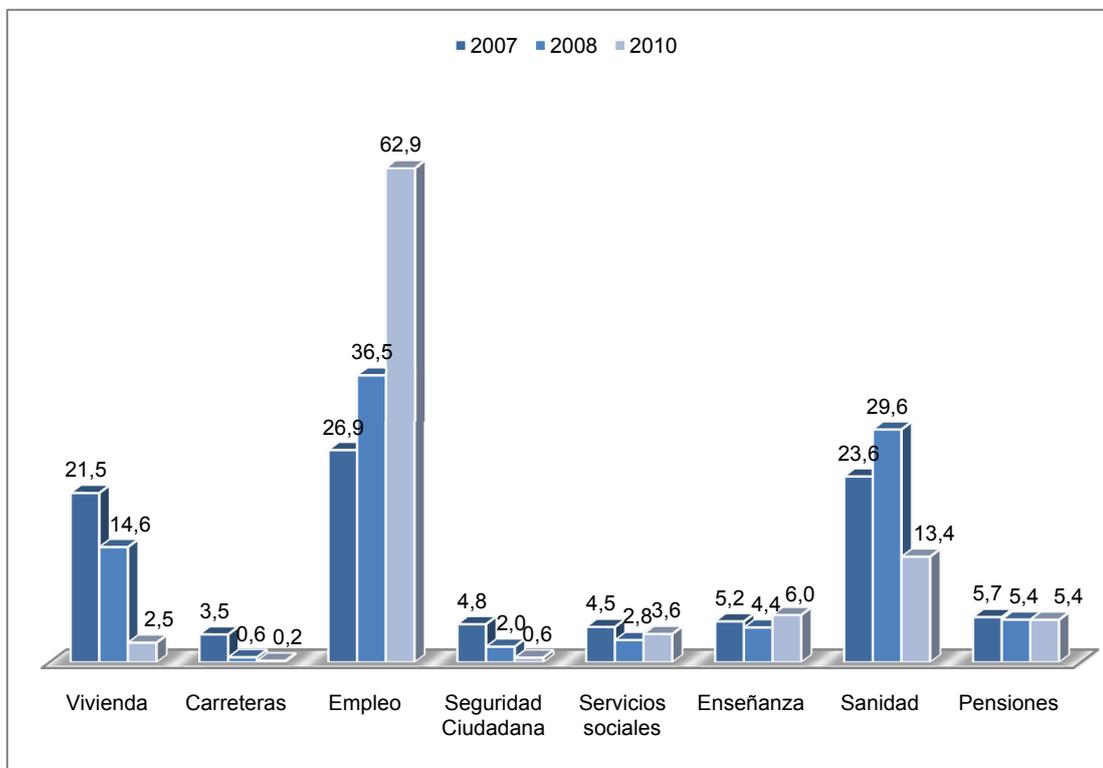
1. La opinión de los ciudadanos respecto del Sistema Sanitario Público de Galicia.

Con la finalidad de construir un marco de situación, se ha decidido iniciar este capítulo con un análisis descriptivo de aquellas variables de carácter sociológico y situacional de la mencionada encuesta de “Situación Xeral da Sanidade en Galicia” para los años 2007 y 2008⁶⁷. Los resultados nos permiten contextualizar la situación precedente a la realización de la encuesta del año 2010 así como para comprender los resultados de la misma.

En las encuestas de la Xunta de Galicia de los años 2007 y 2008, la sanidad es reportada por los ciudadanos como un área de interés casi al mismo nivel que el empleo o la vivienda, la segunda tras el empleo en 2007 (26,3%) y en 2008, con un 29,6% de ciudadanos que afirman que la sanidad es el área que mayor interés le suscita, mientras que el 36.5% se interesan más por el empleo. La crisis económica ha reducido a la mitad este porcentaje, aumentando el interés por el empleo entre los ciudadanos, interés manifestado por un 62,9%, mientras que la sanidad, a pesar de seguir ocupando el segundo lugar, es el principal tema de interés para el 13,4% de los entrevistados, muy por delante del resto de áreas preguntadas.

⁶⁷ El ámbito de estudio es para las dos encuestas (2007 y 2008) la Comunidad Autónoma de Galicia, tomando como universo de referencia la población gallega de más de 18 años. En el año 2007 se realizaron 2001 entrevistas y en el 2008, 2010 entrevistas. El método de muestreo fue el mismo en ambos casos, polietápico, de afijación proporcional, estratificado por conglomerados, con selección de los individuos por cuotas de sexo y edad. El error es de $\pm 2,23$, para un nivel de confianza del 95,5%(dos sigmas), y $p=q$. Las entrevistas en 2007 fueron realizadas entre el 10 de septiembre y el 4 de octubre, mientras que en 2008, se realizaron del 7 al 27 de noviembre. La metodología utilizada para la realización de las entrevistas fue en ambos casos la encuesta telefónica asistida por computador (CATI).

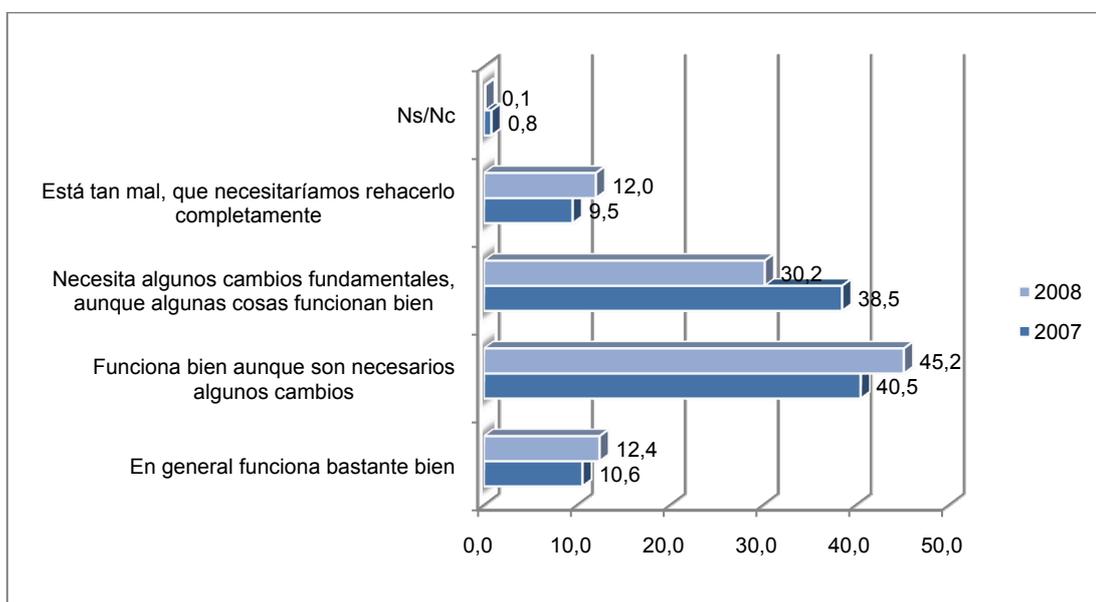
Gráfico 24. Área de mayor interés para los ciudadanos gallegos. Comparativa 2007-2008



Si bien es cierto que cuando se pregunta de forma abierta a los ciudadanos por los tres principales problemas de la sociedad gallega en la actualidad, la sanidad ocupa el cuarto lugar, con un 3,6% de ciudadanos que la consideran su primer problema, muy por detrás del paro que es, en estos momentos, el primer problema para el 55.1% de los gallegos. Si analizamos los diferentes estudios de Clima Social de Galicia publicados con frecuencia trimestral por la Xunta de Galicia en los años 2006, 2007, y 2008, la sanidad ha ocupado con cierta continuidad el tercer lugar entre los primeros problemas reportados por los gallegos, aunque siempre lejos del paro, primer problema por excelencia.

Se constata por tanto que la sanidad ocupa un lugar importante entre los temas de interés para los gallegos, lo que coincide con lo observado en otros estudios, como en el análisis de los Barómetros Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Política Sanitaria e Igualdad, en el que la sanidad viene ocupando desde el año 1995, el primer lugar entre los temas de mayor interés para los españoles⁶⁸.

Gráfico 25. Opinión respecto a la situación del sistema sanitario gallego. Comparativa 2007-2008



En cuanto al funcionamiento del sistema, observamos que el 40,2% en el año 2007 y el 45,2% en el año 2008, creían que el sistema sanitario gallego funcionaba bien, aunque eran precisos algunos cambios. Dato notablemente positivo, dada la importancia del área para los ciudadanos y la dificultad de cubrir expectativas al respecto. Estos datos además, están de nuevo en

⁶⁸ Véase: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

consonancia con los que muestra el Barómetro Sanitario, que indican como desde el año 1995 a la actualidad, la mayor parte de los ciudadanos pensaba y sigue pensando a nivel nacional, como ocurre en Galicia, que el sistema funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios.

Por otra parte, en el año 2010, un 46,4% opinaba que la situación del sistema sanitario gallego era buena o muy buena frente a un 28,3% que pensaba que era mala o muy mala. En ese mismo año, los gallegos suspendían la gestión del gobierno central en materia de sanidad ($M= 4,77$, $D.T.= 2,247$) y otorgaban un aprobado raso a la gestión del gobierno autonómico ($M= 5,38$, $D.T.= 2,077$).

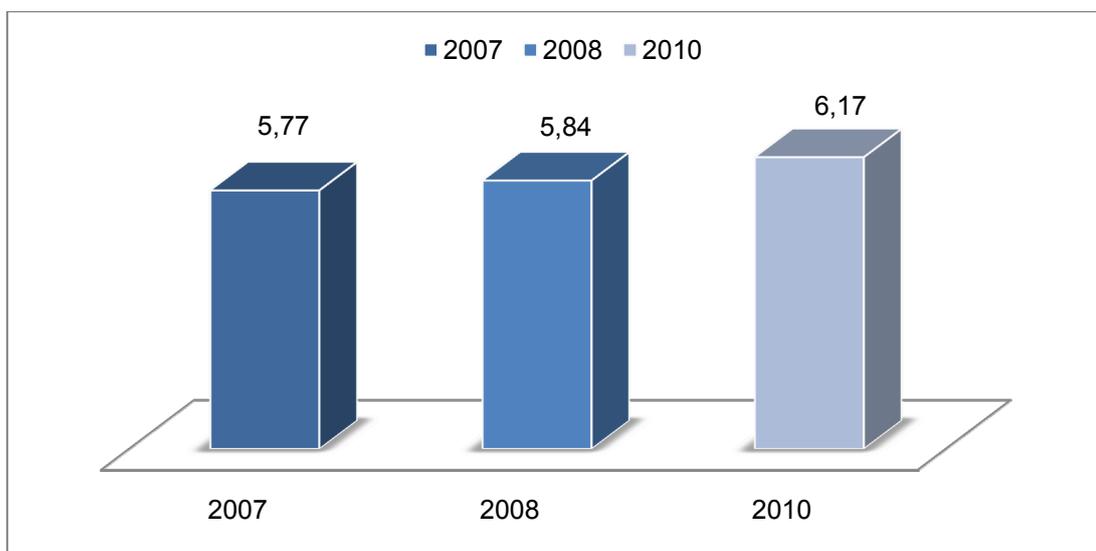
Tabla 43. Situación de la sanidad en la actualidad

	Frecuencia	Porcentaje válido
Muy buena	29	2,9
Buena	435	43,7
Ni buena ni mala	248	24,9
Mala	226	22,7
Muy mala	57	5,7
Total	995	100,0
Ns/Nc	4	
Total	999	

En relación al nivel de satisfacción con el sistema sanitario, en los años mencionados, nos encontramos con que apenas se muestran diferencias significativas, en las tres ocasiones, los ciudadanos muestran un nivel de satisfacción con la sanidad aceptable, siempre superando el 5, y elevándose ligeramente en el año 2010, y acercándose así a los niveles reportados por

los españoles en el mencionado Barómetro Sanitario⁶⁹ (en este estudio, en el año 2009, el nivel de satisfacción medio fue de $M= 6,35$, $D.T.= 2,000$, $n= 7693$). Estos datos indican que la imagen del sistema sanitario gallego público es, en general, buena, e incluso ha mejorado ligeramente en los últimos tres años.

Gráfico 26. Grado de satisfacción global con el sistema sanitario gallego. Comparativa 2007-2008



A pesar de los niveles de satisfacción mostrados, la mayor parte de los gallegos consideran que sería necesario mejorar algunos aspectos del sistema sanitario. De esta forma el aspecto por el que muestran un mayor interés son las listas de espera en especialidades y diagnósticos (en el 2007 con un porcentaje de 23,3% y en el año 2008 con un 24,41%); seguido de las listas de espera quirúrgicas y hospitalarias (en 2007 con un 19% y en

⁶⁹ Es importante señalar que la escala de medición del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad es de 1 a 10, mientras que la de nuestro estudio se utiliza una escala Likert de 0 a 10, por lo que la comparación debe tomarse con cautela.

2008 con un 14,59%), y sobre todo en 2008, la necesidad de más médicos con un 13,78%.

Tabla 44. Aspectos de los servicios sanitarios en Galicia que incrementaría. Comparativa años 2007-2008

	2007		2008	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Listas de espera en especialidades y diagnósticos	608	23,3	542	24,41
Listas de espera quirúrgicas y hospitalarias	497	19	324	14,59
Más médicos	239	9,1	306	13,78
Mejor trato, menor tiempo, más información	208	8	221	9,95
Más personal sanitario en general	191	7,3	173	7,79
Más medios y más servicios en general	177	6,8	141	6,35
Aumentar y mejorar el servicio de especialidades	171	6,5	146	6,58
Mejorar el funcionamiento de urgencias	108	4,1	77	3,47
Más centro	85	3,3	81	3,65
Más plazas hospitalarias	73	2,8	83	3,74
Servicio de odontología	59	2,3	23	1,04
Mejorar la atención a los ancianos	52	2	50	2,25
Otros	118	4,5	20	0,9
Ns/Nc	28	1,1	33	1,49
Total	2.164	100	2.220	100

Variable: respuesta múltiple

Estos datos son un reflejo de un hecho que se comprobará posteriormente, y que ha sido señalado por algunos autores en sus investigaciones, y es que la “accesibilidad” al sistema, es uno de los aspectos peor valorados por los ciudadanos (Caminal, Sánchez y Schiaffino 2002). Las listas de espera representan un motivo de insatisfacción para los ciudadanos, y posteriormente se comprobará en qué medida este aspecto condiciona las valoraciones globales del sistema.

En este orden de cosas, otras cuestiones de notable interés, son las relacionadas con la comparación que la población gallega hace del sistema respecto a los sistemas sanitarios de otras comunidades autónomas.

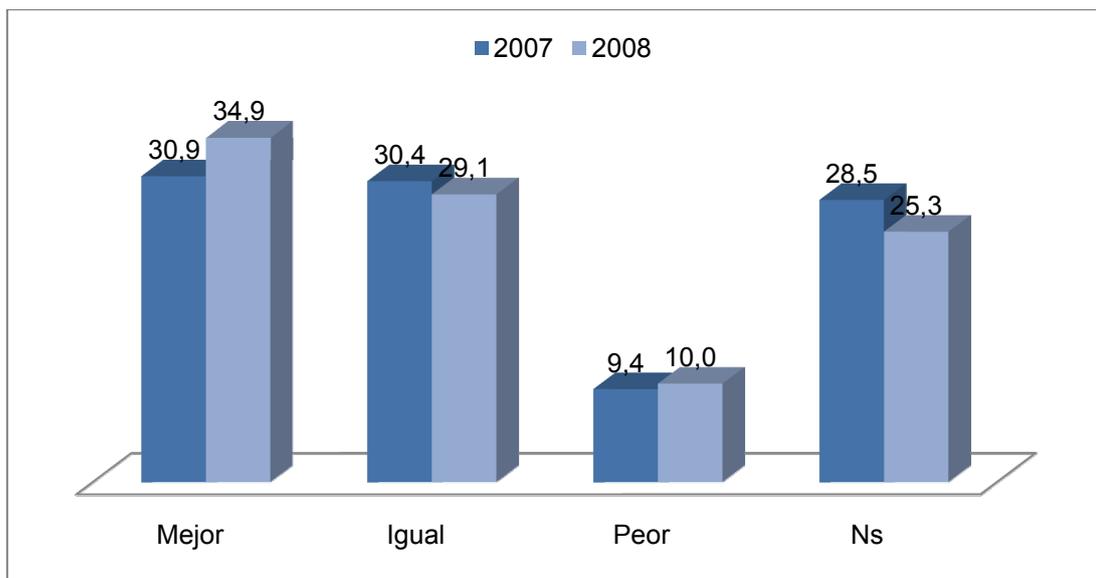
Observamos, que un importante porcentaje no se posiciona respecto a la cuestión, probablemente por desconocimiento, pero alrededor de un 22% en ambos años considera que los servicios son iguales que en otras comunidades autónomas, lo que hace pensar que, a pesar de la transferencia de competencias, la imagen de los sistemas sanitarios autonómicos, no difiere en exceso entre unos y otros.

Tabla 45. Comparativa con los servicios sanitarios públicos de otras comunidades autónomas (2007-2008)

	2007		2008	
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Mejores	157	7,8	222	11,0
Iguals	439	21,9	443	22,0
Peores	323	16,1	312	15,5
Ns	1.058	52,9	1.024	50,9
Nc	24	1,2	9	0,4
Total	2.001	100,0	2.010	100,0

Si bien a los ciudadanos les resulta complicado evaluar si nuestro sistema sanitario presta un mejor servicio que el de otras comunidades autónomas, no duda a la hora de posicionarse sobre si el servicio prestado es mejor o peor, que si este fuera gestionado por el estado central. Así pues, un 30,9% en el año 2007 y un 34,9% en el año 2008, consideran que el ciudadano recibe un mejor servicio, al estar gestionada la asistencia sanitaria por las CC.AA., sólo un 9,4% y un 10%, respectivamente considera que el servicio prestado es peor.

Gráfico 27. Recibe el ciudadano un mejor servicio, al gestionar las CC.AA. la asistencia sanitaria en lugar del Estado. Comparativa 2007-2008



Además un amplísimo porcentaje de ciudadanos considera que dada la situación en las que las CC.AA. gestionan por sí mismas la política sanitaria, sería conveniente que se pusieran de acuerdo para ofrecer nuevos servicios en este terreno a los ciudadanos. El porcentaje de ciudadanos que opinan de esta forma es del 89,6% en el año 2007 y de 90,2% en el año 2008. Podemos observarlo en la siguiente tabla.

Tabla 46. Las C.C.A.A. deberían prestar nuevos servicios a los ciudadanos (2007-2008)

	2007		2008	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	1.792	89,6	1.814	90,2
No	91	4,5	86	4,3
Ns/Nc	118	5,8	110	5,4
Total	2.001	100,0	2.010	100,0

En definitiva, el sistema sanitario público es, en general, bien valorado por los ciudadanos, y es una de las áreas de gestión pública que más les interesa. Como se ha visto, el objetivo fundamental de la asistencia sanitaria es mantener la salud o paliar los efectos de las enfermedades, lo que sin duda justifica el interés que este servicio público suscita entre los ciudadanos, ya que estos lo perciben como la solución a sus problemas de salud en una situación de máxima vulnerabilidad, como es la enfermedad. Además, tal y como afirman algunos autores, los ciudadanos no se preocupan únicamente por la asistencia sanitaria que precisan para ellos o sus familias, sino que también lo hacen por la forma que adopta el sistema sanitario respecto de la sociedad en general (M. Calnan 1997, L. Gilson 2006), es decir, les preocupa el modo en que este se organiza o se financia, de modo que la imagen que se forman del mismo, no proviene únicamente de la propia experiencia, sino que está condicionada, por factores exógenos, como los de índole ideológica o política.

En este sentido, se hace fundamental el análisis pormenorizado de los elementos constituyentes de la satisfacción ciudadana con la sanidad, de modo que se pueda mejorar la valoración general de los ciudadanos, que aunque, como hemos visto, se puede calificar de buena, sin duda podría ser mejor, lo que queda patente en el hecho de que un 30% de los gallegos afirme que el sistema “necesita cambios fundamentales”, y que el 12% piense que el sistema sanitario público “está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente”.

2. El diseño de la herramienta.

Tras el análisis de los estudios existentes hasta la fecha sobre la satisfacción de los pacientes con la asistencia hospitalaria en Galicia y de la opinión de los gallegos con el sistema en general se procedió a la elaboración de un cuestionario ad hoc, capaz de abarcar algunos de los aspectos que no se

habían tratado en estudios anteriores, y que se creía, de acuerdo con el modelo de explicación de la satisfacción planteado en capítulos anteriores, tenían capacidad de influencia en el proceso de construcción de los juicios de valoración de los ciudadanos sobre la sanidad. Así, apoyándonos en el análisis de la literatura existente, se planteó la necesidad de abordar aspectos como el conocimiento del sistema por parte de los ciudadanos, su confianza en el médico y en el sistema, o su orientación política, así como la influencia de los medios de comunicación, aspectos sobre los que no existían datos en los estudios disponibles.

La metodología utilizada para la investigación fue la encuesta telefónica asistida por computador (CATI). El universo del total es la población de Galicia de 18 años y más, con un total de $n=2.404.096$ unidades⁷⁰. La muestra tiene un tamaño total de $n= 999$ unidades, de modo que, en el caso del supuesto más desfavorable ($p=q$), y con un nivel de confianza del 95,5%, el error se sitúa en el $\pm 3,16\%$. El “marco de la muestra” es la base de datos de los abonados con teléfonos fijos en el territorio gallego, entre los cuales se seleccionaron los hogares aleatoriamente, aplicando un sistema de cuotas de edad y sexo. Las entrevistas fueron realizadas entre el 26 de julio y el 6 de agosto de 2010.

Las principales variables observadas son la satisfacción con el sistema sanitario, así como con las diferentes formas básicas de asistencia sanitaria (Atención Primaria, Atención Especializada, Hospitalización y Urgencias), y las diferentes dimensiones de la satisfacción. Además también se ha observado la confianza en el sistema sanitario y en los médicos del sistema público. Se han incluido en el cuestionario valoraciones referidas a los sistemas sanitarios público y privado, así como variables sociodemográficas y de afinidad ideológica, que permitirán estudiar el perfil de los ciudadanos.

⁷⁰ Últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística.

Para el análisis de las dimensiones de las principales formas de asistencia sanitaria se han construido cuatro escalas diferentes, adaptadas a las especificidades de cada uno de los servicios. La construcción de dichas escalas se realizó en base a las utilizadas habitualmente en el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Política Social, tomando como referencia concreta el barómetro de 2009⁷¹. Estas mismas escalas fueron también las utilizadas en los referidos estudios de la Xunta de Galicia de los años 2007 y 2008.

En el presente estudio, para la encuesta realizada ad hoc, y después de análisis previos con las escalas mencionadas (Jaráiz 2009), se han construido cuatro escalas de valoración de determinados aspectos de la asistencia sanitaria en sus diferentes modalidades básicas, a saber la Atención Primaria, la Atención Especializada y la Hospitalización. Dichas escalas se asemejan en algunos aspectos a las utilizadas en el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, pero se han ajustado a las necesidades de esta investigación. Así mismo se ha creado una escala similar para la valoración de la satisfacción ciudadana con los servicios de Urgencias, escala que no está presente en los estudios del Ministerio y de la Xunta de Galicia.

En dichas escalas se pregunta por la experiencia del ciudadano respecto a las diferentes dimensiones, mediante una escala de respuesta tipo “likert”, de 0 a 10, siendo 0 muy insatisfactoria y 10 muy satisfactoria.

Para la Atención Primaria, se han definido once ítems, basándonos en investigaciones previas, abarcando aspectos relativos al trato y las relaciones personales, la confianza en el médico, aspectos de organización, de accesibilidad y de equipamiento tecnológico (véase tabla inferior).

⁷¹ Véase: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

Cuadro 12. Escala de satisfacción con la Atención Primaria

Proximidad de los centros de salud
Horario de atención
Trato recibido por el personal sanitario
Atención a domicilio del personal médico y sanitario
Tiempo dedicado por el médico a cada paciente
Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada paciente
Confianza y seguridad que le transmite el médico
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud
La calidad de la información recibida sobre su problema de salud
El tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita
La amabilidad del personal en general

La escala de satisfacción con la Atención Especializada es igual a la anterior, eliminado el ítem de la atención a domicilio. Respecto de la Atención Hospitalaria, se ha adaptado, manteniendo invariables los aspectos comunes a todos los tipos de atención, como son la confianza en el médico, el trato del personal, y la información recibida.

Cuadro 13. Escala de satisfacción con la Asistencia Hospitalaria

Aspectos de hostelería (comidas)
Tiempo de espera para el ingreso no urgente
La confianza (seguridad) que le inspira el personal médico
Los cuidados y la atención del personal de enfermería
El trato recibido del personal no sanitario (celadores, administrativos, limpiadoras, etc.)
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud
La calidad de la información recibida sobre la evolución de su problema de salud
La hotelería: las instalaciones, la comodidad y la amplitud de las habitaciones
La amabilidad del personal en general

Por último, la escala de satisfacción con la atención de urgencias, mantiene también los aspectos comunes referidos a las relaciones interpersonales

durante la asistencia sanitaria, e incorpora aspectos propios de este tipo de atención, como la rapidez y la calidad de la atención.

Cuadro 14. Escala de satisfacción con los servicios de urgencias

Proximidad de los servicios de urgencias
Tiempo de espera para el ingreso
Información sobre el tiempo de espera
La confianza (seguridad) que le inspira el personal médico
Los cuidados y la atención del personal de enfermería
El trato recibido del personal no sanitario (celadores, administrativos, limpiadoras, etc.)
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales
La cantidad de información recibida sobre su problema de salud
La calidad de la información recibida sobre la evolución de su problema de salud
La amabilidad del personal en general
La calidad de la respuesta a su urgencia de salud

Las cuatro escalas han sido objeto de un análisis de fiabilidad, alcanzando en todos los casos el Alfa de Cronbach un valor óptimo. Para la escala de Atención Primaria $\alpha = 0,948$, para la de Atención Especializada $\alpha = 0,950$, para la Hospitalaria $\alpha = 0,928$ y para la de Atención de Urgencias, $\alpha = 0,948$.

3. Descripción de la muestra.

A continuación, siguiendo el esquema realizado para el análisis del nivel micro, procederemos a realizar en las siguientes líneas un análisis descriptivo de la muestra de nuestro estudio para el año 2010. La muestra de este estudio consta, como se ha dicho, de 999 individuos.

En primer lugar la distribución por sexo es de un 46,5% hombres y un 53,5% mujeres, es decir 465 hombres y 534 mujeres que responden a la encuesta. Respecto a la edad, la agrupación habitual por cohortes (véase tabla 47), refleja que el 19,5% de los entrevistados tienen entre 18 y 29 años de edad,

el 26,6% entre 30 y 44 años, mientras que un 23,3% tiene entre 45 y 59 años y finalmente un 30,3% tiene 60 o más años.

Tabla 47. Distribución de la muestra por grupos de edad

	Frecuencia	Porcentaje válido
De 18 a 29 años	197	19,7
De 30 a 44 años	266	26,6
De 45 a 59 años	233	23,3
60 o más años	303	30,3
Total	999	100

La edad media de la muestra es de $M= 47,55$ años ($D.T.=17,614$), inferior a la de los pacientes estudiados en el capítulo anterior.

En cuanto a la clasificación de la población en base al nivel de estudios, la mayor parte de los encuestados ha cursado BUP, Bachillerato Superior, FP o similares y sólo un 5.1% afirma no tener estudios o haber cursado estudios primarios sin llegar a finalizarlos.

Tabla 48. Distribución de la muestra por nivel de estudios

	Frecuencia	Porcentaje válido
No estudió	4	0,4
Estudios primarios sin terminar	47	4,7
Escuela primaria, EGB hasta 5º	145	14,5
EGB hasta 8º, Graduado escolar o Bachillerato elemental	190	19,0
BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje y maestría industrial	340	34,0
Diplomado Universitario, Ingeniero Técnico, Peritos Técnico	122	12,2
Licenciado. Ingeniero Superior, Doctor	151	15,1
Total	999	100

Por otra parte, casi la mitad de los entrevistados se encontraba trabajando en el momento de contestar a la entrevista, un 44,9%, mientras que un 23.9% estaban jubilados o en situación de invalidez laboral, un 10.9% eran estudiantes, un 10.7% se dedicaban a las tareas del hogar y un 9.5% eran parados que bien habían trabajado con anterioridad o buscaban su primer empleo.

Tabla 49. Distribución de la muestra por la variable ocupación

	Frecuencia	Porcentaje válido
Estudiante	109	10,9
Tareas del hogar	106	10,6
Parado en busca de su primer empleo	5	0,5
Parado, habiendo trabajado con anterioridad	90	9,0
Jubilado o invalidez laboral	238	23,8
Ocupado	449	44,9
Nc	2	100
Total	999	

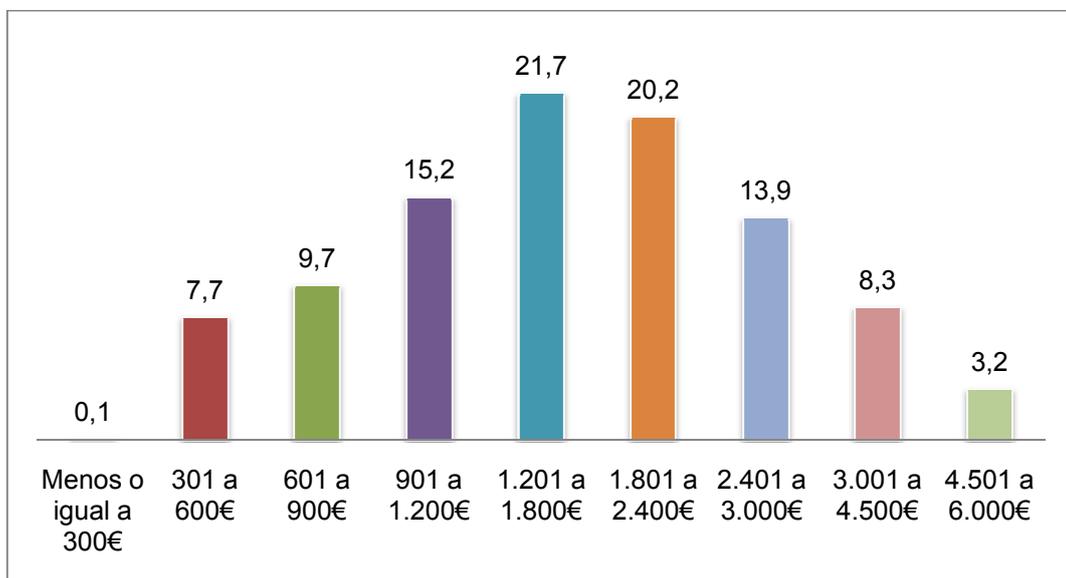
Por último, la distribución en función del estado civil del entrevistado refleja una mayoría de casados, más de la mitad de la muestra, concretamente un 56,4%, mientras que sólo un 3,7% están separados o divorciados.

Tabla 50. Distribución de la muestra por estado civil del entrevistado

	Frecuencia	Porcentaje válido
Casado/a	560	56,4
Soltero/a	318	32,0
Divorciado/a o Separado/a	37	3,7
Viudo/a	78	7,9
Ns/Nc	6	100
Total	999	

En cuanto al nivel de ingresos, variable que no existía en el estudio analizado anteriormente, pero que se ha incluido en este ya que podría ser de utilidad en el análisis de los juicios de satisfacción, más de un 40% de los hogares de los entrevistados, ingresa entre 1.201 y 2.400 euros mensuales, mientras que un 32,7% ingresa menos de 1.200 euros mensuales, y un 25,4%, más de 2.400.

Gráfico 28. Distribución de la muestra por ingresos del hogar del entrevistado



Se ha incluido también en este estudio una pregunta referida a la autoubicación del entrevistado en una clase social, lo que permite observar que el 51% de los entrevistados se considera de clase media, y el 30,5% de clase media baja.

Tabla 51. Distribución de la muestra por autoubicación de clase social

	Frecuencia	Porcentaje válido
Alta	3	0,3
Media alta	76	8,1
Media media	478	51,0
Media baja	286	30,5
Baja	95	10,1
Ns/Nc	61	100
Total	999	

Finalmente, el 77,6% de los entrevistados se declara católico, de los que más de la mitad no son practicantes. El 21,2% se declara no creyente o ateo.

Tabla 52. Distribución de la muestra por creencia religiosa

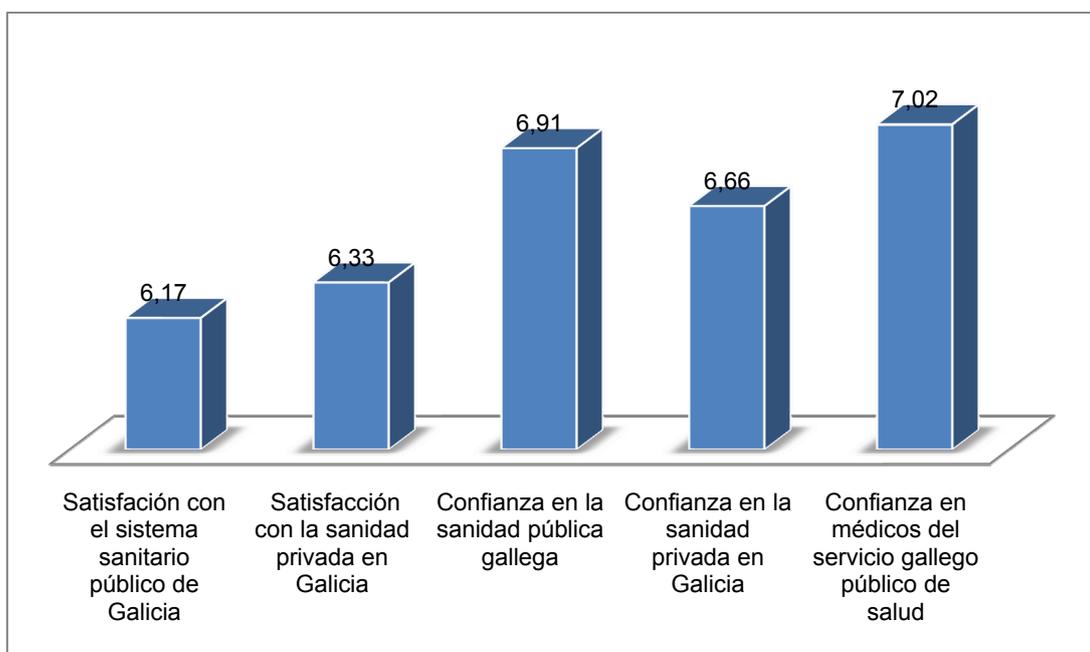
	Frecuencia	Porcentaje válido
Católico practicante	321	33,0
Católico no practicante	434	44,6
Creyente de otra religión	12	1,2
No creyente	107	11,0
Ateo	99	10,2
Nc	26	100
Total	999	

4. El nivel de satisfacción de los gallegos con el sistema sanitario público.

Más allá de las características demográficas de la población, resulta interesante un breve análisis descriptivo de los niveles de satisfacción de los gallegos con la atención sanitaria pública, así como su contraste con la valoración que estos hacen de otros aspectos centrales del sistema como la atención privada o la confianza en los médicos y en el sistema.

En un primer análisis observamos que el nivel de satisfacción de los gallegos con el sistema sanitario público es, como sea dicho, moderadamente bueno, ($M= 6,17$, $D.T.=2,012$), mientras que la satisfacción con la sanidad privada es ligeramente superior ($M= 6,33$, $D.T.=2,125$). Sin embargo, los niveles de confianza en la sanidad pública ($M=6,91$, $D.T.= 1,991$) son superiores a los reportados respecto de la sanidad privada ($M=6,66$, $D.T.=2,027$). Además, el nivel de confianza hacia los médicos de sistema sanitario público alcanza la puntuación más alta con $M= 7,02$ ($D.T.=1,644$).

Gráfico 29. Niveles de satisfacción y confianza en la sanidad pública y privada y en los médicos del sistema sanitario público



Tal y como se puede apreciar en el gráfico superior, los niveles medios de confianza tanto en el sistema sanitario, como en sus médicos se encuentran muy por encima del nivel de satisfacción medio con el sistema. Especial mención merece el elevado grado de confianza en los médicos, no sólo por tener la media más elevada, sino por la concentración de las puntuaciones

expresadas, puesto que la desviación típica que presenta esta variable es la menor de todas. Otro dato a tener en cuenta, y que se analizará posteriormente más en profundidad, es que el número de individuos que puntúan las escalas referidas a la sanidad privada se reduce a prácticamente la mitad de la muestra, el grado de satisfacción con la sanidad privada tiene un nivel de no respuesta del 43,9%, mientras que la cuestión sobre la confianza en el mismo no es respondida por el 40,2%, ya sea por desconocimiento o por no querer contestar. A las preguntas sobre la sanidad pública, responden alrededor del 99% de los individuos.

Ya se ha hecho referencia a la relación existente entre la confianza y la satisfacción con la sanidad, y al hecho de que algunos autores consideren la confianza en el sistema como un indicador de calidad más fiable que la satisfacción (Safran, y otros 1998). En nuestro modelo, la confianza en el sistema es, como se ha visto, un elemento fundamental, producto de la satisfacción con el mismo, y que a su vez incide en una mejor valoración de los aspectos tangibles de la atención sanitaria, elevando los niveles de satisfacción ciudadana. Además, *“la confianza que inspira el médico que atiende al paciente, es un buen indicador del grado de satisfacción”* (Mira y Aranaz 2000, 12), y no sólo eso, sino que en algunas investigaciones la confianza en los médicos es señalada como un indicador de la calidad de la asistencia, de modo que altos niveles de calidad percibida en la relación médico paciente, se caracterizan por elevados niveles de confianza (Calnan y Rowe 2006).

En definitiva, es importante que los niveles de confianza tanto en los médicos como en el sistema sean elevados, y cabe esperar, como se comprobará posteriormente, que un aumento de estos niveles, suponga también un aumento de la satisfacción con el sistema, tanto privado como público. Sin embargo, el hecho de que el nivel medio de confianza en el sistema público sea más elevado que el nivel de satisfacción, hace pensar, que tal y como se presupone en nuestro modelo, la confianza en el sistema

esté muy condicionada por la confianza en los médicos, mientras que los niveles de satisfacción se ven influidos, además de por la confianza, por muchos otros factores.

Por otra parte, para el 2010, se han analizado también los niveles de satisfacción de los ciudadanos con los diferentes servicios del sistema sanitario público gallego, observándose que el servicio de Atención Primaria es el que genera un nivel de satisfacción medio más elevado entre la población, casi al mismo nivel que la satisfacción con los hospitales. Por el contrario, los niveles más bajos de satisfacción son los referidos, sin lugar a dudas y con una notable diferencia respecto a los anteriores servicios, al servicio de Urgencias.

Tabla 53. Satisfacción con los diferentes tipos de atención

	N	Media	Desv. típ.
Grado de satisfacción con la Atención Primaria	964	6,76	1,988
Gado de satisfacción con la Atención Especializada	918	6,44	2,019
Grado de satisfacción con la Atención en los Hospitales	935	6,70	1,957
Grado de satisfacción con la Atención de Urgencias	929	6,01	2,257

Estos datos nos devuelven a la pregunta planteada con anterioridad, ¿cuáles son los condicionantes que llevan a los ciudadanos a expresar un mayor o menor grado de satisfacción con el del sistema sanitario público?, ¿por qué se valora mucho mejor la atención primaria que la atención de urgencias?. A continuación, se intentará dar respuesta a algunas de estas preguntas mediante la demostración de las hipótesis planteadas en capítulos anteriores, y del modelo de explicación de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario elaborado a partir de éstas.

5. Estudio de los condicionantes sociodemográficos de la satisfacción.

La estructura de análisis que se sigue es la misma que en el capítulo anterior, por lo que en primer lugar se estudia la relación existente entre las principales variables sociodemográficas, a saber, sexo, grupos de edad, nivel de estudios, ocupación principal, estado civil, y nivel de ingresos, y el nivel de satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público de Galicia.

Un análisis inicial muestra que la diferencia de medias de valoración del sistema sanitario entre hombres y mujeres es mínima. Esto se confirma con el análisis de varianzas que, dada la homogeneidad de varianzas ($Levene=1,293, p=0,256$), indica que dicha diferencia de medias no es significativa ($F(1, 987)=0,047, p=0,829$).

Tabla 54: Satisfacción con el sistema sanitario público gallego en función del sexo

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Hombre	459	6,16	1,954	0,091	5,98	6,34
Mujer	530	6,19	2,062	0,090	6,01	6,36
Total	989	6,17	2,012	0,064	6,05	6,30

Este resultado confirma para la población en general, pacientes reales y potenciales, lo observado para el caso de los pacientes hospitalarios en el capítulo anterior, ya que a pesar de que algunos estudios plantean la posibilidad de diferencias en la satisfacción con la sanidad en función del sexo (Pascoe 1983, Weiss 1988, Williams y Calnan 1991, Bolivar 1999, Mira

y Aranaz 2000), otros estudios demuestran, al igual que nuestra investigación, que dichas relaciones, aunque pueden existir, son inconsistentes (Jaráiz 2009, Caminal, Sánchez y Schiaffino 2002).

Respecto a los grupos de edad, las diferencias en las valoraciones son, de nuevo, al igual que ocurría con los pacientes hospitalarios, significativas, véase tabla inferior, siendo los individuos de entre 30 y 44 años los más críticos ($M= 5,75$, $D.T.=2009$), y los mayores de 65 años, al igual que ocurría en la valoración de los pacientes, son los más satisfechos ($M= 6,69$, $D.T.= 2,088$).

La ausencia de homocedasticidad, hace necesaria la utilización de estadísticos robustos para la comparación de medias, comprobando que la diferencia de medias apreciada previamente es estadísticamente significativa $F_w(3, 534,096) = 10,451$; $p < 0.001$ y $F_{Br}(3, 962,143) = 11,675$, $p < 0.001$, y que en la comparación intra-grupos, son las valoraciones del grupo de 60 años o más las que se diferencian significativamente del resto.

Tabla 55. Comparaciones múltiples de las medias de satisfacción en función de la edad

		18 a 29 años	30 a 44 años	45 a 59 años	60 o más años	$F(3, 985)$
Grado de satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia	M	b	b	b	a	11,329**
	(DT)	(1,601)	(2,009)	(2,094)	(2,088)	

** $p < 0,01$. Diferentes letras indican diferencias significativas entre los valores de cada grupo en cada dimensión de la confianza al nivel de $p < 0,05$

Estos resultados contrastan con la afirmación de algunos estudios de opinión pública sobre el sistema sanitario en España, en los que se afirma que la satisfacción se reduce con la edad (Costa Font 2001), y, sin embargo,

coincide con otros análisis, como el Informe sobre la Confianza en el Sistema Nacional de Salud del año 2006 (Blendon y Jovell 2006), continuación del estudio realizado en el marco del Informe Abril en 1991.

En nuestro modelo, como se ha expuesto, la edad no es únicamente un factor de influencia en la satisfacción por sí sola, sino que implica una mayor familiaridad y uso del sistema, lo que sin duda repercute en una mejor adaptación de las expectativas de los ciudadanos a sus percepciones en el momento de la asistencia, lo que tiene como consecuencia una mayor satisfacción (Hulka, Kupper y Dalyu 1975, Owens y Batchelor 1996). Es decir, como se ha expuesto para el caso de los pacientes hospitalarios, el aumento de la satisfacción a medida que se incrementa la edad, hecho sobre el que existe cierto acuerdo en la literatura, no se explica únicamente por la hipótesis de que los mayores son más generosos en sus valoraciones y su nivel de ocupación les permite adaptarse con mayor facilidad a las exigencias del sistema (ej: consultas en horario laboral), sino también, porque su conocimiento del sistema sanitario debido a su experiencia vital, hace que sus expectativas se adecúen más a sus percepciones reales de la asistencia. Posteriormente se analizarán las diferentes valoraciones de los ciudadanos en función de su frecuencia de uso del sistema.

Por otra parte, el análisis de la diferencia de medias en función del nivel de estudios del individuo muestra que los más satisfechos son los ciudadanos con los estudios primarios sin terminar ($M=7,28$, $D.T.= 2,134$), seguidos de aquellos con estudios primarios, mientras que los menos satisfechos son los diplomados universitarios e ingenieros (véase tabla 56). Sin embargo, la diferencia en el número de casos por grupo obliga a tomar algunos valores con cautela, concretamente para el grupo sin estudios ($n=4$).

Tabla 56. Satisfacción con el sistema sanitario público gallego en función del nivel de estudios del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
No estudió	4	6,00	1,414	3,75	8,25
Estudios primarios sin terminar	47	7,28	2,134	6,65	7,90
Escuela primaria, EGB hasta 5º	143	6,59	2,211	6,23	6,96
EGB hasta 8º, Graduado escolar o Bachillerato elemental	190	6,08	2,251	5,76	6,40
BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje y maestría industrial	339	6,00	1,935	5,79	6,20
Diplomado Universitario, Ingeniero Técnico, Peritos Técnico	120	5,93	1,654	5,63	6,23
Licenciado. Ingeniero Superior, Doctor	146	6,14	1,738	5,86	6,43
Total	989	6,17	2,012	6,05	6,30

Con el objeto de garantizar la fiabilidad del análisis de varianzas, se agrupan en una misma categoría los individuos sin estudios y aquéllos con estudios primarios sin terminar, de modo que la valoración media de esta categoría sigue siendo la más elevada $M= 7,18$ ($n= 51$, $D.T.= 2,104$). El análisis de la diferencia de medias debe ser realizado con los estadísticos Welch y Brown-Forsythe debido a la heterogeneidad de varianzas ($Levene= 5,345$, $p<0,001$). De este modo se comprueba que existen diferencias significativas en la valoración de los ciudadanos en función de su nivel de estudios $F_w(5, 296,380) = 4,414$; $p= 0.001$ y $F_{Br}(5, 585,952)= 4,817$, $p< 0.001$).

Esto coincide con lo observado por algunos autores como Costa i Font, que lo justifica entendiéndolo que, al igual que en el caso anterior, supone una mayor adaptación de las expectativas de los ciudadanos a sus percepciones (Costa Font 2001), es decir, que un menor nivel de estudios, hace que estos sean menos exigentes. En nuestro análisis, sin embargo, partimos de la base de que al igual que la mayor parte de los condicionantes

sociodemográficos, exceptuando la edad, el nivel de estudios pierde significatividad en su interacción con otras variables más influyentes.

En cuanto a la ocupación, como se observa en la tabla inferior, se repite el patrón señalado para el nivel micro, ya que la diferencia de valoraciones es bastante significativa, siendo los jubilados los más satisfechos, y los ocupados los menos satisfechos, con una diferencia de más de un punto entre ambos grupos (1,07). El hecho de que los jubilados sean los que mejor valoran el sistema sanitario está, muy posiblemente, en relación con que estos sean a su vez los de mayor edad, y se adecúa a lo informado por algunos autores respecto de un mayor grado de insatisfacción por parte de la población activa (Bolivar 1999). Compartimos además en este sentido, la hipótesis de que las dificultades de accesibilidad debido a la coincidencia de los horarios de atención con la jornada laboral habitual, unidas a las largas esperas inherentes a algunos servicios sanitarios, podrían favorecer dicha insatisfacción entre los ciudadanos ocupados.

Tabla 57. Satisfacción con el sistema sanitario público gallego en función de la ocupación del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Estudiante	109	6,32	1,339	6,07	6,58
Tareas del hogar	105	6,32	2,105	5,92	6,73
Parado en busca de su primer empleo	5	6,60	2,191	3,88	9,32
Parado, habiendo trabajado con anterioridad	90	6,07	2,032	5,64	6,49
Jubilado o invalidez laboral	234	6,84	2,158	6,56	7,12
Ocupado	444	5,77	1,949	5,59	5,95
Total	987	6,18	2,012	6,05	6,30

Para el análisis de la diferencia de medias, se agrupan los parados en una única categoría, evitando así operar con un grupo tan pequeño como el de “parados en busca de primer empleo” ($n=5$). De este modo la media de valoración de los parados es de $M= 6,09$ ($n= 95$, $D.T.=2,023$). Por otra parte, debido a la heterogeneidad de varianzas se utilizan nuevamente los estadísticos de Welch y Brown-Forsythe, que indican la existencia de diferencias significativas en las medias de valoración de la satisfacción con el sistema sanitario público en función de la ocupación ($F_w(4, 305,543) = 10,786$; $p < 0.001$ y $F_{Br}(4, 576,632) = 12,193$, $p < 0.001$), por lo que esta será incluida como variable de control en el modelo final, partiendo de la hipótesis de que su efecto desaparecerá al interaccionar con otras variables como la edad o la confianza en el sistema.

Una explicación similar a la del factor ocupación, es aplicable al estado civil, ya que son los viudos, cuya mayoría también pertenecen a la cohorte de mayor edad y al grupo de jubilados, los que mejor valoran el sistema ($M= 6,90$, $D.T.= 1,991$), por lo que este factor, no parece aportar mucha información relevante a nuestro análisis.

Tabla 58. Satisfacción con el sistema sanitario público gallego en función del estado civil del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Casado/a	555	6,11	2,155	5,93	6,29
Soltero/a	316	6,14	1,697	5,95	6,32
Divorciado/a o Separado/a	36	5,97	2,171	5,24	6,71
Viudo/a	77	6,90	1,991	6,44	7,35
Total	984	6,18	2,015	6,05	6,30

De nuevo la heterogeneidad de varianzas ($Levene= 6,310, p<0,001$) obliga a la utilización de estadísticos robustos. El resultado del análisis revela que la diferencia de medias de valoración de la satisfacción con el sistema sanitario es significativa en función del estado civil del entrevistado ($F_w (3, 125,993) = 3,648; p< 0.001$ y $F_{Br} (3, 188,964)= 3,633, p< 0.001$). Esta variable, al igual que la anterior, también será incluida en el modelo para observar su comportamiento, y si en interacción con otras variables pierde la significatividad para la determinación de los niveles de satisfacción.

Tabla 59. Satisfacción con el sistema sanitario público gallego en función del nivel de ingresos del entrevistado

	N	Media	Desv típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Menos o igual a 300 €	1	5,00	.	.	.
De 301 a 600 €	60	6,75	2,267	6,16	7,34
De 601 a 900 €	76	6,36	2,219	5,85	6,86
De 901 a 1.200 €	119	6,09	1,961	5,74	6,45
De 1.201 a 1.800 €	168	6,20	2,031	5,89	6,51
De 1.801 a 2.400 €	158	5,92	1,863	5,63	6,22
De 2.401 a 3.000 €	108	6,35	1,810	6,01	6,70
De 3.001 a 4.500 €	64	6,14	1,999	5,64	6,64
De 4.501 a 6.000 €	24	6,29	1,574	5,63	6,96
Total	778	6,20	1,984	6,06	6,34

Finalmente, la afirmación de autores como Blendon, sobre la relación entre el nivel de ingresos y la satisfacción con la sanidad pública (R. J. Blendon, K. Donelan, y otros 1991), indicando una mayor insatisfacción entre los ciudadanos de ingresos más elevados, nos lleva a analizar este factor presente en nuestra encuesta. De este modo, el análisis descriptivo (véase tabla superior) no parece mostrar un patrón claramente definido, siendo los más insatisfechos los ciudadanos pertenecientes a unidades familiares con ingresos mensuales inferiores o iguales a 300 euros (nótese que $n=1$, lo que

resta fiabilidad a este dato), y los más satisfechos, los que ingresan entre 301 y 600 euros al mes.

El análisis de varianzas, para el supuesto de homocedasticidad ($Levene=1,361$, $p=0,219$), revela que las diferencias en las valoraciones no son estadísticamente significativas ($F(8, 769)=1,201$, $p=0,295$). Sin embargo, la diferencia en el número de casos por grupo, aconseja la realización de un análisis de correlación (Spearman) para estudiar la relación entre el nivel de ingresos y la satisfacción con el sistema. Dicho análisis muestra, definitivamente, la inexistencia de relación entre ambas variables, confirmando los resultados del análisis de varianzas ($r=-0,048$, $n=778$, $p=0,185$), de modo que se puede afirmar que el nivel de ingresos no influye en el grado de satisfacción de los gallegos con el sistema sanitario público. Estos resultados son un indicador de que el Sistema Sanitario Español, y concretamente el gallego, ha alcanzado importantes cotas de equidad en la asistencia sanitaria otorgada (Blendon y Jovell 2006).

6. La perspectiva de género en la utilización y la valoración de los servicios sanitarios.

A pesar de que nuestro análisis de varianzas realizado previamente muestra que las diferencias de valoración del sistema sanitario público gallego en función del sexo del entrevistado no son significativas, no cabe duda de que las diferencias existentes entre hombre y mujeres en su relación con el sistema sanitario merecen una mención aparte.

La existencia de un sesgo de género en el uso y la valoración de la sanidad, en su doble vertiente, valoración de la atención y del sistema en general, ha sido objeto de numerosas investigaciones, al igual que lo han sido, las diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres.

La igualdad de género y la justicia de género en materia de salud no deben obviar que la salud tiene una base o un referente biológico. Por lo tanto, *“la equidad de género en materia de salud, debe apoyarse en su propio fundamento, a saber: la ausencia de sesgo”* (Sen, George y Östlin 2005, 10). Desde el punto de vista de la garantía de los principios básicos que rigen las democracias occidentales, queda clara la obligación del Estado de garantizar la inexistencia de cualquier tipo de discriminación por razón de género en la relación de los ciudadanos con el sistema sanitario. Sin embargo, también se ha manifestado reiteradamente que *“El género parece influir en los riesgos de mortalidad y morbilidad debido a las diferencias de exposición y vulnerabilidad; en la gravedad y las consecuencias de la enfermedad, en los comportamientos relacionados con la salud; en la experiencia y las consecuencias de la mala salud, y en las respuestas del sector de la salud”* (Sen, George y Östlin 2005, 12).

A este respecto, los datos de la muestra de 2010, nos indican que la sanidad interesa más a las mujeres que a los hombres (mujeres: 82, hombres: 52, n=134). El motivo fundamental por el que la sanidad interesa más a las mujeres que a los hombres podría residir en la diferente utilización que estos hacen de los servicios sanitarios, si aceptáramos que estas explicaciones tuviesen que ver con las percepciones diferenciadas entre mujeres y hombres de la sanidad. Por una parte, en los países desarrollados las mujeres consumen más servicios sanitarios que los hombres, aunque no para todo tipo de servicios ni para todos los grupos de edad. Además, muchos estudios demuestran que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y mejor estado de salud que los hombres (en España en el año 2008 la esperanza de vida de las mujeres era de 84,27 años, mientras que para los hombres era de 78,17), lo que podría explicar su mayor consumo sanitario (Stoyanova y Rodríguez 2004). En definitiva, existe, sobre todo en los países desarrollados, la creencia extendida de que las mujeres están, o refieren estar, más enfermas, a pesar de que es un hecho que su esperanza de vida es mayor que la de los hombres. Las mujeres informan que padecen más

síntomas físicos y psicológicos, más enfermedades crónicas y discapacidad, utilizan más medicamentos y visitan a los médicos más a menudo. En contraste, los hombres sufren más de enfermedades potencialmente mortales que causan más discapacidad permanente y muerte más prematura. (Nathanson y López 1987, Verbrugge 1976, Verbrugge 1989). Los hombres mueren de sus enfermedades, mientras que la mujeres tienen que vivir con las suyas (Thorsund, Lundberg y Parker 1993). A este respecto, se ha afirmado que la mayor morbilidad crónica que presentan las mujeres, es debida en parte a que la mayor utilización de la atención preventiva, disminuye la gravedad de sus problemas de salud.

En España, según se refleja la Encuesta Nacional de Salud del 2006, la última publicada, el 46.1% de las mujeres afirma que su salud es entre “mala o muy mala”, frente al 36.9% de los hombres. Los hombres ingresan más en los hospitales y tienen más muertes prematuras, mientras que el 60% de la población con enfermedades crónicas son mujeres, y la tasa de discapacidad es casi 10 puntos más alta en las mujeres que en los hombres. En definitiva, las mujeres viven más años, pero su percepción subjetiva de la salud es peor. En general los hombres presentan enfermedades más graves, mientras que las mujeres padecen enfermedades crónicas que repercuten negativamente en la valoración de su estado de salud (Ministerio de Sanidad y Consumo. OSM: Observatorio de Salud de la Mujer 2006).

Por otra parte, existen numerosos determinantes psicosociales que están relacionados con el modelo de socialización de género femenino y masculino, y que también influyen en su relación con el sistema sanitario. En el caso de las mujeres, siguen siendo la referencia familiar en cuestiones de salud, por lo que en muchos casos en sus consultas, fundamentalmente de atención primaria, las mujeres no sólo buscan un diagnóstico, sino también asesoramiento que transmiten a toda la unidad familiar. Además las mujeres son las que habitualmente cubren el déficit social de atención a las personas

dependientes, lo que aumenta notablemente la relación de estas con el sistema sanitario, y su familiaridad con este.

El análisis de los datos de la encuesta de 2010, corrobora, el hecho de que sean las mujeres las que más utilizan los servicios sanitarios públicos, ya que en el último año, la media de visitas de un médico público de las mujeres entrevistadas fue de $M= 6,32$ ($D.T.= 8,691$), mientras que la de los hombres fue de $M= 4,33$ ($D.T.= 7,720$). Sin embargo, los servicios sanitarios privados son utilizados por igual, la media de visitas en el último año a un médico privado manifestada por los hombres entrevistados es de un $M= 2,08$ ($D.T.= 5,328$), mientras que para las mujeres es de $M= 2,02$ ($D.T.= 5,890$). Estas diferencias en la frecuencia de uso son estadísticamente significativas ($F_w(1, 966,865)= 14,141$; $p < 0.001$ y $F_{Br}(1, 966,865)= 14,141$, $p < 0.001$) para la sanidad pública, no así, como era de esperar, para la privada ($F(1, 991)= 0,033$; $p= 0,855$)

Tabla 60. Frecuencia de uso y valoración de la sanidad pública y privada. Año 2010.

		¿Cuántas veces acudió Ud. a un médico de la sanidad pública en el último año?	¿Y a un médico privado?	Grado de satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia	Grado de satisfacción con la sanidad privada en Galicia
Hombre	Media	4,33	2,08	6,16	6,03
	N	453	463	459	254
	Desv. típ.	7,720	5,328	1,954	2,169
Mujer	Media	6,32	2,02	6,19	6,58
	N	516	530	530	306
	Desv. típ.	8,691	5,890	2,062	2,059
Total	Media	5,39	2,05	6,17	6,33
	N	969	993	989	560
	Desv. típ.	8,307	5,632	2,012	2,125

En la tabla superior se observa, además, que las mujeres valoran mejor los servicios privados que los públicos, lo que no ocurre con los hombres, es

decir, la media de valoración de los servicios sanitarios privados aumenta gracias a la valoración de las mujeres ($F(1, 558) = 9,221, p = 0,003$). A su vez, las mujeres también valoran mejor los servicios públicos que los hombres, aunque como se ha visto anteriormente, esa diferencia no es significativa.

Los datos reales confirman la tendencia de un mayor uso de los servicios públicos por las mujeres, de los 23.905.811 de consultas de Atención Primaria que recoge el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)⁷² en el año 2009 en Galicia, 13.732.382 corresponden a mujeres y 10.173.429 a hombres. Algo similar ocurre con las hospitalizaciones, según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria⁷³ del INE, en el año 2008 hubo en Galicia 142.851 altas hospitalarias de varones, mientras que 157.391 fueron mujeres.

Tabla 61. Utilización de los servicios sanitarios (2008)

	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer
% que acudió en el último año a un médico de cabecera	73,4%	85,3%	% que acudió a un médico público	94,3%	95,0%
			% que acudió a un médico privado	19,9%	21,7%
% que acudió en el último año a un centro sanitario por una urgencia	29,7%	34,3%	% que acudió a un centro público	90,8%	91,1%
			% que acudió a un centro privado	20,8%	18,3%
% que acudió en el último año a un especialista	40,1%	55,5%	% que acudió a un especialista público	77,3%	72,8%
			% que acudió a un especialista privado	39,2%	45,3%
% que estuvo ingresado en el último año en un hospital	9,6%	11,6%	% ingresado en un hospital público	83,7%	86,1%
			% ingresado en un hospital privado	26,1%	21,3%

⁷² Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:
<http://peestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>

⁷³ <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414/a2008/&file=pcaxis>

Por otra parte, resulta interesante el análisis de los datos de las encuestas de la Xunta de Galicia de “Situación Xeral da Sanidade en Galicia” para el año 2008. Estos resultados como se aprecia en la tabla 61, confirman que las mujeres hacen mayor uso que los hombres de los servicios sanitarios públicos, no así de los privados. Se observa que alrededor de un 10% más mujeres que hombres han acudido en el último año a una consulta de un médico de cabecera o especialista, mientras que esta diferencia se reduce a la mitad cuando se trata de utilización de las urgencias, y a una tercera parte si se trata de hospitalizaciones. En este sentido, algunos autores afirman que, en los sistemas donde existe un médico general que actúa de *gatekeeper*, como es el caso de la sanidad pública española, existe una cierta discriminación de las mujeres en las pautas de derivación a los especialistas (García Olmos, y otros 1995).

Según el modelo de socialización tradicional del género masculino, los varones tienen la necesidad de mantener posiciones de demostración de fortaleza y ocultación de las debilidades (Bonino Méndez 2000, Stanistreet 2005) lo que les lleva a un menor uso de la Atención Primaria y un acceso más tardío a los servicios sanitarios. Sin embargo, autores como Kandrack han afirmado que *“Aunque las tasas de morbilidad y mortalidad y los modelos de utilización de los servicios de salud parecen estar interrelacionados, es sumamente difícil establecer la conexión causal entre estos factores”* (Kandrack, Grant y Segall 1991). Pese a que las mujeres hacen en términos generales un mayor uso de los servicios sanitarios, sobre todo de la Atención Primaria, hemos visto que son los hombres los que han utilizado en mayor medida los servicios de urgencias y hospitalización de la sanidad privada en el último año. La hipótesis más habitual para explicar este hecho es que, los hombres otorgan más importancia que las mujeres a aspectos característicos de la sanidad privada, como el confort de las instalaciones o la rapidez en la atención.

Por último, la tabla inferior muestra que las mujeres son más generosas en la valoración de cualquier tipo de atención sanitaria, excepto en las urgencias, cuya valoración coincide con la de los hombres.

Tabla 62. Satisfacción con los diferentes tipos de atención en función del sexo

		Grado de satisfacción con la Atención Primaria	Grado de satisfacción con la Atención Especializada	Grado de satisfacción con los Hospitales	Grado de satisfacción con las Urgencias
Hombre	Media	6,58	6,27	6,52	6,01
	N	444	421	433	430
	Desv. típ.	1,901	1,963	1,976	2,193
Mujer	Media	6,91	6,59	6,85	6,01
	N	520	497	502	499
	Desv. típ.	2,050	2,056	1,930	2,314
Total	Media	6,76	6,44	6,70	6,01
	N	964	918	935	929
	Desv. típ.	1,988	2,019	1,957	2,257

El análisis de varianzas confirma lo observado, las diferencias de valoración entre hombres y mujeres son significativas para todos los servicios excepto para el servicio de Urgencias: AP ($F(1, 962) = 6,514, p = 0,011$); AE ($F(1, 916) = 5,637, p = 0,018$); H ($F(1, 933) = 6,850, p = 0,009$); U ($F(1, 927) = 0,001, p = 0,981$).

En definitiva, las mujeres valoran mejor los servicios sanitarios en general, a diferencia de lo que observábamos en la encuesta de pacientes hospitalarios, ya sean públicos o privados, lo que parece confirmar nuestra hipótesis de que una mayor utilización de los servicios genera mejores valoraciones. Sin embargo, los hombres tienen cierta preferencia por los servicios sanitarios privados, sobre todo en cuanto a urgencias y hospitalizaciones se refiere. En este sentido, una explicación podría ser que las mujeres tienden a preferir los servicios públicos, y los factores que más

les condicionan la elección son los relacionados directamente con la salud, mientras que los hombres otorgan más importancia a factores relacionados con aspectos administrativos y de infraestructuras, lo que les lleva a utilizar más los servicios privados. A continuación se analizarán las preferencias de los ciudadanos en la utilización de la sanidad pública y privada.

7. La elección público/privado.

El papel de la sanidad privada en el marco de un sistema nacional de salud como el nuestro, ha sido ampliamente discutido, sobre todo en lo relativo a su función, complementaria o sustitutiva, y a algunas de las posibles consecuencias de la coexistencia de ambos tipos de aseguramiento, como podrían ser la inequidad en el acceso a la atención médica de diferentes sectores de población, o la progresiva sustitución del sistema público por un sistema privado. La coexistencia de ambos tipos de aseguramiento significa una doble cobertura de determinados servicios para un sector de la población dispuesto a pagar un seguro privado, o con capacidad económica para ello. En este sentido, como era esperable, algunos estudios han mostrado una relación entre un mayor nivel de ingresos de las unidades familiares, y la propensión de los ciudadanos a la contratación de un seguro privado (López-Casasnovas y Sáez 2005).

La preferencia de los ciudadanos por la sanidad pública o por la atención privada es otra de las cuestiones que suscitan mayor interés en la literatura, sobre todo en lo que se refiere al análisis de los condicionantes de la utilización por los ciudadanos de la sanidad privada en un sistema sanitario público como el gallego, en el que, a diferencia con los sistemas de inspiración bismarckiana o liberal, la financiación y la provisión de la asistencia sanitaria son públicas y la cobertura es universal.

A este respecto se plantea la hipótesis de que aspectos como la libertad de elección del usuario (restringida en los sistemas Beveridge), las “amenidades” (hostelería, restauración,...) (Mira y Aranaz 2000) y sobre todo, las listas de espera en la sanidad pública (Costa-Font y Jofre-Bonet 2006), sean los principales determinantes de la decantación de los ciudadanos por la asistencia privada (Blendon y Jovell 2006). Algunas investigaciones defienden que el sector privado genera niveles más altos de satisfacción que el público en los aspectos relativos a la organización del servicio, como el acceso y la coordinación, sin embargo la satisfacción con los médicos es similar en ambos sistemas (Parasuraman y Zeithalm 1988). Por otra parte, también se ha relacionado la preferencia por los servicios privados, con un nivel más elevado de insatisfacción con la atención pública (Calnan, Cant y Gabe 1993, Costa-Font y Jofre-Bonet 2006).

Tabla 63. Análisis de varianzas de la satisfacción con los servicios públicos respecto de la preferencia por los privados

	Preferencia	n	M	D.T.	F(gl)	Sig.
AP	Privado	232	5,83	2,175	61,696 (1, 932)	0,001
	Público	702	7,08	1,817		
AE	Privado	326	5,92	2,024	33,411 (1, 882)	0,001
	Público	558	6,72	1,977		
H	Privado	196	5,78	2,117	52,279 (1, 907)	0,001
	Público	713	6,96	1,836		
U	Privado	240	4,78	2,197	108,784 (1, 894)	0,001
	Público	656	6,45	2,104		

Con los datos de nuestra investigación, es posible confirmar esa hipótesis para el caso gallego. El análisis de varianzas muestra, tal y como se observa en la tabla superior, relaciones estadísticamente significativas, entre el grado

de satisfacción con un determinado servicio público, Atención Primaria, Especializada, Hospitales o Urgencias⁷⁴, y la preferencia por lo privado en caso de tener la posibilidad de elegir. Es decir, se comprueba la existencia de un mayor grado de insatisfacción con los distintos servicios sanitarios públicos, entre aquellos ciudadanos que manifiestan su preferencia por los servicios privados.

Pero, ¿qué factores son los que hacen que algunos ciudadanos prefieran optar por la atención privada en detrimento de la pública, y se muestren más insatisfechos con esta última?. En las encuestas de “Situación Xeral da Sanidade en Galicia” de los años 2007 y 2008, se recogen datos sobre la frecuencia de utilización de los servicios sanitarios públicos y privados en función del tipo de asistencia requerida, tal y como se muestra a continuación.

Como se puede observar en la tabla 64, la atención especializada es el tipo de asistencia sanitaria privada más utilizado por los ciudadanos, un 42,7% de los entrevistados que acudieron al especialista durante el 2008 lo hicieron al menos una vez a un médico privado, duplicando el porcentaje de uso de los servicios de Atención Primaria y Urgencias. En segundo lugar, los hospitales privados también son ligeramente más utilizados que los otros servicios mencionados. Una de las explicaciones a esta diferencia en la utilización ya se ha apuntado con anterioridad, y es el tiempo de espera necesario para acudir a un especialista público, ya que, en ocasiones, los ciudadanos acuden a los especialistas privados para no tener que esperar por la consulta.

⁷⁴ Para los casos de la satisfacción con Atención Primaria y los Hospitales ha sido necesario transformar las variables elevándolas al cuadrado, para garantizar la homocedasticidad.

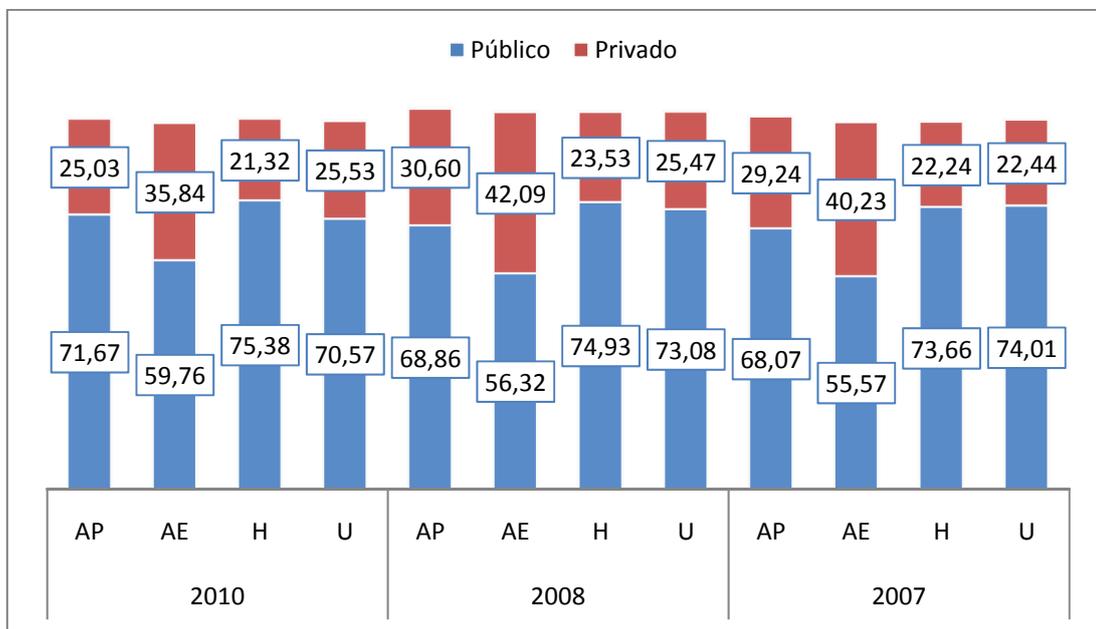
Tabla 64. Porcentaje de utilización de los servicios sanitarios públicos y privados

		2007	2008
ATENCIÓN PRIMARIA	% de utilización atención primaria pública respecto del total	93,6	94,6
	% de utilización atención primaria privada respecto del total	18,1	20,9
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	% de utilización atención especializada pública respecto del total	71,9	74,5
	% de utilización atención especializada privada respecto del total	40,7	42,8
HOSPITALES	% de utilización hospitales públicos respecto del total de hospitalizaciones	76,2	85,0
	% de utilización hospitales privados respecto del total de hospitalizaciones	25,7	23,3
URGENCIAS	% de utilización urgencias públicas respecto del total de urgencias	86,9	91,0
	% de utilización urgencias privadas respecto del total de urgencias	20,2	19,3

En este sentido, autores como Blendon, identificaban hace veinte años las listas de espera como uno de los principales problemas generadores de insatisfacción con la sanidad pública entre los españoles (R. Blendon, y otros 1991). En la actualidad el problema se ha visto incluso acrecentado, de modo que, según el Informe sobre la Confianza en el Sistema Nacional de Salud (2006), en el año 2005, uno de cada cuatro españoles contrató una póliza privada de seguros sanitarios o una mutua de seguros médicos como medio para evitar las listas de espera, lo que refleja un aumento del 17% respecto a la encuesta de 1991 (Blendon y Jovell 2006).

En cuanto a la preferencia manifestada por los ciudadanos, entre la sanidad privada y la pública, se observa que la pauta se mantiene en los tres años de los que tenemos datos, 2007, 2008 y 2010.

Gráfico 30. Preferencia de los ciudadanos entre atención privada y pública según tipo de servicio y año.

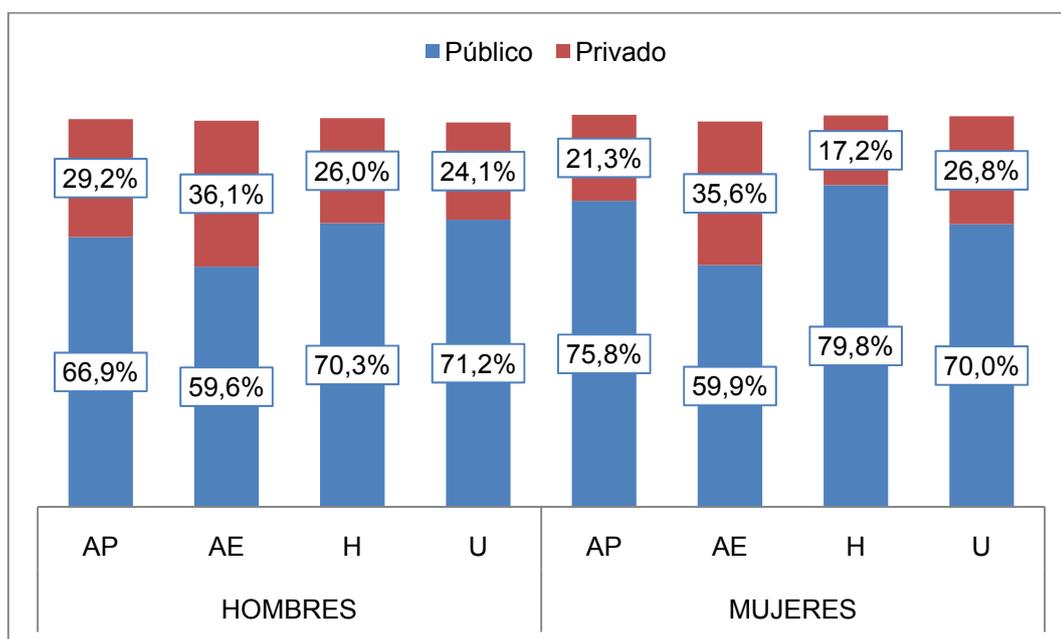


Los servicios públicos de Atención Primaria, los Hospitales y las Urgencias son preferidos por la mayoría de ciudadanos, frente a los servicios privados. Destacan los Hospitales públicos, que son los preferidos por más del 73% de los entrevistados en las tres encuestas, seguidos de las Urgencias públicas, cuyo índice de preferencia supera el 70% también en los tres años a que se refieren los datos. La preferencia por la Atención Especializada de titularidad pública, sin embargo, no llega al 60% de los ciudadanos en ningún caso, siendo el dato más extremo el de 2008, año en que el 42,09% de los entrevistados afirma preferir la Atención Especializada privada a la pública. La sanidad privada en España está diseñada para proveer a los pacientes acceso a médicos y hospitales para problemas de salud relativamente poco importantes, estando las intervenciones graves y los cuidados que requieren alta tecnología, casi circunscritos al ámbito público.

Sin embargo, estos datos deben resultar preocupantes para los gestores públicos, ya que parece que el sistema no consigue satisfacer las exigencias ciudadanas respecto de los médicos especialistas, o al menos no al mismo nivel que lo hace con otros servicios sanitarios. El análisis detallado de los determinantes de la satisfacción con la Atención Especializada que se hará posteriormente, permitirá acercarse a la comprensión de algunas de las causas de estas preferencias ciudadanas.

Continuando con nuestro análisis, recordamos la hipótesis anterior sobre la preferencia de los hombres por determinados servicios sanitarios privados, lo que nos lleva a analizar las diferencias entre las preferencias declaradas entre la sanidad pública y privada, para los cuatro servicios en función del sexo, en el año 2010.

Gráfico 31. Preferencia público-privado en función del sexo



El gráfico superior contribuye a afianzar nuestra hipótesis, ya que muestra como las mujeres son más partidarias de utilizar la sanidad pública que los

hombres en lo que respecta a la Atención Primaria y los Hospitales, lo que no ocurre con los otros dos servicios analizados, para los que los niveles de preferencia son muy similares. Cabe recordar también que, excepto para las Urgencias, las mujeres valoraban mejor los servicios públicos que los hombres, lo que concuerda en gran medida, como es lógico, con la expresión de sus preferencias.

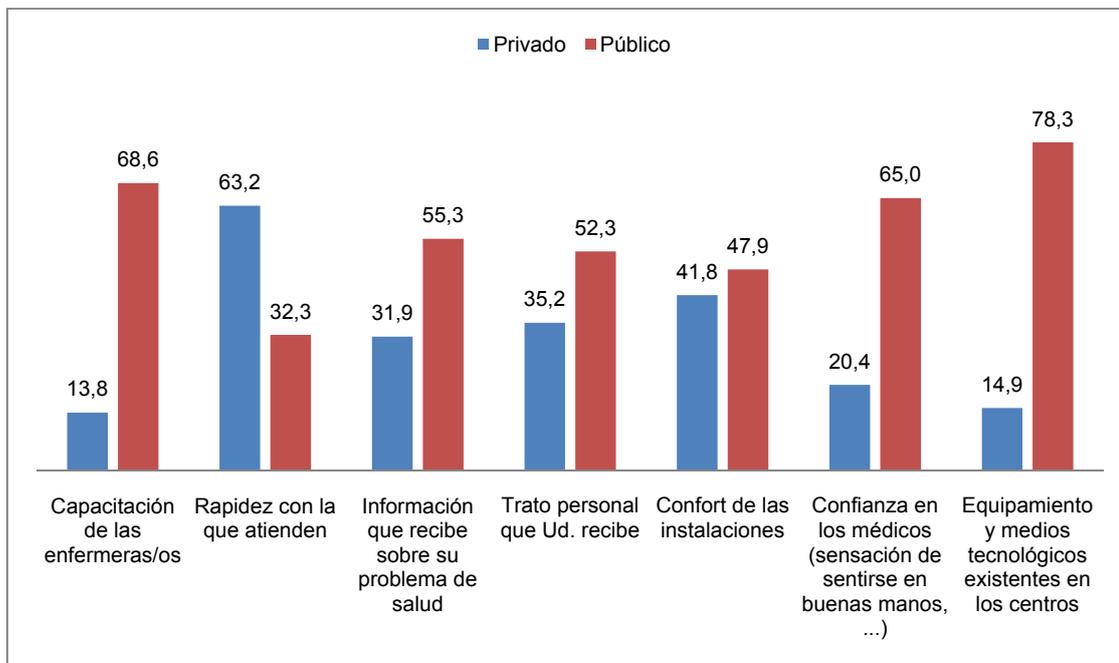
Pero, ¿cuáles son los elementos que contribuyen a que los ciudadanos se decanten por un tipo de sanidad u otro?, ¿se trata de aspectos relacionados con el trato recibido por el paciente o de aspectos vinculados a las instalaciones y la organización de los centros?. En este sentido, según el informe Blendon sobre la satisfacción de los españoles con su sistema sanitario, los ciudadanos, prefieren los servicios sanitarios privados a los públicos, debido a la calidad asistencial de los mismos (R. J. Blendon, K. Donelan, y otros 1991). Sin embargo, por el contrario, los estudios sobre a calidad percibida con grupos focales de autores como Parasuraman, muestran que los usuarios de centros de salud tanto privados como públicos, opinan que la sanidad privada aporta mayor accesibilidad horaria y mayor rapidez en la solución de problemas, pero no existen diferencias entre ambos sistemas respecto de otras dimensiones de la escala SERVQUAL, que incluye variables como el trato y la capacidad técnica de los profesionales (Parasuraman y Zeithalm 1988).

Para nuestro análisis, contamos con una cuestión en la encuesta de 2010, que se refiere a la elección del ciudadano de un servicio público o privado teniendo en cuenta diferentes aspectos como el confort de las instalaciones, el trato del personal o la confianza que le inspiran los médicos. Los resultados se muestran en el gráfico 32.

Tal y como suponíamos, la rapidez en la atención es el único motivo que llevaría a la mayoría de ciudadanos a decantarse por la sanidad privada, un 63,2%, lo que confirma a su vez las observaciones de Parasuraman, y

nuestra hipótesis de que la elección privada se relaciona con las listas de espera públicas, se confirma en nuestra investigación.

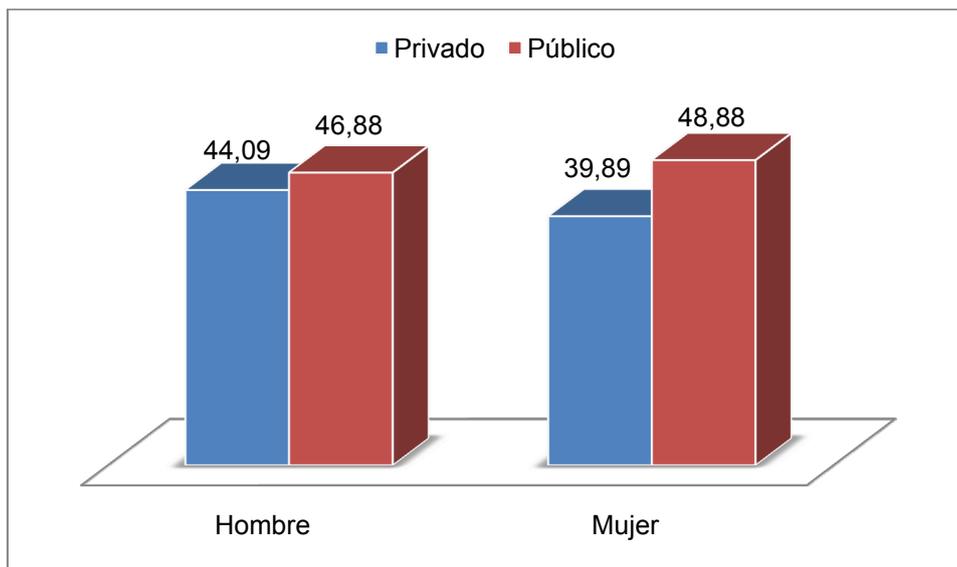
Gráfico 32. Elementos condicionantes de la elección público privado



Sin embargo, aspectos que podían parecer importantes para la elección entre el servicio público y el privado, tales como el equipamiento y los medios tecnológicos son un elemento que contribuye a que los ciudadanos prefieran los centros públicos. Lo mismo ocurre con aspectos como la confianza en el médico y la capacitación de las enfermeras, que contribuyen a la decantación por lo público, mientras que el confort de las instalaciones, tal y como cabía esperar, es el segundo aspecto que determina en mayor medida la preferencia por los servicios privados, lo que confirma nuestra hipótesis, y el análisis ya mencionado de algunos autores (Mira y Aranaz 2000). Además, se confirma también la hipótesis de que los hombres otorgan mayor importancia a aspectos como el confort de las instalaciones,

ya que casi un 5% más hombres que mujeres elegirían la atención sanitaria privada por este motivo.

Gráfico 33. El confort de las instalaciones como elemento condicionante de la elección público-privado



En otro orden de cosas, cabe recordar que el nivel de satisfacción manifestado por los ciudadanos hacia la sanidad privada ($M= 6,33$, $D.T.= 2,125$), era ligeramente superior que el manifestado hacia los servicios públicos ($M= 6,17$, $D.T.= 2,012$), lo que lleva a pensar que existen condicionantes, entre los que probablemente se encuentra el tiempo de espera por las consultas, que contribuyen a que los gallegos valoren peor el sistema sanitario público en su conjunto, mientras que manifiesten su preferencia por la mayoría de atributos inherentes al mismo. Por otra parte, resulta relevante el hecho de que a pesar de que la satisfacción es mayor, la confianza en la sanidad privada ($M= 6,66$, $D.T.= 2,027$), aún siendo elevada, es inferior a la confianza en la sanidad pública ($M= 6,91$, $D.T.= 1,991$), lo que justifica la afirmación de Blendon de que la sanidad privada en España está orientada al tratamiento de dolencias relativamente poco graves, mientras

que los asuntos de gravedad se trasladan generalmente al ámbito público (R. Blendon, y otros 1991).

Por otra parte, la confianza manifestada por los ciudadanos hacia los médicos de la sanidad pública ($M= 7,02$, $D.T.= 1,644$) es superior a la manifestada en el sistema, y muy superior a los niveles de satisfacción. Todo esto, si partimos de la base, tal y como afirmaba Giddens, de que la confianza en el sistema tiene su raíz en la confianza interpersonal, de modo que los niveles micro y macro de la confianza están interconectados (Giddens 1990), cabe suponer que los aspectos relacionados con el trato otorgado a los pacientes en el sistema público contribuyen a elevar la satisfacción de los ciudadanos con los médicos y con el sistema, lo cual repercute indudablemente en su satisfacción, tal y como proponemos en nuestro modelo. Sin embargo, al mismo tiempo, existen elementos endógenos y/o exógenos al encuentro sanitario, que contribuyen a reducir o aumentar los niveles de satisfacción de los ciudadanos. El análisis posterior de la relación entre la confianza y la satisfacción con el sistema, así como el modelo final de satisfacción de los gallegos con la sanidad pública, serán fundamentales para comprender cuáles son dichos elementos y en qué medida ejercen su influencia.

Como se ha visto, la confianza de los ciudadanos en la sanidad privada es inferior a la media global de confianza que los ciudadanos manifiestan hacia el sistema público, mientras que la valoración de la satisfacción es mayor. La explicación de los determinantes de ambos niveles de satisfacción y confianza, parece estar en el diferente rol que cada uno de los sistemas sanitario público y privado juega en la atención sanitaria, esto es, los servicios privados se utilizan generalmente para tratar dolencias de menor gravedad que los servicios públicos. Sin embargo, resulta interesante analizar las valoraciones que los ciudadanos hacen de la asistencia sanitaria privada en función de algunos determinantes sociodemográficos, a saber, sexo, grupos de edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación de los

entrevistados, con el objeto de estudiar el perfil de los usuarios de la sanidad privada, y hasta qué punto los factores sociodemográficos condicionan los niveles de satisfacción y confianza manifestados.

7.1. La satisfacción con la sanidad privada.

En primer lugar se analiza el grado de satisfacción de los ciudadanos con la sanidad privada en función del sexo del entrevistado. El análisis descriptivo, como se ha visto con anterioridad, muestra una diferencia en las valoraciones, de modo que las mujeres valoran mejor la sanidad privada, con un $M= 6,58$ ($D.T.= 2,059$), que los hombres, con un $M= 6,03$ ($D.T.= 2,169$). Para este factor, dada la homogeneidad de varianzas ($Levene= 0,086$, $p= 0,770$), el test de ANOVA confirma además la existencia de diferencias significativas entre los grupos ($F(1,558)= 9,221$, $p=0,003$), lo cual nos permite afirmar que el sexo es un elemento que influye en las valoraciones que hacen los ciudadanos de la sanidad privada.

Estos datos coinciden con los expuestos con algunos autores (López – Casanovas, Costa-Font y Planas 2005), aunque cabe recordar que los hombres eran, en general, más partidarios de utilizar los servicios privados que las mujeres, y éstas valoraban también mejor la sanidad pública y sus servicios públicos (excepto las urgencias), por lo que podríamos alegar que las mujeres son, en general, más generosas con sus valoraciones que los hombres.

Respecto de la edad, la tabla inferior muestra que las valoraciones más altas de la sanidad privada, las hacen los más jóvenes, de 18 a 29 años, y los mayores de 65 años, siendo los grupos intermedios los más críticos.

Tabla 65. Grado de satisfacción con el sistema sanitario privado de Galicia en función de la edad del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
De 18 a 29 años	122	6,62	1,838	6,29	6,95
De 30 a 44 años	158	6,13	2,262	5,77	6,48
De 45 a 59 años	134	6,06	2,116	5,70	6,42
60 o más años	146	6,55	2,169	6,19	6,90
Total	560	6,33	2,125	6,15	6,50

Confirmado el supuesto de homogeneidad ($Levene= 0,195$, $p=1,573$) el análisis de varianzas muestra, sin embargo, que la diferencia de medias de valoración entre los grupos de edad no es significativa, ($F(3, 556)= 2,511$, $p=0,058$), por lo que se partirá de la hipótesis de que en el caso de la sanidad privada, la edad no es una variable que influya en la satisfacción con el servicio. Esta hipótesis se sustenta también en el análisis del coeficiente de correlación de Pearson ($r= 0,023$, $n= 560$, $p=0,594$), que indica la inexistencia de relación entre la edad y la satisfacción con la sanidad privada.

Por otra parte, para el nivel de estudios se confirma la homogeneidad de varianzas ($Levene=1,63$, $p=1,540$) y la existencia de diferencias significativas de medias entre los grupos ($F(6, 553)= 2,972$, $p=0,007$), sin embargo, es difícil establecer una pauta de explicación, ya que el número de casos es muy reducido para algunas de las categorías, lo que hace que los datos deban ser tomados con prudencia. Así pues, son aquéllos que poseen estudios primarios sin terminar, los que muestran el mayor grado de satisfacción, pero los que no tienen estudios son, junto a los que poseen estudios superiores, los que se muestran como los más insatisfechos.

Tabla 66. Grado de satisfacción con el sistema sanitario privado de Galicia en función del nivel de estudios del entrevistado.

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
No estudió	2	6,00	1,414	-6,71	18,71
Estudios primarios sin terminar	15	7,27	2,576	5,84	8,69
Escuela primaria, EGB hasta 5º	70	6,57	2,369	6,01	7,14
EGB hasta 8º, Graduado escolar o Bachillerato elemental	99	6,66	2,205	6,22	7,10
BUP, Bachillerato Superior, FP, aprendizaje y maestría industrial	194	6,44	1,992	6,16	6,73
Diplomado Universitario, Ingeniero técnico, Peritos Técnico	85	5,64	2,219	5,16	6,11
Licenciado. Ingeniero Superior, Doctor	95	6,05	1,806	5,68	6,42
Total	560	6,33	2,125	6,15	6,50

Por otra parte, en el caso del factor ocupación, se observa que los más críticos son los parados, seguidos de los ocupados, mientras que los más satisfechos son los estudiantes y las personas dedicadas a las tareas del hogar.

Tabla 67. Medias grado de satisfacción con el sistema sanitario privado de Galicia en base a la ocupación

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Estudiante	65	6,72	1,654	6,31	7,13
Tareas del hogar	57	7,04	1,535	6,63	7,44
Parado*	58	6,05	2,544	5,38	6,72
Jubilado o invalidez laboral	109	6,40	2,241	5,98	6,83
Ocupado	271	6,11	2,151	5,86	6,37
Total	560	6,33	2,125	6,15	6,50

*Se han agrupado las dos categorías correspondientes a los parados en una para evitar los problemas de la existencia de pocos casos (n=4) en la categoría "parado en busca de primer empleo".

Dada la heterogeneidad de varianzas de las medias de satisfacción con la sanidad privada respecto de este factor, se utilizan estadísticos más robustos para la comparación de medias ($F_w(4, 174,298) = 4,455; p= 0.002$ y $F_{Br}(4, 300,921)= 3,344, p= 0.011$), que muestran que la diferencia en el grado de satisfacción de los ciudadanos con la sanidad privada en función de su ocupación es significativa.

Por último, en cuanto al estado civil, son los viudos los más satisfechos con la sanidad privada, y los divorciados o separados los menos satisfechos, aunque el número de casos para esta categoría, y el hecho de que presente la desviación típica más elevada ($D.T.: 3,351$) hacen necesario tomar con precaución este último dato.

Tabla 68. Medias grado de satisfacción con el sistema sanitario privado de Galicia en base al estado civil

	N	Media	Desviación. típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Casado/a	318	6,24	2,181	6,00	6,48
Soltero/a	192	6,49	1,898	6,22	6,76
Divorciado/a o Separado/a	18	5,06	3,351	3,39	6,72
Viudo/a	30	7,00	1,722	6,36	7,64
Total	558	6,33	2,128	6,15	6,50

De nuevo la heterogeneidad de varianzas ($Levene=2,640, p=0,049$) obliga a la utilización de estadísticos robustos para la comparación de medias. El resultado indica que la diferencia de medias en la valoración de la sanidad privada en función del estado civil del entrevistado no es estadísticamente significativa ($F_w(3, 56,217) = 1,143, p= 0.340$ y $F_{Br}(3, 63,276)= 0,909, p= 0.442$).

En definitiva, dentro de las variables sociodemográficas, el sexo, el nivel de estudios y la ocupación influyen en la valoración que los ciudadanos hacen de la sanidad privada, siendo los hombres, ocupados o en situación de desempleo, y que poseen un título universitario, los más críticos.

7.2. La confianza en la sanidad privada.

En la exposición teórica se ha puesto de manifiesto la importancia de la confianza en la construcción de un modelo explicativo de la satisfacción de la ciudadanía con la sanidad pública. El mismo presupuesto entendemos que es aplicable a la sanidad privada, lo que unido al hecho de que la confianza en la sanidad privada es inferior a la confianza en la pública, nos lleva a hacer un breve análisis de algunas de las variables condicionantes de la confianza en la sanidad privada, y de la relación de esta última con la satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios privados.

De este modo, se observa la intensa relación positiva existente entre la confianza y la satisfacción con la sanidad privada, expresada en términos de índice de correlación de Pearson ($r= 0,711$, $n= 521$, $p<0,001$), tal y como ocurría en el capítulo anterior con el estudio de la satisfacción de los pacientes de la sanidad pública, y demostrando que la confianza y la satisfacción con la sanidad son variables altamente correlacionadas (Thom, y otros 1999).

Para el estudio de las variables condicionantes de la confianza de los ciudadanos en la sanidad privada en Galicia, se realiza un análisis de varianzas análogo al anterior. En este caso, los test de homogeneidad de varianzas realizados con las cinco principales variables sociodemográficas como factores, confirman la existencia de homocedasticidad en todos los casos.

Tabla 69. Análisis de varianzas para los factores sexo, ocupación, nivel de estudios y estado civil.

Factor	Categorías	Media	DT	F(gl)	Sig.
Sexo	Hombre	6,53	1,992	2,055 (1, 595)	0,152
	Mujer	6,77	2,051		
Edad	De 18 a 29 años	7,03	2,090	6,179 (3,593)	0,001
	De 30 a 44 años	6,32	2,073		
	De 45 a 59 años	6,33	1,912		
	60 o más años	7,03	1,914		
Ocupación	Estudiante	7,11	2,027	1,613 (5,590)	0,154
	Tareas del hogar	6,65	2,357		
	Parado en busca de su primer empleo	7,60	1,140		
	Parado, habiendo trabajado con anterioridad	6,36	2,091		
	Jubilado o invalidez laboral	6,84	2,072		
	Ocupado	6,53	1,932		
Nivel de estudios	No estudió	9,00	.	1,874 (6,590)	0,083
	Estudios primarios sin terminar	7,79	1,626		
	Escuela primaria, EGB hasta 5º	6,72	2,326		
	EGB hasta 8º, Graduado escolar o Bachillerato elemental	6,70	2,243		
	BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje y maestría industrial	6,81	1,975		
	Diplomado Universitario, Ingeniero Técnico, Peritos Técnico	6,31	1,890		
	Licenciado. Ingeniero Superior, Doctor	6,42	1,761		
	Casado/a	6,52	2,043		
Estado civil	Soltero/a	6,89	1,951	2,362 (3, 591)	0,070
	Divorciado/a o Separado/a	6,00	2,425		
	Viudo/a	7,03	2,025		

El análisis de varianzas para los factores sexo, ocupación, estado civil y nivel de estudios (véase tabla superior), no muestra resultados estadísticamente significativos. Sin embargo, aunque desde el punto de vista estadístico estos factores, tomados de forma independiente, no influyan en el nivel de confianza de los ciudadanos en la sanidad privada, un análisis descriptivo de nuestra muestra, permite observar que al igual que ocurría con la satisfacción, las mujeres tienen un nivel de confianza superior al de los hombres, y los viudos son, además de los más satisfechos, los que más confían en la atención privada.

El hecho de que las mujeres confíen más en la sanidad privada que los hombres explica que también se declaren más satisfechas que estos, pero contrasta con la realidad de que, en la práctica, cuando se analizan las preferencias por servicios concretos sean los hombres los que prefieren en mayor medida la Atención Primaria y los Hospitales privados que las mujeres. Esto puede explicarse nuevamente de modo que las mujeres son más generosas en sus valoraciones, pero a la hora de elegir, generalmente prefieren los servicios públicos.

Por otra parte, para el factor edad, sí se confirma la existencia de diferencias de medias significativas en el nivel de confianza de los grupos (véase tabla 69), de modo que son los más jóvenes, de entre 18 y 29 años de edad ($M=7,03$, $D.T.= 2,090$), y los mayores de 60 ($M=7,03$, $D.T.= 1,914$), los que manifiestan un mayor grado de confianza, mientras que para los grupos intermedios, de 30 a 44 años y de 45 a 59, se observan niveles de confianza más bajos, $M=6,32$ ($D.T.= 2,073$) y $M= 6,33$ ($D.T.= 1, 912$) respectivamente. El mayor grado de confianza manifestada por los jóvenes y mayores, se relaciona directamente con los niveles de satisfacción de estos expuestos anteriormente, aunque para el caso de la satisfacción con la sanidad privada, la diferencia no sea estadísticamente significativa. El coeficiente de correlación de Pearson ($r= 0,033$, $n= 597$, $p=0,415$), sin embargo, revela la ausencia de una relación lineal entre la edad y la confianza en la sanidad privada, lo que coincide con el análisis descriptivo, ya que no se observa un aumento disminución continuado de la confianza a medida que aumenta o disminuye la edad, sino que la diferencia de medias se produce, como se ha visto, entre los grupos extremos y los intermedios.

En definitiva, podemos afirmar que el alto grado de correlación positiva existente entre la confianza en la sanidad privada y la satisfacción con este tipo de sanidad, permite suponer que el primero será un factor de gran influencia en la construcción de la satisfacción del último. Además, la edad parece determinar la confianza en la sanidad privada, mientras que, el sexo

es un factor determinante de la satisfacción, de modo que las mujeres parecen estar más satisfechas que los hombres con los servicios privados. Por último, el análisis de varianzas permite partir de la hipótesis de que en un modelo de análisis multivariante, el nivel de estudios puede influir en el grado de satisfacción del entrevistado, lo que, a su vez, puede explicarse, al igual que ocurre con la sanidad pública, por la diferente adecuación entre expectativas y percepciones, que se ven condicionadas por la formación de los ciudadanos.

Finalmente, se realiza un análisis de regresión múltiple con el objeto de comprobar las hipótesis planteadas y estudiar qué variables interfieren en mayor medida en la valoración que los ciudadanos hacen de la sanidad privada, de modo que podamos comparar el resultado con el análisis posterior de los condicionantes de la satisfacción con la sanidad pública. El modelo es capaz de explicar el 54% de la variabilidad de la satisfacción con la sanidad privada ($F(5, 453) = 109,690, p < 0,001$), lo cual es bastante elevado, dado que no cuenta con variables específicas referidas a aspectos de la atención, como el trato o la calidad y confort de las instalaciones. Se han incluido en el análisis las cinco variables sociodemográficas estudiadas previamente, la valoración de la confianza, la autoubicación en una clase social, y el comportamiento electoral habitual (respecto de los tres partidos mayoritarios: PPdeG, PSdeG y BNG), este último como factor exógeno, para comprobar si influye de algún modo en la valoración de la sanidad privada.

La tabla inferior muestra que, tal y como suponíamos, el grado de confianza en la sanidad privada es la variable que más influye de forma positiva en la satisfacción con este tipo de atención, de modo que a medida que aumenta un punto la confianza, manteniéndose el resto de elementos constantes, aumenta la satisfacción en 0,73 puntos.

Tabla 70. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la sanidad privada

	Beta	Sig.
Nivel de estudios	-0,094	0,007**
Grado de confianza con la sanidad privada	0,696	0,000***
Clase social	-0,080	0,017*
Votante habitual del Partido Popular	0,073	0,025*
Sexo=hombre	-0,060	0,061
<i>R</i> ² corregido	0,543	
Error típico de estimación	1,40959	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

El nivel de estudios tiene también carácter determinante, pero la relación que se establece es negativa, es decir, a medida que aumenta el nivel de estudios, se reduce el grado de satisfacción con la atención privada. Se comprueba que el sexo, sin embargo, no es, tal y como suponíamos, una variable que influya de forma significativa cuando es tomada en conjunto con otras variables como la confianza o incluso el hecho de ser votante habitual de un partido. Por otra parte, esta última, la variable referida a aquellos que manifiestan ser votantes habituales de un partido político determinado, sí tiene una influencia significativa en la satisfacción con la sanidad privada. Esto está en consonancia con la afirmación de que la satisfacción general con un sistema sanitario mide todos aquellos aspectos vinculados a dicho sistema, no sólo los aspectos referidos a la atención, sino también aquellos relacionados con una evaluación socio-política del sistema, que va más allá de la experiencia individual en la atención (Costa-Font y Jofre-Bonet 2006). De este modo, en este caso, el hecho de ser votante habitual del Partido Popular tiene un efecto positivo en la satisfacción con la sanidad privada. Por último, respecto de la autoubicación en una clase social, la relación es negativa, de modo que, a medida de que el entrevistado se ubica a sí mismo en una clase social más elevada, aumenta su grado de satisfacción con la sanidad privada. Por último, ni la edad, ni la ocupación, ni el estado civil

tienen una influencia significativa en la satisfacción de los ciudadanos con la atención privada.

En definitiva, a la vista de los resultados, podemos afirmar que tanto el hecho de confiar en el sistema sanitario privado, como el ser votante habitual del Partido Popular, autoubicarse en una clase social elevada, y tener un nivel de estudios bajo, son factores que contribuyen a una mejor valoración de la sanidad privada. Estos resultados, nos servirán de referencia para comprobar si el mecanismo de formación de la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública es el mismo, o por el contrario, son otros los factores que condicionan las valoraciones de los ciudadanos.

8. La satisfacción de los gallegos con los principales servicios sanitarios públicos: Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Hospitalaria y Urgencias.

Continuando con nuestro análisis, los contrastes de hipótesis sobre la igualdad de niveles medios de satisfacción con la sanidad gallega se completan con el estudio pormenorizado de los principales servicios de atención del sistema sanitario público, a saber, la Atención Primaria, Atención Especializada, los Hospitales y las Urgencias.

El análisis descriptivo mostrado con anterioridad indicaba que la Atención Primaria es el servicio mejor valorado, seguido muy de cerca por la Atención Hospitalaria. El tipo de atención peor valorado son las Urgencias. En este sentido, como se verá, podemos fundamentar de nuevo nuestra hipótesis de que la frecuencia de uso de los servicios, genera diferentes valoraciones, ya que el servicio de Atención Primaria es el más utilizado por la población en general. En el año 2008, el 79,7% de los encuestados, en el estudio del gobierno autonómico sobre la “Situación Xeral da Sanidade en Galicia”, acudió a un médico de cabecera, de los cuales el 94,7% lo hizo a un médico

de la sanidad pública. En datos reales, según el Sistema de Información de Atención Primaria de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en el año 2008 se atendieron 23.905.811 de consultas de Atención Primaria en Galicia⁷⁵.

Los médicos de Atención Primaria actúan en nuestro sistema como “gatekeepers”, lo que obliga al ciudadano a recurrir siempre inicialmente a ellos, y favorece el establecimiento de una relación de confianza del paciente hacia el médico, que sin duda influye positivamente en su grado de satisfacción. La Atención Hospitalaria es, sin embargo, una excepción, ya que, como es lógico, es el servicio menos utilizado por los ciudadanos. A pesar de esto, ya hemos visto que los que más utilizan los hospitales son los mayores de 60 años, los más familiarizados con el sistema, mientras que en los demás servicios, aunque también son más utilizados por los mayores, la diferencia no es tan acusada. Esto podría contribuir a justificar el hecho de que los servicios hospitalarios sean los segundos mejor valorados, debido al peso de los juicios positivos de los mayores de 60 años, que son, a su vez, los usuarios de este servicio por excelencia.

Tal y como se ha descrito, se han desarrollado diferentes escalas para cada uno de estos cuatro servicios principales de atención sanitaria pública, lo que nos permite el análisis de los diferentes componentes y determinantes de la satisfacción de los ciudadanos con estos. Además estas escalas permitirán la realización de un análisis factorial, con el objeto de identificar las variables latentes subyacentes a los ítems observables, para la inclusión de los diferentes aspectos de la atención en el modelo final. A continuación se estudiará el carácter predictor de los ítems de valoración que definen y caracterizan a cada uno de los servicios, empezando por el caso de la Atención Primaria.

⁷⁵ <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>

Recordando que el nivel medio de satisfacción de los ciudadanos con la Atención Primaria era de $M= 6,76$ ($D.T.= 1,988$), una buena valoración, resultado que concuerda, en gran medida, con las valoraciones señaladas por la literatura especializada para el resto de España, la Atención Primaria pública es, en general, bien valorada por los ciudadanos (Ruíz Martínez 2005). A continuación se muestra que aspectos de este servicio son los mejor valorados.

Tabla 71. Satisfacción de los ciudadanos con algunos aspectos de la AP

	N	Media	Desv. típ.
Proximidad de los centros de salud	974	7,25	1,793
Horario de atención	972	6,81	1,887
Trato recibido por el personal sanitario	963	7,16	1,744
Atención a domicilio del personal médico y sanitario	572	6,83	2,183
Tiempo dedicado por el médico a cada paciente	955	6,22	2,170
Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada paciente	937	6,66	2,033
Confianza y seguridad que le transmite el médico	961	7,10	1,955
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros	939	6,32	1,932
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud	940	6,51	2,027
La calidad de la información recibida sobre su problema de salud	947	6,62	1,956
El tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita	961	6,25	2,273
La amabilidad del personal en general	958	7,11	1,744

Como se observa en la tabla superior, merecen especial atención, los ítems relativos a las relaciones interpersonales, a saber, el trato recibido por el personal sanitario ($M=7,16$, $D.T.= 1,744$), la confianza y seguridad que le transmite el médico ($M=7,10$, $D.T.= 1,955$), y la amabilidad del personal en general ($M=7,11$, $D.T.= 1,744$). El aspecto mejor valorado es, sin embargo, la proximidad de los centros de salud ($M=7,25$, $D.T.= 1,793$). Por el contrario,

a pesar de mantenerse unos niveles de satisfacción aceptables, los ciudadanos se muestran menos satisfechos con cuestiones relativas a aspectos organizativos, el tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita ($M=6,25$, $D.T.= 2,273$) y el tiempo que dedica el médico a cada paciente ($M=6,22$, $D.T.= 2,170$), siendo este último es aspecto peor valorado.

Llegados a este punto cabe preguntarse si los ítems mejor valorados son también los más influyentes en el nivel de satisfacción con el servicio de Atención Primaria, o si por el contrario existen otros que ,no siendo los mejor valorados, tienen mayor poder de influencia. Para dar respuesta a esta cuestión se plantea un modelo de regresión lineal múltiple cuya variable respuesta es el nivel de satisfacción de los ciudadanos con el servicio de Atención Primaria, y cuyas variables independientes, son cada uno de los ítems de la escala correspondiente.

Tabla 72. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AP pública de Galicia.

	Beta	Sig.
Trato recibido por el personal sanitario	0,254	0,000***
La calidad de la información recibida sobre su problema de salud	0,084	0,174
El tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita	0,197	0,000***
Confianza y seguridad que le transmite el médico	0,202	0,000***
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros	0,097	0,045*
R^2 corregido	0,482	
Error típico de estimación	1,48423	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p<0.001$, **significatividad media $p<0.01$, *mínima significatividad $p<0.05$

Tal y como se observa en la tabla superior, el análisis de regresión (método *forward*⁷⁶), consigue explicar casi un 50% de la variabilidad de la satisfacción de los gallegos con la Atención Primaria (R^2 *corregido*= 0,482). Las variables predictoras entran en el modelo en función de la varianza que explican y su nivel de significatividad. Así, se ha eliminado del análisis la variable de proximidad del centro, que a pesar de ser la mejor valorada, no influye en la valoración general de la Atención Primaria de forma significativa.

Como variable determinante, destaca sobre todas las demás el trato recibido por el personal sanitario, variable que consigue explicar por sí sola el 38,6% de la variabilidad de la satisfacción con la Atención Primaria.

Tabla 73. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AP pública de Galicia.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F (gl)	Sig.
1	0,622	0,387	0,386	1,616	328,544 (1, 521)	0,001
2	0,664	0,441	0,439	1,544	205,331 (2, 520)	0,001
3	0,684	0,467	0,464	1,509	151,707 (3, 519)	0,001
4	0,695	0,483	0,479	1,489	120,780 (4, 518)	0,001
5	0,698	0,487	0,482	1,484	97,992 (5,517)	0,001

En definitiva, un incremento en un punto en la satisfacción con el trato recibido tiene un efecto positivo en la satisfacción ciudadana con la Atención

⁷⁶ Método *forward* (Hacia delante): Procedimiento para realizar un análisis de regresión lineal múltiple con el SPSS de modo que las variables independientes son introducidas secuencialmente. La primera variable que se considerará para ser introducida en la ecuación será aquella que tenga mayor correlación, positiva o negativa, con la variable dependiente y así sucesivamente.

Primaria pública, haciendo que ésta aumente en 0,28 puntos. Además, la siguiente variable en importancia cuyo aumento en la valoración positiva repercute a su vez, también de forma positiva, sobre la satisfacción con este servicio sanitario, es la confianza y seguridad que trasmite el médico ($\beta=0,202$, $p<0,001$). Esto demuestra nuestra hipótesis de que el trato recibido y la confianza son los aspectos intangibles que más influyen en la satisfacción ciudadana (hipótesis 6), es decir, no sólo ocurre, como se ha visto, en el nivel micro, sino también en el macro, cuando no sólo evaluamos la opinión de los pacientes, sino de la población en general.

Por otra parte, el tiempo que tarda el médico en ver al paciente desde que pide cita ($\beta=0,197$, $p<0,001$), es uno de los aspectos tangibles que más condiciona la satisfacción de los ciudadanos, en este caso el que más la condiciona, seguido por, el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros ($\beta=0,097$, $p=0,045$). Este resultado nuevamente contribuye a confirmar otra de nuestras hipótesis, en este caso la hipótesis 9, referida al tiempo de espera como la variable tangible que, en estos momentos más condiciona la satisfacción ciudadana con la sanidad, lo que se comprueba, para el caso del servicio de Atención Primaria.

Finalmente, con el objeto de observar la relación existente entre los aspectos que hemos considerado tangibles y los intangibles, condicionantes de la satisfacción ciudadana con la Atención Primaria, se estudia el grado de correlación (correlaciones de Pearson) existente entre ellos. De este modo comprobamos la existencia de correlaciones de moderadas a intensas entre todos los elementos, lo que nos permite afianzar nuestra idea de que las valoraciones que hacemos de los aspectos intangibles, que recordemos, son condicionantes de la satisfacción con la sanidad, se relacionan con las que hacemos de los aspectos tangibles, y a la inversa, lo que nos devuelve al planteamiento expuesto en nuestro modelo teórico, y es que, por mucho que prestemos atención a lo tangible, si descuidamos el trato que se otorga a los pacientes o la confianza que inspiran el médico y el sistema en general, no

conseguiremos elevar los niveles de satisfacción ciudadana con el sistema público de salud.

Tabla 74. Correlaciones de Pearson entre ítems tangibles e intangibles de AP

	Proximidad de los centros de salud	Horario de atención	Tiempo dedicado por el médico a cada paciente	Equipam. y medios tecnológicos existentes en los centros	Tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita	Frec./cant de información recibida sobre su problema de salud
Trato recibido por el personal sanitario	0,498	0,601	0,620	0,561	0,505	0,650
	962	962	948	934	954	935
Atención a domicilio del personal médico y sanitario	0,502	0,564	0,625	0,519	0,494	0,620
	571	572	566	561	567	561
Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada paciente	0,357	0,477	0,761	0,583	0,515	0,718
	936	936	930	912	931	913
Confianza y seguridad que le transmite el médico	0,414	0,474	0,671	0,622	0,484	0,752
	960	960	948	933	952	934
La calidad de la información recibida sobre su problema de salud	0,396	0,497	0,673	0,711	0,527	0,924
	945	945	935	920	939	938
La amabilidad del personal en general	0,396	0,494	0,591	0,530	0,567	0,651
	956	956	942	930	950	932

Las correlaciones son significativas al nivel 0,01 (bilateral)

En segundo lugar, recordemos que la Atención Especializada era el segundo servicio peor valorado después de las Urgencias ($M= 6,44$, $D.T.= 2,019$), siendo, sin embargo, el segundo más utilizado por la población. El 48% de

los entrevistados en el mencionado estudio de 2008⁷⁷, acudieron a un especialista en el último año, de los cuales el 74,6% lo hicieron a un médico de la sanidad pública, una media de $M= 2,97$ ($D.T.= 3,520$) veces en el año. Destacan en estos datos, la importante diferencia proporcional en el uso de los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada, no sólo en la frecuencia de uso, que es bastante lógica ya que, como hemos dicho, el médico de cabecera actúa de “gatekeeper”, sino la disparidad en el porcentaje que acude a los servicios públicos de Atención Especializada, y los que escogen la atención privada (un 25,4%, frente al 5,3% de la Atención Primaria). Es decir, existe algún motivo, o motivos, por los que un porcentaje importante de ciudadanos que confían en la sanidad pública para acudir al médico de familia, prefieren acudir a los médicos especialistas privados. El análisis de los diferentes determinantes de la satisfacción con la Atención Especializada puede contribuir a identificar dichos motivos, aunque, a priori, suponemos que las listas de espera son la principal razón, un problema inherente a nuestro sistema, al que ya se ha hecho referencia.

A diferencia del caso anterior, en cuanto a la Atención Especializada, se observa que los niveles de satisfacción respecto a los elementos de dicho servicio son más dispares, existiendo entre ellos, mayores discrepancias. El análisis descriptivo de las valoraciones que los ciudadanos hacen de los aspectos contenidos en la escala de satisfacción con la Atención Especializada revela que el aspecto peor valorado con diferencia, es el tiempo de espera para la consulta desde que se pide cita ($M= 4,32$, $D.T.= 2,596$), es decir, se muestra como un claro elemento de insatisfacción para los ciudadanos, lo cual no resulta sorprendente ya que las listas de espera, tanto para la consulta con el especialista como para la Atención Hospitalaria,

⁷⁷ Encuesta de 2008 de la Xunta de Galicia sobre la “Situación Xeral da Sanidade en Galicia”.

son uno de los grandes problemas de la sanidad gallega, y en general, de la mayoría de los países con sistemas nacionales de salud similares al nuestro.

Tabla 75. Satisfacción de los ciudadanos con algunos aspectos de la AE

	N	Media	Desv. títp.
Proximidad de las consultas	920	5,81	2,075
Horario de atención	888	5,98	1,960
Trato recibido por el personal sanitario	894	6,67	1,782
Tiempo dedicado por el médico a cada paciente	888	6,15	2,006
Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada paciente	874	6,28	1,971
Confianza y seguridad que le transmite el médico	891	6,68	1,896
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros	868	6,84	1,782
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud	882	6,39	1,934
La calidad de la información recibida sobre o su problema de salud	885	6,49	1,946
El tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita	900	4,32	2,596
La amabilidad del personal en general	893	6,71	1,801

Desde un punto de vista comparativo, recordemos que la valoración de este mismo aspecto para la Atención Primaria es de $M= 6,25$ ($D.T.= 2,273$), siendo el segundo aspecto peor valorado, y con capacidad determinante en la satisfacción del paciente con el servicio, de modo que a medida que mejora la valoración de este aspecto, aumenta la valoración del servicio en general. Será interesante averiguar hasta qué punto las listas de espera condicionan la satisfacción de los ciudadanos, y hacen que los aspectos positivos de la atención, como la amabilidad del personal, la confianza y seguridad que le transmite el médico y el trato recibido por el personal sanitario, aspectos que están entre los mejor valorados, al igual que ocurría en la Atención Primaria, con un $M= 6,71$ ($D.T.= 1,801$), un $M= 6,68$ ($D.T.= 1,896$) y un $M= 6,67$ ($D.T.= 1,782$) respectivamente, tengan una menor

influencia en el grado de satisfacción general con la Atención Especializada pública del Servicio Gallego de Salud.

Por otra parte, el aspecto mejor valorado es, sin embargo, el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros, con un 6,84, lo que desecha la hipótesis de que los ciudadanos prefieran la atención privada por la tecnología que esta ofrece. Los ciudadanos reconocen y valoran el esfuerzo inversor de la sanidad pública gallega en equipamiento tecnológico sanitario.

Por último, la proximidad de las consultas y el horario de atención son el segundo y el tercer aspecto peor valorado por los ciudadanos ($M= 5,81$, $D.T.= 2,075$ y $M= 5,98$, $D.T.= 1,960$), de nuevo aspectos relativos a la gestión u organización de los servicios, y no relacionados con la interacción entre el personal sanitario y los ciudadanos.

Del mismo modo que con la Atención Primaria, se realiza un análisis de regresión lineal múltiple (método *forward*), en el que la variable dependiente es el grado de satisfacción de los ciudadanos con la Atención Especializada.

Tabla 76. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AE pública de Galicia.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F (gl)	Sig.
1	0,554	0,306	0,306	1,681	349,095 (1, 790)	0,001
2	0,585	0,343	0,341	1,637	205,690 (2, 789)	0,001
3	0,606	0,367	0,365	1,608	152,278 (3, 788)	0,001
4	0,610	0,372	0,369	1,602	116,678 (4, 878)	0,001

Este análisis presenta un R^2 más moderado que el anterior, alcanzando a explicar el 37% de la variabilidad de la satisfacción de los ciudadanos con la Atención Especializada pública.

Tabla 77. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AE pública de Galicia.

	Beta	Sig.
Trato recibido por el personal sanitario	0,255	0,000***
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros	0,201	0,000***
El tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita	0,154	0,000***
Tiempo dedicado por el médico a cada paciente	0,120	0,010*
R^2 corregido	0,369	
Error típico de estimación	1,60209	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

Lo más destacable de este análisis es que nuevamente el trato recibido es el aspecto que más influye en el nivel de satisfacción de los ciudadanos con el servicio, confirmando la estructura de nuestro modelo teórico, con una relación directa y positiva, de modo que un incremento en un punto de la satisfacción con este aspecto de la atención produciría un incremento del 0,28 puntos de los niveles de satisfacción global con la Atención Especializada.

Por otra parte, el tiempo de espera por la cita, a pesar de ser el aspecto peor valorado, no es el aspecto que más influye en la satisfacción con el servicio. Es más, aún siendo cierto que el análisis de regresión muestra que una mejor valoración del tiempo de espera por la consulta repercute positivamente en la valoración general del servicio ($\beta = 0,154$, $p < 0,001$), la relación no se produce de forma inversa como cabría esperar, y tal y como

afirman algunos autores (Bolívar 1999), es decir, que una mala valoración de tiempo de espera no repercute negativamente en la satisfacción con la Atención Especializada. Estos datos permiten concluir, que aunque la espera por la cita es un factor importante en la valoración positiva del servicio, no consigue eclipsar la influencia positiva de las variables ligadas a las relaciones interpersonales, concretamente el trato recibido por el personal sanitario. Sin embargo, la mala valoración que los ciudadanos hacen de la espera, es sin duda el factor que más contribuye a bajar la media de valoración global del servicio público de Atención Especializada, mientras que el trato del personal, y el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros, son las variables que más contribuyen a aumentar dicha valoración media.

Merece también atención la influencia de los equipamientos y los medios tecnológicos existentes en los centros ($\beta=0,201$, $p<0,001$), cuya valoración positiva es la segunda que más influencia ejerce en una valoración positiva del servicio y es a su vez, como se ha visto, el aspecto mejor valorado por los ciudadanos.

Por último, el tiempo dedicado por el médico a cada paciente también tiene un efecto positivo en la satisfacción con la Atención Especializada ($\beta=0,120$, $p=0,010$), lo que de nuevo nos lleva al trato recibido, los ciudadanos necesitan sentirse bien tratados y atendidos, y el tiempo que el médico les dedica es fundamental en este sentido. Recordemos, sin embargo, que este era el tercer aspecto peor valorado ($M=6,15$, $D.T.= 2,006$), lo que nos indica que es también uno de los que contribuye a reducir las valoraciones medias globales de este tipo de atención.

Análogamente al análisis realizado para la Atención Primaria, las correlaciones bivariadas entre los aspectos tangibles e intangibles de la Atención Especializada, nos muestran la existencia de relaciones entre ellos de intensidad de moderada-alta, remitiéndonos a la misma conclusión, y es

que, la valoración de los aspectos tangibles se relaciona con la que los ciudadanos hacen de los intangibles.

Tabla 78. Correlaciones de Pearson entre ítems tangibles e intangibles de AE

	Proximidad de las consultas	Horario de atención	Tiempo dedicado por el médico a cada paciente	Equipam. y los medios tecnológicos existentes en los centros	Tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita	Frec./cant. información recibida sobre su problema de salud
Trato recibido por el personal sanitario	0,555	0,678	0,728	0,629	0,521	0,744
	889	873	881	861	887	878
Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada paciente	0,470	0,592	0,800	0,635	0,565	0,777
	870	858	866	848	870	862
Confianza y seguridad que le transmite el médico	0,447	0,581	0,746	0,696	0,515	0,793
	887	870	881	858	886	875
La calidad de la información recibida sobre o su problema de salud	0,464	0,594	0,731	0,707	0,551	0,922
	881	864	875	856	882	879
La amabilidad del personal en general	0,485	0,560	0,658	0,631	0,485	0,712
	890	873	878	863	889	876

La correlaciones son significativas a nivel 0,01 (bilateral)

Continuando con el análisis de los principales servicios del sistema sanitario público de Galicia, nos encontramos con la Atención Hospitalaria, a la que ya hemos dedicado el capítulo anterior, aunque en este caso se trata de las valoraciones de los ciudadanos, sean o no pacientes, hayan estado o no ingresados en un hospital en el último año. Cabe recordar que este es el segundo servicio mejor valorado por los gallegos, después de la Atención Primaria, con una media de valoración de la satisfacción con el servicio de

un $M= 6,70$ ($D.T.= 1,957$). En este punto, debemos hacer también referencia a los niveles de satisfacción de los pacientes hospitalarios observados en el capítulo anterior, que otorgaban un $M= 7,82$ ($D.T.= 1,853$), como grado medio de valoración de la atención recibida en los hospitales. La explicación de esta diferencia en la valoración, que está en la base de nuestra hipótesis 1, sin desdeñar la influencia de los aspectos metodológicos de los estudios, se debe también a que la muestra de pacientes recoge únicamente las valoraciones de aquellos que han estado en contacto con el sistema en el último año, y valoran fundamentalmente la atención recibida, mientras que la presente muestra recoge la opinión de los ciudadanos en general, sean o no usuarios de los servicios hospitalarios, los que sin duda están más condicionados por aspectos exógenos como la componente ideológica o la imagen compartida del sistema de salud público. A este respecto, Blendon afirma que los niveles de satisfacción de los pacientes hospitalarios son, generalmente, superiores a los del resto de ciudadanos (R. Blendon, y otros 1991).

En primer lugar es conviene referirse, al igual que se ha hecho con los otros servicios analizados hasta el momento, a la frecuencia de utilización de los hospitales. De este modo, únicamente el 10,6% de los entrevistados en la encuesta sobre la “Situación Xeral da Sanidade en Galicia” de la Xunta de Galicia en 2008, estuvo ingresado en un hospital en el último año, de los cuales el 85% lo estuvo en un hospital público. Destaca nuevamente la diferencia con la atención especializada, ya que la preferencia de los ciudadanos por la sanidad pública para la hospitalización se hace patente en que únicamente el 15% de los pacientes escogió los servicios privados, algo más que en el caso de la Atención Primaria, pero menos que para acudir al especialista.

El análisis descriptivo, véase tabla inferior, revela que los aspectos de la hospitalización con los que los ciudadanos se muestran más satisfechos son fundamentalmente los equipamientos y medios tecnológicos existentes en

los hospitales ($M= 7,14$, $D.T.=1,578$), al igual que ocurría con la Atención Especializada, los cuidados y la atención del personal de enfermería ($M= 6,96$, $D.T.=1,578$), el trato recibido del personal no sanitario ($M= 6,95$ $D.T.= 1,650$), la amabilidad del personal en general ($M= 6,94$ $D.T.= 1,627$) y la confianza (seguridad) que le inspira el personal médico ($M= 6,73$ $D.T.= 1,717$).

Tabla 79. Satisfacción de los ciudadanos con algunos aspectos de la AH

	N	Media	Desv. típ.
Aspectos de hostelería (comidas)	786	6,64	1,839
Tiempo de espera para el ingreso no urgente	780	4,37	2,295
La confianza (seguridad) que le inspira el personal médico	855	6,73	1,717
Los cuidados y la atención del personal de enfermería	855	6,96	1,701
El trato recibido del personal no sanitario (celadores, administrativos, limpiadoras, etc.)	847	6,95	1,650
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales	836	7,14	1,578
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud	835	6,60	1,795
La calidad de la información recibida sobre la evolución de su problema de salud	834	6,64	1,782
La hotelería: las instalaciones, la comodidad y la amplitud de las habitaciones	848	6,00	1,952
La amabilidad del personal en general	859	6,94	1,627

Nuevamente, destacan, además del equipamiento y los medios tecnológicos, los elementos relacionados con el trato recibido y las relaciones interpersonales como los mejor valorados por los ciudadanos, al igual que ocurría en los otros servicios analizados hasta el momento.

Por otra parte, el tiempo de espera para el ingreso no urgente es también un elemento de insatisfacción para los ciudadanos, siendo, con mucha diferencia, el aspecto peor valorado ($M= 4,37$, $D.T.=2,295$), como ocurría con el acceso a los especialistas, lo que se explica igualmente por las abultadas

listas de espera existentes en el Servicio Gallego de Salud para las intervenciones quirúrgicas. Le sigue, como segundo aspecto peor valorado, la hotelería: las instalaciones, la comodidad y la amplitud de las habitaciones ($M= 6,00$, $D.T.=1,952$), que se ha identificado en numerosas ocasiones como elemento determinante en la elección del paciente entre la atención pública y privada.

A continuación se analiza el grado de influencia de estos elementos en el nivel de satisfacción global con los hospitales del SERGAS, mediante un modelo de regresión lineal múltiple (de nuevo aplicando el método step forward).

Tabla 80. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AH pública de Galicia.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F (gl)	Sig.
1	0,538	0,289	0,288	1,605	267,616 (1, 658)	0,001
2	0,582	0,338	0,336	1,550	167,945 (2, 657)	0,001
3	0,596	0,355	0,352	1,531	120,206 (3, 656)	0,001
4	0,607	0,369	0,365	1,516	95,654 (4, 655)	0,001
5	0,614	0,377	0,372	1,507	79,076 (5, 654)	0,001
6	0,618	0,382	0,376	1,502	67,292 (6, 653)	0,001

Del análisis se desprende que son seis las variables de la escala que tienen carácter determinante en la satisfacción de los ciudadanos con este servicio. Conjuntamente, consiguen explicar un 37,6% de la satisfacción global de los ciudadanos con los hospitales, y todas ellas guardan relación directa, significativa y positiva con la valoración de los hospitales. Destaca por encima del resto, la frecuencia/cantidad de información recibida sobre el problema de salud en cuestión ($\beta=0,166$, $p<0,001$). Como elementos

intangibles, la confianza o seguridad que le inspira el personal médico ($\beta=0,145$, $p<0,001$) y los cuidados del personal de enfermería ($\beta=0,137$, $p=0,005$), también influyen positivamente en la satisfacción, refiriéndose a aspectos relacionados con el trato recibido en el hospital, la consideración del personal sanitario hacia los ciudadanos-pacientes, y las relaciones interpersonales que establecen con los mismos, tal y como plantea nuestro modelo teórico, y demostrando así nuestra hipótesis 6 para el caso de la Atención Hospitalaria..

Tabla 81. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AH pública de Galicia.

	Beta	Sig.
La confianza (seguridad) que le inspira el personal médico	0,145	0,006**
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud	0,166	0,000***
Tiempo de espera para el ingreso no urgente	0,127	0,000***
Los cuidados y la atención del personal de enfermería	0,137	0,005**
Aspectos de hostelería (comidas)	0,094	0,013*
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales	0,111	0,018*
R^2 corregido	0,376	
Error típico de estimación	1,50205	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p<0.001$, **significatividad media $p<0.01$, *mínima significatividad $p<0.05$

Finalmente también influye el tiempo de espera para ingreso no urgente, al igual que ocurría en la Atención Especializada, y que recordemos era el aspecto peor valorado por los ciudadanos ($\beta=0,127$, $p<0,001$), lo que confirma nuevamente nuestra hipótesis 9, aunque, es cierto que los aspectos positivos del trato recibido compensan la espera, ya que, como se ha visto, la media de valoración de la Asistencia Hospitalaria en centros públicos era la segunda más alta de todos los servicios.

Por otra parte, en menor medida que las demás variables, los aspectos de hostelería también repercuten positivamente en la satisfacción con la atención hospitalaria ($\beta=0,094$, $p<0,001$), aunque su valoración era ligeramente inferior a la media de valoración global del servicio ($M=6,64$, $D.T.= 1,782$) y exactamente igual que la del aspecto referido a la frecuencia/cantidad de información recibida sobre el problema de salud en cuestión.

Tabla 82. Correlaciones de Pearson entre ítems tangibles e intangibles de AH

	Aspectos de hostelería (comidas)	Tiempo de espera para el ingreso no urgente	Equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales	Hotelería: las instalaciones, la comodidad y la amplitud de las habitaciones	Frec./cant. de información recibida sobre su problema de salud
La confianza (seguridad) que le inspira el personal médico	0,488	0,442	0,645	0,580	0,717
	776	771	825	835	828
Los cuidados y la atención del personal de enfermería	0,473	0,359	0,654	0,545	0,677
	775	768	825	836	827
El trato recibido del personal no sanitario (celadores, administrativos, limpiadoras, etc.)	0,494	0,349	0,660	0,518	0,630
	772	760	823	832	822
La calidad de la información recibida sobre la evolución de su problema de salud	0,451	0,437	0,690	0,592	0,947
	758	755	812	818	832
La amabilidad del personal en general	0,475	0,398	0,671	0,627	0,716
	778	770	830	843	830

Las correlaciones son significativas al nivel 0,01 (bilateral)

El análisis de correlaciones entre aspectos tangibles e intangibles, revela nuevamente la existencia de relaciones de moderadas a intensas entre

ambos tipos de elementos, y la influencia que tiene, por tanto, la valoración de unos sobre la de los otros.

Para completar el análisis de estos cuatro servicios y los aspectos que los condicionan, empleamos el mismo procedimiento en la evaluación del nivel de satisfacción de los ciudadanos con el servicio de Urgencias. Si bien hay que recordar que, de los cuatro grandes servicios que se analizan es, claramente, el que refiere niveles de satisfacción más bajos ($M= 6,01$, $D.T.= 2,257$). Los servicios de Urgencias son los segundos menos utilizados por la población, después de los hospitales. El 32% de los entrevistados, en la encuesta del gobierno autonómico sobre la “Situación Xeral da Sanidade en Galicia” para el año 2008, manifestaba haber acudido a un servicio de Urgencias en el último año, de los cuales el 91% lo hizo a un servicio público. Esto indica, que a pesar de ser el servicio peor valorado, la mayor parte de los ciudadanos, casi al mismo nivel que respecto de los médicos de familia, prefieren acudir a los servicios públicos, antes que a los privados, en caso de necesitar atención de urgencia.

Tabla 83. Satisfacción de los ciudadanos con algunos aspectos del servicio público de urgencias

	N	Media	Desv. típ.
Proximidad de los servicios de urgencias	934	6,04	2,006
Tiempo de espera para el ingreso	857	5,03	2,277
Información sobre el tiempo de espera	878	4,46	2,374
La confianza (seguridad) que le inspira el personal médico	897	6,26	1,959
Los cuidados y atención del personal de enfermería	900	6,55	1,836
El trato recibido del personal no sanitario (celadores, administrativos, limpiadoras, etc.)	888	6,61	1,761
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los servicios de urgencias	858	6,64	1,769
La cantidad de información recibida sobre su problema de salud	881	6,23	1,873
La calidad de la información recibida sobre su problema de salud	882	6,25	1,885
La amabilidad del personal en general	898	6,69	1,754
La calidad de la respuesta a su urgencia de salud	887	6,19	1,886

En la tabla 83 se observa que el aspecto peor valorado por los ciudadanos es la información sobre el tiempo de espera para ser atendido ($M= 4,46$, $D.T.= 2,374$), seguido del tiempo de espera para el ingreso ($M= 5,03$, $D.T.= 2,277$), ambos elementos relativos directamente a la organización y gestión sanitaria.

Por otra parte, los elementos con los que los ciudadanos se muestran más satisfechos son, en primer lugar, la amabilidad del personal en general ($M= 6,69$, $D.T.= 1,754$), y de nuevo el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los servicios de urgencias ($M= 6,64$, $D.T.= 1,769$) así como el trato recibido del personal no sanitario ($M= 6,61$, $D.T.= 1,761$). Nuevamente la tecnología y los aspectos relacionados con el trato dispensado a los pacientes son los elementos mejor valorados, y podrían explicar, como se ha expuesto, la preferencia de los ciudadanos por los servicios de urgencias públicos.

Tabla 84. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AU pública de Galicia.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F (gl)	Sig.
1	0,610	0,373	0,372	1,784	453,118 (1, 763)	0,001
2	0,670	0,448	0,447	1,674	309,684 (2, 762)	0,001
3	0,682	0,465	0,463	1,649	220,651 (3, 761)	0,001

A pesar de que la escala valoración de la satisfacción cuenta con 11 ítems diferentes, solamente tres pueden considerarse explicativos del nivel de satisfacción medio con el servicio de Urgencias público de Galicia, a saber, el tiempo de espera para el ingreso, la confianza o seguridad que les inspira el personal médico y la calidad en la respuesta a la urgencia de salud.

Tabla 85. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AU pública de Galicia.

	Beta	Sig.
Tiempo de espera para el ingreso	0,355	0,000***
La confianza (seguridad) que le inspira el personal médico	0,223	0,000***
La calidad de la respuesta a su urgencia de salud	0,204	0,000***
R^2 corregido	0,463	
Error típico de estimación	1,64908	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

Los tres aspectos muestran relaciones directas, positivas y significativas con el nivel de satisfacción global de los ciudadanos con las urgencias, destacando la influencia ejercida por el tiempo de espera para el ingreso ($\beta=0,355$, $p < 0,001$), que recordemos era el segundo aspecto peor valorado por los ciudadanos. Esto implica que la espera para ser atendidos es un elemento fundamental que contribuye sin duda alguna a que los servicios de Urgencias sean, como se ha dicho, los peor valorados de todos los tipos de atención analizados. Por otra parte la confianza que inspira el personal médico ($\beta=0,223$, $p < 0,001$) y la calidad de la respuesta a su urgencia de salud ($\beta=0,204$, $p < 0,001$), contribuyen a elevar los niveles de satisfacción de los ciudadanos con las urgencias, pero al contrario de lo que ocurría en los otros servicios analizados, esta contribución no es suficiente para impedir que este servicio se valore muy por debajo de la media de valoración global de los ciudadanos con el sistema sanitario público de Galicia y los diferentes servicios que lo componen.

Finalmente, el análisis de correlaciones muestra que, también para las urgencias, existe relación entre las valoraciones otorgadas a los aspectos tangibles, y las otorgadas a los aspectos intangibles de la atención.

Tabla 86. Correlaciones de Pearson entre ítems tangibles e intangibles de U

	Proximidad de los servicios de urgencias	Tiempo de espera para el ingreso	Equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los servicios de urgencias	Información sobre el tiempo de espera	Cantidad de información recibida sobre su problema de salud
La confianza (seguridad) que le inspira el personal médico	0,454	0,565	0,610	0,570	0,718
	894	849	850	872	875
Los cuidados y atención del personal de enfermería	0,449	0,529	0,644	0,534	0,706
	896	847	853	869	875
El trato recibido del personal no sanitario (celadores, administrativos, limpiadoras, etc.)	0,509	0,526	0,665	0,527	0,694
	886	838	845	858	868
La calidad de la información recibida sobre su problema de salud	0,442	0,560	0,687	0,565	0,945
	880	837	846	859	880
La amabilidad del personal en general	0,453	0,505	0,649	0,503	0,740
	896	848	855	870	879
La calidad de la respuesta a su urgencia de salud	0,486	0,621	0,633	0,602	0,732
	886	840	847	860	872

Las correlaciones son significativas al nivel 0,01 (bilateral)

En definitiva, del análisis de los elementos condicionantes de la satisfacción de los ciudadanos con los diferentes servicios sanitarios públicos, exceptuados los factores sociodemográficos, se confirma que el tiempo de espera es uno de los grandes problemas de la sanidad pública gallega (hipótesis 9), al igual que ocurre en el resto de España (Jovell, y otros 2007), de modo que, cuando éste es bien valorado por los ciudadanos, es decir, cuando los ciudadanos lo consideran razonable, aumenta la satisfacción global con el servicio en todos los casos. Sin embargo, excepto en el caso de los servicios de Urgencias, la espera no consigue tener una influencia superior a la que ejercen las variables relacionadas con la confianza y el trato recibido por los médicos y el personal sanitario, que se identifican como

las más influyentes en la satisfacción de los ciudadanos con los servicios públicos de Atención Primaria, Atención Especializada y Hospitalización, confirmando nuestra hipótesis 6 para el nivel macro. Estos datos, a demás de afianzar el modelo teórico explicativo de la satisfacción con la sanidad pública planteado en este estudio, deberían ser tomados en cuenta por las administraciones y los gestores públicos en el diseño de unas políticas sanitarias orientadas a la satisfacción de la ciudadanía que las financia.

Para terminar el análisis detallado de los principales servicios sanitarios públicos, se realiza un análisis de regresión lineal múltiple, en el que la variable dependiente es la satisfacción con el sistema sanitario, y las independientes son los diferentes grados de satisfacción con cada uno de los servicios. El resultado, con una capacidad explicativa del 49% de la variabilidad de la satisfacción con el sistema sanitario, $F(4,854) = 210,163$, $p < 0,001$, nos muestra que, de los cuatro servicios, la valoración de los Hospitales y las Urgencias, son, con diferencia, las que más influyen en la satisfacción global con el sistema.

Tabla 87. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia.

	Beta	Sig.
¿Cuál es su grado de satisfacción con la Atención Primaria?	0,145	0,000***
¿Cuál es su grado de satisfacción con la Atención Especializada?	0,097	0,005**
¿Cuál es su grado de satisfacción con los Hospitales?	0,354	0,000***
¿Cuál es su grado de satisfacción con el servicio de Urgencias?	0,243	0,000***
R^2 corregido	0,494	
Error típico de la estimación	1,42444	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0,001$, **significatividad media $p < 0,01$, *mínima significatividad $p < 0,05$

9. Los componentes de la satisfacción de los gallegos con el sistema sanitario público.

9.1. Efecto de la valoración de los servicios sanitarios públicos y sus componentes en la satisfacción global con la sanidad pública.

Tras el análisis pormenorizado de los aspectos que más influyen en la satisfacción de los ciudadanos con los diferentes servicios sanitarios públicos, a saber, la Atención Primaria, la Atención Especializada, los Hospitales y los Servicios de Urgencias, se estudia el efecto que estos servicios y dichos componentes ejercen en la satisfacción global de los ciudadanos con el sistema sanitario público gallego.

Se parte de la hipótesis de que todos estos ítems de valoración de los diferentes servicios, tomados como una escala global, pueden esconder variables latentes, no directamente observables a través de los datos de los que disponemos, que contribuyan al análisis de los componentes de la satisfacción global de los ciudadanos con el sistema sanitario. Tomando entonces las cuatro escalas propuestas como una única escala de valoración, se realiza un análisis factorial exploratorio, para observar las mencionadas supuestas variables latentes.

En primer lugar, se analiza la fiabilidad de esta escala de 44 ítems de satisfacción, para lo cual se precisa emplear el estadístico Alfa de Cronbach⁷⁸, que en este caso alcanza un valor de 0,979. Hay que recordar que el estadístico se mueve en el rango 0-1, por lo que cuanto más se aproxime a la unidad, mayor será la consistencia interna de los ítems de la

⁷⁸ La consistencia hace referencia al grado en que diferentes preguntas de una misma dimensión están relacionados entre sí; es decir, se comprueba la homogeneidad entre los ítems de la dimensión, determinando si estos son válidos para dar una puntuación global. En definitiva, la base sobre la que se asienta el estadístico *Alfa de Cronbach* es el estudio de las correlaciones entre los ítems de la dimensión en estudio a través del coeficiente de correlación ρ de Pearson.

dimensión evaluada, y aunque no existe un acuerdo generalizado sobre cuál es el punto mínimo a partir del cual la escala empleada deja de tener consistencia, se establece que valores por debajo de 0,7 no son aceptables, siendo más recomendables valores por encima de 0,8. Por consiguiente, para este caso la consistencia de la escala que estamos evaluando queda más que contrastada, dado que el valor del estadístico Alfa de Cronbach es muy cercano a la unidad. La prueba de fiabilidad se realiza también para cada uno de los ítems de la escala de forma individual, obteniendo en todos los casos un Alfa de Cronbach si se elimina el ítem de la escala de 0,978, excepto para el ítem “Proximidad de los centros de salud (Atención Primaria)” que obtiene un valor de 0,979. Es decir, en ningún caso la fiabilidad de la escala aumentaría eliminando alguno de los ítems de que se compone.

Por otra parte, se comprueba que la adecuación de los datos según la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (0,957) y la prueba de esfericidad de Barlett ($\chi^2(946) = 19.182,017, p < 0,001$), son óptimas, quedando demostrada la fiabilidad del análisis.

Kaiser (1974) estableció una escala para la medida de adecuación de muestreo, considerando índices con valores próximos a 0,90 como medidas “maravillosas”. Tal y como se puede comprobar, queda confirmada que adecuación de la escala de 44 ítems de satisfacción para la aplicación de un modelo factorial, pues su índice KMO correspondiente es muy cercano a la unidad. Asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett revela que la matriz de correlaciones sobre la que se basa en análisis factorial, no es una matriz identidad, es decir, existen más relaciones que las de cada ítem consigo mismo; y dado que el nivel de significación es máximo, podemos afirmar que los 44 ítems de la escala son adecuados para la extracción de factores.

Finalmente, se presentan los resultados extraídos tras la aplicación de un modelo factorial basado en el método de componentes principales y, en el

que los valores perdidos han sido reemplazados por las medias. Hay que señalar que la rotación aplicada en la extracción de los factores es la conocida como “Varimax”, con la que se conseguirá una comprensión más sencilla de los resultados.

Tabla 88. Análisis factorial. Varianza total explicada

Com p	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la var	% acumul	Total	% de la var	% acumul	Total	% de la var	% acumul
1	23,752	53,982	53,982	23,752	53,982	53,982	7,518	17,086	17,086
2	2,751	6,252	60,234	2,751	6,252	60,234	6,564	14,919	32,005
3	2,035	4,624	64,858	2,035	4,624	64,858	6,412	14,572	46,576
4	1,778	4,042	68,900	1,778	4,042	68,900	5,381	12,230	58,806
5	1,365	3,102	72,002	1,365	3,102	72,002	3,364	7,646	66,452
6	1,174	2,669	74,671	1,174	2,669	74,671	3,084	7,010	73,462
7	1,082	2,458	77,129	1,082	2,458	77,129	1,614	3,667	77,129

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Como resultado de la aplicación del modelo factorial se extrajeron un total de 7 factores con los que consiguen explicar el 77,13% de la varianza total de los datos.

El primer factor extraído explica el 17,08% de la varianza y es denominado “Satisfacción con la Atención Primaria”, ya que hace referencia a los aspectos relacionados con los elementos internos más característicos de este servicio sanitario agrupando a todos sus ítems de satisfacción, salvo el referente a la proximidad de los centros de salud. Estos ítems son: *frecuencia/cantidad de información recibida sobre el problema de salud, conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada paciente, tiempo dedicado por el médico a cada paciente, la calidad sobre la información recibida sobre el problema de salud, confianza y seguridad que*

transmite el médico, la amabilidad del personal en general, el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros, trato recibido por el personal sanitario, atención a domicilio del personal médico y sanitario, el tiempo que tarda el médico en ver al paciente desde que éste pide la cita y el horario de atención.

El segundo factor extraído explica el 14,91% de la varianza total y se ha denominado “Satisfacción con el servicio de Urgencias”, agrupando 7 de los 10 ítems de satisfacción relacionados con el servicio de Urgencias del sistema de salud público de Galicia: *los cuidados y atención del personal de enfermería, la calidad de la información recibida sobre su problema de salud, la confianza (seguridad) que le inspira el médico, el trato recibido del personal no sanitario, la cantidad de información recibida sobre el problema de salud, la amabilidad del personal en general y la calidad de la respuesta a su urgencia de salud.*

El tercer factor extraído, que explica el 14,57% de la varianza total, ha sido denominado “Satisfacción con la Atención Especializada”, agrupando 8 ítems de satisfacción relacionados con este servicio: *confianza que le transmite el médico, conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada paciente, la frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud, la calidad de la información recibida sobre el problema de salud del paciente, el trato recibido por el personal sanitario, la amabilidad del personal en general, el tiempo dedicado por el médico a cada paciente y, finalmente, el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros.*

Por su parte, el cuarto factor extraído, que explica un 12,23% de la varianza total, se ha denominado como “Satisfacción con los Hospitales”, pues aglutina 9 de los 10 ítems de satisfacción de los ciudadanos relativos a los hospitales del sistema de salud público de Galicia. Estos son: *los ciudadanos y la atención del personal de enfermería, la confianza (seguridad) que le*

inspira el personal médico, la amabilidad del personal en general, el trato recibido del personal no sanitario, el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales, aspectos de hostelería (comidas), las instalaciones, comodidad y la amplitud de las habitaciones, la frecuencia o cantidad de información recibida sobre el problema de salud del paciente y, finalmente, la calidad de la información recibida sobre la evolución del problema de salud.

El quinto factor se denomina “Tiempo de espera”, pues agrupa los cuatro ítems siguientes: *tiempo de espera para el ingreso no urgente (H), información sobre el tiempo de espera (U), tiempo de espera para el ingreso (H) y tiempo que tarda el médico en ver al paciente desde que pide cita (AE)*. La varianza total explicada por este factor es un 7,64%.

El sexto factor extraído “Accesibilidad y proximidad” agrupa 4 ítems de satisfacción relativos a la proximidad de los centros y los horarios de atención al paciente, pues aglutina: *proximidad de las consultas (médico especialista), proximidad de los centros de salud (AP), proximidad de los servicios de urgencias y horarios de atención (especialistas)*. Este sexto factor aporta el 7,01% de la varianza total del modelo factorial.

Por último, el séptimo factor extraído explica solamente el 3,66% de la varianza, y únicamente contiene un ítem de satisfacción: *el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los servicios de urgencias*.

En la siguiente tabla se muestra la matriz de componentes rotados que recoge las cargas factoriales de cada indicador en el factor extraído, lo cual indica el grado de correlación entre cada uno de los ítems de satisfacción con el factor extraído correspondiente.

Tabla 89. Matriz de componentes rotados

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud	0,810						
Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada paciente	0,791						
Tiempo dedicado por el médico a cada paciente	0,770						
La calidad de la información recibida sobre su problema de salud	0,770						
Confianza y seguridad que le transmite el médico	0,731						
La amabilidad del personal en general	0,674						
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros	0,651						
Trato recibido por el personal sanitario	0,635						
Atención a domicilio del personal médico y sanitario	0,593						
El tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita	0,570						
Horario de atención de AP	0,516						
Los cuidados y atención del personal de enfermería	0,772						
La calidad de la información recibida sobre su problema de salud	0,744						
La confianza (seguridad) que le inspira el personal médico	0,740						
El trato recibido del personal no sanitario (celadores, admin..)	0,718						
La cantidad de información recibida sobre su problema de salud	0,711						
La amabilidad del personal en general	0,706						
La calidad de la respuesta a su urgencia de salud	0,671						
Confianza y seguridad que le transmite el médico			0,776				
Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada paciente			0,760				
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud			0,738				
La calidad de la información recibida sobre su problema de salud			0,722				
Trato recibido por el personal sanitario			0,683				
La amabilidad del personal en general			0,677				
Tiempo dedicado por el médico a cada paciente			0,673				
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros			0,621				
Los cuidados y la atención del personal de enfermería				0,736			
La confianza (seguridad) que le inspira el personal médico				0,702			
La amabilidad del personal en general				0,696			
El trato recibido del personal no sanitario (celadores, adm...)				0,657			
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales				0,632			
Aspectos de hostelería (comidas)				0,597			
La hostelería: las instalaciones, la comodidad y la amplitud de las habitaciones				0,524			
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud				0,489			
La calidad de la información recibida sobre la evolución de su problema de salud				0,477			
Tiempo de espera para el ingreso no urgente					0,723		
Información sobre el tiempo de espera					0,683		
Tiempo de espera para el ingreso					0,617		
El tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita					0,608		
Proximidad de las consultas de AE						0,712	
Proximidad de los centros de salud						0,670	
Proximidad de los servicios de urgencias						0,661	
Horario de atención de AE						0,505	
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los servicios de urgencias							0,550

Llegados a este punto debemos preguntarnos si, estos siete factores extraídos influyen en el nivel de satisfacción global con el sistema de salud público de Galicia, y en qué medida, e incluso, que importancia tienen en función de los diferentes perfiles de usuarios de la sanidad pública, lo que se hará posteriormente.

9.2. La confianza en el médico y en el sistema.

9.2.1. La confianza en la sanidad pública de Galicia.

En la exposición teórica se apunta a la confianza, tanto en el sistema como en el médico, como variable estrechamente vinculada al grado de satisfacción con el sistema sanitario público (Mira y Aranaz 2000, Calnan, Rowe y Entwistle 2006). En este apartado se testarán las hipótesis 2 y 3 sobre la influencia positiva de las variables referidas a la confianza en la satisfacción global con el sistema. Ya se ha visto, que en el caso de la sanidad privada, existía un elevado índice de correlación entre la confianza en el sistema y la valoración del mismo, una relación que se convertía en influencia positiva de la primera sobre la segunda en el análisis de regresión.

En este caso, tal y como ha sido señalado por la literatura (Thom, y otros 1999), el análisis del coeficiente correlación de Pearson, muestra una relación positiva de intensidad moderada entre la satisfacción y la confianza en el sistema ($r=0,637$, $n=981$, $p<0,01$), así como entre esta última y la confianza en los médicos ($r=0,646$, $n= 970$, $p<0,01$). También existe una relación moderada aunque ligeramente más débil que las anteriores, entre la satisfacción con el sistema sanitario público y la confianza en los médicos del mismo ($r=0,557$, $n=973$, $p<0,01$), tal y como cabía esperar, ya que la confianza en el médico no incide únicamente en la satisfacción con el

sistema, sino que su influencia la ejerce con mayor intensidad en la confianza en el mismo, demostrando así nuestra hipótesis 2.

Tabla 90. Coeficientes de correlación de Pearson entre la satisfacción con el sistema sanitario público y la confianza en la sanidad pública y sus médicos

		Grado de satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia	Grado de confianza en la sanidad pública gallega
Grado de confianza en la sanidad pública gallega	Correlación de Pearson	,637(**)	
	N	981	
Grado de confianza le inspiran los médicos del servicio gallego de salud público	Correlación de Pearson	,557(**)	,646(**)
	N	973	970

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Es decir, estas correlaciones demuestran la relación existente entre las variables, pero la pregunta que se plantea es, ¿qué grado influencia ejercen los niveles de confianza, tanto en el sistema sanitario como en los médicos, en el grado de satisfacción global de la población gallega con el sistema sanitario público de Galicia?. Un análisis de regresión con ambas variables y la satisfacción como variable dependiente muestra que ambos elementos juntos son capaces de explicar el 44% de la varianza de la satisfacción ($F(2, 963) = 393,378, p < 0,001$) y, tal y como reflejaban las correlaciones, la confianza en el sistema tiene una influencia positiva mayor en la opinión de los ciudadanos que la confianza en los médicos, lo que se explica porque parte de la confianza en el sistema está basada precisamente en la confianza en los médicos, mediatizando el impacto directo de este último aspecto en la satisfacción.

En definitiva, se puede afirmar que, manteniéndose el resto de variables constantes, a medida que se produce un incremento en una unidad del

grado de confianza en la sanidad pública, los niveles de satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario se incrementan en 0,49 puntos, lo que confirma nuestra hipótesis 3, sobre la importancia de la confianza e el sistema como uno de los principales condicionantes de la satisfacción con el mismo.

Tabla 91. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: satisfacción global con el sistema sanitario público

	Beta	Sig.
Grado de confianza en la sanidad pública gallega	0,486	0,000***
Grado de confianza le inspiran los médicos del servicio gallego de salud público	0,245	0,000***
R^2 corregido	0,448	
Error típico de la estimación	1,48056	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

Pero, ¿cuáles son los determinantes de la confianza en la sanidad pública gallega, que a su vez tanto repercute en la valoración de los ciudadanos? Desde la literatura especializada se ha alegado que los diferentes modelos de gestión sanitaria generan diferentes niveles de confianza (Calnan y Rowe 2008), y que, aspectos sociodemográficos como la edad, el género, la etnia o el estatus socioeconómico, son también determinantes del grado de confianza en la sanidad pública (Brownlie, Greene y Howson 2008).

Para nuestro estudio de la confianza en el sistema de salud público de Galicia, se realiza el análisis de varianzas habitual. Los test de Levene sobre la homogeneidad de varianzas realizados confirman la hipótesis nula de igualdad de varianzas para los factores sexo, edad, ocupación principal y estado civil, no así para el nivel de estudios, que se analizará con los estadísticos de Welch y Brown-Forshyte.

Por su parte, el test de ANOVA para la igualdad de medias resulta estadísticamente significativo para la edad y la ocupación, con lo que se concluye que existen diferencias en los niveles medios de confianza para estos factores. Es decir, el sexo ($F(1, 985) = 0,044, p = 0,834$) y el estado civil ($F(3, 978) = 2,312, p = 0,075$) del entrevistado, no repercuten en su grado de confianza, mientras que la edad y la ocupación sí pueden influir en las valoraciones que los ciudadanos hacen de su confianza en el sistema sanitario.

El análisis descriptivo muestra que no existen diferencias en las valoraciones entre hombres ($M = 6,93, D.T. = 1,902$) y mujeres ($M = 6,90, D.T. = 2,068$), lo que explica que la diferencia de medias no sea significativa. Sin embargo, en cuanto al estado civil, los viudos/as muestran mucha más confianza en el sistema, al igual que ocurría en el caso de la sanidad privada, lo que podría estar relacionado con la elevada edad media de este colectivo ($M = 69,67, D.T. = 10,922$).

Tabla 92. Grado de confianza en la sanidad pública en función del estado civil del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Casado/a	552	6,92	2,098	6,75	7,10
Soltero/a	316	6,86	1,786	6,66	7,06
Divorciado/a Separado/a	36	6,36	2,045	5,67	7,05
Viudo/a	78	7,36	1,974	6,91	7,80
Total	982	6,92	1,995	6,79	7,04

En virtud de los resultados que muestra la tabla inferior, y del análisis de varianzas, se puede afirmar, que existe una relación positiva entre la edad y el nivel de confianza, siendo los mayores de 60 años los que manifiestan

una confianza media mayor en la sanidad pública gallega; cuestión que, tal y como se observaba en el nivel micro con los pacientes, se puede relacionar con un mayor uso y por consiguiente con un conocimiento más profundo y familiaridad con el sistema por parte de este grupo de edad. Además, el test de Scheffé para las diferencias intra-grupos confirma que, los grupos de edad que se diferencian significativamente por su nivel de confianza en la sanidad pública son, el de los entrevistados de 30 a 44 años, y los de 60 o más años.

Tabla 93. Comparaciones múltiples de las medias de satisfacción en función de la edad

		18 a 29 años	30 a 44 años	45 a 59 años	60 o más años	<i>F</i> (3, 983)
Grado de confianza en la sanidad pública	<i>M</i>	ab 6,88	b 6,52	ab 6,87	a 7,32	7,885**
	(<i>DT</i>)	(1,870)	(2,098)	(1,978)	(1,913)	

** $p < 0,01$. Diferentes letras indican diferencias significativas entre los valores de cada grupo en cada dimensión de la confianza al nivel de $p < 0,05$

La correlación entre ambas variables, aunque existe, es de baja intensidad ($r=0,122$, $n=987$, $p < 0,01$), ya que, aunque, en términos generales, a medida que aumenta la edad, aumenta la confianza, la relación entre ambas variables no es exactamente lineal, los ciudadanos de edad media (30 a 44 años), son los más críticos, algo que podría estar relacionado con su rol de pagadores, es decir, son uno de los grupos que, por estar en edad activa, soportan mayor presión fiscal, mientras que su uso de los servicios sanitarios es menor que el de los más jóvenes y sobre todo los mayores.

Por otra parte, continuando nuestro análisis, en el caso del factor ocupación, el contraste de hipótesis para la igualdad de los niveles medios de confianza

en el sistema sanitario público, tal y como se ha dicho, también resulta estadísticamente significativo ($F(4, 980) = 6,331, p < 0,001$).

Tabla 94. Grado de confianza en la sanidad pública en función de la ocupación del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Estudiante	109	7,02	1,633	6,71	7,33
Tareas del hogar	106	6,95	1,924	6,58	7,32
Parado*	95	6,61	1,953	6,21	7,01
Jubilado o invalidez laboral	233	7,43	1,986	7,18	7,69
Ocupado	442	6,67	2,052	6,48	6,87
Total	985	6,92	1,992	6,79	7,04

*Se han agrupado las dos categorías correspondientes a los parados en una para evitar los problemas de la existencia de pocos casos ($n=5$) en la categoría "parado en busca de primer empleo".

Son los que se encuentran actualmente jubilados ($M= 7.43, D.T.= 1,986$) los que manifiestan unos niveles medios de confianza en la sanidad pública gallega más elevados, lo que se explica porque este grupo coincide mayoritariamente con el de los entrevistados de mayor edad. Los más críticos son los que actualmente se encuentran en situación de desempleo o trabajando; a pesar de ello, los niveles de confianza de los diferentes grupos son en general relativamente altos.

Para el nivel de estudios, los entrevistados que muestran una confianza más elevada son los que no tienen estudios ($M= 8,00, D.T.= 1,155$) y los que tienen los estudios primarios sin terminar ($M= 7,47, D.T.= 2,009$), si bien los primeros son sólo cuatro casos, por lo que este dato debe ser tomado con prudencia. Por otra parte, no hay ningún grupo que destaque por sus bajos niveles de confianza en la sanidad pública.

Para garantizar la fiabilidad del análisis de varianzas se agrupan los individuos sin estudios y los que tienen estudios primarios sin terminar obteniendo como valoración media de esta nueva categoría $M= 7,51$ ($n= 51$ $D.T.= 1,953$). Continúan, por tanto, siendo los ciudadanos que tienen un nivel de estudios más bajos los que más confían en la sanidad pública gallega, seguidos de los que tienen una carrera superior.

Tabla 95. Grado de confianza en la sanidad pública en función del nivel de estudios del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
No estudió	4	8,00	1,155	6,16	9,84
Estudios primarios sin terminar	47	7,47	2,009	6,88	8,06
Escuela primaria, EGB hasta 5º	144	6,88	2,268	6,50	7,25
EGB hasta 8º, Graduado escolar o Bachillerato elemental	189	6,86	2,104	6,56	7,16
BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje y maestría industrial	337	6,80	2,056	6,58	7,02
Diplomado Universitario, Ingeniero Técnico, Peritos Técnico	120	6,80	1,521	6,53	7,07
Licenciado. Ingeniero Superior, Doctor	146	7,17	1,703	6,89	7,45
Total	987	6,91	1,991	6,79	7,04

Por otra parte, la comparación de medias revela que las diferencias observadas en la tabla 98, no son estadísticamente significativas (F_w (5, 300,492) = 1,973, $p= 0.083$ y F_{Br} (5, 631,009) = 1,831, $p= 0.105$), lo que se confirma con el análisis de correlación de Spearman ($r=-0,026$, $n=987$, $p=0,422$). Es decir, no podemos hablar de la existencia de una relación entre el nivel de estudios y el nivel de confianza de los ciudadanos en la sanidad pública.

Finalmente, el análisis de regresión lineal múltiple para la confianza de los ciudadanos en la sanidad pública⁷⁹ revela que los aspectos que más influyen en esta son: en primer lugar, la confianza en los médicos del sistema de salud público, y casi al mismo nivel, la satisfacción con el mismo. De este modo, estos dos aspectos son capaces de explicar más del 50% de la variabilidad de los niveles de confianza en el sistema, y hacen que otros factores como la satisfacción con determinados servicios, o algunos aspectos sociodemográficos, como la edad o la ocupación, que como se ha visto parecían influir en los niveles de confianza de los ciudadanos, se vuelvan insignificantes, estadísticamente hablando.

Tabla 96. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de confianza en la sanidad pública gallega.

	Beta	Sig.
Grado de satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia	0,411	0,000***
Grado de confianza en los médicos del servicio gallego de salud público	0,417	0,000***
<i>R</i> ² corregido		0,533
Error típico de estimación		1,34318

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

Como hemos señalado, algunos autores afirman que la calidad y la satisfacción son determinantes de la confianza de los ciudadanos en los servicios sanitarios (Pascoe 1983, Ibern 1992), una afirmación que se demuestra con nuestro análisis. Es decir, tal y como se plantea en nuestro modelo, tanto la confianza en los médicos (hipótesis 2), como la satisfacción

⁷⁹ Se han incluido en el análisis las cinco variables sociodemográficas estudiadas previamente y los niveles de valoración de la satisfacción con la sanidad pública y la confianza en los médicos de la misma.

con el sistema en general, son factores que repercuten en el grado de confianza en el sistema.

Por otra parte, la confianza en el sistema, a su vez, se relaciona moderadamente, además de con la confianza en los médicos, con el resto de aspectos tangibles condicionantes de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario (véanse tablas inferiores), de modo que retroalimenta y modifica la relación de los pacientes con los diferentes aspectos y servicios del sistema sanitario, repercutiendo positivamente en el grado de satisfacción global de los ciudadanos con el sistema.

Tabla 97. Correlaciones de Pearson entre la confianza y los aspectos tangibles de la AP, AE, AH y Urgencias

	Grado de confianza en la sanidad pública gallega
Proximidad de los centros de salud (AP)	,307(**), n=967
Horario de atención (AP)	,362(**), n=966
Tiempo dedicado por el médico a cada paciente (AP)	,365(**), n=950
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros (AP)	,418(**), n=935
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud (AP)	,437(**), n=936
El tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita (AP)	,340(**), n=957
Proximidad de las consultas (AE)	,312(**), n=917
Horario de atención (AE)	,379(**), n=885
Tiempo dedicado por el médico a cada paciente (AE)	,429(**), n=886
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros (AE)	,435(**), n=886
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud (AE)	,450(**), n=880
El tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita (AE)	,296(**), n=898
Aspectos de hostelería (comidas) (H)	,346(**), n=782
Tiempo de espera para el ingreso no urgente (H)	,290(**), n=776
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales (H)	,441(**), n=832
La frecuencia/cantidad de información recibida sobre su problema de salud (H)	,494(**), n=831
La hostelería: las instalaciones, la comodidad y la amplitud de las habitaciones (H)	,448(**), n=844
Proximidad de los servicios de urgencias (U)	,255(**), n=929
Tiempo de espera para el ingreso (U)	,349(**), n=855
Información sobre el tiempo de espera (U)	,322(**), n=875
El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los servicios de urgencias (U)	,396(**), n=855
La cantidad de información recibida sobre su problema de salud (U)	,446(**), n=878

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

9.2.2. La confianza en los médicos del servicio gallego de salud pública.

La relación entre el médico y el paciente funciona como lo que se conoce como “agency relationship” (Shore 2005), donde los médicos actúan como intermediarios entre los pacientes y el sistema. Las expectativas de los ciudadanos, pacientes o no, en lo referente a la capacidad profesional del médico y a su honestidad como facultativo, constituyen la base de la confianza (Hall, Dugan, y otros 2001, H. Davies 1999).

La confianza en los médicos del sistema de salud público es elevada en toda España (Blendon y Jovell 2006), y para el caso de Galicia, es superior a la satisfacción, pública y privada, y a todas las valoraciones de los servicios sanitarios. Al igual que ocurre con la satisfacción con la sanidad, de la que distinguimos dos niveles, micro y macro (R. Blendon, y otros 1991), existe una dicotomía entre la confianza en el personal médico y la confianza en el sistema.

Para el estudio de este elemento de valoración, se realiza el mismo análisis de varianzas presente a lo largo de toda la investigación. Para la variable *Grado de confianza en los médicos del servicio gallego de salud pública*, se obtiene en primer lugar, la confirmación de homogeneidad de varianzas para los factores edad, ocupación y estado civil, por lo que se realiza el contraste de hipótesis de igualdad de medias para estos factores y el nivel de confianza en los médicos del sistema gallego de salud.

En primer lugar, no se observa diferencia en las medias de valoración de la confianza en los médicos de la sanidad pública respecto del sexo del entrevistado, los hombres valoran con un $M= 7,01$ ($D.T.=1,541$), y las mujeres le otorgan una valoración media de $M = 7,03$ ($D.T.= 1,731$).

Por otra parte, a la vista de los resultados, podemos afirmar que existen diferencias significativas entre los niveles medios de confianza en los médicos para el factor edad ($F(3, 975) = 12,240, p < 0,001$), donde se puede comprobar que, nuevamente, al igual que ocurría con la confianza en el sistema, son las personas mayores de 60 años las que expresan un nivel de confianza significativamente mayor al resto, mientras que la cohorte de 30 a 44 años, que es de nuevo, al igual que ocurría con la confianza en el sistema, la más crítica.

Tabla 98. Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública en función de la edad del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
De 18 a 29 años	194	6,90	1,491	6,69	7,11
De 30 a 44 años	262	6,67	1,626	6,47	6,87
De 45 a 59 años	231	6,94	1,626	6,72	7,15
60 o más años	292	7,47	1,679	7,28	7,67
Total	979	7,02	1,644	6,92	7,12

Análogamente, para el factor ocupación principal se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias en los niveles de confianza de los ciudadanos con los médicos del sistema gallego de salud $F_w(4, 296,856) = 10,872, p < 0,001$ y $F_{Br}(4, 559,143) = 11,389, p < 0,001$, en función de su ocupación, observándose que son los parados que buscan su primer empleo los que más confían en los médicos, aunque se trata de sólo 5 casos, lo que hace que este dato deba ser tomado con prudencia.

Veremos más adelante, si además, tal y como a priori cabría pensar, son los jubilados y mayores de 60 años, quienes más utilizan los servicios sanitarios, con lo que podremos estudiar la relación existente entre la frecuencia con

que los ciudadanos acuden al médico, la satisfacción con el sistema sanitario y los niveles de confianza expresados en relación al sistema de sanidad pública y los médicos del servicio de salud pública.

Tabla 99. Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública en función de la ocupación del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Estudiante	107	6,98	1,296	6,73	7,23
Tareas del hogar	103	7,09	1,669	6,76	7,41
Parado*	95	6,77	1,765	6,41	7,13
Jubilado o invalidez laboral	231	7,61	1,632	7,40	7,82
Ocupado	441	6,76	1,621	6,61	6,91
Total	977	7,02	1,645	6,92	7,12

*Se han agrupado las dos categorías correspondientes a los parados en una para evitar los problemas de la existencia de pocos casos (n=5) en la categoría "parado en busca de primer empleo".

Esto guarda relación además con el hecho de que cuando se observan los niveles de confianza en los médicos respecto del estado civil del entrevistado, sean de nuevo las personas viudas las que expresan niveles de confianza significativamente distintos al resto, dando muestras de mayores niveles de confianza. Estas diferencias, que se pueden observar en la tabla inferior, al contrario de lo que ocurría respecto de la confianza en el sistema sanitario, resultan estadísticamente significativas ($F(3, 969) = 4,806$, $p = 0,003$).

Tabla 100. Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública en función del estado civil del entrevistado

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Casado/a	549	7,02	1,713	6,88	7,17
Soltero/a	313	6,89	1,484	6,72	7,05
Divorciado/a o Separado/a	36	6,72	1,504	6,21	7,23
Viudo/a	75	7,65	1,751	7,25	8,06
Total	973	7,02	1,648	6,91	7,12

Por otra parte, para el nivel de estudios, se observa que son de nuevo los que no tienen estudios ($M= 7,75$, $D.T.= 1,500$) o los que tienen estudios primarios sin terminar ($M= 7,87$, $D.T.= 1,963$) los que más confían en los médicos de la sanidad pública al igual que ocurría con el sistema. Los que menos confían son los que afirman haber estudiado BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje o maestría industrial.

Tabla 101. Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública en función del nivel de estudios del entrevistado

	N	Media	Desv. típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
No estudió	4	7,75	1,500	5,36	10,14
Estudios primarios sin terminar	47	7,87	1,963	7,30	8,45
Escuela primaria, EGB hasta 5º	137	7,16	1,856	6,85	7,47
EGB hasta 8º, Graduado escolar o Bachillerato elemental	187	7,01	1,677	6,76	7,25
BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje y maestría industrial	334	6,83	1,521	6,67	7,00
Diplomado Universitario, Ingeniero Técnico, Peritos Técnico	122	6,77	1,509	6,50	7,04
Licenciado, Ingeniero Superior, Doctor	148	7,24	1,558	6,98	7,49
Total	979	7,02	1,644	6,92	7,12

Para el análisis de varianzas se agrupan, al igual que se hizo con anterioridad, los individuos sin estudios y con estudios primarios sin terminar, en una única categoría cuya valoración media sigue siendo la más elevada $M= 7,86$ ($n= 51$, $D.T.= 1,919$). Por otra parte, dada la heterogeneidad de varianzas para este factor, se transforma la variable de confianza en los médicos del sistema público, calculando la raíz cuadrada de las puntuaciones, de modo que se confirma la homocedasticidad para el factor nivel de estudios ($Levene=1,560$, $p=0,169$). El análisis de varianzas muestra que, al contrario de los que ocurría con la confianza en el sistema, en este caso la diferencia en el nivel de estudios sí se relaciona de forma significativa con el nivel de confianza en los médicos ($F(5, 973)= 2,771$, $p=0,017$).

En definitiva, el grado de confianza en los médicos se incluirá en el modelo como un predictor, entendemos que importante, del grado de confianza y satisfacción con el sistema de salud, partiendo de la base de que los viudos/as y jubilados/as de más de 60 años y con un bajo nivel de estudios, tienen una mayor predisposición a confiar en los médicos de los servicios públicos.

9.3. La frecuencia e intensidad en el uso de los servicios sanitarios públicos y la satisfacción de los ciudadanos.

Aunque la impresión general del análisis realizado hasta el momento es que los gallegos están relativamente satisfechos con su sistema sanitario, es cierto que sus percepciones varían dependiendo de factores como la edad, el género, e incluso en ocasiones la situación laboral o el nivel de estudios de los ciudadanos.

Como ya se ha dicho en líneas anteriores, el objetivo principal de esta investigación es diseñar un modelo explicativo de los componentes de la

satisfacción de los ciudadanos con el servicio público sanitario de Galicia, para lo que, partimos de la hipótesis de que una de las variables que repercute en la satisfacción es la frecuencia con que los ciudadanos acuden al médico, lo que está vinculado al conocimiento y la familiaridad de estos con el sistema sanitario. Frente a la opinión contraria de algunos autores (Zastowny, y otros 1989), en esta investigación se defiende la tesis de que cuanto mayor es la experiencia y el conocimiento del sistema, mejor es la percepción que los ciudadanos tienen de él. Es decir, la satisfacción previa con el sistema y con el servicio en concreto, tiene una influencia importante en la evaluación que el paciente hace de la experiencia actual (John 1992), por lo tanto, la experiencia en el uso del sistema, genera modelos diferentes de valoración. Según la teoría de las expectativas, lo que realmente se produce es una modificación de las expectativas a medida que aumenta el uso, y por tanto el conocimiento del sistema (Delgado y López-Fernández 2004, Costa Font 2001), las percepciones de los ciudadanos están mediatizadas, entre otros, por las experiencias previas con el servicio sanitario.

Recordemos que según el concepto de "cultura sanitaria" planteado en este trabajo, entendemos que las actitudes, y pautas de comportamiento individuales y colectivas hacia el sistema sanitario, son producto tanto de las experiencias de los individuos, cuando desempeñan el rol de pacientes, como de la acumulación de dichas experiencias, y las orientaciones colectivas que de ellas derivan. En esta investigación se sostiene que, en primer lugar, el conocimiento y la experiencia previa con el sistema, son componentes fundamentales en la conformación de la "cultura sanitaria" tanto en su dimensión individual como colectiva, los individuos desarrollan sus actitudes hacia la sanidad en función de las experiencias individuales que hayan tenido con el sistema, además de la influencia de factores exógenos de carácter político o social.

A este respecto, en primer lugar, resulta interesante el análisis de las diferencias en la frecuencia de la utilización del sistema sanitario público gallego, en función de la edad del individuo, de acuerdo con lo observado por algunos autores (Borras 1994, Bellon Saameno, y otros 1995, Calnan, Katsouyinnopoulos, y otros 1994), hecho que por otra parte, se explica por la propia evolución natural del estado de salud. Como se ha expuesto en capítulos anteriores, existen numerosos estudios sobre la capacidad predictiva de la edad del paciente o el ciudadano como paciente potencial, en la estimación de sus niveles de satisfacción con la asistencia sanitaria.

Tabla 102. Utilización de la sanidad en Galicia en función del tipo de atención. Año 2008

% que acudió en el último año a un médico de cabecera	79,7%	% que acudió a un médico público	94,7%
		% que acudió a un médico privado	20,9%
% que acudió en el último año a un centro sanitario por una urgencia	32,1%	% que acudió a un centro público	91,0%
		% que acudió a un centro privado	19,4%
% que acudió en el último año a un especialista	48,2%	% que acudió a un especialista público	74,6%
		% que acudió a un especialista privado	42,9%
% que estuvo ingresado en el último año en un hospital	10,6%	% ingresado en un hospital público	85,0%
		% ingresado en un hospital privado	23,4%

La encuesta de opinión ciudadana de la Xunta de Galicia de años 2008 permite observar el porcentaje de población que manifiesta haber utilizado los servicios sanitarios privados y públicos, en función del tipo de atención (véase tabla superior). Los servicios sanitarios públicos son, como se ha visto, para cualquier tipo de atención, sin duda los más utilizados. La atención primaria es, además, la más demandada por la mayor parte de los ciudadanos lo cual se justifica por el rol de “gatekeeper” que tiene el médico

de cabecera en nuestro sistema, encargándose de la distribución de los pacientes según su estado de salud, y su derivación a los especialistas, e incluso, en ocasiones a los servicios de urgencias, u hospitalización. Esto, unido a las ya mencionadas listas de espera existentes en nuestro sistema y en muchos de los sistemas sanitarios que utilizan un modelo similar, explica también en parte, el hecho de que las consultas especializadas, sean el tipo de atención para la que los ciudadanos, un 42,9% en 2008, recurren con más frecuencia a la sanidad privada, ya que esta generalmente responde al concepto “free-for-service”, que permite al paciente acudir directamente al especialista de su elección.

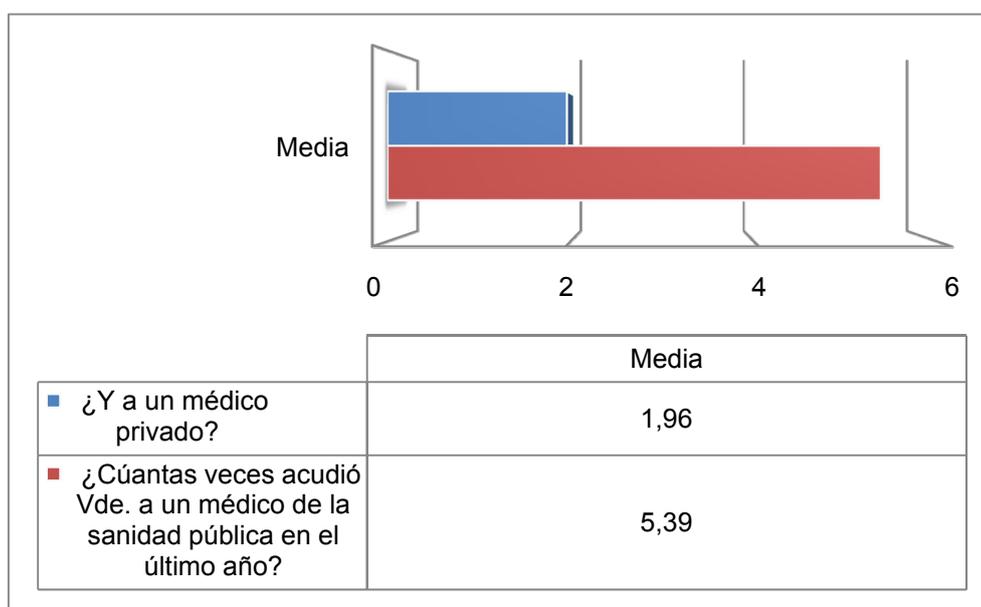
Por otra parte, la tabla inferior muestra que la media del número de veces que los entrevistados declaran haber acudido a una consulta de Atención Primaria es siempre superior al resto de las consultas, ya sean públicas o privadas, lo que confirma el hecho de que este servicio sea el más utilizado, no sólo por el porcentaje de población que lo utiliza, sino también por la intensidad de dicho uso. Estas cifras coinciden con las manejadas en la mayor parte de estudios sobre la utilización de los servicios sanitarios (Bellon Saameno, y otros 1995).

Tabla 103. Frecuencia de utilización de la sanidad en Galicia en función del tipo de atención. Año 2008

	Media	Desviación típ.
Médico general de la sanidad pública	5,99	7,875
Médico general de la sanidad privada	3,85	6,140
Médico especialista de la sanidad pública	2,97	3,520
Médico especialista de la sanidad privada	2,87	2,826
Centro público de urgencias	2,41	4,860
Centro privado de urgencias	2,17	2,680
Ingreso hospital público	1,61	1,831
Ingreso hospital privado	1,39	0,786

La frecuencia en la utilización de los servicios sanitarios públicos se mide en nuestra encuesta mediante una pregunta genérica, de respuesta abierta, sobre el número de veces en que el entrevistado utilizó un médico, del servicio que sea, del sistema sanitario público y del sistema sanitario privado en el último año⁸⁰, los resultados se muestran en el gráfico 34. La media de utilización de la sanidad pública para la población en general es de $M= 5,39$ ($D.T.= 8,307$) veces en el último año, mientras que a la privada han acudido una media de $M= 1,96$ ($D.T.= 4,799$) veces.

Gráfico 34. Frecuencia media de utilización de los servicios médicos públicos y privados en el último año. Año 2010

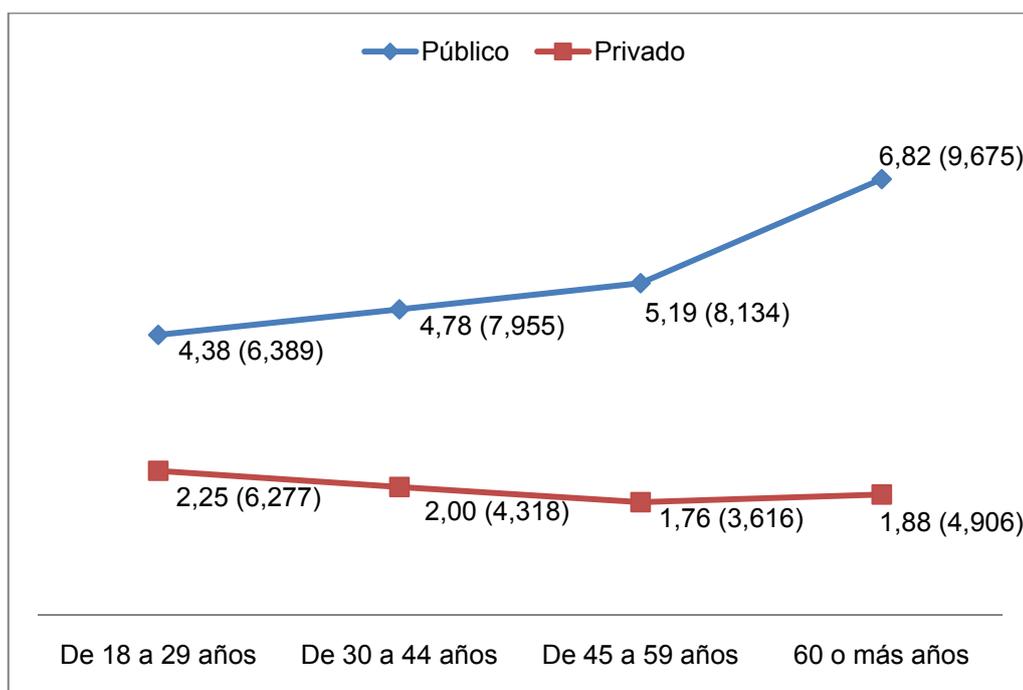


El análisis en función de la edad el entrevistado muestra claramente que la utilización de los servicios sanitarios públicos aumenta a medida que aumenta la edad del individuo, no así para el caso de la sanidad privada.

⁸⁰Las preguntas formuladas son: P.43.a. ¿Cuántas veces acudió Ud. a un médico de la sanidad pública en el último año? y P.43.b. ¿Y a un médico privado?

Esta afirmación la corrobora el análisis de varianzas, que para el caso de la sanidad pública, dada la heterogeneidad de varianzas (Levene= 4,037, $p=0,007$), se ha realizado con la previa transformación de la variable de “frecuencia de uso” por la raíz cuadrada de sus puntuaciones, con lo que se consigue cumplir el requisito de homocedasticidad (Levene= 1,771, $p=0,151$). De este modo, la comparación de medias para la sanidad pública, $F(3, 965)= 6,084$, $p=<0,001$, confirma la hipótesis de la relación entre el uso de la sanidad y la edad, lo que no ocurría en el caso de la sanidad privada, $F(3, 988)= 0,406$, $p=0,749$.

Gráfico 35. Frecuencia media de utilización de los servicios médicos públicos y privados en función de la edad. Año 2010.*

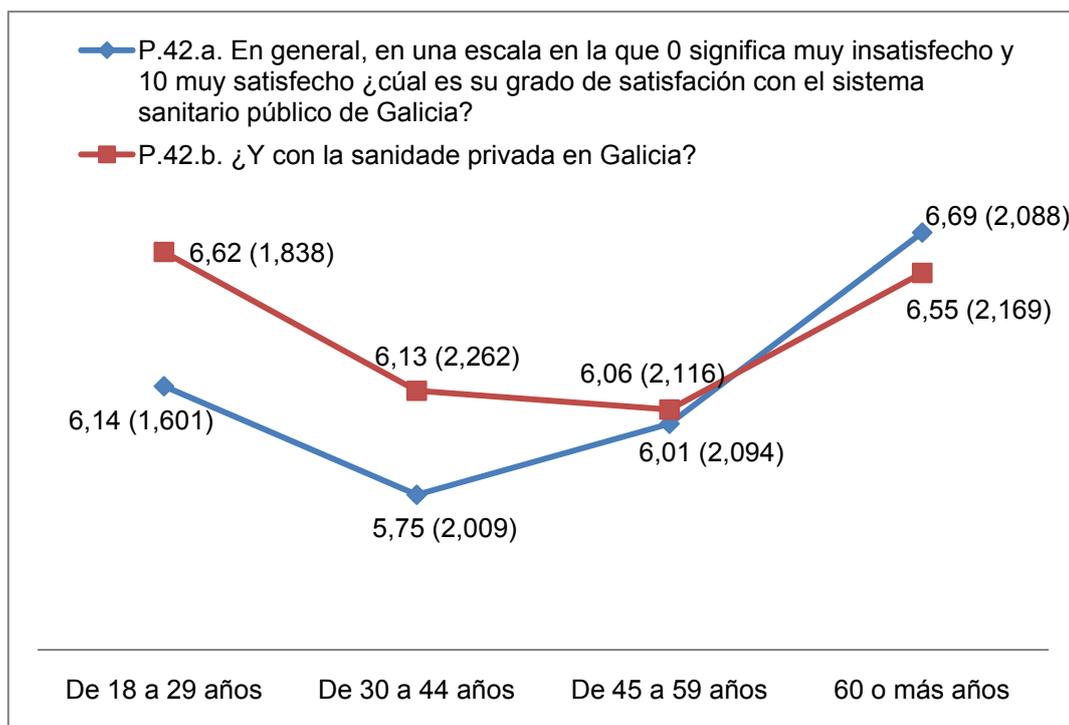


Las desviaciones típicas se muestran entre paréntesis

Estos resultados nos llevan a poner de nuevo en relación la frecuencia en la utilización de los servicios con el grado de satisfacción que estos generan.

La valoración que los gallegos hacen de la atención sanitaria pública también varía, como hemos visto, en función de la edad, de modo que la valoración que los mayores de 60 años hacen del sistema público es notablemente mejor que la que hacen los más jóvenes. Por otra parte, aunque el análisis previo indicaba que la diferencia no es estadísticamente significativa, en el gráfico superior se aprecia que la valoración que los mayores hacen del sistema privado, es ligeramente inferior a la que hacen los más jóvenes. En ambos casos los individuos pertenecientes a las cohortes de edad intermedias son los más críticos.

Gráfico 36. Media de valoración de los servicios sanitarios públicos y privados en función de la edad.



Las desviaciones típicas se muestran entre paréntesis

Se puede afirmar, por lo tanto, que existe relación entre la frecuencia de utilización de la sanidad y la edad, y, como se ha visto, entre la edad y la valoración del sistema sanitario público. Estos datos contribuyen a reafirmar la hipótesis de que existe también una relación entre la frecuencia de uso y la valoración del sistema, y que la mejoría en las valoraciones no es producto únicamente del aumento de la edad, sino del aumento de la utilización del sistema y de la familiarización de los ciudadanos con el mismo, uno de los aspectos que configuran su “cultura sanitaria”.

9.4. El perfil de los “no usuarios”, “usuarios ocasionales”, “usuarios frecuentes” y los “hiperusuarios” del sistema sanitario público.

La utilización de los servicios sanitarios no es producto únicamente del grado de morbilidad de los individuos, sino también de otros muchos factores que pasan por la percepción del propio individuo sobre su estado de salud o determinantes sociodemográficos como el sexo o la edad.

Por otra parte, la utilización se relaciona a su vez con la accesibilidad al sistema, y como se ha visto, con el grado de equidad existente, sobre todo en lo relativo a los niveles de utilización de los servicios sanitarios privados. Sin embargo, nuestro propósito es definir la relación existente entre el grado de utilización de los servicios sanitarios por los individuos y su satisfacción con los mismos, teniendo también en cuenta elementos importantes como la edad, el sexo o la ocupación.

A continuación se definen diferentes perfiles de usuarios de los servicios sanitarios públicos, en función del grado de utilización que hacen de los mismos. Como se ha visto, la media de utilización de los servicios médicos públicos ($M= 5,39$, $D.T.= 8,307$), es más del doble que la utilización de los servicios privados ($M= 1,96$, $D.T.= 4,799$). Para contrastar la hipótesis de que un mayor uso del sistema genera una mayor satisfacción con el mismo,

se ha tratado esta pregunta como una variable discreta, agrupando los valores en rangos predeterminados. A su vez, para establecer los rangos se ha realizado un contraste de medias con el fin de comprobar si, en efecto, a partir de una determinada frecuencia de uso del sistema, se producía un cambio de comportamiento significativo en cuanto al nivel de satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público gallego. De este modo, tras varias comprobaciones se observa que proponiendo como punto de corte el doble que la media de utilización, es decir, 11 o más veces en el último año, los niveles de satisfacción son más elevados entre los que pertenecen a este grupo (n=104, 10,8% de la muestra), que para el resto (véase tabla 107).

Tabla 104. Grado de satisfacción con la sanidad pública en función de la utilización de los servicios médicos en el último año.

	¿Cuántas veces acudió Ud. a un médico de la sanidad pública en el último año?	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Grado de satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia	>= 11	104	6,63	2,217	0,217
	< 11	855	6,09	1,970	0,067

Si realizamos una comparación de medias, a través de un contraste t de Student para muestras independientes, indicando el valor 11 o más veces, como el número a partir del cual se dividirá a la variable satisfacción (tomada como variable lineal) en dos categorías diferenciadas, el resultado es que estas diferencias de medias de valoración de la sanidad pública son, además, tal y como se suponía, estadísticamente significativas $t(957) = 2,602$, $p = 0,009$.

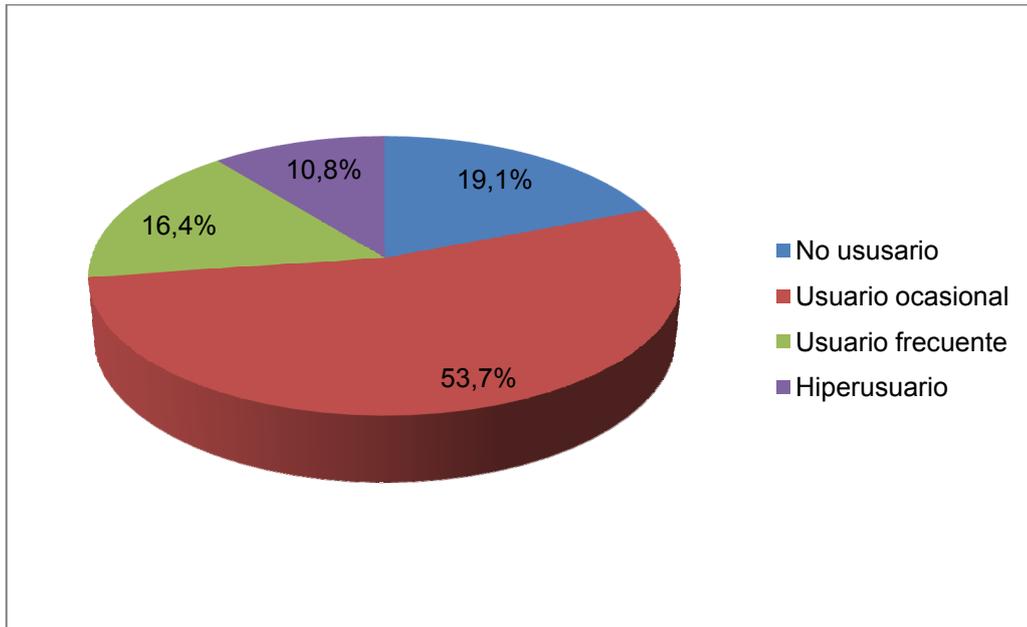
Estos resultados, unidos a la media de utilización ($M = 5,39$, $D.T. = 8,307$), serán utilizados como referencia para la discretización de la variable que

mide la frecuencia de utilización de los servicios sanitarios públicos en cuatro categorías, a saber: los que no han utilizado los servicios médicos públicos en el último año, los que lo han hecho un número de veces inferior a la media, los que han acudido al médico público un número de veces superior a la media, y, por último, los que lo han hecho más de diez veces en el último año. De este modo agrupamos a los ciudadanos en cuatro tipos de usuarios, en función de la frecuencia con que hacen uso de los servicios médicos públicos:

- Los que manifiestan no haber acudido nunca (0 veces) serán considerados como *“no usuarios”*.
- Aquéllos que afirman haber acudido entre 1 y 5 veces en el último año serán considerados como *“usuarios ocasionales”*.
- Los que han acudido entre 6 y 10 veces se denominan *“usuarios frecuentes”*.
- Finalmente, aquéllos que manifiestan haber acudido más de 10 veces al médico en el último año se considerarán *“hiperusuarios”*.

El siguiente paso es estudiar qué porcentaje de población representa cada uno de estos grupos en nuestra muestra, lo que se muestra en el gráfico inferior, en el que se observa que la mayor parte de la población es “usuaria ocasional” de los servicios médicos públicos, un 53,7%, mientras que el 10,8% de los entrevistados pueden considerarse “hiperusuarios” (Demers 1995), y el 19,1% pertenecen al grupo de los denominados “no usuarios”.

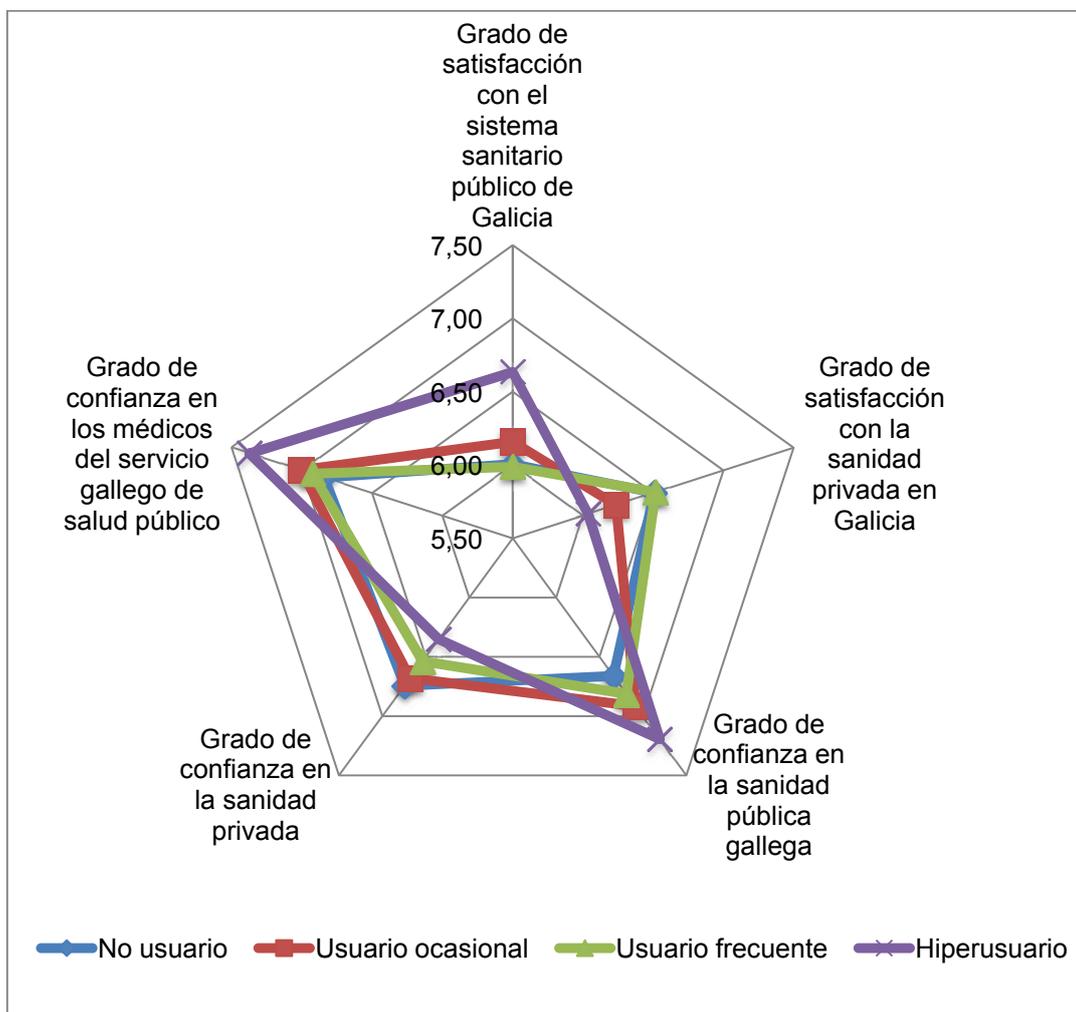
Gráfico 37. Distribución de la muestra en función de la frecuencia de uso de los servicios médicos públicos.



En definitiva, podemos afirmar que una gran parte de la población utiliza ocasionalmente, entre 1 y 5 veces al año, los servicios médicos públicos, mientras que casi un 20% no los utiliza, al menos de forma habitual.

La discretización de la variable referida a la frecuencia de uso de los servicios permite, además, analizar el comportamiento de cada uno de los grupos creados de forma pormenorizada, lo cual será de ayuda a la hora de comprobar si existen diferencias significativas importantes entre la población en función de las veces que los ciudadanos acuden a un médico del sistema sanitario público gallego.

Gráfico 38. Valoraciones en función de los diferentes tipos de usuario



Así pues, del mismo modo que se ha estudiado el comportamiento de los ciudadanos en función de las características sociodemográficas más importantes, se analizan los niveles de satisfacción y grado de confianza con el sistema sanitario y con los médicos en base a este nuevo criterio de discriminación. En el gráfico 38, se observa cómo los “hiperusuarios” valoran mejor los aspectos relacionados con la sanidad pública, satisfacción, confianza en el sistema y confianza en los médicos, no así los aspectos

relativos a los servicios privados, que son mejor valorados por los “no usuarios” de los públicos.

El análisis de varianzas para el grado de satisfacción con la sanidad pública en función del tipo de usuario revela, tal y como suponíamos, que la diferencia de medias en función del tipo de usuario es estadísticamente significativa, ($F(3, 955) = 2,702, p = 0,044$). La tabla inferior muestra como las valoraciones que hacen los que hemos denominado “no usuarios” son las más bajas, mientras que las de los “hiperusuarios” alcanzan la media más elevada.

Tabla 105. Grado de satisfacción con el sistema sanitario público en función del tipo de usuario

		N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Grado de satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia	No usuario	179*	6,01	1,844	5,73	6,28
	Usuario ocasional	517	6,16	1,952	5,99	6,33
	Usuario frecuente	159	5,99	2,161	5,65	6,33
	Hiperusuario	104	6,63	2,217	6,20	7,07

*Nótese que n se refiere al número de individuos de cada grupo que expresan su satisfacción, no al número de individuos pertenecientes a cada uno de los perfiles de usuario.

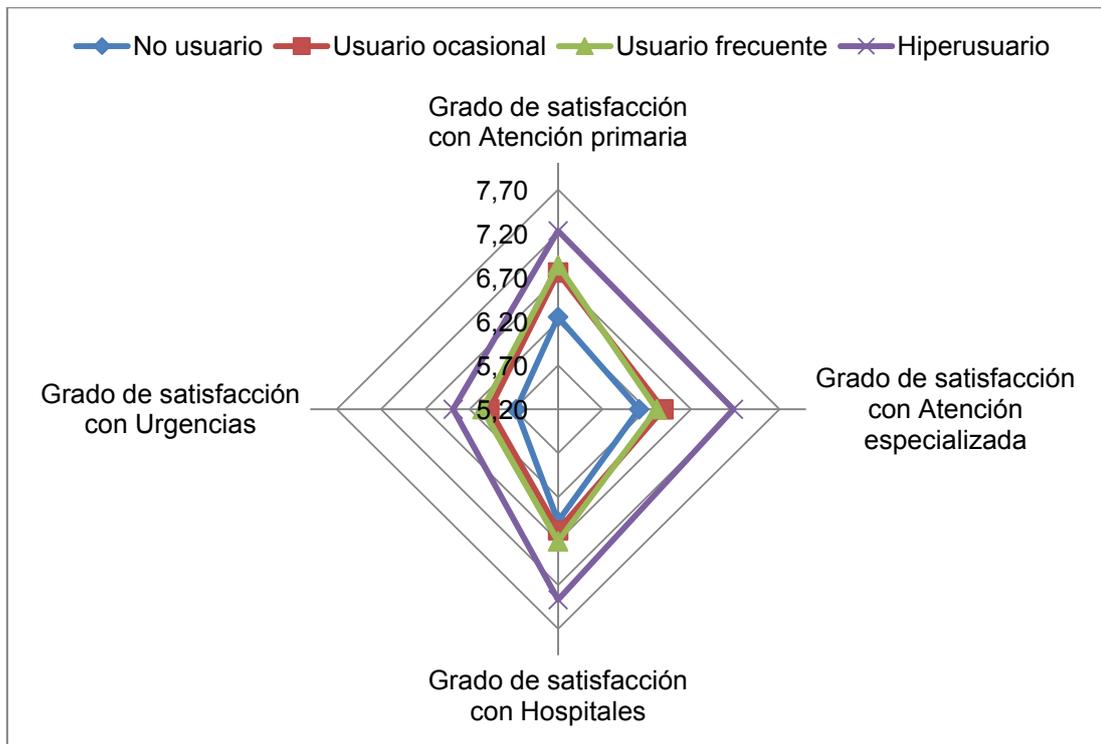
Los “hiperusuarios” de los servicios médicos públicos están familiarizados con el sistema, lo conocen, de tal modo que han adaptado sus expectativas a las percepciones reales sobre de la transacción sanitaria, por lo que se muestran más satisfechos que otros grupos.

Por otra parte, los grupos intermedios refieren pautas diferentes, aquéllos que hacen un uso muy ocasional de los servicios sanitarios, tienden a valorarlos mejor que los que hacen un uso más frecuente (entre 5 y 10

veces). La explicación reside en que los primeros solucionan sus problemas sin apenas percibir los inconvenientes del sistema, ya que su contacto con este es ocasional, mientras que los segundos se ven obligados a un contacto más frecuente, sin llegar a familiarizarse y adaptar su vida al sistema, con lo que sufren los inconvenientes del mismo, como por ejemplo las listas de espera o los horarios de atención restringidos y en muchos casos coincidentes con los horarios laborales habituales, para determinadas consultas. Esto se hará más patente con el análisis pormenorizado de cada uno de los grupos, en el que el perfil sociodemográfico mostrará que los usuarios frecuentes son personas activas en términos de ocupación laboral, y con poco tiempo para ajustarse a las exigencias del sistema sanitario público, mientras que los hiperusuarios responden fundamentalmente al perfil de pensionistas o jubilados, muy familiarizados con el sistema.

Finalmente, la comparación de los niveles de satisfacción ciudadana respecto de los diferentes servicios sanitarios públicos, en función del tipo de usuario definido, revela que son de nuevo los denominados como “hiperusuarios” los que expresan mayores niveles de satisfacción tanto con los servicios de Atención Primaria, de Atención Especializada y de Urgencias, como con la red de Hospitales en particular. El servicio sobre el que parece existir mayor grado de acuerdo entre los diferentes perfiles de usuarios, es el servicio de Atención Hospitalaria.

Gráfico 39. Valoraciones de los servicios sanitarios públicos según el tipo de usuario



Para comprobar si, en efecto, estas diferencias son estadísticamente significativas entre los grupos se realiza nuevamente un análisis de varianzas. Dada la heterogeneidad de varianzas para las variables relativas a la valoración de la Atención Primaria, la Atención Especializada y la Asistencia Hospitalaria, es necesaria su transformación previa, multiplicando las puntuaciones por su raíz cuadrada, con el objeto de garantizar su homocedasticidad. Los resultados del test de igualdad de medias entre los grupos han permitido conocer que existen diferencias significativas en cuanto a los niveles de satisfacción medios con todos los tipos de servicios sanitarios públicos, excepto con las Urgencias.

Tabla 106. ANOVA del factor tipo de usuario para la valoración de los diferentes tipos de servicios sanitarios públicos

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Grado de satisfacción con la Atención Primaria	Inter-grupos	2,44	3	0,81	4,074	0,007
	Intra-grupos	186,16	931	0,20		
	Total	188,60	934			
Grado de satisfacción con la Atención Especializada	Inter-grupos	3,26	3	1,09	5,036	0,002
	Intra-grupos	190,83	885	0,22		
	Total	194,09	888			
Grado de satisfacción con los Hospitales	Inter-grupos	2,58	3	0,86	4,050	0,007
	Intra-grupos	191,71	904	0,21		
	Total	194,28	907			
Grado de satisfacción con Urgencias	Inter-grupos	32,36	3	10,79	2,155	0,092
	Intra-grupos	4483,36	896	5,00		
	Total	4515,72	899			

En definitiva, hemos comprobado que, tal y como suponíamos, existen diferencias importantes en lo que respecta a la satisfacción de los ciudadanos en función del uso que hacen de la sanidad pública, siendo los que los “hiperusuarios”, aquéllos que han acudido más de 10 veces al médico público en el último año, los ciudadanos que más confían y más satisfechos están con los servicios sanitarios públicos.

A continuación se analiza el perfil de cada uno de los grupos diferenciados, con el objeto de identificar cuáles son los ciudadanos que pertenecen a cada uno de ellos.

- Perfil sociodemográfico de los “no usuarios” de los servicios sanitarios públicos.

En total son 185 las personas que afirman no haber acudido al médico del sistema público de salud en ninguna ocasión durante el último año. Los

denominados “no usuarios” son mayoritariamente hombres (60%), entre 30 y 44 años, y que trabajan (58,9%), tal y como se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla 107. Características sociodemográficas básicas de los “no usuarios” del sistema público de salud.

		Frecuencia	Porcentaje
SEXO	Hombre	111	60,0
	Mujer	74	40,0
EDAD	De 18 a 29 años	37	20,0
	De 30 a 44 años	57	30,8
	De 45 a 59 años	44	23,8
	60 o más años	47	25,4
ESTADO CIVIL	Casado/a	108	58,4
	Soltero/a	60	32,4
	Divorciado/a o Separado/a	7	3,8
	Viudo/a	7	3,8
	Ns/Nc	3	1,6
OCUPACIÓN	Estudiante	18	9,7
	Tareas del hogar	11	5,9
	Parado en busca de su primer empleo	1	0,5
	Parado, habiendo trabajado con anterioridad	15	8,1
	Jubilado o invalidez laboral	31	16,8
	Ocupado	109	58,9
NIVEL DE ESTUDIOS	No estudió	1	0,5
	Estudios primarios sin terminar	2	1,1
	Escuela primaria, EGB hasta 5º	13	7,0
	EGB hasta 8º, Graduado escolar o Bachillerato elemental	25	13,5
	BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje y maestría industrial	67	36,2
	Diplomado Universitario, Ingeniero Técnico, Peritos Técnico	26	14,1
	Licenciado, Ingeniero Superior, Doctor	51	27,6

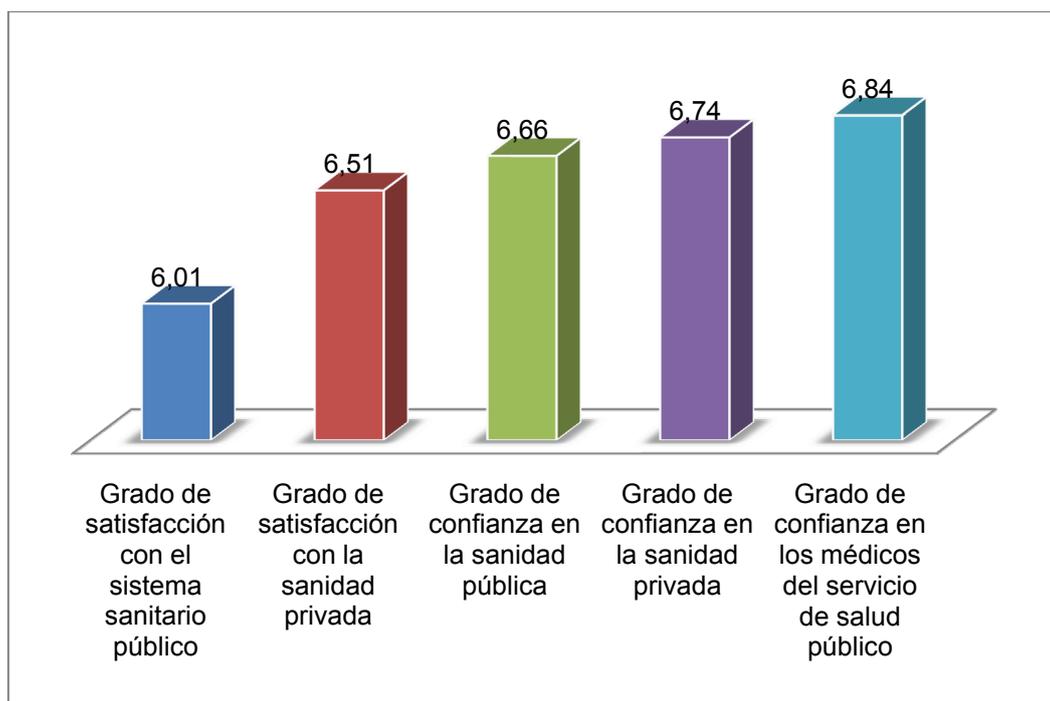
Únicamente el 16,8% están jubilados, frente a la media de población que recordemos que es del 23,8%, lo que se explica por el grupo de edad al que pertenecen la mayoría de los “no usuarios”, cuya edad media es de $M=45,81$

(*D.T.*=16,746) años, ligeramente inferior a la de la muestra total (*M*= 47,55, *D.T.*= 17,614) y como veremos, muy inferior a la del grupo de los hiperusuarios. En cuanto al nivel de estudios, aún siendo mayoritario el grupo con estudios secundarios (36,2%), destaca el elevado porcentaje de personas con estudios superiores que representan el 27,6% de la muestra, lo que podría, según algunos autores, justificar también, en cierto modo, un grado de satisfacción inferior a la media (Costa Font 2001). Por otra parte, estos datos contrastan con los de otros autores, que vinculan un mayor nivel de estudios a un mayor grado de utilización de la sanidad, sobre todo en lo que se refiere a consultas preventivas (Borras 1994, Bellon Saameno, y otros 1995).

El hecho de que la mayoría sean hombres de entre 30 y 44 años, está en consonancia con lo observado en la mayor parte de la literatura sobre la utilización de los servicios sanitarios, en la que se confirman diferencias en función del sexo y la edad del entrevistado (Krasnik, y otros 1997, Calnan, Katsouyinnopoulos, y otros 1994, Verbrugge 1985)

Como se ha dicho, los 185 individuos considerados como “no usuarios” representan un 19,1% del total de la muestra. El nivel de satisfacción de este grupo con la sanidad pública gallega es inferior a la media, un *M*= 6.01 (*D.T.*= 1,844), y la confianza que manifiestan hacia el sistema también es inferior *M*= 6,66 (*D.T.*= 1,833), frente al *M*= 6.91 (*D.T.*= 1,991) del total de la muestra. En resumen, existe una marcada diferencia en las valoraciones de aquellos que no son usuarios habituales del sistema y que por tanto no están familiarizados con este. Una diferencia que se refleja en un mayor grado de satisfacción con los servicios sanitarios privados (*M*= 6,51, *D.T.*= 2,051) y un mayor grado de confianza en los mismos (*M*= 6.74, *D.T.*= 1,924), superior a la media del total de los gallegos. Esto se refleja también en la confianza manifestada en los médicos del servicio gallego de salud pública, que a pesar de ser elevada, *M*= 6,84 (*D.T.*= 1,562), es inferior a la media del total de los entrevistados.

Gráfico 40. Grado de satisfacción y confianza de los “no usuarios” en el sistema sanitario público, en los médicos y en el sistema privado.

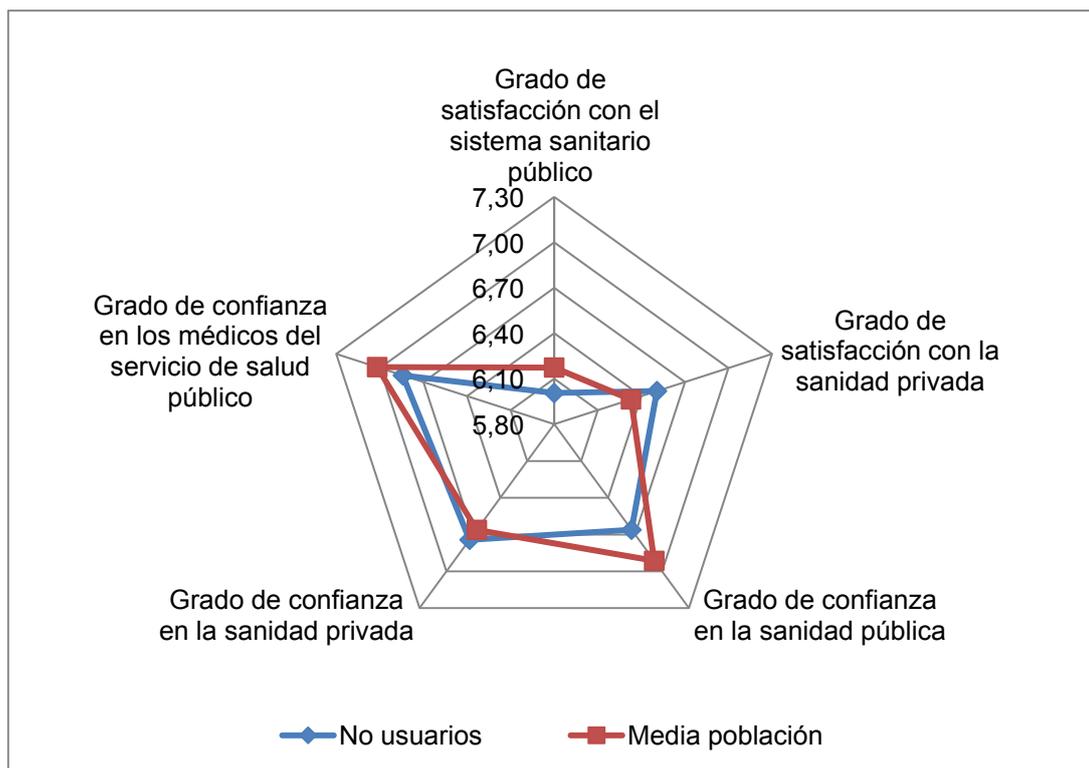


El gráfico 41 muestra las diferencias de valoraciones entre el grupo de “no usuarios” y la media de la población entrevistada. Como se observa, mientras que la satisfacción y la confianza con la sanidad y los médicos de los servicios públicos son inferiores a la media, la satisfacción y la confianza en la sanidad privada es mayor que la de la media poblacional.

Por otra parte, a pesar de lo que se podría deducir, el grupo de “no usuarios” no refleja una mayor frecuencia en la asistencia a consultas privadas que el resto de la muestra, incluso su media es ligeramente inferior ($M= 1,94$ veces, $D.T.= 3,686$, en el último año frente a las $M= 1,96$ $D.T.= 4,799$, del total). De los 158 individuos, 99 no han acudido a ningún tipo de consulta médica en el último año, es decir un 62,7%, por lo que a priori no tendrían motivos para una mejor valoración de los servicios sanitarios privados, ya que no son usuarios habituales de ningún tipo de servicio sanitario. Esto contribuye a demostrar que, tal y como se plantea en el modelo inicial, se puede hablar

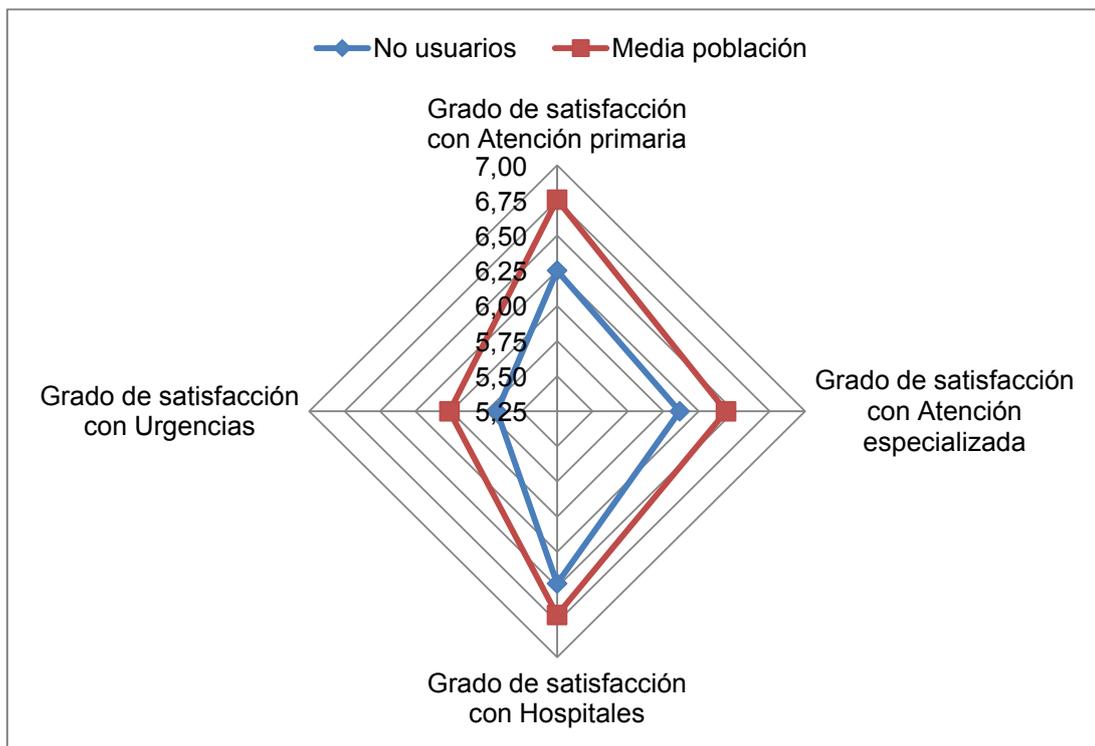
de la existencia de una “cultura sanitaria”, mediatizada por factores externos, exógenos al propio sistema, y cuya capacidad de influencia variaría en función del grado de conocimiento y utilización del sistema.

Gráfico 41. Valoraciones de los “no usuarios” y la media poblacional



Respecto de las valoraciones de cada uno de los servicios, se repite la pauta, siendo muy inferiores a las de la media de la población, aunque al igual que el resto de usuarios, valoran peor las Urgencias y la Atención Especializada, que la Atención Primaria y los Hospitales.

Gráfico 42. Valoraciones servicios sanitarios públicos “no usuarios ocasionales” y la media poblacional



- Perfil sociodemográfico de los “usuarios ocasionales”

Los “usuarios ocasionales”, es decir, aquellos que manifiestan haber acudido al médico de la sanidad pública entre 1 y 5 veces en el último año, representan el 53,7% de la muestra, es decir, 520 individuos, cuya frecuencia media de visita a los servicios médicos públicos fue de $M= 2,82$ ($D.T.= 1,322$) en el pasado año.

El perfil del “usuario ocasional” en función de la segmentación establecida es, por tanto, principalmente una mujer (52,5%) o un hombre (47,5%), ya que la distribución por sexos es muy similar y se ajusta bastante a la distribución real de la población gallega, con una edad media de $M= 45,47$ años ($D.T.= 17,312$), aunque es más numeroso el grupo de edad de los 30 a los 44 años.

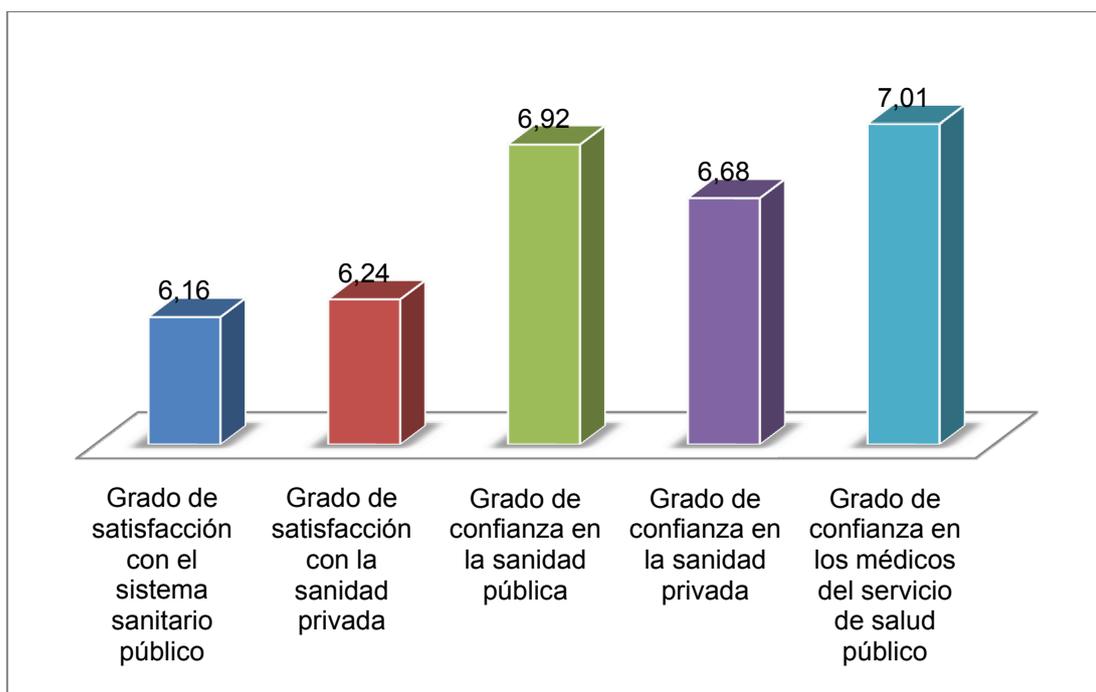
Tabla 108. Características sociodemográficas básicas de los “usuarios ocasionales” del sistema público de salud.

		Frecuencia	Porcentaje
SEXO	Hombre	247	47,5
	Mujer	273	52,5
EDAD	De 18 a 29 años	118	22,7
	De 30 a 44 años	153	29,4
	De 45 a 59 años	120	23,1
	60 o más años	129	24,8
ESTADO CIVIL	Casado/a	283	54,4
	Soltero/a	176	33,8
	Divorciado/a o Separado/a	19	3,7
	Viudo/a	39	7,5
	Ns/Nc	3	0,6
OCUPACIÓN	Estudiante	67	12,9
	Tareas del hogar	52	10,0
	Parado en busca de su primer empleo	2	0,4
	Parado, habiendo trabajado con anterioridad	56	10,8
	Jubilado o invalidez laboral	102	19,6
	Ocupado	240	46,2
NIVEL DE ESTUDIOS	No estudió	2	0,4
	Estudios primarios sin terminar	15	2,9
	Escuela primaria, EGB hasta 5º	69	13,3
	EGB hasta 8º, Graduado escolar o Bachillerato elemental	106	20,4
	BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje y maestría industrial	189	36,3
	Diplomado Universitario, Ingeniero Técnico, Peritos Técnico	66	12,7
	Licenciado, Ingeniero Superior, Doctor	73	14,0

Tal y como se observa en la tabla superior, los usuarios ocasionales son fundamentalmente personas ocupadas (46,2%), de las cuales el 36,3% tienen estudios preuniversitarios medios (BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje y maestría industrial), mientras que frente a lo que ocurría en el grupo de los no usuarios, en este grupo, sólo un 14% poseen un título superior.

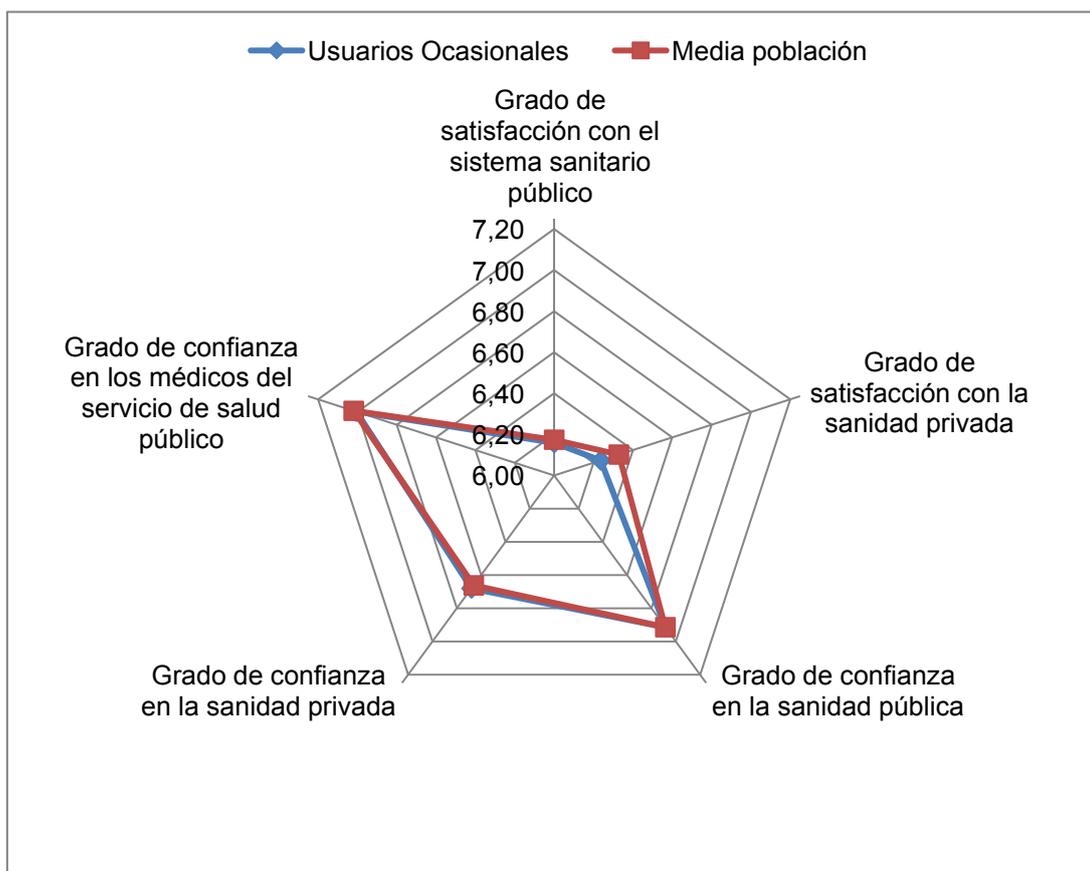
Las valoraciones medias que los “usuarios ocasionales” hacen de la sanidad coinciden en gran medida con la media de la población global, lo que se explica porque este es el grupo más numeroso, más del 50% de la muestra, de modo que su influencia en el cálculo de las valoraciones medias es importante.

Gráfico 43. Grado de satisfacción y confianza de los “usuarios ocasionales” en el sistema sanitario público, en los médicos y en el sistema privado.



Dónde existe mayor diferencia con la media poblacional es en la satisfacción con la sanidad privada, dónde las valoraciones de los “usuarios ocasionales” de la sanidad pública son ligeramente inferiores, y muy inferiores a las de los “no usuarios”. Esto explica que la frecuencia de utilización de los servicios médicos privados por este grupo, $M= 1,60$ ($D.T.= 3,579$) veces el pasado año, sea inferior tanto a la media poblacional como a la media de los “no usuarios”.

Gráfico 44. Valoraciones “usuarios ocasionales” y la media poblacional

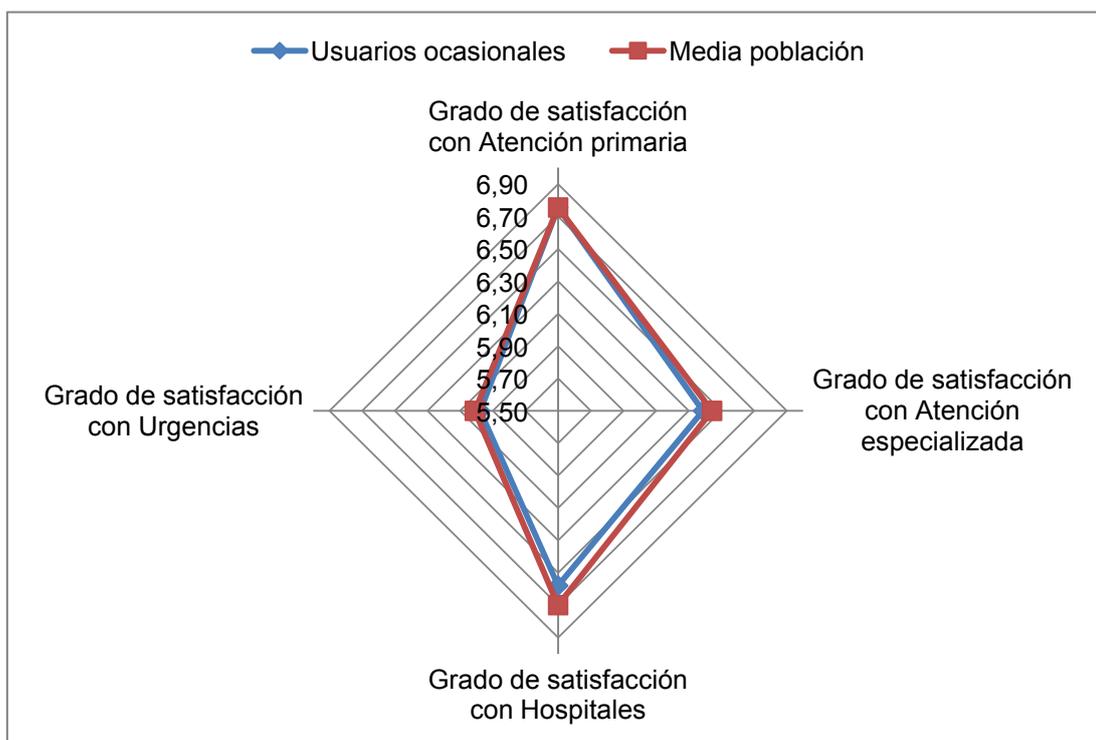


Las valoraciones de los diferentes servicios sanitarios públicos, a saber, la Atención Primaria, la Atención Especializada, los Hospitales y las Urgencias, son, como se observa en el gráfico 45, también muy similares a la media.

En definitiva, este grupo comprende un gran número de ciudadanos que hacen uso alguna vez al año de la sanidad pública, son en general jóvenes que trabajan y disponen de poco tiempo, pero su contacto con el sistema es escaso, y no perciben demasiados inconvenientes en el mismo debido a ese reducido contacto, que también lo es con la sanidad privada. A pesar de ello, al igual que el resto, sí tienen una opinión mucho más negativa del funcionamiento de los servicios de urgencias que de otros servicios como la atención primaria o los hospitales. Sus valoraciones son, en general,

mejores que las que otorgan los “no usuarios”, pero inferiores a las observadas entre los hiperusuarios.

Gráfico 45. Valoraciones servicios sanitario públicos “usuarios ocasionales” y la media poblacional



- Perfil sociodemográfico de los “usuarios frecuentes”

Los “usuarios frecuentes” (n=159) son fundamentalmente mujeres, el 62,3%, con una media de edad de $M= 50,97$ años ($DT= 18,222$), que han acudido a un médico de la sanidad pública el pasado año una media de $M= 7,95$ ($D.T.= 1,799$) veces, y cuya valoración del sistema sanitario público es ligeramente inferior a la del conjunto de la población.

Este grupo representa el 16,4% de la muestra total, y a diferencia de los dos grupos anteriores, está compuesto en un 40,3% por ciudadanos de 60 o más

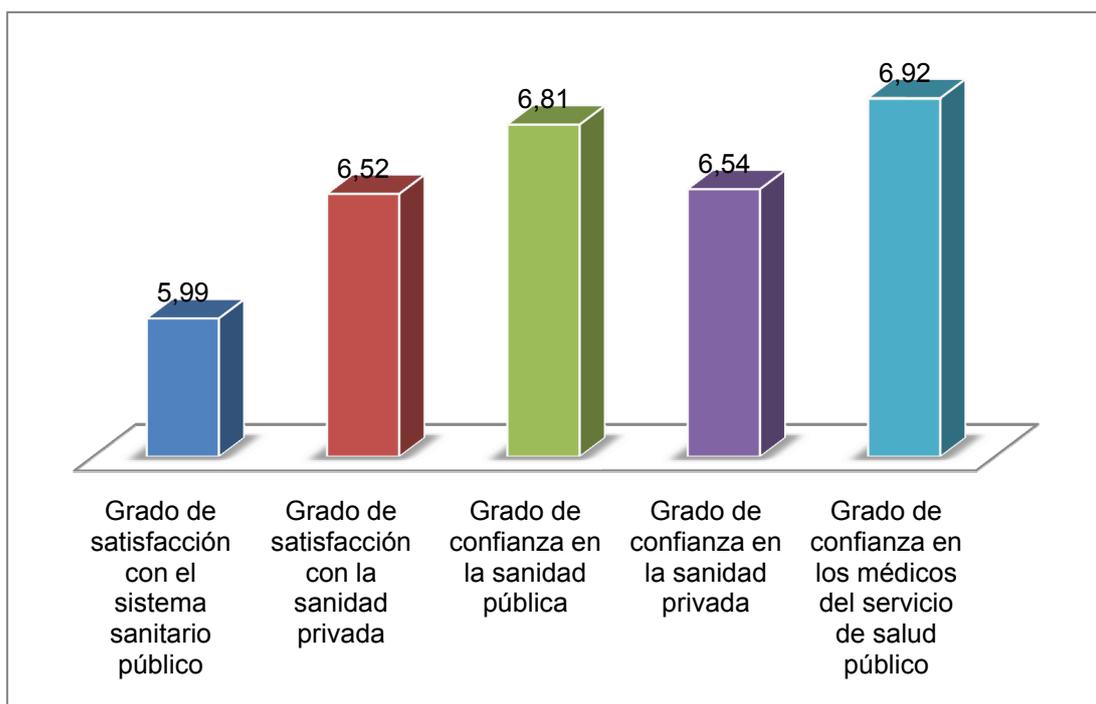
años, y en un 25,8%, por aquellos cuya edad se sitúa entre 45 y 59 años. La mayoría tienen estudios preuniversitarios medios (BUP, Bachillerato Superior, FP, aprendizaje y maestría industrial), mientras que un 23,3% tienen estudios primarios y únicamente el 10,1% poseen estudios superiores. Respecto a la ocupación, aunque la mayoría trabaja (37,7%), destaca también el porcentaje de jubilados o pensionistas, superior al de los grupos anteriores.

Tabla 109. Características sociodemográficas básicas de los “usuarios frecuentes” del sistema público de salud.

		Frecuencia	Porcentaje
SEXO	Hombre	60	37,7
	Mujer	99	62,3
	De 18 a 29 años	28	17,6
	De 30 a 44 años	26	16,4
	De 45 a 59 años	41	25,8
	60 o más años	64	40,3
	ESTADO CIVIL	Casado/a	87
	Soltero/a	47	29,6
	Divorciado/a o Separado/a	7	4,4
	Viudo/a	18	11,3
OCUPACIÓN	Estudiante	16	10,1
	Tareas del hogar	18	11,3
	Parado en busca de su primer empleo	1	0,6
	Parado, habiendo trabajado con anterioridad	10	6,3
	Jubilado o invalidez laboral	53	33,3
	Ocupado	60	37,7
	Ns/Nc	1	0,6
NIVEL DE ESTUDIOS	No estudió	0	0,0
	Estudios primarios sin terminar	9	5,7
	Escuela primaria, EGB hasta 5º	37	23,3
	EGB hasta 8º, Graduado escolar o Bachillerato elemental	30	18,9
	BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje y maestría industrial	49	30,8
	Diplomado Universitario, Ingeniero Técnico, Peritos Técnico	18	11,3
	Licenciado, Ingeniero Superior, Doctor	16	10,1

Los niveles de satisfacción y confianza de los considerados “usuarios frecuentes” son inferiores a la media poblacional en todos los casos excepto en el de la satisfacción con la sanidad privada, notablemente superior a la media.

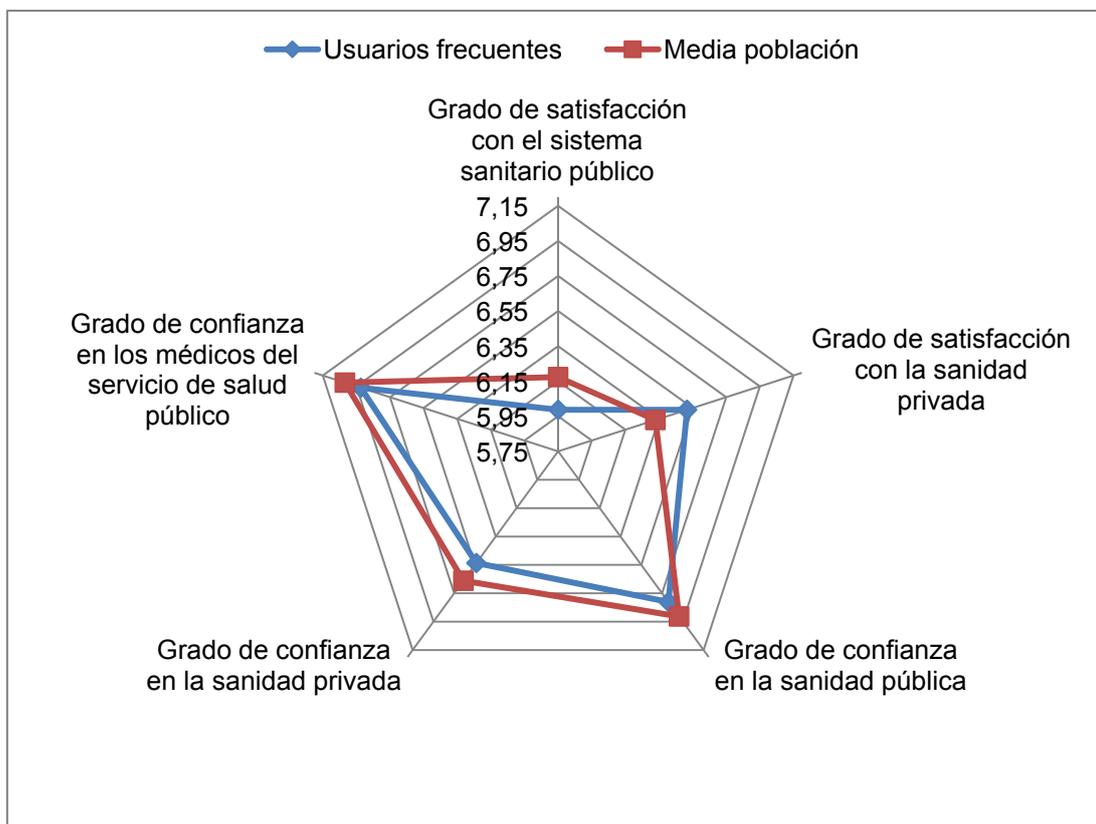
Gráfico 46. Grado de satisfacción y confianza de los “usuarios frecuentes” en el sistema sanitario público, en los médicos y en el sistema privado.



En el gráfico inferior se observa claramente la diferencia de valoración en la satisfacción con la sanidad privada, lo que, por otra parte, explica que la frecuencia de utilización de estos servicios sea significativamente superior a la de los dos grupos anteriores ($M= 2,95$, $D.T.=7,095$), concretamente casi el doble de la frecuencia reportada por los “usuarios ocasionales”. La explicación es que en este grupo nos encontramos usuarios que necesitan atención médica con cierta frecuencia, pero cuya situación laboral, la mayor parte ocupados, o características personales, hacen más compleja su

adaptación al sistema que en el caso de los “hiperusuarios”. Los fallos del sistema de salud público, como veremos, sobre todo las listas de espera, obligan a este grupo de ciudadanos a contratar seguros privados para poder acudir a consultas médicas, sobre todo de especialistas, sin necesidad de esperar tanto, y fuera de horas de trabajo habituales. Además, el hecho de que la mayoría sean mujeres, induce a pensar que muchos de los servicios médicos requeridos están vinculados a la ginecología, una de las especialidades más demandadas del ámbito privado. El análisis de regresión posterior, permitirá contrastar algunas de estas hipótesis.

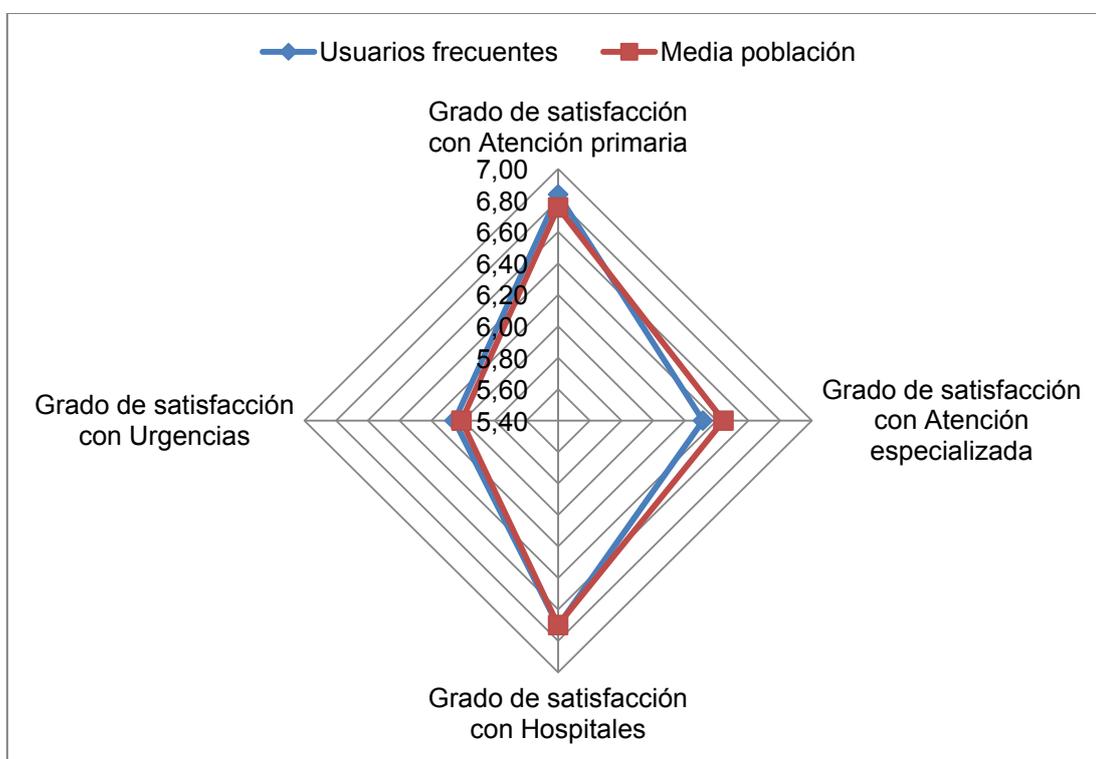
Gráfico 47. Valoraciones “usuarios frecuentes” y la media poblacional



Por último, las valoraciones que los “usuarios frecuentes” hacen de los principales servicios sanitarios públicos son muy similares a las de la media

poblacional, destacando la peor valoración de la Atención Especializada, lo que contribuye a afianzar nuestra hipótesis sobre el hecho de que el tiempo de espera para la consulta del especialista, es uno de los elementos que contribuye en mayor medida a que las valoraciones de este grupo sean las más bajas.

Gráfico 48. Valoraciones servicios sanitario públicos “usuarios frecuentes” y la media poblacional



- Perfil sociodemográfico de los “hiperusuarios”

Para finalizar el análisis de los perfiles de usuarios de la sanidad pública, se estudian las características del grupo de “hiperusuarios”, aquellos que manifiestan haber acudido más de 10 veces al médico de la sanidad pública,

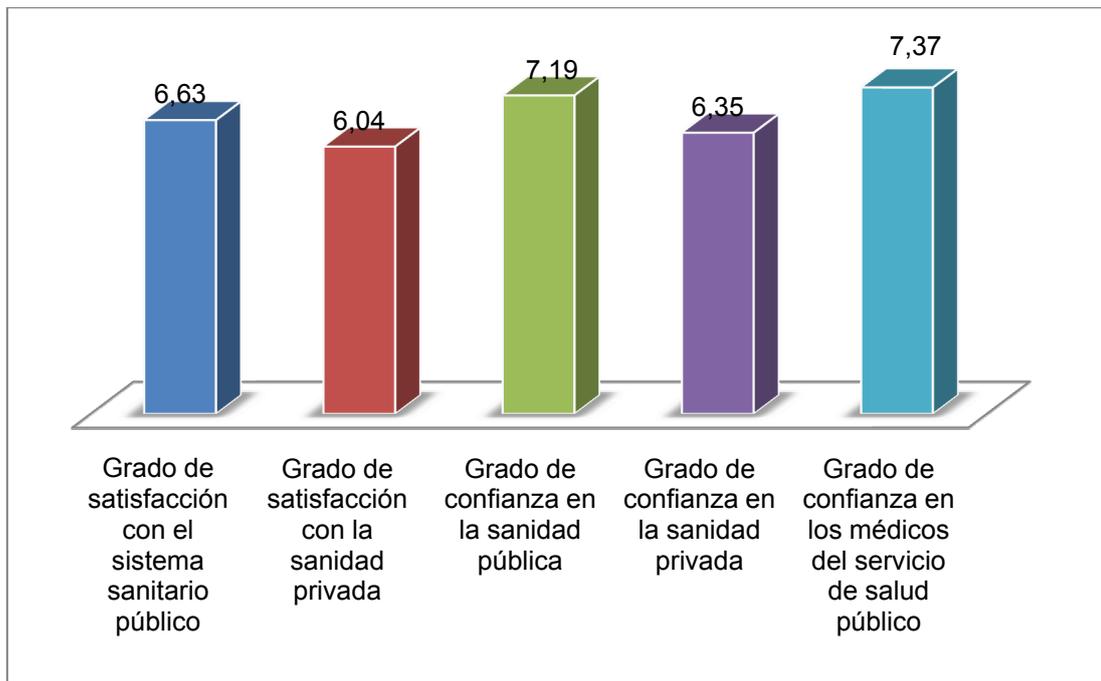
concretamente, la media de frecuencia de uso en este grupo es de $M= 23,71$ veces ($D.T.= 13,961$) en el último año.

Tabla X: Características sociodemográficas básicas de los “hiperusuarios” del sistema público de salud.

		Frecuencia	Porcentaje
SEXO	Hombre	35	33,3
	Mujer	70	66,7
EDAD	De 18 a 29 años	13	12,4
	De 30 a 44 años	25	23,8
	De 45 a 59 años	24	22,9
	60 o más años	43	41,0
ESTADO CIVIL	Casado/a	66	62,9
	Soltero/a	29	27,6
	Divorciado/a o Separado/a	3	2,9
	Viudo/a	7	6,7
OCUPACIÓN	Estudiante	8	7,6
	Tareas del hogar	18	17,1
	Parado en busca de su primer empleo	0	0,0
	Parado, habiendo trabajado con anterioridad	7	6,7
	Jubilado o invalidez laboral	38	36,2
	Ocupado	34	32,4
NIVEL DE ESTUDIOS	No estudió	1	1,0
	Estudios primarios sin terminar	9	8,6
	Escuela primaria, EGB hasta 5º	23	21,9
	EGB hasta 8º, Graduado escolar o Bachillerato elemental	23	21,9
	BUP, Bachillerato Superior, FP, Aprendizaje y maestría industrial	32	30,5
	Diplomado Universitario, Ingeniero Técnico, Peritos Técnico	9	8,6
	Licenciado, Ingeniero Superior, Doctor	8	7,6

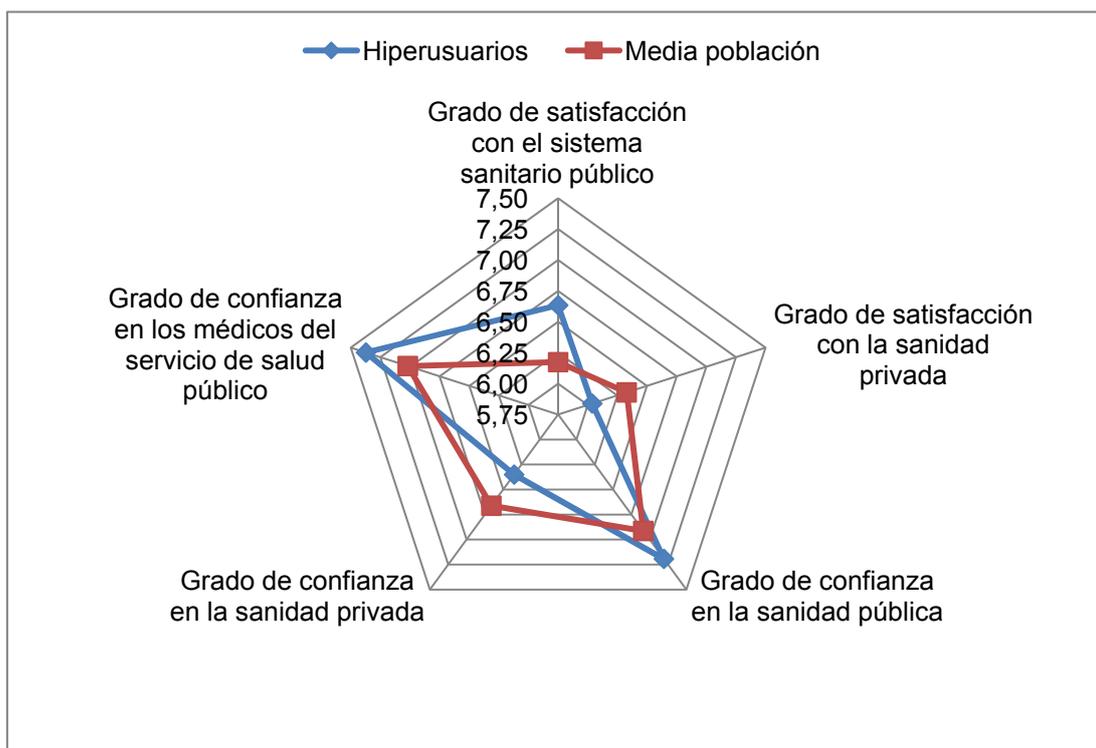
Tal y como muestra la tabla superior, la mayor parte de los ciudadanos pertenecientes a este grupo, el 41%, tienen 60 o más años, con una media de edad de $M= 52,04$ ($D.T.= 17,517$) años, y son mujeres el 66,7%. Además, la mayoría están también jubilados, el 36,2%, aunque un importante porcentaje todavía trabaja (32,4%).

Gráfico 49. Grado de satisfacción y confianza de los “hiperusuarios” en el sistema sanitario público, en los médicos y en el sistema privado.



Respecto de los niveles de satisfacción y confianza, este es, como se ha dicho, el grupo de los más satisfechos y los que más confían en la sanidad pública, y los médicos de la misma, pero esta satisfacción y confianza en lo público, se transforma en una menor satisfacción y una menor confianza que la media poblacional en la sanidad privada, lo cual se aprecia claramente en el gráfico 50. Por otra parte, a pesar de ello, estos utilizan la sanidad privada con una frecuencia ligeramente superior a la media de la población ($M=2,34$, $D.T.=6,753$), aunque inferior a la del grupo que hemos identificado como “usuarios frecuentes”.

Gráfico 50. Valoraciones “hiperusuarios” y la media poblacional



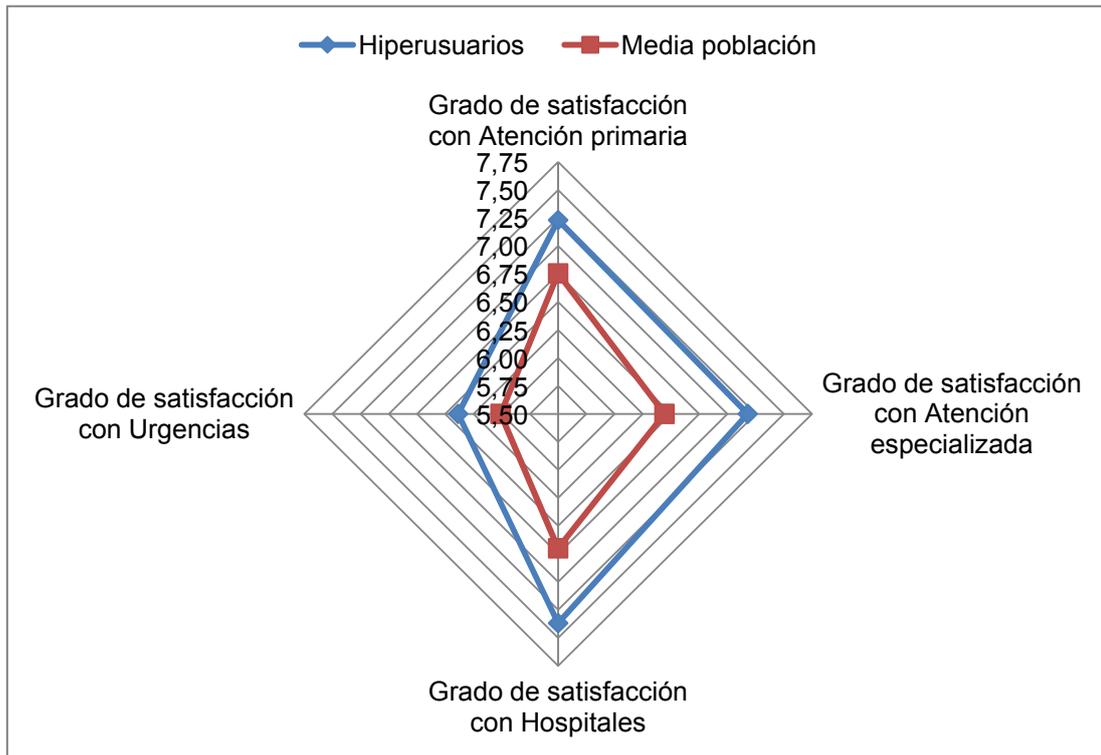
En lo relativo a las valoraciones de los diferentes servicios de salud públicos, la satisfacción de los “hiperusuarios” es notablemente superior a la media (véase gráfico 51), lo que destaca especialmente en el caso de la Atención Especializada, cuya valoración se acerca a la de la Atención Primaria, mientras que recordemos, en términos de población global, era el segundo servicio peor valorado después de las Urgencias.

En definitiva los “hiperusuarios” conforman el grupo de mayor edad, lo que se explica por el deterioro de la salud que conlleva el paso de los años, y, al mismo tiempo, está integrado por una mayoría de pensionistas o jubilados.

A la vista de los datos, se puede afirmar que se confirma la hipótesis inicial de que a un mayor uso del sistema público implica una mejor valoración del mismo (hipótesis 4), y no sólo eso, sino que a medida que aumenta la

satisfacción con la sanidad pública, se reducen los niveles de satisfacción y confianza en la sanidad privada, mientras que aumenta la confianza en el sistema sanitario público y en los médicos del mismo.

Gráfico 51. Valoraciones servicios sanitario públicos “hiperusuarios” y la media poblacional



A continuación, para un análisis más profundo del perfil de usuarios del sistema sanitario público, se realiza un estudio de los elementos que influyen de forma más significativa en las valoraciones que los ciudadanos realizan en función del “tipo de usuario” con el que se identifiquen, mediante un análisis de regresión múltiple (método forward), en el que se incluyen los siete factores resultantes del análisis factorial previo y la valoración de la confianza en la sanidad pública y sus médicos.

Tabla 110. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F (gl)	Sig.
1	0,900	0,811	0,799	1,094	68,450 (1, 16)	0,001
2	0,926	0,858	0,839	0,977	45,413 (2, 15)	0,001

De este modo, en la tabla inferior se observa que para el caso de los “hiperusuarios”, lo que más influye en su satisfacción, al margen de cualquier tipo de elemento de carácter sociodemográfico, son, en primer lugar la confianza en la sanidad pública seguida de la “Accesibilidad y Proximidad”, que recordemos, hacía referencia a la proximidad de las consultas y el horario de atención. Estos dos elementos consiguen explicar un 83% de la variabilidad de la satisfacción para este grupo de ciudadanos.

Tabla 111. Regresión lineal múltiple para los “hiperusuarios”. Variable dependiente: satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia.

	Beta	Sig.
Grado de confianza en la sanidad pública gallega	0,894	0,000***
Accesibilidad y proximidad	0,219	0,040*
R^2 corregido	0,839	
Error típico de estimación	0,97747	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

Por otra parte, como era de esperar, ni el tiempo de espera para la cita médica, ni la valoración concreta de ninguno de los cuatro servicios que hemos analizado, influye en la satisfacción de los ciudadanos que hace un uso tan continuado de la sanidad. Por el contrario, la confianza en el sistema es el factor que más condiciona su valoración, y como hemos visto, dicha

confianza es producto, fundamentalmente, de su experiencia personal con el sistema (Calnan y Rowe 2008), del trato recibido en esa experiencia y de la confianza en el personal sanitario, en definitiva, de la cultura sanitaria del ciudadano.

La confianza está presente, como veremos, como factor explicativo de la satisfacción, en todos los casos, sea cual sea el perfil del usuario, lo que confirma nuevamente nuestra hipótesis 3, sin embargo, su influencia varía en función del tipo de usuario de que estemos hablando. De este modo, para el caso de los “usuarios frecuentes”, además de la confianza en el sistema, también la confianza en los médicos y el tiempo de espera, ejercen una importante influencia en la satisfacción de este tipo de usuarios, consiguiendo explicar un 61% de la variabilidad del grado de satisfacción.

Tabla 112. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F (gl)	Sig.
1	0,708	0,501	0,490	1,491	44,192 (1, 44)	0,001
2	0,772	0,595	0,576	1,359	31,618 (2, 43)	0,001
3	0,800	0,640	0,614	1,297	24,859 (3, 42)	0,001

A este respecto, siendo este el perfil de usuario más crítico con la valoración global de la satisfacción, conviene fijarse en dos aspectos, a saber, por una parte, la confianza en los médicos es importante para los “usuarios frecuentes”, de modo que la confianza en el sistema no es capaz aglutinar el efecto de la confianza en el facultativo, al contrario de lo que ocurre con los “hiperusuarios”, cuya confianza en el sistema tiene un efecto mediador en la influencia de la confianza en los médicos en la satisfacción, ya que como se ha visto, la confianza en el sistema empieza en la confianza en sus profesionales. El segundo aspecto relevante lo encontramos en el factor

“Tiempo de espera”, que recordemos abarcaba el tiempo de espera para ingresos, intervenciones quirúrgicas o consultas, y la información sobre el tiempo de espera en las urgencias. Este factor influye, tal y como suponíamos (hipótesis 9), en la satisfacción con la sanidad, de modo que a medida que mejora su valoración, ejerce a su vez un efecto positivo en la satisfacción con el sistema.

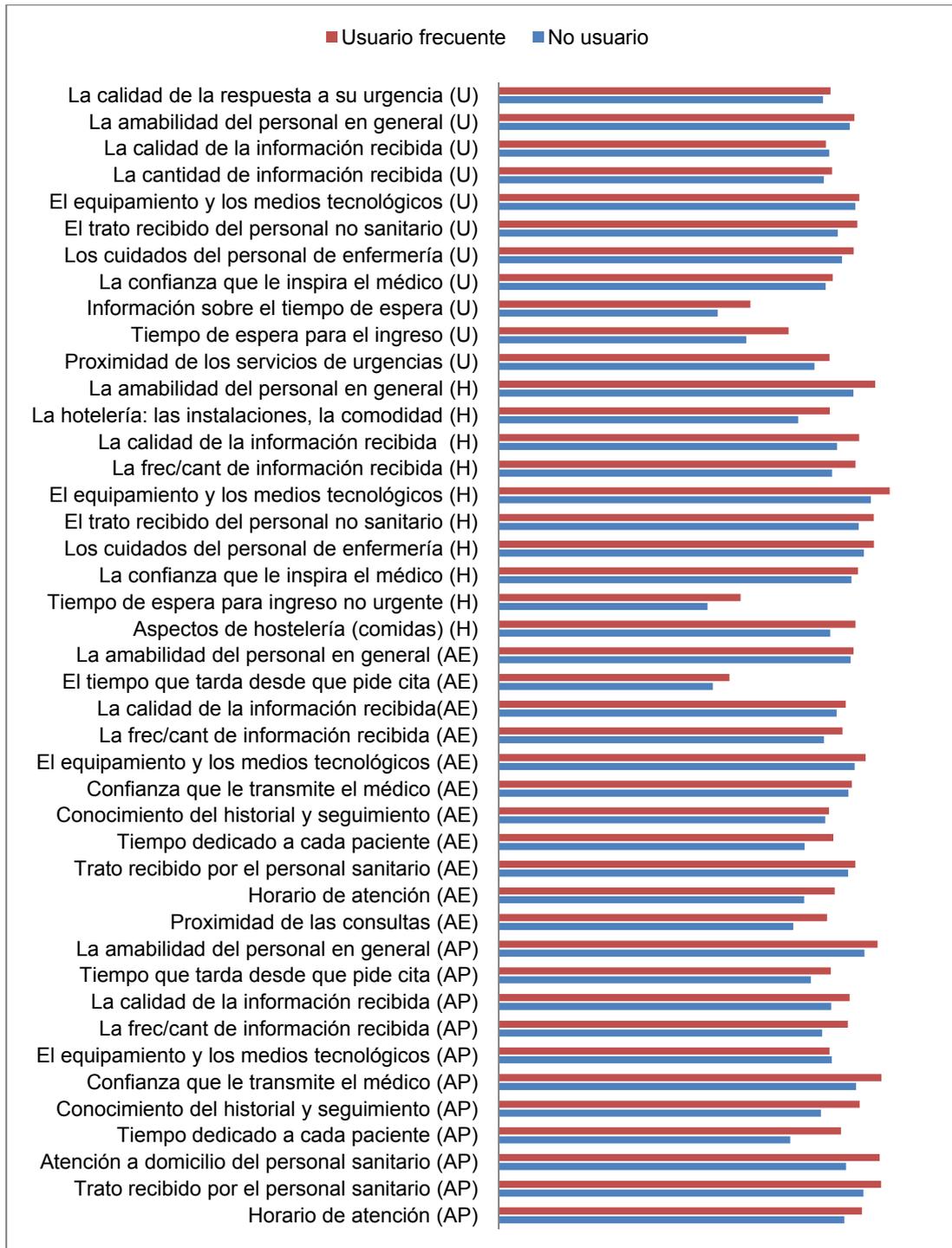
Tabla 113. Regresión lineal múltiple para los “usuarios frecuentes”. Variable dependiente: satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia.

	Beta	Sig.
Grado de confianza en la sanidad pública gallega	0,481	0,001**
Tiempo de espera	0,271	0,006**
Grado de confianza en los médicos del servicio gallego de salud público	0,303	0,028*
R ² corregido	0,614	
Error típico de estimación	1,29700	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad p<0.001, **significatividad media p<0.01, *mínima significatividad p<0.05

Finalmente, es importante señalar que, a pesar de que la valoración global del sistema sanitario público por parte de los usuarios frecuentes es ligeramente inferior a la de los “no usuarios”, si analizamos las puntuaciones que cada grupo otorga a los diferentes ítems de referencia de las escalas de valoración de los cuatro servicios públicos analizados, se observa que estos son prácticamente siempre peor valorados por los “no usuarios” que por los “usuarios frecuentes” (véase tabla 117), lo que induce a suponer la existencia de algún factor exógeno que condicione la satisfacción global con el sistema de estos últimos, que contribuye a que su satisfacción global esté, eso sí, muy ligeramente, por debajo de la manifestada por los “no usuarios”.

Tabla 114. Valoración de los ítems de cada uno de los principales servicios sanitarios públicos por los “no usuarios” y los “usuarios frecuentes”.



En otro orden de cosas, los elementos que inciden en el grado de satisfacción de los usuarios ocasionales, son, como se observa en la tabla 119, de nuevo la confianza en el sistema y el tiempo de espera, seguidos de la satisfacción con la Atención Especializada y la Satisfacción con los Hospitales.

Tabla 115. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	F (gl)	Sig.
1	0,656	0,431	0,426	1,500	97,654 (1, 129)	0,001
2	0,718	0,516	0,508	1,390	68,132 (2, 128)	0,001
3	0,741	0,549	0,538	1,346	51,559 (3, 127)	0,001
4	0,751	0,563	0,549	1,330	40,635 (4, 126)	0,001

La utilización ocasional de los servicios por parte de este grupo, evita, sin embargo, que sufran los inconvenientes del sistema de forma habitual, de modo que, después de los hiperusuarios, son los que mejor valoran la sanidad de forma global, y los que menos utilizan los servicios sanitarios privados.

Tabla 116. Regresión lineal múltiple para los “usuarios ocasionales”. Variable dependiente: satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia.

	Beta	Sig.
Grado de confianza en la sanidad pública gallega	0,466	0,000***
Tiempo de espera	0,324	0,000***
Satisfacción con la Atención Especializada	0,205	0,001**
Satisfacción con los Hospitales	0,128	0,045*
R ² corregido	0,549	
Error típico de estimación	1,32980	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0.001$, **significatividad media $p < 0.01$, *mínima significatividad $p < 0.05$

Por último, el análisis de regresión lineal para los “no usuarios” ($F(1, 50) = 19,445, p < 0,001$), indica que el único elemento, de los utilizados en nuestro análisis, que condiciona su satisfacción con el sistema sanitario público es la confianza en los médicos del servicio gallego de salud público, aunque este factor sólo es capaz de explicar el 26% de la variabilidad de la satisfacción para este tipo de usuarios, lo que indica que existen otros aspectos, no recogidos en esta investigación que condicionan sus valoraciones. Sin embargo, esto contribuye a demostrar nuestro modelo de explicación, ya que, si la confianza es un factor influyente para los “no usuarios”, el hecho de que estos no tengan experiencia en la interacción con el sistema, o esta sea muy reducida, hace que difícilmente se establezcan relaciones de confianza, lo que a su vez repercute en los bajos niveles de valoración.

Tabla 117. Regresión lineal múltiple para los “no usuarios”. Variable dependiente: satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia.

	Beta	Sig.
Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública gallega	0,529	0,001*
R^2 corregido	0,266	
Error típico de estimación	1,33296	

Se muestran los coeficientes estandarizados de regresión.***máxima significatividad $p < 0,001$, **significatividad media $p < 0,01$, *mínima significatividad $p < 0,05$

En definitiva, el análisis del perfil de los diferentes tipos de usuarios de la sanidad pública, se ha revelado como una importante herramienta para el estudio de los aspectos más determinantes en la satisfacción ciudadana, de modo que sea posible, y recomendable, el diseño de políticas públicas sanitarias diferenciadas, orientadas a cubrir las necesidades de los diferentes perfiles de usuario público de los servicios sanitarios.

10. Factores exógenos: la ideología y la imagen del sistema sanitario.

10.1. La ideología política.

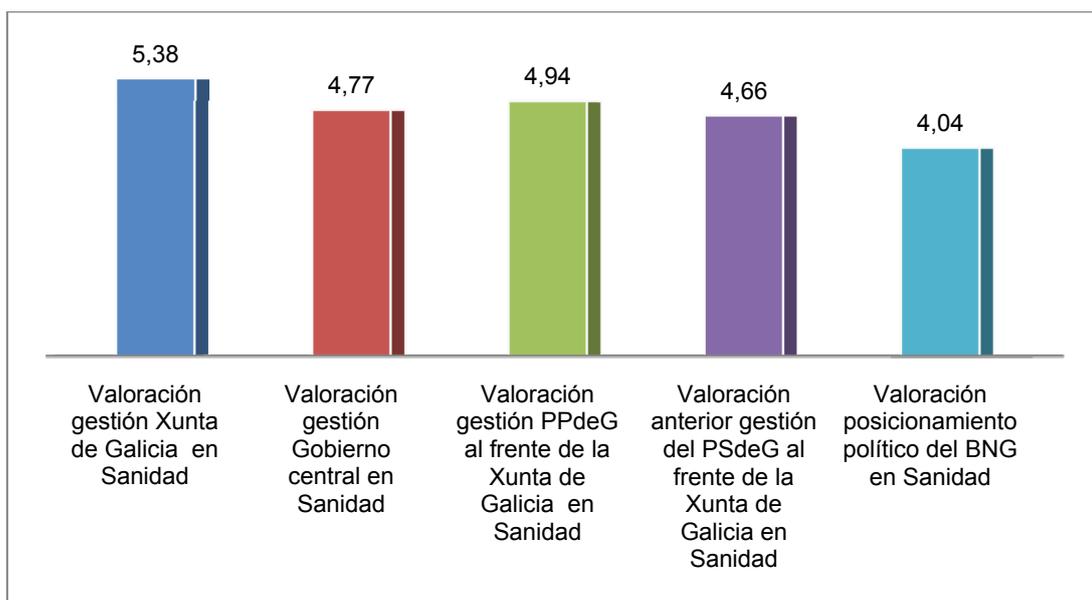
“La sanidad, como organización social de los servicios de salud, está en el centro del objeto de la política” (Elola Somoza 2001, 43).

En el desarrollo de nuestro modelo teórico de explicación de la satisfacción con la sanidad pública, se incluyen la ideología y la identificación partidaria, como elementos de carácter exógeno, capaces de influir en las valoraciones de los ciudadanos hacia el sistema. Partiendo de este presupuesto, el estudio de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario no estaría completo si no se analizase el perfil socio-político de los gallegos, con el fin de ver si existe relación alguna entre el comportamiento político y los niveles de satisfacción. Con este objeto, se han incluido en la encuesta realizada ad-hoc para esta investigación, preguntas de índole política, como la intención y el recuerdo de voto en las elecciones municipales, autonómicas y nacionales, así como la valoración de la gestión del gobierno autonómico en materia de sanidad o la valoración de la gestión del gobierno central en esta misma materia.

En primer lugar, en un breve análisis descriptivo, el gráfico 52 muestra las medias de valoración que los ciudadanos hacen de la gestión de la Xunta y el Gobierno Central en materia sanitaria, así como la gestión de los tres partidos políticos mayoritarios en Galicia. De este modo, se observa que la gestión de la Xunta de Galicia y la del PP, que es el partido que ocupa el gobierno autonómico en estos momentos, son las mejor valoradas por los ciudadanos, seguidas de la gestión del Gobierno Central, cuyas competencias en materia sanitaria están, como se ha visto, poco vinculadas a ámbitos de gestión, y la gestión del PSdG-PSOE, en el gobierno durante la

última legislatura. Por último los posicionamientos peor valorados en materia sanitaria son los del Bloque Nacionalista Gallego, partido que por otra parte nunca ha estado al frente de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia.

Gráfico 52. Valoración de la gestión en materia sanitaria

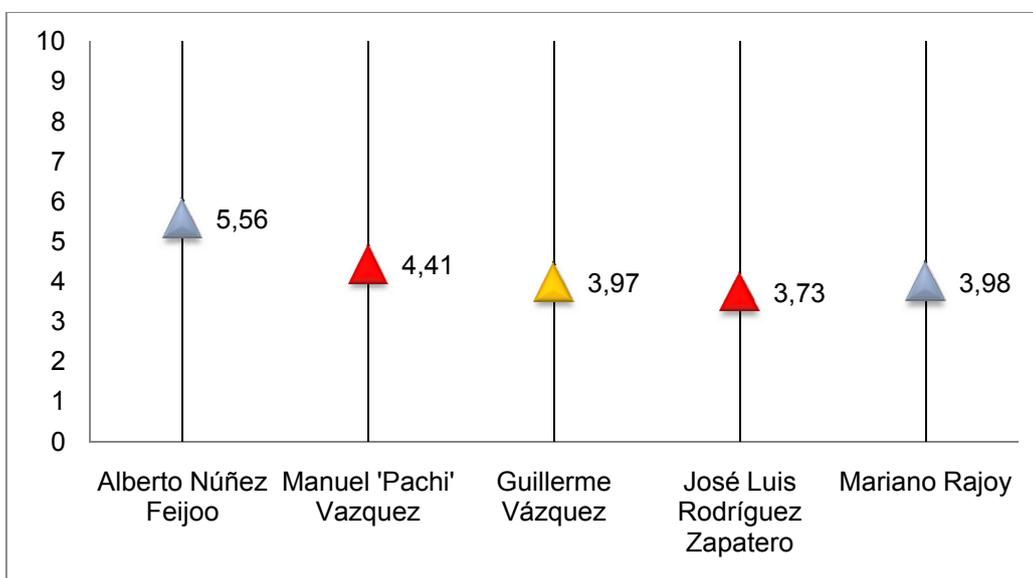


Para un conocimiento más profundo, se estudia la composición de la muestra en función de variables como el comportamiento político habitual, el recuerdo de voto autonómico, la autoubicación ideológica en el eje izquierda-derecha, y las valoraciones de los líderes políticos gallegos y nacionales; todas ellas, cuestiones que también serán tenidas en cuenta para la construcción de un modelo más global que busque explicar la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad y el sistema sanitario. Atendiendo a este grupo de variables partimos de la hipótesis de la existencia de cierta relación entre los posicionamientos políticos de los ciudadanos y su valoración del sistema sanitario gallego, tal y como se ha expuesto. En este sentido, no se

puede hablar de una abundancia de literatura de referencia, aunque algunos autores han podido identificar una mayor satisfacción con el sistema sanitario público entre los individuos de izquierdas (Costa Font 2001).

Para nuestro análisis, en primer lugar se muestran las valoraciones medias de líderes políticos autonómicos, así como la del Presidente del Gobierno Central y la del jefe de la oposición.

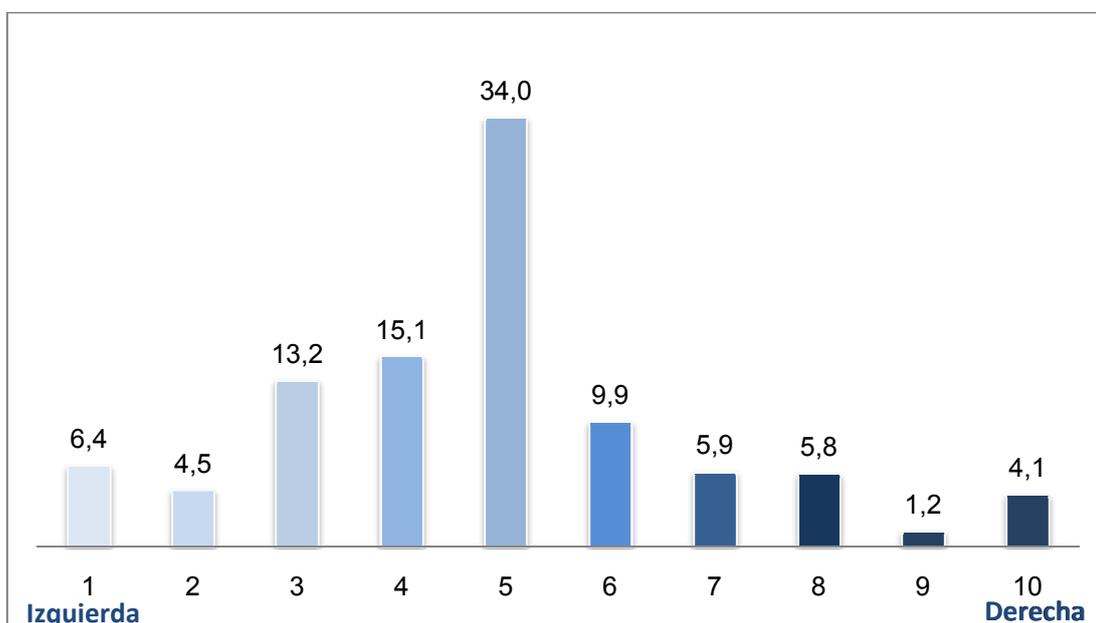
Gráfico 53. Valoraciones de los líderes autonómicos y nacionales



En virtud de los resultados extraídos, simplemente destacamos que el único de los líderes que alcanza el 5 en esta encuesta de agosto de 2010, es el actual Presidente de la Xunta de Galicia, Alberto Núñez Feijóo ($M= 5,56$, $D.T.= 2,457$), muy por delante de la valoración media de José Luis Rodríguez Zapatero ($M=3,73$, $D.T.= 2,512$) y Mariano Rajoy ($M= 3,98$, $D.T.= 2,347$).

Otra variable importante para nuestro análisis es la autoubicación ideológica de los ciudadanos⁸¹, respecto de la cual la puntuación media es de $M= 4,84$ $D.T.= 2,039$, ya que los gallegos tienden a situarse en las posiciones moderadas (centro o centro-izquierda). Esto se refleja de forma clara en el gráfico inferior, que muestra como prácticamente la mitad de la muestra, en concreto el 49,1%, se sitúa entre el 4 y 5.

Gráfico 54. Porcentaje de ciudadanos que se autoubican en cada uno de los puntos de la escala ideológica



El porcentaje de ciudadanos ubicados en el centro y ligeramente hacia la izquierda de la escala de autoubicación ideológica es notablemente superior

⁸¹ La pregunta planteada dice textualmente: Cuando se habla de política la gente acostumbra a definir su posición con las palabras “izquierda” y “derecha”. Sitúese en una escala de 1 a 10, donde 1 representa la posición la más a la izquierda y 10 la posición más a la derecha.

a los que se ubican hacia la derecha, sin embargo, si se analiza el recuerdo de voto de las últimas elecciones autonómicas de marzo de 2009, observamos que un importante porcentaje de población, el 29,7%, recuerda haber votado al Partido Popular, actualmente a cargo de la Xunta de Galicia.

Tabla 118. Recuerdo de voto en las últimas elecciones autonómicas (marzo 2009)

	Frecuencia	Porcentaje
PP	297	29,7
PSdeG / PSOE	231	23,1
BNG	141	14,1
EU / IU	8	0,8
Otro	12	1,2
No tenía derecho a voto	25	2,5
Se abstuvo	104	10,4
Votó en blanco o nulo	69	6,9
No recuerda	27	2,7
No quiere contestar	85	8,5
Total	999	100,0

Pero, ¿qué relación existe entre el autopercepción ideológica de los ciudadanos o su recuerdo de voto y el grado de satisfacción con la sanidad pública?. En esta investigación se parte de la hipótesis de que diferentes posiciones ideológicas e incluso diferente identificación partidaria, generan diferentes relaciones de los ciudadanos con los servicios públicos, y por lo tanto, la valoración que los ciudadanos hacen de la sanidad pública se ve influenciada por su posicionamiento ideológico. La variable que funcione en cada momento para explicar esta diferencia depende más de la composición de los electorados que de la incidencia real de una u otra (ubicación ideológica, identificación partidista, voto,...)Frente a la idea de que la ideología es el elemento básico que nos permite distinguir los partidos políticos unos de otros (Budge, Ezrow y McDonald 2010), e incluso, de que el análisis de los programas de los partidos políticos, “manifesto-based

research”, contribuye a entender el modo en que se forman las políticas públicas que después estos partidos implementan” (Budge, Klingermann y Tanenbaum 2001, Laver y Garry 2000), se instala la lectura de que la identificación partidista y las posiciones estratégicas de los votantes, condicionan las percepciones que estos tienen de las políticas públicas, en función de si es su partido, o uno contrario, el que gobierna. De este modo, los ciudadanos esperan que los partidos políticos a los que votan o por los que tienen simpatía, implementen un tipo de políticas públicas sanitarias, acordes con su posición ideológica. No es este análisis objeto de nuestra investigación, pero nos sirve de punto de partida para intentar dilucidar si ,en efecto, existe relación entre la posición ideológica de los ciudadanos y la forma que valoran las políticas públicas e instituciones sanitarias, concretamente, el sistema sanitario público de Galicia.

Tabla 119. Diferencias de valoración de la satisfacción con la sanidad pública en función del recuerdo de voto en las últimas elecciones autonómicas

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
PP	295	6,64	2,040	6,41	6,87
PSdeG / PSOE	231	6,22	1,931	5,97	6,47
BNG	140	5,69	1,892	5,38	6,01
EU / IU	7	5,29	1,496	3,90	6,67
Otro	12	5,58	1,379	4,71	6,46
No tenía derecho a voto	25	6,60	1,414	6,02	7,18
Se abstuvo	102	5,83	2,125	5,42	6,25
Votó en blanco o nulo	69	5,87	2,148	5,35	6,39
No recuerda	27	6,11	2,100	5,28	6,94
No quiere contestar	81	5,91	1,989	5,47	6,35
Total	989	6,17	2,012	6,05	6,30

Para comprobar si, en efecto, existe relación entre la autoubicación ideológica y el grado de satisfacción con el sistema sanitario se realiza un análisis de correlación, que tiene como resultado la existencia de una relación positiva de baja intensidad entre ellas ($r= 0,218$, $n= 824$, $p<0,01$). Este resultado se confirma con un análisis de regresión lineal simple, del que se desprende que, la autoubicación ideológica, es una variable explicativa al máximo nivel de significación, consiguiendo explicar un 4,6% ($R^2= 0,046$, $p<0,001$) de la variabilidad de la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública, por lo que será incluida en el modelo global de explicación para analizar en qué medida se mantiene o, incluso, aumenta o disminuye, la influencia del autoposicionamiento ideológico de los ciudadanos, cuando entran en juego otros factores más influyentes.

Por otra parte, el análisis de varianzas en las valoraciones de satisfacción en función del recuerdo de voto, muestra una diferencia de medias significativa ($F(9, 979)= 3,808$, $p<0,001$), de modo que, en nuestra muestra, los votantes del PP son los que valoran mejor el sistema público de salud ($M= 6,64$, $D.T.= 2,040$), seguidos de los votantes del PSdG-PSOE ($M= 6,22$, $D.T.= 1,931$), y muy por debajo los del BNG ($M= 5,69$, $D.T.= 1,892$) (véase tabla 122).

En este análisis, sin embargo, debe ser tenido en cuenta el hecho de que 45,5% de los entrevistados que recuerdan votar al PP en las últimas elecciones autonómicas, son mayores de 60 años, una cohorte de edad que, recordemos, era la que mejor valoraba la sanidad pública y también la que más la usaba. Por ello debemos tener en cuenta la posible existencia de un efecto cruzado entre ambos elementos, que se eliminará al controlar la edad en el análisis de regresión posterior respecto de la satisfacción global con la sanidad pública.

Tabla 120. Distribución de la edad en grupos en función del recuerdo de voto en las últimas elecciones autonómicas

	PP	PS de G / PSOE	BNG	EU / IU	Otro	No tenía derecho a voto	Se abstuvo	Votó en blanco o nulo
De 18 a 29 años	11,1%	20,8%	22,0%	37,5%	41,7%	88,0%	19,2%	30,4%
De 30 a 44 años	20,2%	22,5%	36,2%	37,5%	41,7%	8,0%	37,5%	30,4%
De 45 a 59 años	23,2%	23,8%	28,4%		8,3%	4,0%	19,2%	23,2%
60 o más años	45,5%	32,9%	13,5%	25,0%	8,3%		24,0%	15,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Respecto del comportamiento electoral habitual de los ciudadanos, la mayor parte afirma no tener una comportamiento habitual definido (35,5%), mientras que el porcentaje de votantes del PP (22,4%) y del PSdG-PSOE (21,1%), es según afirman los entrevistados, prácticamente el mismo.

Tabla 121. Comportamiento electoral habitual que afirman tener los ciudadanos

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Votar al PSdG-PSOE	194	21,1
	Votar al PP	206	22,4
	Votar al BNG	88	9,6
	Votar a IU	8	0,9
	Votar a outros (anotar)	7	0,8
	Abstenerme	39	4,2
	Votar en Branco	32	3,5
	No tengo un comportamiento habitual	327	35,5
	No tuve derecho a voto hasta ahora	20	2,2
	Total	921	100,0
Perdidos	Ns/Nc	78	
Total		999	

En resumen, y como dato para contextualizar el análisis de la sanidad en función del comportamiento electoral habitual, más de la mitad de la

muestra, concretamente el 62,3% mantiene la misma opción política elección tras elección, mientras que 35,5% puede ser considerado “volátil”. En la tabla superior puede verse que las opciones mayoritarias son, claramente, el voto habitual a los tres grandes partidos, además del porcentaje de gallegos con un comportamiento no habitual. Por ello, sólo se analizarán pormenorizadamente estos 4 grupos. De este modo, podremos ver si existe alguna diferencia en sus valoraciones ante temas relacionados con la sanidad y el sistema sanitario o, si por el contrario, el comportamiento habitual no es una cuestión determinante para esta investigación.

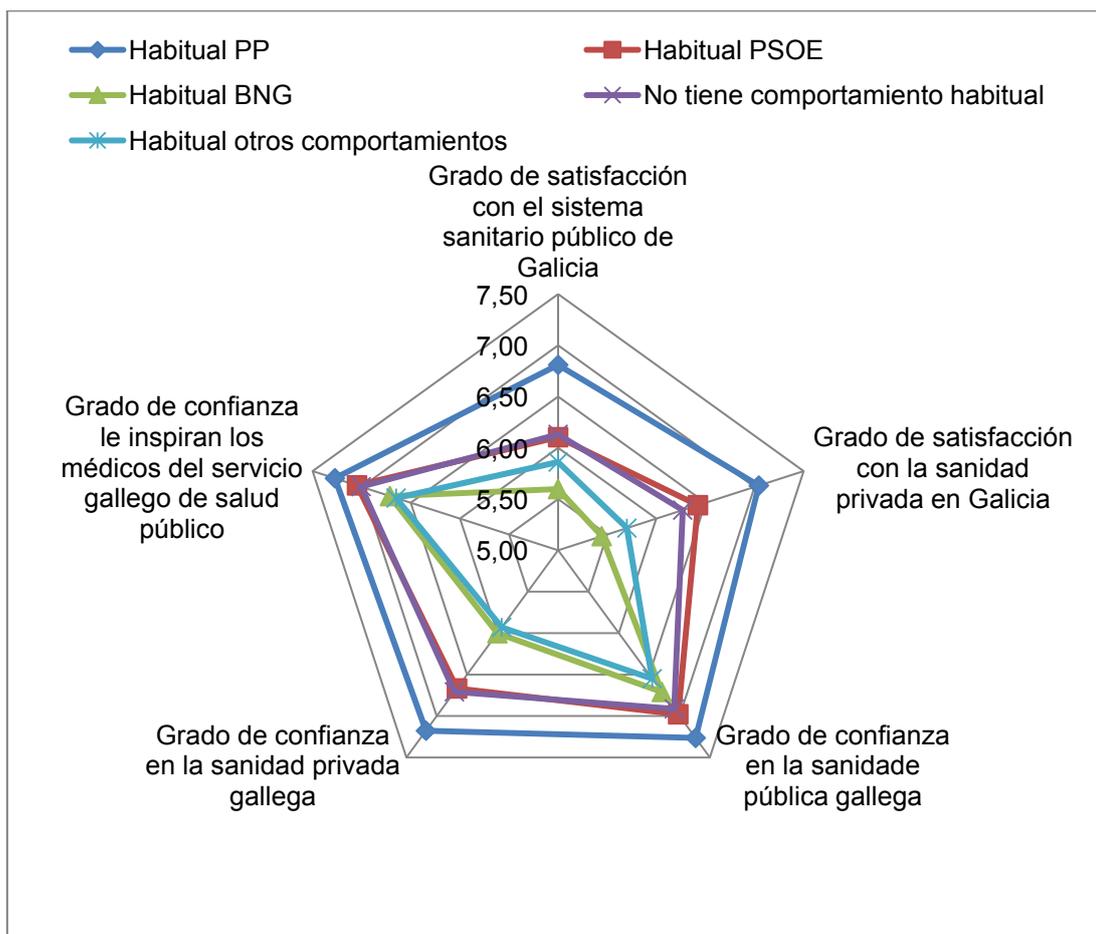
Tabla 122. Valoraciones según el comportamiento electoral habitual

	Habitual PSdeG-PSOE		Habitual PP		Habitual BNG		No tiene comportam. habitual		Habitual otros comportam.	
	M	Desv. típ.	M	Desv. típ.	M	Desv. típ.	M	Desv. típ.	M	Desv. típ.
Grado de satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia	6,10	1,942	6,81	1,904	5,60	1,938	6,13	2,053	5,86	2,147
Grado de satisfacción con la sanidad privada en Galicia	6,42	2,079	7,04	1,921	5,44	2,073	6,27	2,147	5,70	2,493
Grado de confianza en la sanidad pública gallega	6,98	1,881	7,26	1,927	6,71	1,952	6,91	2,052	6,55	2,118
Grado de confianza en la sanidad privada gallega	6,67	1,986	7,18	2,020	6,00	1,968	6,71	1,944	5,93	2,337
Grado de confianza le inspiran los médicos del servicio gallego de salud público	7,05	1,625	7,27	1,732	6,71	1,486	7,01	1,600	6,65	1,897

Si echamos un vistazo a las medias de los niveles de satisfacción y confianza (tabla superior) podremos ver ciertas discrepancias, en tanto en cuanto, los votantes habituales del Partido Popular están más satisfechos

tanto con la sanidad pública como con la privada y confían, en términos generales más que los demás, en la sanidad pública y sus médicos y en la sanidad privada. Por el contrario, son los votantes habituales del Bloque Nacionalista Galego los más insatisfechos con el sistema de salud público y privado, y expresan menores niveles de confianza tanto en la sanidad pública, como en sus médicos y en la sanidad privada. Otra de las conclusiones que podemos extraer de la tabla 122, es que los ciudadanos que manifiestan no tener un comportamiento electoral habitual (recordemos que representan más de un tercio de la muestra, 32,5%), expresan niveles de satisfacción y confianza muy similares a las medias globales.

Gráfico 55. Niveles de satisfacción y confianza en función del comportamiento electoral habitual



En el gráfico 55, se representan visualmente dichas diferencias, y se observa que las pautas de valoración de los volátiles, son muy similares a las de los que se declaran votantes habituales del PSdeG-PSOE.

En definitiva, los votantes del Partido Popular son más generosos en sus valoraciones de los servicios públicos, y aún más de los privados, mientras que los del BNG son los más críticos con ambos servicios, y son los únicos que valoran peor los servicios sanitarios privados que los públicos. Estas diferencias deben ser contrastadas a través del test de ANOVA, tratando así de demostrar, que tal y como suponemos, existen discrepancias estadísticamente significativas en los niveles medios de satisfacción con la sanidad pública y con la sanidad privada en función del comportamiento electoral habitual de los ciudadanos.

Para el análisis de la satisfacción con la sanidad pública, comprobada la homogeneidad de varianzas ($Levene= 0,216, p=0,929$), el test de ANOVA revela que, en efecto, las diferencias en los niveles medios de satisfacción entre los grupos son estadísticamente significativas ($F(4, 890)= 7,607, p< 0,001$). El contraste de medias de Scheffé muestra, tal y como se observa en la tabla inferior, que las diferencias entre los diferentes grupos se hacen significativas respecto de los votantes habituales del Partido Popular.

Tabla 123. Comparaciones múltiples de las medias de satisfacción en función del comportamiento electoral habitual

		PSdeG -PSOE	PP	BNG	Sin comp. Habit.	Habit. otros comp.	$F(4, 890)$
Grado de satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia	M (DT)	b 6,10 (1,942)	a 6,81 (1,904)	b 5,60 (1,938)	b 6,13 (2,053)	b 5,86 2,147	7,607**

** $p<0,01$. Diferentes letras indican diferencias significativas entre los valores de cada grupo en cada dimensión de la confianza al nivel de $p<0,05$

A la luz de los resultados, se confirma la hipótesis de que el comportamiento político habitual es un factor exógeno que influye en el grado de satisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública. En este caso, además de que diferentes posiciones ideológicas generan diferentes relaciones con los servicios públicos, la diferencia se hace más patente, por dos motivos, a saber, en primer lugar, es lógico que los votantes habituales del partido que gobierna en estos momentos la Xunta de Galicia valoren mejor que los demás la asistencia sanitaria que esta proporciona; en segundo lugar, casi un 50% de los que se declaran votantes habituales del PP tienen 60 o más años, lo que justifica que sus valoraciones sean mejores.

Tabla 124. ANOVA de las medias de confianza en la sanidad pública, privada y en los médicos en función del comportamiento electoral habitual

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Grado de confianza en la sanidad pública gallega	Inter-grupos	39,166	4	9,792	2,486	0,042
	Intra-grupos	3.489,947	886	3,939		
	Total	3.529,113	890			
Grado de confianza en la sanidad privada de Galicia	Inter-grupos	83,654	4	20,914	5,152	0,000
	Intra-grupos	2.155,568	531	4,059		
	Total	2.239,222	535			
Grado de confianza en la valoración de los médicos del servicio gallego de salud público	Inter-grupos	32,524	4	8,131	2,966	0,019
	Intra-grupos	2.409,313	879	2,741		
	Total	2.441,837	883			

Del mismo modo, se ha contrastado la diferencia de medias de satisfacción con la sanidad privada mediante un análisis de varianzas, previamente comprobada la homocedasticidad ($Levene= 0,795$, $p= 0,529$). El test de ANOVA (véase tabla superior) revela que al igual que ocurre con la sanidad pública, las diferencias en la valoración de la satisfacción con la sanidad privada son, estadísticamente significativas ($F(4, 496)= 6,314$, $p<0,001$). Lo

mismo ocurre con las diferencias respecto a la confianza en la sanidad pública, la sanidad privada y los médicos de los servicios sanitarios públicos, en las que los grupos también son homocedásticos, y el test de ANOVA muestra que las diferencias de medias antes observadas son estadísticamente significativas.

Sin embargo, el test muestra también que en el caso de la confianza, únicamente se alcanza el máximo grado de significatividad respecto de la confianza en la sanidad privada, no así en la pública y en la confianza en los médicos que muestran estar menos condicionadas por las opiniones políticas. Estos resultados difieren de los obtenidos anteriormente en el análisis por cohortes de edad, lo que hace pensar que, al margen de la influencia innegable de esta, los aspectos ideológicos juegan un papel relevante como factores exógenos condicionantes de la satisfacción y la confianza ciudadanas en la sanidad.

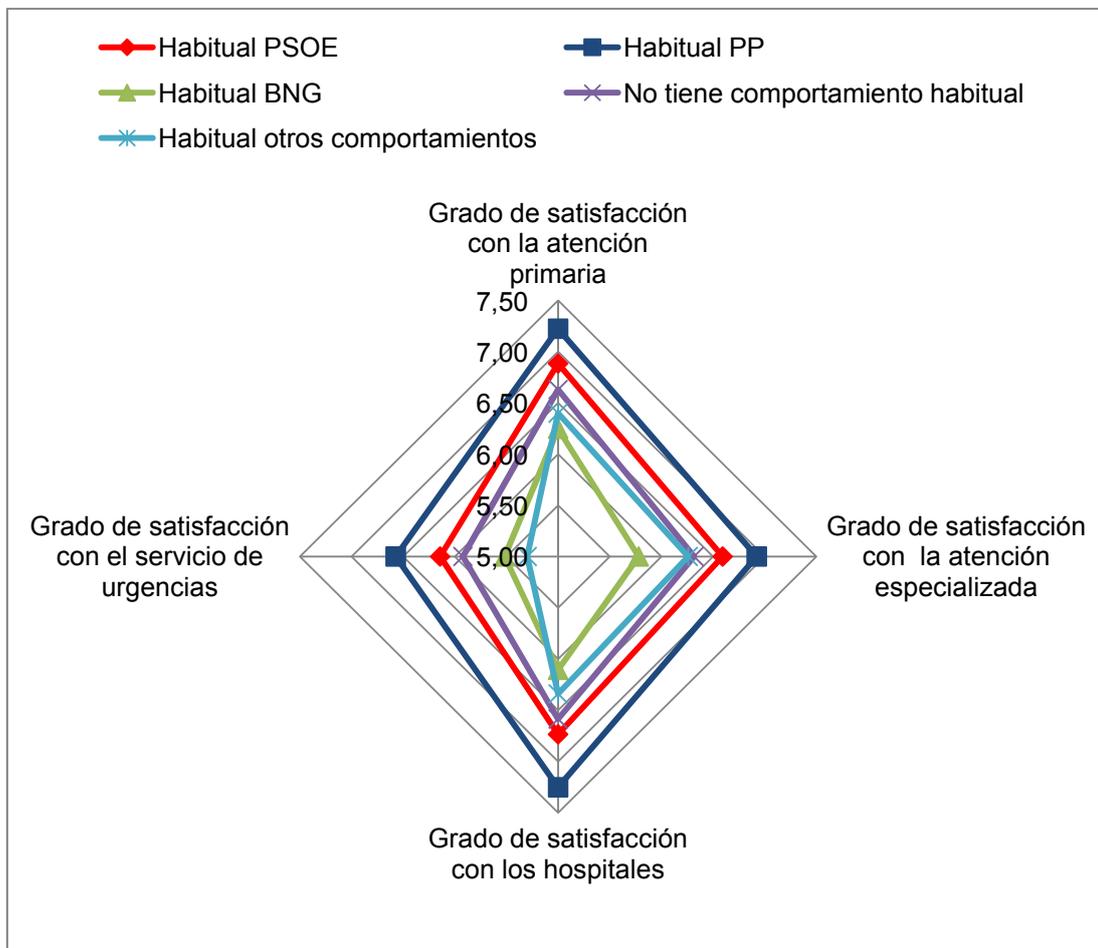
Tabla 125. Satisfacción con los servicios sanitarios públicos según el comportamiento electoral habitual

	Habitual PSdeG-PSOE		Habitual PP		Habitual BNG		No tiene comportam. habitual		Habitual otros comportam.	
	M	Desv. típ.	M	Desv. típ.	M	Desv. típ.	M	Desv. típ.	M	Desv. típ.
Grado de satisfacción con la atención primaria	6,88	1,902	7,22	2,033	6,25	1,864	6,63	2,120	6,40	1,825
Grado de satisfacción con la atención especializada	6,59	2,116	6,92	2,127	5,78	1,879	6,32	1,960	6,26	1,973
Grado de satisfacción con los hospitales	6,74	1,920	7,25	2,047	6,11	1,793	6,58	1,979	6,34	2,038
Grado de satisfacción con el servicio de urgencias	6,14	2,277	6,57	2,255	5,52	2,086	5,92	2,249	5,30	2,313

Por otra parte, en lo que respecta a las valoraciones de los diferentes servicios de la sanidad pública, las diferencias son todavía más claras, siendo los votantes del PP los que se declaran más satisfechos con todos los servicios, mientras que, de nuevo los del BNG son los más críticos.

El gráfico inferior muestra los resultados de forma visual y permite observar que aquéllos que no manifiestan tener un comportamiento electoral habitual, sitúan sus valoraciones entre las del BNG y las del PSdeG-PSOE.

Gráfico 56. Niveles de satisfacción con los servicios sanitario públicos en función del comportamiento electoral habitual



Es necesario, nuevamente, realizar el análisis de varianzas, a fin de comprobar que dichas diferencias de medias en la valoración de los servicios sanitarios públicos, son estadísticamente significativas. En los cuatro casos⁸² se ha rechazado la hipótesis alternativa de heterocedasticidad, es decir, se ha comprobado que la varianza es constante en todos los grupos analizados, por lo que los resultados arrojados por el test ANOVA para el contraste de igualdad de medias son fiables al nivel de significación habitual.

Tabla 126. ANOVA de las medias de valoración de los servicios sanitarios públicos en función del comportamiento electoral habitual

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Grado de satisfacción con la Atención Primaria	Inter-grupos	83,434	4	20,859	5,198	0,000
	Intra-grupos	3.470,837	865	4,013		
	Total	3.554,271	869			
Grado de satisfacción con la Atención Especializada	Inter-grupos	89,615	4	22,404	5,452	0,000
	Intra-grupos	3.398,556	827	4,109		
	Total	3.488,172	831			
Grado de satisfacción con los Hospitales	Inter-grupos	104,055	4	26,014	6,702	0,000
	Intra-grupos	3.287,422	847	3,881		
	Total	3.391,478	851			
Grado de satisfacción con los servicios de Urgencias	Inter-grupos	126,240	4	31,560	6,249	0,000
	Intra-grupos	4.232,417	838	5,051		
	Total	4.358,657	842			

En definitiva, se ha demostrado que las diferencias ideológicas y de identificación partidaria influyen de forma significativa en las valoraciones que los ciudadanos hacen sobre los servicios públicos y privados, concretamente sobre la sanidad. Posteriormente será necesario estudiar hasta qué punto dicha influencia sigue siendo importante en combinación

⁸² Atención Primaria, Atención Especializada, Hospitales y Servicio de Urgencias.

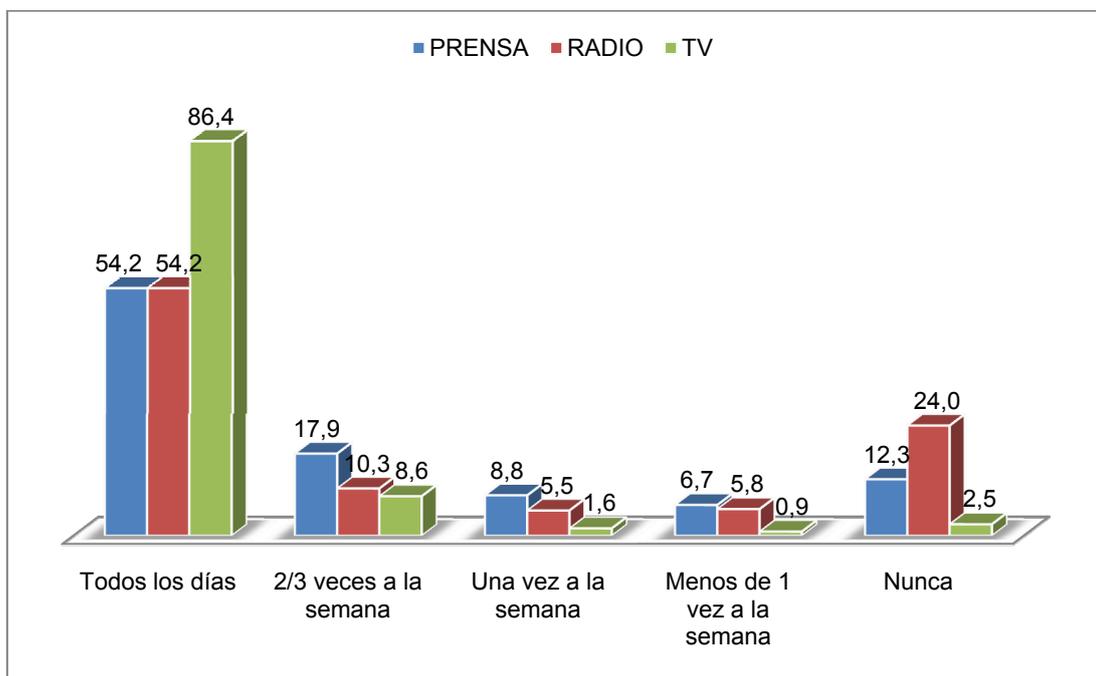
con aspectos directamente relacionados con el encuentro sanitario, como el tiempo de espera, la confianza en el médico o el trato recibido por el paciente, además de características sociodemográficas como el sexo o la edad del mismo.

10.2. La imagen del sistema.

En la encuesta realizada ad-hoc para esta investigación, se han incluido variables que miden la influencia de los medios de comunicación, con el objeto de estudiar si la imagen de la ciudadanía sobre el sistema sanitario público, y por lo tanto la valoración que los gallegos hacen del mismo, se relaciona de algún modo con su consumo de los medios de comunicación, tanto la prensa, como la radio o la televisión. Los medios de comunicación son, como se ha expuesto en capítulos anteriores, vehículos a través de los cuales se construyen cogniciones socialmente compartidas, y formas de interpretar la realidad (D'Adamo 2007). En este sentido, partiendo de la afirmación de Sartori de que, *“en las democracias actuales, el papel principal en la formación de la opinión pública lo desempeñan los medios de comunicación”* (Sartori 1988, 127), nos interesa comprobar, hasta qué punto la imagen que los gallegos tienen de la sanidad pública en Galicia está efectivamente condicionada por estos.

En primer lugar, para contextualizar este apartado, se lleva a cabo un breve análisis descriptivo de la frecuencia con la que los ciudadanos manifiestan leer el periódico, escuchar la radio o ver la televisión. Este análisis revela, tal y como muestra la tabla inferior, que radio y prensa son utilizadas a diario por más del 50% de los ciudadanos para informarse en Galicia. Además, el 86,4% de los gallegos afirma ver la televisión todos los días, y solamente un 2,5 afirma no hacerlo nunca, mientras que el porcentaje de los que nunca escuchan la radio es muy superior, un 24%.

Gráfico 57. Frecuencia en el consumo de medios de comunicación



Pero, ¿repercute de algún modo el nivel de consumo de medios en la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad?. A simple vista se observan diferencias importantes en la valoración de la sanidad pública en función de la frecuencia de lectura de la prensa (véase tabla 130). Además, el análisis de varianzas, una vez contrastada la hipótesis de homocedasticidad ($Levene= 1,928, p= 0,104$), revela la existencia de diferencias significativas de medias ($F (5, 983)=3,811, p=0,002$) para un nivel de significación habitual, de tal forma que son los que afirman no leer nunca la prensa los que ofrecen un nivel medio de satisfacción más elevado ($M= 6,84, D.T.= 2,086$), frente a los más críticos que son aquellos que afirman leer la prensa todos los días ($M= 6,00, D.T.= 2,038$).

Tabla 127. Grado de satisfacción con la sanidad pública en función de la frecuencia de lectura de la prensa escrita

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Todos los días	534	6,00	2,038	5,82	6,17
2/3 veces a la semana	177	6,12	1,754	5,86	6,38
Una vez a la semana	87	6,24	1,898	5,84	6,65
Menos de 1 vez a la semana	67	6,40	2,223	5,86	6,95
Nunca	123	6,84	2,086	6,47	7,21
Ns	1	7,00	.	.	.
Total	989	6,17	2,012	6,05	6,30

Estos resultados pueden ponerse en relación con aspectos como el nivel de estudios de los ciudadanos, que como se ha visto, influye de forma significativa en la satisfacción de los mismos con la sanidad pública. Para esto, si se hace un análisis de correlación (Pearson) entre ambas variables, se comprueba que un mayor nivel de estudios se relaciona, moderadamente, con una mayor frecuencia en la lectura de la prensa, ($r = -0,302$, $n = 999$, $p < 0,01$), en este caso la correlación es negativa, porque la escala de la variable que mide la frecuencia de lectura de prensa es, tal y como se observa en la tabla superior, descendente. Es decir, parte de las diferencias en la satisfacción de los ciudadanos en función de la frecuencia con que leen prensa, se explican porque los lectores más habituales, son aquellos que tienen un nivel de estudios superior, y por tanto son más críticos.

La misma explicación puede atribuirse a la valoración del sistema sanitario privado, que recordemos era peor valorado a medida que aumentaba el nivel de estudios del entrevistado. La sanidad privada es mejor valorada por los que nunca leen la prensa ($M = 7,02$, $D.T. = 1,788$), y peor, por los que la leen a diario ($M = 6,10$, $D.T. = 2,242$).

Tabla 128. Grado de satisfacción con la sanidad privada en función de la frecuencia de lectura de la prensa escrita

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Todos los días	322	6,10	2,242	5,86	6,35
2/3 veces a la semana	102	6,33	2,051	5,93	6,74
Una vez a la semana	47	6,98	1,635	6,50	7,46
Menos de 1 vez a la semana	41	6,61	1,922	6,00	7,22
Nunca	47	7,02	1,788	6,50	7,55
Ns	1	4,00	.	.	.
Total	560	6,33	2,125	6,15	6,50

Se confirma de nuevo la hipótesis de homogeneidad de varianzas ($Levene= 1,824, p= 1,823$) para el grado de satisfacción con el sistema sanitario privado de Galicia, así como la existencia de diferencias significativas de medias ($F(5, 554)= 3,047, p=0,010$).

La diferencia significativa de medias existe también para los niveles de confianza en la sanidad pública y la confianza en los médicos de este sistema sanitario, no así, respecto de la confianza de los ciudadanos en el sistema privado.

En relación a los niveles de confianza en la sanidad pública, se confirma la existencia de homogeneidad de varianzas ($Levene= 0,695, p= 0,596$) y de diferencias significativas entre las medias ($F(5, 981)= 2,894, p= 0,013$). Sin embargo, no es posible establecer una pauta de valoración, aquellos que leen la prensa menos de una vez a la semana se muestran como los más críticos ($M= 6,55, D.T.= 2,105$), mientras que los que no la leen nunca son los que más confían ($M= 7,48, D.T.= 1,840$).

Tabla 129. Grado de confianza en la sanidad pública en función de la frecuencia de lectura de la prensa escrita

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Todos los días	532	6,84	2,060	6,67	7,02
2/3 veces a la semana	179	6,78	1,879	6,50	7,06
Una vez a la semana	87	7,11	1,781	6,74	7,49
Menos de 1 vez a la semana	67	6,55	2,105	6,04	7,07
Nunca	121	7,48	1,840	7,15	7,81
Ns	1	7,00	.	.	.
Total	987	6,91	1,991	6,79	7,04

Lo mismo ocurre con la confianza en los médicos del sistema sanitario público, para la que se contrasta la homogeneidad de varianzas ($Levene=0,908$, $p=0,458$) y la existencia de diferencias significativas entre las medias para la variable confianza en los médicos del sistema sanitario público gallego ($F(5, 973)=3,292$, $p=0,006$).

Tabla 130. Grado de confianza en la sanidad pública en función de la frecuencia de lectura de la prensa escrita

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Todos los días	530	6,95	1,715	6,81	7,10
2/3 veces a la semana	175	6,81	1,502	6,59	7,04
Una vez a la semana	87	7,21	1,432	6,90	7,51
Menos de 1 vez a la semana	65	6,92	1,584	6,53	7,32
Nunca	121	7,52	1,618	7,23	7,81
Ns	1	7,00	.	.	.
Total	979	7,02	1,644	6,92	7,12

Se repite el patrón que hemos descrito a lo largo del análisis, los más críticos con un nivel medio de confianza en el personal médico de un 6,81 son los

que leen la prensa de 2 a 3 veces por semana, seguidos de los que la leen a diario ($M= 6,95$, $D.T.= 1,715$).

Por último, las diferencias en la confianza en la sanidad privada, a pesar de ser importantes desde el punto de vista descriptivo, no son estadísticamente significativas. Es difícil establecer una pauta de comportamiento en este caso, los que leen la prensa una vez a la semana son los que muestran un nivel medio de confianza mayor ($M= 7,31$, $D.T.= 1,568$), frente a los que muestran el nivel más bajo, que leen la prensa todos los días, o entre 2 y 3 veces por semana.

Tabla 131. Grado de confianza en la sanidad privada en función de la frecuencia de lectura de la prensa escrita

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Todos los días	333	6,54	2,026	6,32	6,76
2/3 veces a la semana	117	6,54	2,203	6,14	6,94
Una vez a la semana	51	7,31	1,568	6,87	7,75
Menos de 1 vez a la semana	42	6,62	1,860	6,04	7,20
Nunca	53	7,13	2,029	6,57	7,69
Ns	1	5,00	.	.	.
Total	597	6,66	2,027	6,50	6,82

Una vez contrastado el supuesto de homogeneidad de varianzas ($Levene= 1,264$, $p= 0,283$), el test de ANOVA revela que, como se ha dicho, las diferencias en las valoraciones no son significativas al nivel habitual ($F(5, 591)= 2,109$, $p= 0,063$).

En definitiva se confirma que los ciudadanos que utilizan la prensa escrita para informarse habitualmente, se muestran más críticos con el sistema sanitario público, tanto en la satisfacción como en la confianza que les

suscita, y menos satisfechos también con la sanidad privada. En este sentido, cabe recordar que el 47,9% de los gallegos que leen el periódico, leen “La Voz de Galicia”, y el 19,7% leen el “Faro de Vigo”, es decir, que no existe mucha diversidad en la elección del periódico que los ciudadanos utilizan para informarse, lo que puede influir en la no existencia de diferencias significativas en las valoraciones de los ciudadanos en función de su periódico de cabecera.

Estos datos tienen su explicación fundamental a que el hecho de estar informado, favorece una actitud crítica en el ciudadano hacia la sanidad, tanto pública como privada, lo cual se puede vincular a la influencia negativa que previamente observábamos del nivel de estudios. Es decir, aquéllos que leen la prensa todos los días, reciben inputs con la imagen que los medios de comunicación proyectan sobre el sistema sanitario, sus problemas, y sus inconvenientes, lo que condiciona su disposición hacia la sanidad. La imagen que los medios de comunicación transmiten del sistema es un factor de influencia exógeno, tal y como se recoge en nuestro modelo.

En otro orden de cosas, cabe recordar que la radio es un medio que, al igual que ocurría con la prensa, más de la mitad de los gallegos utilizan para informarse. Por ello, se realiza el mismo análisis, para estudiar si existen diferencias en las valoraciones en función de la frecuencia de uso de la radio, y si esas diferencias son o no significativas.

El análisis descriptivo de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público, revela ligeras diferencias en las valoraciones entre los que afirman escuchar todos los días la radio ($M= 6,15$, $D.T.= 2,026$) y los que nunca lo hacen (6,39), siendo estos últimos los más satisfechos. Los más críticos son aquéllos que afirman escuchar la radio una vez a la semana ($M= 5,87$, $D.T.= 2,019$). Sin embargo, el análisis de varianzas, previamente confirmada la hipótesis de homocedasticidad ($Levene= 0,831$, $p= 0,527$), muestra que dicha diferencia de medias no es estadísticamente significativa

($F(5, 983) = 0,995$, $p = 0,419$), por lo que no se puede afirmar que la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública se vea influenciada por la frecuencia con que estos escuchan la radio.

Tabla 132. Grado de satisfacción con la sanidad pública en función de la frecuencia con que escucha la radio

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Todos los días	534	6,15	2,026	5,98	6,32
2/3 veces a la semana	103	6,10	1,963	5,71	6,48
Una vez a la semana	55	5,87	2,019	5,33	6,42
Menos de 1 vez a la semana	57	5,95	1,977	5,42	6,47
Nunca	238	6,39	2,011	6,13	6,65
Ns	2	6,00	0,000	6,00	6,00
Total	989	6,17	2,012	6,05	6,30

En cuanto a la valoración de la confianza en la sanidad pública el patrón es el opuesto al que se observaba con la satisfacción, de modo que los que más confían en la sanidad pública, son los que escuchan la radio todos los días ($M = 7,03$, $D.T. = 1,935$), mientras que los que menos confían son los que los hacen una vez a la semana ($M = 6,40$, $D.T. = 2,274$), véase tabla 136. Sin embargo, esto resulta irrelevante a los efectos de esta investigación, ya que de nuevo, el análisis de varianzas ($Levene = 0,250$, $p = 0,940$), confirma que dicha diferencia de medias no es estadísticamente significativa ($F(5, 981) = 1,498$, $p = 0,188$).

Lo mismo ocurre, en el análisis del nivel de confianza en los médicos del sistema sanitario público gallego en función de la frecuencia con que los ciudadanos escuchan la radio (véase tabla 137).

Tabla 133. Grado de confianza en la sanidad pública en función de la frecuencia con que escucha la radio

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Todos los días	535	7,03	1,935	6,86	7,19
2/3 veces a la semana	101	6,81	1,943	6,43	7,20
Una vez a la semana	55	6,40	2,274	5,79	7,01
Menos de 1 vez a la semana	56	6,57	2,096	6,01	7,13
Nunca	238	6,90	2,031	6,64	7,16
Ns	2	7,50	2,121	-11,56	26,56
Total	987	6,91	1,991	6,79	7,04

En el análisis de varianzas, se confirma la hipótesis de homogeneidad de varianzas ($Levene= 0,571$, $p= 0,722$), pero no la existencia de diferencias significativas entre las medias de los grupos ($F(5, 973)= 1,062$, $p= 0,380$), lo que se puede observar a simple vista en el análisis descriptivo que se muestra en la tabla inferior, que revela que los oyentes de radio a diario, valoran la confianza en los médicos del sistema sanitario público prácticamente al mismo nivel que los que nunca la escuchan.

Tabla 134. Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública en función de la frecuencia con que escucha la radio

	N	Media	Intervalo de confianza para la media al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Todos los días	531	7,07	6,93	7,21
2/3 veces a la semana	101	6,87	6,54	7,21
Una vez a la semana	55	6,85	6,38	7,33
Menos de 1 vez a la semana	56	6,64	6,20	7,09
Nunca	234	7,10	6,89	7,31
Ns	2	7,00	-5,71	19,71
Total	979	7,02	6,92	7,12

En definitiva, se confirma que la radio como medio de información no influye en las valoraciones que los ciudadanos hacen de la sanidad pública.

Para cerrar este análisis de los medios de comunicación como factores exógenos que pueden intervenir en la formación de la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública, es necesario hacer referencia al factor frecuencia del uso de la televisión. Recordemos que el 86,4% de los gallegos afirma ver la televisión todos los días, lo que hace suponer que las valoraciones de estos se aproximen mucho a la media poblacional, y se deba observar qué ocurre con el 13,6% restante que no utiliza la televisión para informarse con tanta frecuencia. Dos son los canales más vistos, muy por encima del resto. En primer lugar, TVE1, un 28,4% lo sigue con más frecuencia que los demás, y el segundo es el canal autonómico, TVG, que un 27% de los ciudadanos ve con más frecuencia.

Tabla 135. Grado de satisfacción con la sanidad pública en función de la frecuencia con que ve la TV

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Todos los días	858	6,21	2,000	6,08	6,34
2/3 veces a la semana	82	6,24	1,782	5,85	6,64
Una vez a la semana	15	5,33	2,610	3,89	6,78
Menos de 1 vez a la semana	9	5,11	2,421	3,25	6,97
Nunca	25	5,60	2,415	4,60	6,60
Total	989	6,17	2,012	6,05	6,30

El análisis descriptivo, véase tabla superior, revela que los que ven la TV con cierta asiduidad, tienden a valorar mejor la sanidad pública que los que no la ven, es decir, que ese pequeño porcentaje (5%), que ve la TV una vez a la semana, menos, o incluso nunca, es más crítico con la sanidad pública que

el resto. Sin embargo, el análisis de varianzas ($Levene= 1,190, p= 0,313$), muestra que dichas diferencias no son significativas ($F (4, 984)= 1,891, p=0,110$), por lo que no se puede atribuir a la frecuencia de uso de la televisión, ningún tipo de influencia en las valoraciones de los ciudadanos respecto de la sanidad pública.

Lo mismo ocurre con las valoraciones de la confianza en el sistema sanitario público y en los médicos del mismo, respecto de las cuales el análisis de varianzas, una vez comprobada la homocedasticidad ($Levene= 0,729, p= 0,572$ y $Levene= 1,140, p= 0,336$, respectivamente), confirma que la frecuencia con que los gallegos ven la televisión, no ejerce ninguna influencia significativa.

Tabla 136. Anovas del factor frecuencia con que ve la televisión. Variables dependientes: confianza en la sanidad pública y en los médicos de la misma.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	13,927	4	3,482	0,878	0,477
Intra-grupos	3.895,752	982	3,967		
Total	3.909,680	986			
Inter-grupos	0,291	4	0,073	0,027	0,999
Intra-grupos	2.643,378	974	2,714		
Total	2.643,669	978			

En resumen, de lo observado en este análisis, la principal conclusión que podemos extraer es que sólo se demuestran diferencias significativas en el comportamiento de las variables para el factor frecuencia del uso de la prensa escrita. Además, es en el análisis de este factor donde se encuentran los datos más significativos, puesto que sí se pueden observar patrones claros de comportamiento. Estos patrones aluden a un mayor nivel de crítica, desconfianza e insatisfacción con el sistema sanitario y su personal médico

a medida que aumenta la frecuencia con la que se lee la prensa. De tal forma, una mayor información, en muchos casos detallada, fomenta un nivel crítico mayor entre la ciudadanía con la sanidad gallega, y viceversa, bajos niveles de información aluden a una mayor conformidad con el sistema y por lo tanto a unos niveles más elevados de confianza y satisfacción.

Por otra parte, el análisis de diferencia de medias de satisfacción con la sanidad pública en función del periódico que leen los ciudadanos revela que estas no son significativas ($F(13, 782) = 0,669, p = 0,794$), por lo que no parece que ser lector habitual del Faro de Vigo o de La Voz de Galicia tenga ningún tipo de efecto en la satisfacción con la sanidad pública, sino que se trata, como se ha dicho, de estar más o menos informado. Sin embargo, un análisis de la línea editorial de los principales periódicos, que sería objeto de otra investigación, podría revelar de qué forma y con qué frecuencia estos tratan los temas relacionados con la sanidad, a fin de comprobar si un tratamiento negativo generalizado podría influir de algún modo en las valoraciones de los ciudadanos más informados.

11. Modelo de explicación de la satisfacción de los gallegos con el sistema sanitario público.

Tras el análisis singularizado de los componentes de la satisfacción ciudadana con el sistema sanitario público de Galicia, en el que se han ido estudiando uno a uno los efectos de distintos elementos de nuestro estudio en la satisfacción, construimos un modelo de explicación global, utilizando la técnica de modelización de análisis con ecuaciones estructurales (Structural Equations Models), que permite analizar la relación existente entre varias variables (respuestas y descriptores), teniendo en cuenta la estructura de covarianzas existente entre ellas, así como la utilización de variables latentes, no directamente observables.

Este modelo de ecuaciones estructurales, nos permite comprobar la incidencia global de las hipótesis planteadas a lo largo de este trabajo, así como el ajuste y capacidad explicativa del modelo teórico que ha servido de base a toda la investigación.

En el análisis se han incluido, por tanto, como descriptores del nivel de satisfacción ciudadana con la sanidad pública, la confianza en el sistema público de salud, la autoubicación ideológica, la frecuencia de uso del sistema, la edad, la valoración general de la situación del sistema sanitario (en términos de evaluación), y tres variables latentes, producto del análisis factorial, que representan tres aspectos fundamentales de nuestro modelo teórico, la valoración que hacen los ciudadanos de el trato recibido, la valoración de los equipamientos y la valoración del tiempo de espera para consultas, intervenciones quirúrgicas o ingresos hospitalarios.

No se han conservado en el análisis las variables de carácter sociodemográfico, que aunque inicialmente se incorporaron, finalmente fueron eliminadas por sus escasa o nula influencia en las variables endógenas en general, y sobre todo, en la satisfacción con el sistema sanitario. A este respecto, la edad, al contrario de lo que ocurría en el nivel micro, pierde capacidad de influencia directa en la satisfacción con la sanidad cuando interacciona con otras variables de mayor peso, aunque, mantiene su importancia en la predicción de la satisfacción de forma indirecta, confirmando así nuestra hipótesis 5, a través de su correlación positiva con la frecuencia de uso ($r= 0,098$, $p=0,002$) y con la autoubicación ideológica ($r= 0,259$, $p<0,001$).

El establecimiento de relaciones entre las variables, se basa en las correlaciones existentes entre las mismas, y en los resultados obtenidos a lo largo de nuestro estudio.

De este modo, para nuestro modelo explicativo de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario de Galicia, se obtienen los siguientes

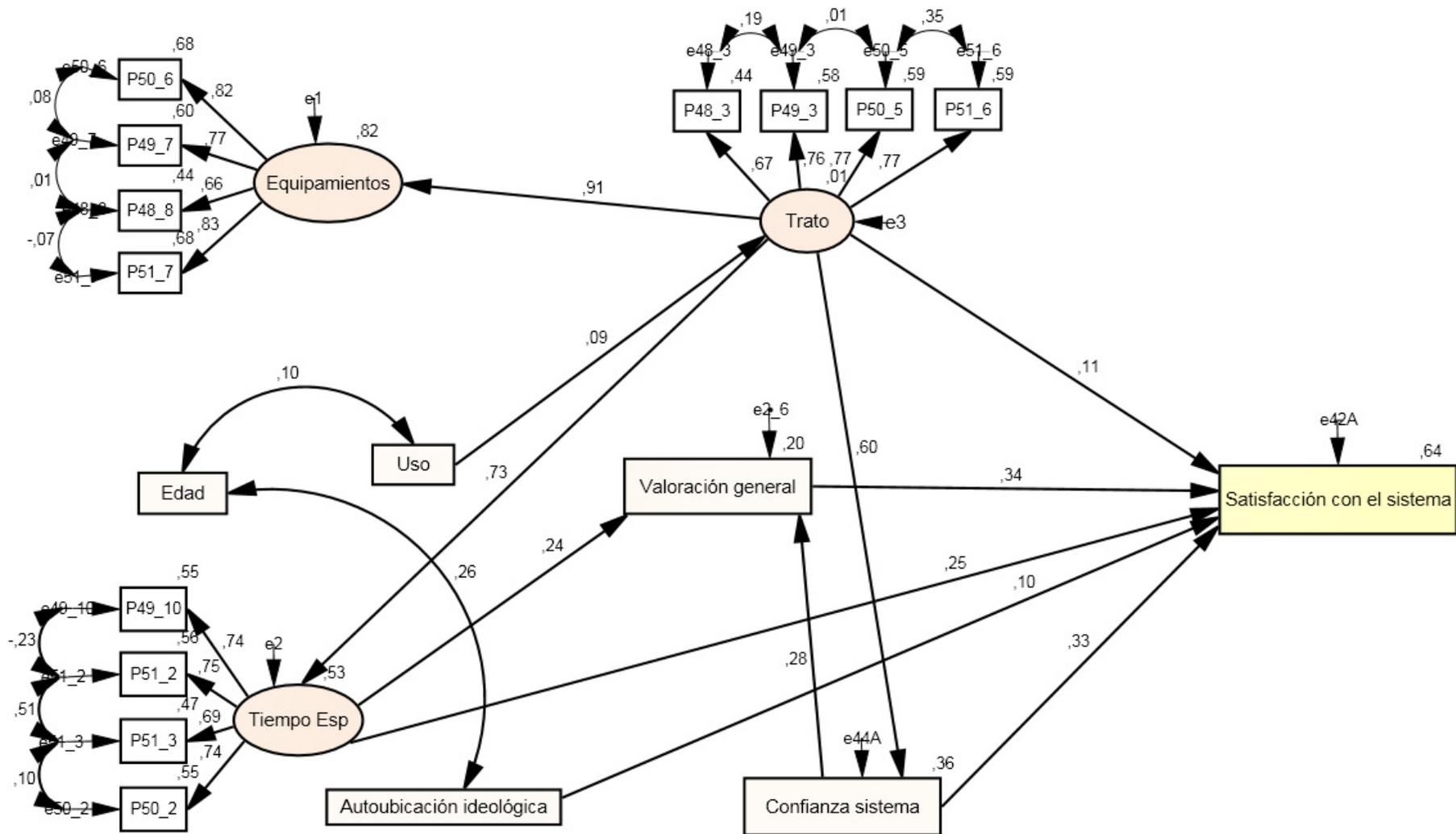
índices de ajuste: $\chi^2(119, n=999)= 894,90, p<0,001$; $CFI= 0,901$; $RMSEA= 0,081$, demostrando el buen ajuste global del modelo, de acuerdo con los criterios que habitualmente se utilizan para demostrar la validez estadística de los SEM. Además, la capacidad explicativa es de $R^2= 0,64$, es decir, que nuestro modelo es capaz de explicar el 64% de la variabilidad de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario gallego.

De este modo, se observa que la valoración general de la situación actual de la sanidad, influye de forma significativa en la satisfacción de los gallegos con el sistema sanitario, es decir, que tal y como se plantea en nuestro modelo teórico, la evaluación, la valoración de la calidad del sistema que hacen los ciudadanos, tiene una importante influencia en el nivel de satisfacción de los mismos ($\beta=0,337, p<0,001$). Como variables predictoras de esa valoración general, y por tanto de forma indirecta de la satisfacción con el sistema, observamos la influencia de la confianza en el sistema ($\beta=0,282, p<0,001$) y el tiempo de espera para consultas, intervenciones o ingresos hospitalarios ($\beta=0,241, p<0,001$).

La siguiente variable, prácticamente con el mismo nivel de incidencia en la satisfacción con el sistema sanitario es la confianza en el sistema, que ejerce una influencia positiva ($\beta=0,328, p<0,001$), demostrando así nuestra hipótesis 3, que señalaba la confianza en el sistema como uno de los principales condicionantes de la satisfacción con el mismo.

Por otra parte, en el modelo se han incluido tres variables latentes, producto del efecto de la agrupación de los ítems de la escala de satisfacción, dando lugar a tres aspectos que son fundamentales para el contraste de nuestro modelo teórico, a saber, el trato recibido por los ciudadanos, los equipamientos existentes en los centros de salud y hospitales, y el tiempo de espera para consultas, intervenciones o ingresos hospitalarios.

Figura 13. Modelo de ecuaciones estructurales explicativo de la satisfacción ciudadana con la sanidad pública en Galicia



La variable latente “trato” es resultado de la agrupación de *P48_3: Trato recibido por el personal sanitario (AP)*, *P49_3: Trato recibido por el personal sanitario (AE)*, *P50_5 El trato recibido del personal no sanitario (celadores, administrativos, limpadoras, etc.) (H)*, *P51_6: El trato recibido del personal no sanitario (celadores, administrativos, limpadoras, etc.) (U)*. El trato recibido, en su condición de intangible es, junto a la confianza, tal y como se suponía en la hipótesis 6, otro de los aspectos que influye en el nivel de satisfacción ciudadana con la sanidad ($\beta=0,113$, $p=0,009$). Su influencia, además, también la ejerce de forma indirecta, ya que, a su vez, tiene un importante carácter predictivo del nivel de confianza en el sistema ($\beta=0,598$, $p<0,001$).

Además, la valoración del trato recibido, se ve condicionada por la frecuencia con que los ciudadanos hacen uso de los servicios sanitarios públicos ($\beta=0,090$, $p=0,009$). De este modo, aunque en este modelo particular, no podemos hablar de una influencia directa significativa de la frecuencia de uso en la satisfacción con el sistema, si se observa una influencia indirecta, que la experiencia en el uso ejerce sobre la satisfacción con el sistema a través de su influencia en la valoración que los ciudadanos hacen del trato recibido.

La hipótesis 8, planteada en el diseño del modelo teórico sobre la influencia de los aspectos intangibles en la valoración de los tangibles, se ve refrendada por el hecho de que la variable latente que representa la valoración de los equipamientos existentes, no ejerce influencia directa significativa en la satisfacción ciudadana con el sistema, mientras que está, a su vez, muy condicionada por la valoración que los ciudadanos hacen del trato recibido ($\beta=0,907$, $p<0,001$). La variable latente “equipamientos” es producto de la agrupación de las variables *P50_6: El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales (H)*, *P49_7: El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros (AE)*, *P48_8: El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros*

(AP), y P51_7: *El equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los servicios de urgencias (U)*.

La influencia del trato, es, como veíamos, directa e indirecta, a través de la confianza, pero también mediante la valoración del tiempo de espera. El trato recibido influye notablemente en la valoración que los ciudadanos hacen del tiempo de espera ($\beta=0,731$, $p<0,001$). A su vez, el tiempo de espera influye, tal y como suponíamos (hipótesis 9), en la satisfacción con el sistema sanitario público ($\beta=0,252$, $p<0,001$). La variable latente “tiempo de espera” se compone de P49_10: *El tiempo que tarda el médico en verle desde que le pide cita (AE)*, P50_2: *Tiempo de espera para el ingreso no urgente (H)*, P51_2: *Tiempo de espera para el ingreso (U)* y P51_3: *Información sobre el tiempo de espera (U)*.

Finalmente, como variable de carácter exógeno (hipótesis10), podemos afirmar que la autoubicación ideológica influye significativamente en el nivel de satisfacción de los ciudadanos con el sistema ($\beta=0,105$, $p<0,001$). Tal y como se reflejaba en el análisis previo de este aspecto exógeno, para el caso gallego, un posicionamiento ideológico hacia la derecha, supone un aumento de la satisfacción con el sistema sanitario público. Lo cual sólo permite la lectura de que los sectores de izquierdas en Galicia son más críticos y exigen más al sistema sanitario. Pero tampoco debemos olvidar, que, como se ha visto, la autoubicación ideológica correlaciona positivamente con la edad, es decir, que a medida que aumenta la edad, los ciudadanos se sitúan más hacia la derecha del spectrum ideológico.

En definitiva, mediante el análisis de ecuaciones estructurales, se ha podido demostrar que el marco en el que se mueven los modelos de relación de los ciudadanos con el sistema sanitario, es fruto, fundamentalmente, de la combinación de las disposiciones del sistema hacia el paciente, medidas en términos del trato recibido, y del paciente hacia el sistema, en términos de

confianza expresada, así como de la experiencia con el sistema (hipótesis 7), aunque esta última de forma indirecta.

CAPÍTULO VII - CONCLUSIONES

Tras este exhausto análisis de los elementos y procesos mediadores en la formación de la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública, se hace pertinente un repaso por los aspectos y hallazgos más relevantes de este trabajo, así como las conclusiones que de ellos derivan.

Esta investigación parte de la afirmación de que la satisfacción de los ciudadanos con la sanidad no depende sólo de los elementos tangibles, sino también, e incluso en mayor medida, de los elementos intangibles presentes en la prestación sanitaria. Una de las principales características que diferencia a los servicios de los bienes de producción es que, en los primeros, los momentos de producción y de compra son simultáneos. En este sentido, el análisis de los elementos tangibles e intangibles de la transacción contribuye a la comprensión del servicio y del comportamiento que genera en los usuarios (Richard y Allaway 1993).

Algunos de los elementos intangibles más relevantes en la transacción sanitaria son, a la luz de nuestros resultados, el trato otorgado a los pacientes por el personal sanitario y la confianza que tanto el médico como el sistema generan en pacientes y usuarios, aspectos ambos, junto a la experiencia en el uso del sistema, que condicionan el marco en el que se establecen las relaciones de los ciudadanos con el sistema (hipótesis 7). Los aspectos tangibles representan todos aquellos aspectos organizativos y de carácter físico, como las infraestructuras, la tecnología de los centros, o incluso el horario de comidas en los hospitales y la accesibilidad a la prestación de los servicios.

El modelo expuesto en estas páginas pretende servir de marco de explicación de la interacción de los ciudadanos y pacientes con el sistema sanitario. A este respecto, es importante definir dos niveles de análisis, que comparten muchos puntos en común, pero en los que podemos distinguir

ciertas peculiaridades. En primer lugar, el denominado nivel micro, aquel referido a las valoraciones realizadas por los ciudadanos que manifiestan haber tenido una experiencia de transacción sanitaria reciente, y que consideramos pacientes. Por otra parte, el nivel macro, que se refiere a la opinión manifestada por los ciudadanos en general, sean, o hayan sido o no pacientes recientemente, sobre el sistema sanitario público. Tras el análisis, se ha podido demostrar la hipótesis de que la relación del ciudadano con el sistema sanitario no está condicionada únicamente por sus contactos directos con el mismo como paciente, sino también por una serie de elementos de carácter endógeno, tales como la cultura organizativa de los servicios sanitarios, y exógeno, principalmente la imagen compartida del sistema y la ideología del individuo (que fue la variable aceptada por el modelo), que mediatizan sus percepciones y por tanto su grado de satisfacción global con el sistema (hipótesis 10).

El análisis de estos dos niveles para el caso de Galicia, nos ha permitido validar nuestro modelo explicativo, con las particularidades propias de nuestro sistema sanitario, que entendemos potencialmente extensible a otros sistemas sanitarios, en los que el peso explicativo de los elementos que lo componen variará en función de las especificidades de los mismos.

Comunes a ambos niveles, macro y micro, son, por tanto, los elementos de valoración, tanto tangibles como intangibles, referidos a la interacción directa del sistema con el individuo. De este modo, podemos distinguir tres dimensiones de contacto, cada una de ellas caracterizada por elementos mediadores de diferente naturaleza: las disposiciones del sistema hacia el paciente, la experiencia del paciente con el sistema y las actitudes del paciente hacia el sistema.

Por una parte, uno de los principales elementos generadores de satisfacción/insatisfacción en los ciudadanos respecto de la transacción sanitaria es la disposición o disposiciones del sistema hacia el paciente, cuyo elemento central es el trato que el sistema, y sus trabajadores, otorgan

al ciudadano. A este respecto, el aumento de la valoración de la satisfacción de los pacientes con los profesionales sanitarios en un punto supone un aumento de 0,46 puntos en la valoración general de la experiencia hospitalaria. Otros elementos característicos del trato y que también influyen en la satisfacción de los pacientes con la atención hospitalaria son el respeto que perciben y la disponibilidad del personal para escucharles.

El trato recibido por el personal sanitario aparece siempre como elemento condicionante de la valoración de los servicios sanitarios, tanto en la Atención Primaria, como en la Especializada, los Hospitales y las Urgencias. Los aspectos de comunicación y relación personal con los profesionales sanitarios son, por tanto, fundamentales para el diseño de unas políticas sanitarias orientadas a la consecución de la satisfacción ciudadana. Sin embargo, tal y como se ha expuesto, la relación entre el médico y el paciente, es una relación de poder, altamente compleja, mediada por la confianza, y en la que, habitualmente, el paciente juega un rol secundario, de simple espectador. Uno de los problemas de nuestro sistema sanitario, es que el corporativismo de los profesionales sanitarios, conducente al mantenimiento de su estatus, supone que tanto el diseño organizativo, como el diseño de las políticas sanitaria públicas, se realicen siempre desde la óptica de los trabajadores de la sanidad, y no de los usuarios del sistema, como sería lógico. Generalmente, las reformas surgen de la propia estructura interna de las instituciones sanitarias, impulsadas por la necesidad de los profesionales sanitarios de mantener el poder y el control de los recursos, manteniendo así el sistema, un sistema, que como se ha visto, tiende irremediablemente a crecer y autoabastecerse, y que necesita de reformas encaminadas a la maximización de los criterios de eficacia y eficiencia, tan importantes, sobre todo en épocas de crisis económica profunda como la actual.

La segunda dimensión del modelo expuesto es la experiencia del ciudadano con el sistema, que se configura por dos elementos fundamentales, la edad

del individuo, y el contacto que este ha tenido con los servicios sanitarios, ya sea en forma de duración de la estancia hospitalaria, o de frecuencia de uso de la sanidad pública. Un hallazgo importante en este sentido, es la posibilidad de diferenciar varios perfiles de usuario del sistema en función del uso que los ciudadanos hacen del mismo. De este modo, no sólo se ha comprobado que un uso más frecuente de la sanidad pública implica una mejor valoración de la misma (hipótesis 4), debido a la adaptación de las expectativas de los ciudadanos a sus percepciones reales, aunque en un modelo global, la influencia sea indirecta, a través de la valoración del trato recibido; sino que también es posible diferenciar qué elementos y con qué intensidad influyen en las valoraciones de los ciudadanos, ya sean “hiperusuarios”, “usuarios frecuentes”, “usuarios ocasionales” o “no usuarios” del sistema sanitario público. Esta agrupación, nos ha permitido validar la hipótesis inicial de que diferentes usos del sistema generan diferentes modelos de valoración (hipótesis 4). Así, la confianza en el sistema y la accesibilidad, entendida como proximidad de las consultas y horario de atención, son los elementos más relevantes para los “hiperusuarios” de los servicios sanitarios, explicando un 83% de la variabilidad de su satisfacción con la sanidad pública, mientras que el tiempo de espera por las consultas (de atención especializada, urgencias e intervenciones), y la confianza en los médicos, son además de la confianza en el sistema, los elementos que más influyen en la satisfacción de los “usuarios frecuentes”. Por otra parte, los “usuarios ocasionales” se ven influenciados también por la satisfacción con los servicios de atención especializada y hospitalaria, mientras que para los “no usuarios”, es decir, aquellos que no han acudido a ningún médico de la sanidad pública en el último año, únicamente la confianza en los médicos es capaz de explicar el 26% de la variabilidad de sus niveles de satisfacción. Estos datos nos permiten establecer dos conclusiones, a saber, existen otros elementos exógenos a la propia interacción con el sistema que interfieren de forma significativa en la satisfacción de los ciudadanos “no usuarios” del sistema, y la potenciación de la imagen de los médicos y la confianza de los

ciudadanos en ellos es fundamental para la buena valoración del sistema. Tanto es así que, de todos los aspectos analizados en este estudio (excluidos los sociodemográficos), como la valoración de los diferentes servicios o el tiempo de espera, la confianza en los médicos es el único elemento que influye en la valoración que hacen de la sanidad pública los ciudadanos que no la utilizan habitualmente, lo que supone casi un 20% de la población, que junto a los usuarios frecuentes, son los más críticos con el sistema.

Respecto a los usuarios frecuentes, cabe matizar, que son un perfil muy concreto de ciudadanos, más de un 16% de la población, fundamentalmente mujeres trabajadoras, que, sin haber alcanzado un grado de simbiosis con el sistema, al nivel de los “hiperusuarios”, sufren todos sus inconvenientes, entre los que destaca, sin duda, el tiempo de espera para las citas. Un aumento de un punto en la valoración que este perfil de usuario hace del tiempo de espera, supone un aumento de 0,68 puntos en la satisfacción global con la sanidad. Se ha podido demostrar, que la valoración del tiempo de espera para consultas, intervenciones quirúrgicas o ingresos hospitalarios, es, en el sistema sanitario gallego, el elemento tangible que mayor influencia ejerce en la satisfacción de los ciudadanos, lo que confirma nuestra hipótesis 9.

Los “hiperusuarios” por otra parte, representan un 10,8% de la población, y son mayoritariamente también mujeres (66,7%), mayores de 60 años (41%), que han acudido al médico más de diez veces en el último año, y cuyo nivel de satisfacción es significativamente superior ($M= 6,63$, $D.T.= 2,217$) al de la media poblacional ($M= 6,17$, $D.T.= 2,012$), ya que la experiencia en el uso, les ha permitido adecuar sus expectativas a sus percepciones reales sobre el sistema.

En conclusión, esta definición de perfiles permite el diseño y orientación de las políticas públicas sanitarias hacia los ciudadanos, focalizando los esfuerzos en los aspectos más relevantes en función del uso que estos

hacen del sistema, lo que conduce a unas políticas más eficaces, e incluso la posibilidad de diseñar acciones de marketing público, encaminadas a moldear la imagen del sistema que tienen aquéllos que no lo utilizan asiduamente, y que por tanto no están familiarizados con él. Se trata, por tanto, de que las administraciones públicas maximicen su eficacia y eficiencia en el ámbito sanitario, que recordemos es uno de los que mayor gasto público genera, mediante la adaptación de sus acciones a las demandas y necesidades de cada uno de los grupos de ciudadanos usuarios de los servicios. En definitiva, se trata de diseñar políticas públicas sanitarias “a la carta”, en lugar de “café para todos”.

El segundo elemento central de relación de los ciudadanos con el sistema es la edad. Es un hecho el que a medida que envejecemos, hacemos una mayor y más frecuente utilización de los servicios sanitarios, lo que se traduce en un mayor conocimiento y familiaridad con el sistema, y repercute en la valoración del mismo. La presente investigación demuestra que, tanto entre los pacientes, como entre los ciudadanos en general, los mayores de 60 años son los más satisfechos con el sistema sanitario (hipótesis 5). Sin embargo, en un modelo complejo como el desarrollado en esta investigación, se observa que la edad no influye de forma significativa directamente en la satisfacción con el sistema, sino que lo hace de forma indirecta, a través del vínculo existente entre esta variable sociodemográfica y aspectos como la autoubicación ideológica, o la frecuencia de utilización del sistema.

Como se ha comprobado con los “hiperusuarios”, el hecho de que los mayores sean menos críticos, se explica, además de porque son más generosos en sus valoraciones y su nivel de ocupación les permite adaptarse con mayor facilidad a las exigencias del sistema (ej: consultas en horario laboral), fundamentalmente, porque su conocimiento del sistema sanitario, debido a su experiencia vital, hace que sus expectativas se adecuen más a sus percepciones reales de la asistencia. Por otra parte, al

igual que para el caso británico, conviene tener también en cuenta el hecho de que los mayores han conocido la situación de la sanidad antes de la creación del sistema nacional de salud, por lo que sus expectativas son más bajas en relación las de los más jóvenes, nacidos bajo el paraguas del Estado del Bienestar.

En tercer lugar, y tal y como observábamos en el análisis de los distintos tipos de usuario, la confianza está siempre presente en la transacción sanitaria, en sus dos vertientes, la confianza en los médicos, y la confianza en el sistema. Nuestro análisis ha demostrado que la segunda está directamente relacionada con la primera, más concretamente, que la confianza en el sistema, se alimenta fundamentalmente de la confianza en los médicos, de modo que un aumento de un punto en la valoración de ésta, supone un aumento de 0,41 puntos en la confianza en el sistema (hipótesis 2). Por otra parte, un aumento de un punto en la confianza en el sistema, supone en nuestro modelo explicativo global, un nivel de satisfacción 0,32 puntos superior, lo que demuestra nuestra hipótesis 3. Estos datos demuestran la afirmación de Giddens (1990) de que la confianza en el sistema tiene su raíz en la confianza interpersonal, de modo que los niveles micro y macro de la confianza están interconectados, y nos indican que debemos prestar atención a la confianza como elemento generador de satisfacción con la sanidad.

Esta tercera dimensión, la actitud del paciente hacia el sistema, cuyo máximo exponente es la confianza, repercute también en el diseño de un sistema de salud orientado a los ciudadanos. Partiendo del convencimiento de que las políticas públicas son nuestra respuesta colectiva al riesgo, no cabe duda, de que la transacción sanitaria es una de las situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad del ser humano, donde la relación entre la incertidumbre y el nivel de riesgo asumido, hacen necesaria la existencia de confianza, fundamentalmente del paciente hacia el médico y hacia el sistema. Pero, dado que es imposible reducir el riesgo objetivo, sino que

únicamente se puede reducir la percepción del riesgo que tiene el individuo, cuando un individuo no está en situación de gestionar el riesgo, como ocurre generalmente en los encuentros sanitarios, lo adecuado resulta “gestionar la confianza”. De este modo, nuestra propuesta, es el diseño de políticas públicas encaminadas a gestionar la confianza de los ciudadanos, lo que nos devuelve, en cierto modo, al trato que los profesionales sanitarios les dispensan, ya que es aquí, en la relación médico-paciente, donde se gestan las relaciones de confianza, tal y como se demuestra en nuestro modelo de ecuaciones estructurales.

A este respecto, nuestro sistema sanitario parte con la ventaja de contar con la figura del médico de Atención Primaria, que propicia la existencia de una relación estable con los pacientes, actuando como “gate-keeper” del sistema. Es aquí, por tanto, donde debemos ser especialmente cuidadosos, de modo que uno de los objetivos de los médicos, los gestores, y el sistema sanitario en general, debería ser profundizar en la gestión de la confianza, para que la percepción de los pacientes y los ciudadanos sobre el riesgo de los encuentros sanitarios se vea reducida y repercuta directamente en una mayor satisfacción. Es responsabilidad del sistema de salud público “gestionar la confianza” de los pacientes y la ciudadanía, garantizando al mismo tiempo la ausencia de abuso de poder, discriminación o dependencia, que podrían ser algunas de las deseconomías de un elevado nivel de confianza. No se trata, por tanto, de buscar formas de gestión sanitaria en las que las relaciones de confianza sean innecesarias, como opinan algunos autores, ni de modificar la percepción del riesgo por parte de los pacientes, sino de gestionar el nivel de confianza de estos en el sistema, de modo que aumenten sus niveles de satisfacción. La figura de un paciente participativo y empoderado, no tiene porque ser contraria a la existencia de un elevado nivel de confianza entre el médico y el paciente, al contrario, la confianza hace posible una mayor participación, y la toma de decisiones del paciente sólo es posible con la información que le transmite el médico, lo que hace imprescindible que el primero confíe en el segundo.

La confianza de los ciudadanos en su sistema sanitario está, indudablemente, condicionada por la calidad que estos perciben, las garantías institucionales que el sistema les ofrece y la imagen compartida del mismo. A su vez, la edad y la ocupación son factores que influyen positivamente en la confianza tanto en el sistema sanitario, como en los médicos. Los mayores de 60 años, y jubilados, grupos generalmente coincidentes, son los que expresan un mayor grado de confianza, y por consiguiente, como se ha visto, de satisfacción. El nivel de estudios también se relaciona, en este caso negativamente, con la confianza en los médicos, de modo que, como pauta general, un nivel de estudios más elevado, implica un descenso en el nivel de confianza, análogamente a lo que ocurre con la satisfacción. La confianza en el médico y la confianza en el sistema, son capaces de explicar, por sí solas, en un supuesto de no interacción con otras variables, el 44% de la variabilidad de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público.

En este sentido, si no existe experiencia en la interacción con el sistema, o esta es muy reducida, difícilmente se establecerán relaciones de confianza, lo que repercute en las valoraciones del sistema. A su vez, una mayor confianza modifica las expectativas de los ciudadanos y su actitud hacia el sistema de salud. La experiencia en la utilización del sistema, por tanto, hace que las expectativas se aproximen más a las percepciones de la atención recibida, lo que nos conduce al concepto de “cultura sanitaria”, que pretende explicar la interacción entre las actitudes individuales y colectivas entre los individuos y el sistema sanitario. Al igual que la existencia de una cultura política es posible gracias a la confianza interpersonal de los individuos, la cultura sanitaria se alimenta de la misma y de las relaciones que se establecen entre las tres dimensiones mencionadas en nuestro modelo, las actitudes del sistema hacia los ciudadanos, las actitudes de los ciudadanos hacia el sistema, y la experiencia de estos con el mismo. Fruto de la interacción de estos elementos podemos hablar de la “cultura sanitaria” de los ciudadanos, de modo que diferentes actitudes y experiencias, significan

diferencias en su “cultura sanitaria”, que, a su vez, condiciona sus expectativas y percepciones, y por tanto su evaluación y consecuente grado de satisfacción con la sanidad. La “cultura sanitaria”, en conclusión, es modelada por los aspectos intangibles de la transacción sanitaria. Al hablar de “cultura sanitaria”, nos referimos a las actitudes, y pautas de comportamiento individuales y colectivas hacia el sistema sanitario, que entendemos son producto de las experiencias de los individuos, cuando desempeñan el rol de pacientes, como de la acumulación de dichas experiencias, y las orientaciones colectivas que de ellas derivan.

No conviene olvidar, la importancia de los aspectos tangibles de la atención sanitaria, que también ocupan un lugar en nuestro modelo, y que aunque su capacidad de influencia en los niveles de satisfacción de los ciudadanos con la sanidad es inferior a la de los intangibles, también son relevantes para esta investigación.

Para el análisis de los aspectos tangibles, es necesario referirse a la valoración que los ciudadanos hacen de los diferentes servicios de la sanidad pública. De los cuatro principales servicios existentes, la Atención Primaria y Hospitalaria son los mejor valorados por los ciudadanos, $M= 6,76$ ($D.T.= 1,988$) y $M= 6,70$ ($D.T.= 1,957$), respectivamente, mientras que la Atención Especializada ($M= 6,44$, $D.T.= 2,019$) y las Urgencias ($M= 6,01$, $D.T.= 2,257$) presentan una valoración significativamente inferior. En este punto, es importante recordar que la valoración de los pacientes hospitalarios, aquellos que han estado ingresados en el último año, es significativamente superior $M= 7,82$ ($D.T.= 1,853$), a la que los ciudadanos hacen de los hospitales. Este dato contribuye a demostrar la hipótesis de que un mayor contacto con el sistema genera mejores valoraciones, sobre todo si tenemos en cuenta que, uno de los factores que influye en la valoración positiva de dichos pacientes, es el aumento del tiempo de estancia en el hospital. La experiencia hospitalaria es fundamental, ya que casi el 50% de la variabilidad de la satisfacción de los ciudadanos con el

sistema sanitario público se puede explicar por su valoración de los diferentes servicios, siendo la valoración de los hospitales la que más influye, seguida de la valoración de las Urgencias. Un aumento de puntos en la satisfacción con los hospitales públicos supone un aumento de 0,37 puntos en la satisfacción global con el sistema. De esto se deduce, que la buena valoración que los gallegos hacen del servicio hospitalario, es lo que más contribuye a elevar la valoración global de la sanidad, mientras que la baja valoración registrada respecto de las urgencias, impide que la valoración global sea más elevada. Un aumento de un punto en la valoración de las urgencias, supone un grado de satisfacción global 0,21 puntos superior.

El análisis pormenorizado de los condicionantes de la satisfacción para cada uno de estos servicios, revela, tal y como suponíamos, que los aspectos relacionados con el trato recibido y la confianza son los más influyentes (hipótesis 6). En primer lugar, para la Atención Primaria, los factores condicionantes de la satisfacción son, por orden de importancia, la valoración del trato recibido y la confianza en el médico, seguidos del tiempo de espera para la cita, el equipamiento y los medios tecnológicos, y la calidad de la información recibida sobre su enfermedad. El hecho de que los dos primeros sean de los aspectos mejor valorados por la ciudadanía, explica que este servicio sea también el que mayor grado de satisfacción genera.

Respecto de la Atención Especializada, el trato es, de nuevo, el elemento más influyente, seguido de el equipamiento y los medios tecnológicos, el tiempo de espera para la cita, y el tiempo dedicado por el médico a cada paciente. En este caso, el hecho de que el tiempo de espera para la cita sea el aspecto peor valorado del servicio ($M= 4,32$, $D.T.= 2,596$), contribuye indudablemente a que este sea el segundo servicio que menor satisfacción genera.

Para la satisfacción de los ciudadanos con la Atención Hospitalaria, la segunda mejor valorada, los factores más influyentes son, la frecuencia/cantidad de información recibida sobre su enfermedad, la confianza que le inspira el médico, y los cuidados del personal de enfermería. Les siguen los aspectos tangibles, a saber, el tiempo de espera para ingreso no urgente, el equipamiento y los medios tecnológicos, y la hostelería (comidas). El aspecto peor valorado, es, nuevamente, el tiempo de espera para el ingreso ($M= 4,37$, $D.T.= 2,295$), lo que se compensa por las buenas valoraciones del equipamiento y medios tecnológicos, y de los cuidados del personal de enfermería. A la vista de estos resultados para la Atención Primaria, los Hospitales y la Atención Especializada, se puede afirmar que el problema de las listas de espera, a pesar de no ser el factor que más influye en la satisfacción ciudadana en todos los servicios, está presente como condicionante en todos los servicios y es, en general, el aspecto peor valorado por la ciudadanía (lo que demuestra nuestra hipótesis 9).

Finalmente, los aspectos que más influyen en la valoración del servicio de Urgencias son el tiempo de espera, la confianza, y la calidad de la respuesta de urgencia. Este es el único servicio en el que el tiempo de espera es más relevante que aspectos intangibles como la confianza, lo que se explica por la propia especificidad del servicio, en el que una respuesta rápida es el elemento central en las expectativas de los ciudadanos. El tiempo de espera, y la información sobre el mismo son los aspectos peor valorados de este servicio, $M= 5,03$, $D.T.= 2,277$ y $M= 4,46$, $D.T.= 2,374$, respectivamente. Otro dato importante, es que la confianza en el médico de urgencias es la más baja ($M=6,26$, $D.T.= 1,959$) respecto de la confianza en los médicos de los otros tres servicios.

El tiempo de espera, es, a todos los efectos, el aspecto tangible que más influye en estos momentos en la valoración de la sanidad gallega, lo que demuestra nuestra hipótesis 9, tanto de forma directa, como a través de la

valoración, es decir, de la evaluación de los ciudadanos de la calidad del sistema.

En definitiva, el análisis de cada uno de los principales servicios sanitarios públicos, demuestra que los aspectos intangibles de la atención, fundamentalmente el trato recibido y la confianza, son los mayores condicionantes de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema de salud público. Más allá, el estudio de las correlaciones existentes entre dichos aspectos intangibles de la atención, y los aspectos tangibles, revela que, tal y como muestra nuestro modelo explicativo de la satisfacción, un aumento en la valoración de los aspectos intangibles, se relaciona con una mejora de la satisfacción con los aspectos tangibles. Esto nos permite demostrar la hipótesis 8, y afirmar que, no sólo los aspectos intangibles son los importantes condicionantes de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario, sino que, a su vez, condicionan la opinión de los ciudadanos sobre aspectos fácilmente medibles y modificables como los horarios de atención, los equipos tecnológicos o el tiempo de espera por la atención. Concretamente, se ha comprobado, la gran influencia que, en nuestro modelo de ecuaciones estructurales, ejerce la valoración que los ciudadanos hacen del trato recibido, en su valoración de los equipamientos tecnológicos. Es decir, unas políticas públicas dirigidas únicamente a mejorar los aspectos tangibles del sistema sanitario público, están condenadas al fracaso desde el punto de vista de la satisfacción ciudadana, ya que difícilmente lograrán mejorar la valoración del sistema de salud, que siempre estará influenciada por los aspectos intangibles, fundamentalmente la confianza y el trato recibido.

Nuestro modelo explicativo, en torno al concepto de “cultura sanitaria”, revela que una combinación de las tres dimensiones principales, a saber, el trato, la confianza en los médicos y la experiencia, generan modelos de cultura sanitaria diferentes, lo que se traduce en diferentes adecuaciones de las expectativas y percepciones de los ciudadanos. Esta adecuación de

percepciones y expectativas está presente en la evaluación que los ciudadanos hacen del sistema, que a su vez genera diferentes grados de satisfacción.

Para completar el modelo explicativo debemos hacer mención a los factores exógenos y endógenos al proceso de formación de la satisfacción ciudadana con la sanidad pública. Como factores endógenos diferenciamos los elementos característicos de la cultura organizativa inherente la administración sanitaria, las relaciones laborales, e incluso las relaciones personales que se generan entre los diferentes profesionales sanitarios.

Como factores exógenos, que influyen en la explicación del grado de satisfacción de los ciudadanos con la sanidad, hemos analizado la ideología política e identificación partidaria de los individuos, y la frecuencia con que utilizan los medios de comunicación para informarse.

En el caso de la identificación partidaria y el posicionamiento ideológico, partiendo de la hipótesis de que diferencias en estos aspectos generan diferentes relaciones de los ciudadanos con los servicios públicos e influyen en su satisfacción con los mismos, se ha podido comprobar que un aumento de la desviación hacia derecha en el posicionamiento ideológico de los individuos en una escala de autoubicación de uno a diez, supone una mayor nivel de satisfacción con el sistema sanitario público, lo que demuestra nuestra hipótesis 10 sobre la influencia de aspectos exógenos a la sanidad. Este resultado puede explicarse por dos motivos, en primer lugar, diferentes comportamientos y expectativas de los ciudadanos en función de sus preferencias ideológicas y, en segundo lugar, el hecho de que el gobierno autonómico, y por tanto su política sanitaria, esté en manos del Partido Popular, cuyos votantes habituales se sitúan más a la derecha ($M= 7$, $D.T.= 1,746$) que la media poblacional ($M= 4,84$ $D.T.= 2,039$) en la escala de autoubicación ideológica. Además, se ha comprobado que existe relación entre ubicarse a la derecha ideológicamente, y se mayor de 60 años, lo que justificaría las valoraciones más generosas. Sin embargo, la inclusión en el

modelo final de ecuaciones estructurales de la variable de autoubicación, controlándolo también por la edad, ha demostrado que, a pesar de que pueda existir cierto efecto cruzado entre ambas, la autoubicación sigue siendo determinante en el grado de satisfacción de los ciudadanos con la sanidad.

Por otra parte, en el análisis de la identificación partidaria, los votantes habituales del PP, valoran significativamente mejor la sanidad que los del PSdeG-PSOE y los del BNG, e incluso mejor que los volátiles y los votantes habituales de otros partidos, como IU. Esto puede explicarse de nuevo porque diferentes identificaciones partidarias generan relaciones diferentes con los servicios públicos, y porque los votantes del PP, es lógico que valoren mejor que el resto un servicio gestionado por un gobierno de su partido. Sin embargo, en este caso el efecto cruzado con la edad es superior a la autoubicación ideológica, de modo que el casi un 50% de los que se declaran votantes habituales del PP tienen 60 o más años, lo que justifica que sus valoraciones sean mejores. Este efecto cruzado se refleja en el modelo de regresión final, en el que, en combinación con otras variables, la identificación partidaria deja de ser una variable determinante de la satisfacción de los ciudadanos con el sistema de salud.

Se ha comprobado también la hipótesis 1 de esta investigación, demostrando que en la satisfacción de los pacientes, no influyen de forma significativa los elementos exógenos recogidos en nuestro estudio, mientras que el conjunto de ciudadanos en general, si se ven influenciados por aspectos exógenos como la autoubicación ideológica. Al contrario de lo que ocurre con las valoraciones del sistema sanitario y de las políticas sanitarias, que son en parte valoraciones políticas y de políticas públicas, las valoraciones de los pacientes, como en el caso analizado de la asistencia hospitalaria, se refieren básicamente a su experiencia durante su estancia en el centro hospitalario, sin que la mediación de factores exógenos sea significativa.

Es indudable que la opinión pública de los ciudadanos puede variar en su exposición a los medios de comunicación, lo que afecta también al sistema sanitario, ya que, en la actualidad, los medios de comunicación son una poderosa fuente de información para la población en general, tanto en materia de salud, como en los aspectos relacionados con efectividad, funcionamiento y organización de los sistemas sanitarios.

No es objeto de esta investigación, profundizar en el análisis del tratamiento que los medios de comunicación otorgan a la sanidad pública en Galicia. Sin embargo, sí se ha tenido en cuenta la frecuencia con que los ciudadanos utilizan la prensa, la radio o la televisión para informarse. El resultado de este análisis, nos muestra que únicamente se demuestran diferencias significativas en la valoración del sistema sanitario por los ciudadanos, en relación a la frecuencia de lectura de la prensa. Es posible hablar de un mayor nivel de crítica, desconfianza e insatisfacción con el sistema sanitario y su personal médico a medida que aumenta la frecuencia con la que se lee la prensa. De tal forma, una mayor información, en muchos casos detallada, fomenta un nivel crítico mayor entre la ciudadanía con la sanidad gallega, y viceversa bajos niveles de información aluden a una mayor conformidad con el sistema y por lo tanto a unos niveles más elevados de confianza y satisfacción. Una explicación a este fenómeno puede estar, en que el aumento de la frecuencia de lectura de la prensa está relacionado con el aumento del nivel de estudios, de modo el 70,98% de los ciudadanos que afirman leer la prensa a diario, tienen el Bachillerato o estudios superiores. Sin embargo, como se ha visto, tanto la frecuencia de lectura de la prensa, como el nivel de estudios, pierden significatividad en el modelo global, al interaccionar con otras variables con mayor peso explicativo.

En relación con la prensa escrita, es importante señalar que en nuestro análisis no se aprecian diferencias significativas en la valoración de la sanidad en función del periódico de lectura habitual, aunque, dado que casi el 50% de los gallegos tienen como periódico de cabecera "La Voz de

Galicia”, es difícil establecer conclusiones firmes en este sentido. Queda abierta de este modo una posible línea de investigación futura, un análisis de la línea editorial de los periódicos gallegos respecto a la sanidad, que podría contribuir a aclarar estos resultados.

En definitiva, ciertos aspectos de la forma en que los medios de comunicación tratan los temas sanitarios, intervienen en la opinión pública, y podrían ser controlables, con el consiguiente efecto en la ciudadanía.

Como conclusión final a nuestra investigación, se puede afirmar que, frente a las habituales orientaciones de la gestión sanitaria desde teorías como el “managed care”, como perspectiva económica, o la Medicina Basada en la Evidencia, perspectiva técnica de los profesionales de la salud, es posible formular unas políticas que combinen la consecución de un sistema sanitario sostenible económicamente, eficaz, y que al mismo tiempo satisfaga las demandas y necesidades planteadas por los ciudadanos, usuarios del mismo.

Como se ha visto, el aumento del gasto sanitario no va necesariamente ligado a un aumento de la satisfacción de los usuarios. Las demandas de la ciudadanía en el sector sanitario son prácticamente ilimitadas, sin embargo, esta investigación ha permitido comprobar que el aumento del gasto y la mejora de los aspectos tangibles de la atención sanitaria, como los equipamientos tecnológicos, no se traducen directamente en un aumento de la satisfacción y, por tanto, el cumplimiento de las expectativas de los ciudadanos respecto al sistema de salud, sino que su efecto está mediatizado por los aspectos intangibles de la transacción sanitaria, fundamentalmente el trato recibido y la confianza en los médicos y el sistema. Es por esto que los gestores públicos no deben caer en el error de intentar reducir los problemas de las políticas sanitarias a problemas exclusivamente técnicos, sino que deben poner el énfasis en la “gestión de la confianza” de los ciudadanos en el sistema, y en la relación de los profesionales sanitarios con los pacientes. En definitiva, el modelo de

explicación de la satisfacción ciudadana con la sanidad pública planteado en esta investigación, sienta las bases para el diseño de una nueva gestión pública sanitaria orientada a los ciudadanos, no tanto a través de la inversión, cuanto a través de la mejora de los intangibles, lo que sin duda contribuirá a la legitimación del sistema y a su sostenibilidad en el tiempo, pese al aumento del gasto sanitario y la consecuente presión fiscal sobre la población.

Bibliografía

Abramowitz, S, AA Cote, y E Berry. «Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach.» *Quality Review Bulletin* 13 (1987): 122-130.

Adolino, JR., y CH. Blake. *Comparing Public Policies*. Washington: CQ Press, 2001.

Alaszewski, A. «Risk, Trust and Health.» *Health, Risk and Society* 5, nº 3 (November 2003): 235-239.

Almond, G A, y S Verba. *The civic culture*. New Jersey: Princeton University Press, 1963.

Álvarez González, M. R., y A Ruiz Martínez. *Opiniones y Actitudes. La imagen del sistema sanitario en España (1995-2005)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2006.

Anderson, E.W., C. Fornell, y D.R. Lehmann. «Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from Sweden.» *Journal of Marketing* 58 (July 1994): 53-66.

Anderson, E.W., y C Fornell. «A customer satisfaction research prospectus.» En *Service Quality: new directions in theory and practice*, de R.T. Rust y R.L. Oliver. London: Sage Publications, 1994.

Anderson, LA, y Dedrick RF. «Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships.» *Psychol Rep* 67, nº 3 (December 1990): 1091-1100.

Anderson, LA, y MA Zimmerman. «Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management.» *Patient Education and Counseling* 20, nº 1 (1993): 27-36.

Annison, MH., y Dan S. Wilford. *Trust Matters. New directions in Health Care Leadership*. San Francisco, California: Jossey-Bass, 1998.

Arrow, K. «Uncertainty and the welfare economics of medical care.» *The American Economic Review* 53 (1963): 941-973.

Balint, M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pittman Medical, 1964.

Barrasa, I., y C. Aibar. «Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001.» *Revista de Calidad asistencial* 18, nº 7 (2003): 580-590.

Battistella, RM. *Health care turning point, why single payer won't work*. Cambridge, MA: The MIT Press, 2010.

Becker, G. «The economic approach to human behaviour.» En *Rational Choice*, de J (comp) Elster, 108-122. Oxford: Blackwell, 1986.

Bekker, M. *The politics of Healthy policies*. Delft: Eburon , 2007.

Bellon Saameno, JA, SA Delgado, JD Luna del Castillo, y CP Lardelli. «Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria.» *Gaceta Sanitaria* 9, nº 51 (1995): 343-353.

Ben-Sira, Zeev. «The function of the Professional's Affective Behaviour in Client Satisfaction: A Revised Approach to Social Interaction Theory.» *Journal of Health and Social Behaviour* 17 (March 1976): 3-11.

Berry, L, y A Parasuraman. *Marketing de Servicios: la calidad como meta*. Barcelona: Parramon, 1993.

Bitner, M. J. «Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses.» *Journal of Marketing* 54 (1990): 69-82.

Blank, RH., y Viola B. *Comparative Health Policy*. London: Palgrave Mac Millan, 2007.

Blendon, R J. «Why americans don't trust the government and don't trust healthcare.» En *Trust crisis in healthcare: causes, consequences and cure*, de David A. Shore, 21-31. New York: Oxford University Press, 2007.

Blendon, R, y A Jovell. *Informe sobre la Confianza en el Sistema Nacional de Salud*. Barcelona: Harvard University School of Public Health, Fundació Biblioteca Josep Laporte, Universidad de los pacientes, Universidad Autónoma de Barcelona, 2006.

Blendon, RJ, K. Donelan, AJ. Jovell, L. Pellise, y E. Costas Lombardía. «Spain's Citizen Assess Their Health Care System.» *Health Affairs* 10, nº 3 (Fall 1991): 216-228.

Blendon, RJ., R. Leitman, I. Morrison, y K. Donelan. «Satisfaction With Health Systems in Ten Nations.» *Health Affairs*, Summer 1990: 185-192.

- Blendon, R.J., y H. Taylor. «Views On Health Care: Public Opinion In Three Nations.» *Health Affairs*, Spring 1989: 149-157.
- Bohigas, L. «La satisfacción del paciente.» *Gaceta sanitaria* 50, nº 9 (septiembre/octubre 1995): 283-286.
- Bolivar, I. «Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria.» *Gaceta Sanitaria* 13 (1999): 371-383.
- Bonino Méndez, L. *Varones, género y salud mental: deconstruyendo la "normalidad" masculina*. Barcelona: Icaria, 2000.
- Borras, JM. «La utilització dels serveis sanitaris.» *Gaceta Sanitaria* 8 (1994): 20-49.
- Boylan, M. *International Public Health, Policy and Ethics*. USA: Springer, 2008.
- . *Public Health Policy and Ethics*. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2004.
- Brady, M., y J. Cronin Jr. «Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach.» *Journal of Marketing* 65 (July 2001): 34-49.
- Brownlie, J., A. Greene, y A. Howson. *Researching Trust and Health*. New York: Routledge, 2008.
- Bryman, A, y D Cramer. *Análise de dados em Ciências Sociais*. Oeiras: Celta Editora, 2003.
- Budge, I., HD. Klingermann, A. Volkens, J. Bara y E. Tanenbaum. *Mapping Policy Preferences*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Budge, I., L. Ezrow, y M. D. McDonald. «Ideology, Party Factionalism and Policy Change: An integrated dynamic theory.» *British Journal of Political Science* 40 (2010): 781-804.
- Bunker, J.P. «The role of medical care in contributing to health improvements within societies.» *International Journal of Emidemology* 30, nº 6 (2001): 1260-1263.
- Burr, J, y P Nicolson. *Researching Health Care Consumers*. London: Palgrave macmillan, 2005.

Cadotte, E.E., R.B. Woodruff, y R.L. Jenkins. «Expectations and norms in models of consumer satisfaction.» *Journal of Marketing Research* 24 (August 1987): 305-314.

Calnan, M. «Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care.» *Social science & Medicine* 27 (1988): 927-933.

Calnan, M, M Cant, y J Gabe. *Going private: why people pay for their health*. Buckingham, UK: Open University, 1993.

Calnan, M, V Katsouyinnopoulos, VK Ovcharov, R Prokhorskas, H Ramic, y S Willimas. «Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems.» *Family Practice* 11 (1994): 468-478.

Calnan, M, y R Rowe. *Trust in health care: an agenda for future research*. London: The Nuffield Trust, 2004.

Calnan, M. «Citizens, users and health care.» *European Journal of Public Health* 7 (1997): 1-2.

Calnan, M., R. Rowe, y V. Entwistle. «Trust relations in health care: and agenda for future research.» *Journal of Health Organisation and Management* 20, nº 5 (2006): 477-484.

Calnan, M., y E Sanford. «Public Trust in health care: the system or the doctor?» *Quality and Safety in Health Care* 13 (2004): 92-97.

Calnan, M., y R. Rowe. «Researching trust relations in healthcare: conceptual and methodological challenges.» *Journal of Health Organisation and Management*, 2006: 20 (5):349-58.

—. *Trust matters in health Care*. Great Britain: Open University Press, 2008.

Caminal, J. «La medida de satisfacción: un instrumento de mejora de la calidad de los servicios sanitarios.» *Revista de Calidad Asistencial* 16 (2001): 276-279.

Caminal, J., E. Sánchez, y A. Schiaffino. «El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global.» *Revista de Calidad Asistencial* 17, nº 1 (2002): 4-10.

Cardozo, R. «Customer satisfaction: laboratory study and marketing action.» *Journal of marketing research* 2 (Agosto 1964): 244-249.

- Carlzon, J. *Moments of truth*. Cambridge: Ballinger, 1987.
- Carman, JM. «Consumer Perceptions of Service Quality: An Assesment of the SERVQUAL Dimensions.» *Journal of Retailing* 66, nº 1 (Spring 1990): 33-55.
- Carr-Hill, R. «The measurement of patient satisfaction.» *Journal of Public Health Medicine* 14 (1992): 236-249.
- Cartwright, A. *Patients and Their Doctors. A Study of General Practice*. London: Routledge and Kegan Paul, 1967.
- Castells, M. *La Era de la información: economía, sociedad y cultura. El poder de la identidad. Vol II*. Madrid: Alianza, 1997.
- Chard, RE. *The mediating effect of public opinion on public policy: exploring the realm of healthcare*. New York: State University of New York Press, 2004.
- Chard, RE. *The Mediating Effect of Public Opinion on Public Policy*. New York: State University of New York, 2004.
- Chávez-Cortois, M L. «El concepto de cultura sanitaria: una aproximación desde la perspectiva de género.» *Argumentos: Estudios críticos de la sociedad*, nº 45 (2003): 59-80.
- Chomsky, N., y E. S Herman. *Los Guardianes de la Libertad*. Barcelona: Editorial Crítica, 1990.
- Chung, KC, KHM Hamill, MR Walters, y EG Wilkins. «Predictors of patient satisfaction in an outpatient plastic surgery clinic.» *Annals of plastic surgery* 42 (1999): 56-60.
- Cochrane, AL. *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
- Cohen, G. «Age and Health Status in a patient satisfaction survey.» *Social, Science & Medicine* 42 (1996): 1085-1093.
- Compston, H. *Handbook of Public Policy in Europe*. London: Pallgrave Mac Millan, 2004.
- Conell, N.A.D., y R Mannion. «Conceptualisations of trust in the organisational literature: some indicators from a complementary

perspective.» *Journal of Health Organisation and Management* 20, nº 5 (2006): 417-433.

Connell, N A D, y R Mannion. «Conceptualisations of trust in the organisational literature: some indicators from a complementary perspective.» *Journal of Health Organisation and Management* 20, nº 5 (2006): 417-433.

Consellería de Sanidade. SERGAS. «Memoria 2008. Sistema Sanitario de Galicia.» Santiago de Compostela, 2008.

Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. «Plan Estratégico SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente.» SERGAS. www.sergas.es (último acceso: 2011).

Cook, K S, y I Stepanikova. «The health care outcomes of trust.» En *Researching trust and health*, de J Brownlie, A Greene y A Howson, 194-214. NY: Routledge, 2008.

Costa-Font, J. «Establecimiento de prioridades, opinión pública y sistema sanitario en España.» *Gaceta sanitaria* 15, nº 3 (2001): 237-244.

Costa-Font, J, y M Jofre-Bonet. «Are private health insurance subscribers unsatisfied with the spanish national health system?» *The Geneva papers* 31 (2006): 650-668.

Costa-Font, J, R. Wittenberg, C. Patxot, A. Comas-Herrera, C. Gori , L. Pickard y H. Rothgang «Projecting long-term care expenditure in four European Union member states: the influence of demographic scenarios.» *Social indicators research* 86, nº 2 (2008): 303-321.

Coulter, A. «Evaluating the outcomes of the health care.» En *The Sociology of the Health Service*, de J Gabe, M Calnan y M Bury, 115-139. London: Routledge, 1991.

Crawshaw, R, ED. Rogers, RJ. Pellegrino, G. Bulger, LR. D Lundberg, CK. Bristow, JA. Barondess «Patient-Physician Covenant.» *Journal of the American Medical Association* 273, nº 19 (1995): 1153.

Cronin, J. Jr y A.T. Steven «Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension.» *Journal of Marketing* 56 (July 1992): 55-68.

Cronin, J. Jr y A.T. Steven «SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality.» 58 (January 1994): 125-131.

Da Costa, D, AE. Clarke, P. Dobkin, JL. Senecal, P, Fortin, D. Danoff, J. Esdaile «The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus.» *Journal for Quality in Health Care* 11 (1999): 201-207.

D'Adamo, Orlando, V. García Beaudoux, F. Freidenberg. *Medios de comunicación y opinión pública*. Madrid: MacGraw-Hill, 2007.

Danovaro-Holliday, CM, A.L Wood, y CW. Le Baron. «Rotavirus Vaccine and the News Media.» *Journal of the American medical Association* 11 (2002): 1455-1462.

Davies, HTO. «Falling public trust in health services: implications for accountability.» *Journal of Health Service Research Policy* 4, nº 4 (1999): 193-194.

Davies, HT.O., y G. T. Rundall. «Managing Patient Trust in Managed Care.» *The Milbank Quarterly* 78, nº 4 (2000): 609-624.

Day, R. E. «Toward a process model of consumer satisfaction.» En *Conceptualisation and measurement of consumer satisfaction and dissatisfaction*, de H. K. Hunt, 153-186. Cambridge, Mass: Marketing Science Institute, 1977.

Delgado, A, y LA. López-Fernández. «La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. Práctica profesional y género en atención primaria.» *Gaceta Sanitaria*, 2004: 112-117.

Demers, M. «Frequent users of ambulatory health care in Quebec: The case of doctor-shoppers.» *Canadian Medical Association Journal* 135 (1995): 37-42.

Deming, Edward. *Out of the Crisis*. MIT Press, 1986.

Di Matteo, MR, y R Hays. «The significance of patients perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center.» *Journal of Community health* 6, nº 1 (1980): 18-34.

Díaz, R. «Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios.» *Revista de Calidad Asistencial* 17, nº 1 (2002): 22-29.

Dicker, A, y D. Amstrog. «Patients views of priority settings in health care-an interview survey in one practice.» *BMJ* 311 (1995): 1137-1139.

Díez, E., y R. Peiró. «La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud.» *Gaceta Sanitaria*, 2004.

Doering, ER. «Factors influencing impatient satisfaction with care.» *Quarterly Review Bulletin* 9, nº 10 (1983): 291-299.

Domínguez Martín, M. *Formas de gestión de la sanidad pública en España*. Madrid: La Ley, 2006.

Donabedian, A. «Evaluating the quality of medical care.» *Millbank Memorial Fund Quarterly* 44 (1966): 166-206.

Donabedian, A. *La calidad de la atención médica*. Mexico: La Prensa Mexicana, 1984.

—. *The definition of Quality and Approaches to its Assesment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

Dorieke, K., S Cihangir, S Kleefstra, B Van den Berg, y R Kool. «Patient satisfaction revisited: a multilevel approach.» *Social Science and Medicine* 69 (2009): 69-75.

Durán, A. *Políticas y Sistemas sanitarios*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2004.

Eckstein, H. «A culturalist Theory of Political Change.» *The American Political Science Review* 82, nº 3 (1988): 789-804.

Elola Somoza, J. *Política Sanitaria Española*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.

Entwistle, VA. y O. Quick. «Trust in the context of patient safety problems.» *Journal of Health Organisation and Management* 20, nº 5 (2006): 397-416.

Erickson, R, G Wright, y J McIver. *Statehouse democracy: Public opinion and policy in the American states*. New York: Cambridge University Press, 1993.

Evans, R. G. «Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structure of the Health-Care Industry.» En *Health, Economics, and Health Economics*, de J Van der Gaag y R.G. Evans. Amsterdam: North-Holland, 1981.

Evrard, Y. «La satisfaction de consommateurs: état de recherche.» *Reveu Française de Marketing*, nº 144-145 (1993): 53-65.

Fang, E., RW. Palmatier, LK. Scheer, y N. Li. «Trust at Different Organisational Levels.» *American Marketing Association* 72 (March 2008): 80-98.

Farrel, H. *The political economy of trust*. New York: Cambridge University Press, 2009.

Feldman, L., E. Vivas, Z. Lugli, V. Alvarez, y MG. Pérez. «La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación.» *Revista de Calidad Asistencial* 22, nº 3 (2007): 133-140.

Ferrán Aranaz, M. *SPSS para windows. Análisis Estadístico*. México: McGraw-Hill, 2007.

Fitzpatrick, R. «Satisfaction with health care.» En *The experience of illness*, de Fitzpatrick R., J. Hilton, S. Newman, G. Scambler y J. Thomson, 154-178. London: Tavistock, 1984.

Fitzpatrick, R. «Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations.» *BMJ* 302 (April 1991a): 887-889.

Fitzpatrick, R. «Surveys of patient: II-Desining a questionnaire and conducting a survey.» *BMJ* 302 (1991b): 1129-1132.

Folkes, V., S Koletsky, y J.L. Graham. «A field study of casual inferences and consumer reaction: the view from the airport.» *Journal of Consumer Research* 13 (1987): 534-539.

Fornell, C. «A national customer satisfaction barometer: the swedish experience.» *Journal of Marketing* 56 (1992): 6-21.

Fornell, C, M.D. Johnson, E.W. Anderson, J. Cha, y B.E. Bryant. «The american customer satisfaction index: nature, purpose and findings.» *Journal of Marketing* 60, nº 4 (1996): 7-18.

Fukuyama, F. *La confianza (Trust)*. Barcelona: Ediciones B, 1998.

—. *Trust, the social virtues and the creation of prosperity*. London: Penguin Books, 1995.

Gabe, J., Michael C., y Michael B.. *The sociology of the Health Service*. London: Routledge, 1991.

Gallego Calderón, R. «¿Actores o Instituciones? La política sanitaria catalana.» En *Análisis de Políticas Públicas en España: enfoques y casos*, de M. Grau y A. Mateos. Valencia: Tirant lo Blanch, 2002.

Gambetta, D. «Can we trust?» En *Trust: making and breaking cooperative relations*, de Ed D Gambetta, 213-237. Oxford: Blackwell, 1990.

García Olmos, L, V Abaira, J Gérvas, A Otero, y M Pérez Fernández. «Variability in GP's referral rates in Spain.» *Fam Pract*, 12, 1995: 159-62.

García-Calvente, M. «La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social.» *Gaceta Sanitaria*, 2004.

Garraud, P. «Politiques naitonales: elaboration de l'agenda.» *L'Année Sociologique* 40 (1990): 17-24.

Gené Badía, J. «Gestión de la atención primaria de salud.» En *La Atención Primaria de salud en España y sus Comunidades Autónomas*, de Vicenç Coord: Navarro López y Armando Martín Zurro. Barcelona: Semfyc Ediciones, 2009.

Giddens, A. *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press, 1990.

Giese, J.L., y J.A. Cote. «Defining consumer satisfaction.» *Journal of the Academy of marketing science*, 2000.

Gil Saura, I., G. Berenguer Contrí, M. Gallaeza Granizo, y B. Moliner Velázquez. «Calidad, satisfacción y valor del servicio.» nº 152. Barcelona: Instituto de Economía Internacional, 2004.

Gilson, L. «Trust and the development of health care as a social institution.» *Social Science and Medicine* 56 (2003): 1453-1468.

Gilson, L. «Trust in health care: theoretical perspectives and research needs.» *Journal of Health Organisation and Management* 20, nº 5 (2006): 359-375.

Girón, M., B. Beviá, E. Medina, y M. Simón Talero. «Calidad en la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales.» *Revista Española de Salud Pública* 76, nº 5 (2002): 561-575.

Girvin, B. «Changue and continuity in liberal democratic political culture.» En *Contemporary Political Culture*, de John R Gibbins, 31-51. London: Sage Publications, 1989.

Grembowski, D. *The practice of health program evaluation*. USA: The Sage Publications, 2001.

Grönroos, C. «A service quality model and its marketing implications.» *European Journal of Marketing* 18, nº 4 (1984): 36-44.

—. *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

Grönroos, C. «The perceived service quality concept- a mistake?» *Managing Service Quality* 11, nº 3 (2001): 150-152.

Grönroos, C. «A service-oriented approach to marketing of services.» *European Journal of Marketing* 12, nº 8 (1978): 588-601.

Grönroos, C. «An applied service marketing theory.» *European Journal of Marketing* 16, nº 7 (1982): 30-41.

Grönroos, C. «From marketing mix to relationship marketing-towards a paradigm shift in marketing.» *Management Decission* 35, nº 4 (1997): 322-339.

Grönroos, C. «Service Quality: the six criterias of good perceived service quality.» *Review of Business* 9, nº 3 (1988): 10-13.

Guillén, A. *La construcción política del sistema sanitario español: de la postguerra a la democracia*. Madrid: Ex libris, 2000.

Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. «Satisfaction, gender and communication in medical visit.» *J Gen Specif Med*, 32, 1994: 1216-31.

Hall, J, y C Dornan. «Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analisis.» *Social, Science & Medicine* 30 (1990): 811-818.

Hall, J.A., y M.C. Dornan. «Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analisis of overall satisfaction levels.» *Social and Medicine* 27, nº 6 (1988): 637-644.

Hall, JA, MA Milburn, y AM Epstein. «A causal model of health status and satisfaction with medical care.» *Medical Care* 31 (1993): 84-94.

Hall, MA, B Zheng, E Dugan, F Camacho, K.E., Mishra, A Kidd, y R Balkrishnan. «Measuring patients' trust in their primary care providers.» *Medical Care Research and Review* 59 (2002): 293-318.

Hall, MA, E Dugan, B Zheng, y A Mishra. «Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured and does it matter?» *Millbank Quarterly* 79, nº 4 (2001): 613-639.

Hall, Mark A. «Researching medical trust in the United States.» *Journal of Health Organisation and Management* 20, nº 5 (2006): 456-467.

Harrison, S, y C Smith. «Trust and moral motivation: redundant resources in health and social care?» *Policy and Politics* 32, nº 3 (2004): 371-386.

Hekkert, KD, S Cihangi, SM Kleefstra, B van der Berg, y RB Kool. «Patient satisfaction revisited: a multilevel approach.» *Social, Science and Medicine*, 2009: 68-75.

Hibbard, J, y J Jewet. «Will quality report cards help consumers?» *Health Affairs* 16 (1997): 218-228.

Hogg, C. *Patients, Power and Politics*. London: Sage Publications, 1999.

Holland, W., y E. Mossialos. *Public Health Policies in the European Union*. USA: Ashgate, 1999.

Howard, J.A., y J. N. Sheth. *The theory of buyer behaviour*. New York: John Wiley & Sons, 1969.

Hulka, B, L Kupper, y M Dalyu. «Correlates of satisfaction with medical care: a community perspective.» *Medical Care* 13 (1975): 648-658.

Hulka, B.S., L.L. Kupper, J.C. Cassel, y S.J. Thompson. «A method for measuring physicians' awareness of patients' concerns.» *HSMHA Health Reports*, 1971: 741-751.

Hulka, B.S., y S.J. Zyzansrey. «Validation of a patient satisfaction scale. Theory, Methods and Practice.» *Med Care*, 20, 1982: 649-653.

Hunt, H.K. «Consumer satisfaction/dissatisfaction - overview and future research directions.» En *Conceptualisation and measurement of consumer satisfaction and dissatisfaction*, de H.K. Hunt, 455-488. Cambridge, Mass: Marketing Science Institute, 1977.

Hunter, DJ. *Public Health Policy*. Cambridge: Polity Press, 2004.

Ibern, P. «La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris.» *Gaceta Sanitaria* 6 (1992): 176-185.

Imber, JB. *Trusting Doctors*. New Jersey: Princeton University Press, 2008.

Inglehart, R. «Aggregate stability and individual level flux in mass belief systems.» *American Political Science Review* 82 (1988): 97-116.

—. *Culture shift in advanced industrial societies*. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

Inglehart, R. «Trust, well-being and democracy.» En *Democracy and Trust*, de ME Warren, 88-120. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

Iyengar, S. *Is anyone responsible? How television frames political issues*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

Jackson, JL, y K Kroenke. «The difficult patient: clinical predictors and outcomes.» *Archives of Internal Medicine* 159 (1999): 1069-1075.

Jaipaul, CK, y GE Rosenthal. «Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients?» *Journal of General International Medicine* 18 (2003): 23-30.

Jaraiz, E. «La gestión de la atención primaria: confianza y satisfacción en el sistema sanitario de Galicia.» *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas* 8, nº 2 (2009): 69-83.

Joby, J. «Patient satisfaction: the impact of past experience.» *Journal of Health Care Marketing* 3 (September 1992): 56-64.

John, J. «Patient satisfaction: the impact of past experience.» *Journal of Healthcare Marketing* 12 (1992): 56-64.

Jones, K. «Trust.» En *Routledge Encyclopaedia of Philosophy*. London: Routledge, 1998.

Jones, L, L Leneman, y U Maclean. *Consumer feedback for the NHS*. London: King Edward's Fund for London, 1987.

Jones, M.A., y J Suh. «Transaction-specific satisfaction and overall satisfaction: an empirical analysis.» *Journal of Services Marketing* 2 (2000): 147-159.

- Jovell, A., R.J. Blendon, MD. Navarro, F. Chanttal, JM. Benson, CM. DesRoches, KJ. Weldon. «Public Trust in the Spanish health care system.» *Health Expectations* 10 (2007): 350-357.
- Kaba, R, y P Sooriakumaran. «The evolution of the doctor-patient relationship.» *International Journal of Surgery* 5 (2007): 57-65.
- Kandrack, M., K.R. Grant, y A. Segall. «Gender differences in health related behaviour: Some unanswered questions.» *Social Science and Medicine*, 1991: 31(5): 579-590.
- Kao, A, O Green, A Zalavsky, J Koplan, y P Cleary. «Patient's trust in their physicians.» *Journal of General Internal Medicine* 13, nº 10 (1998): 681-685.
- Katz Olson, L. *The politics of Medicaid*. New York: Columbia University Press, 2010.
- Koss, E. *The health of regionville*. New York: Hafner, 1954.
- Kotler, P. *Dirección de márketing*. London: Prentice-Hall International, 2000.
- Kotler, P., y N. Lee. *Marketing en el sector público*. Madrid: Pearson Prentice Hall, 2007.
- Krasnik, A, A Sawitz, N Keiding, y E Hansen. «Determinants of general practice utilization in Denmark.» *Danish Medical Bulletin* 44 (1997): 542-546.
- Kravitz, RL, EJ Callahan, D Paterniti, D Antonius, M Dunham, y CE Lewis. «Prevalence and sources of patients unmet expectations for care.» *Annals of Internal Medicine* 125 (1996): 730-737.
- Laín Entralgo, P. *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela, 2003.
- Laver, M., y J. Garry. «Estimating Policy Positions from Political Texts.» *American Journal of Political Science* 44 (2000): 619-634.
- Laverlack, G. *Public Health*. London: Pallgrave Mac Millan, 2005.
- Lazarsfeld, P., B. Berelson, y H. Gaudet. *The People's Choice*. New York: Duell, Sloan and Pearce, 1944.
- Lewis, JR. «Patient views on quality care in general practice: literature review.» *Social, Science and Medicine* 39 (1994): 655-670.
- Lewis, S, M Saulnier, y M Reanud. «Reconfiguring health policy: simple truths, complex solutions.» En *The Handbook of social studies in health and*
-

medicine, de G.L. Albrecht, R Fitzpatrick y S.C. Scrimshaw, 509-5223. London: Sage, 2000.

Lieberman, T. «Trustworthy Information: The Role of the Media.» En *Shore, David A*, de *The Trust Crisis in Healthcare*, 115-121. Oxford: Oxford University Press, 2007.

Linder-Pelz, S. «Toward a theory of patient satisfaction.» *Social Science & Medicine* 16 (1982): 577-582.

Linn, L.S. «Factors associated with patient evaluation of health care.» *Milbank Memorial Fund Quartelry Health and Society* 53 (1975): 531-548.

Lledó, A, A Vilella, J Losa, E Vendrell, A Trilla, y MA Asenjo. «Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel.» *Medicina Clínica (Barc)* 111 (1998): 211-215.

Locker, D, y D Dunt. «Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care.» *Social Science & Medicine* 12 (1978): 283-292.

López-Casasnovas, G., J. Costa-Font, y I. Planas. «Diversity and regional inequalities in the spanish system of health care services.» *Health Economics* 14 (2005): 221-235.

López-Casasnovas, G, y V. Ortún Rubio. *Economía y salud. Fundamentos y políticas*. Madrid: Ediciones Encuentro, 1998.

López, J, y A Gadea. *Servir al ciudadano*. Barcelona: Gestión, 1995.

López-Casasnovas, G. «Health Care and cost containment in Spain.» En *Health Care and cost containment in the European Union*, de E Mossialos y J.Le Grand. London: Ashgate Publishing Ltd, 1999.

López-Casasnovas, G, y M Sáez. «A multilevel analysis on the determinants of regional health care expenditure: A note.» *European Journal of Health Economics*, 2006: 198-207.

López-Casasnovas, G, y M Sáez. «A vueltas con el aseguramiento privado.» *Gaceta Sanitaria* 19, nº 1 (2005): 59-64.

Lovelock, C., y Wirtz J. *Marketing de servicios*. México: Pearson Prentice Hall, 2009.

Luhman, N. *Trust and Power*. Chichester: Wiley, 1979.

Luhman, N. *La realidad de los medios de masas*. Barcelona: Anthropos editorial, 2000.

Maclean, N. *Distributing Health Care*. UK: St Andrews Studies in Philosophy and Public Affairs, 2007.

Mainous, A, R Baker, M Love, D Pereira Gray, y J Gill. «Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the US and the UK.» *Family Medicine* 33, nº 1 (2001): 22-27.

Mano, H, y R.L. Oliver. «Assesing the dimensionality and structure of the consumption experience: evaluation, feeling, and satisfaction.» *Journal of Consumer research* 20 (1993): 451-466.

Martínez Tur, V., JM. Peiró Silla, y J. Ramos. *Calidad de servicio y satisfacción del cliente*. Madrid: Síntesis, 2001.

Maslow, A. *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row, 1954.

Mc Combs, M, y A Reynolds. «New influence on our pictures of the world.» En *Media effects*, de J Eds. Bryant y D Zillman, 1-18. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2002.

McCombs, M., y D. Shaw. «The agenda-setting function of mass media.» *Public Opinion Quarterly* 36 (1972): 176-187.

McDougall, G.H.G., y T. Levesque. «Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation.» *Journal of Service Marketing* 14, nº 5 (2000): 392-410.

McIver, S. *Obtaining the views of outpatients*. London: King's Fund, 1991.

McKeown, T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

Mead, N, y P Bower. «Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature.» *Social, Science and Medicine* 51 (2000): 1087-1110.

Mechanic, D. «Changing medical organization and the erosion of trust.» *The Milbank quarterly* 74, nº 2 (1996a): 171-189.

Mechanic, D. «Functions and limits of trust in providing medical care.» *Journal of Health Politics Policy and Law* 23, nº 4 (1998): 661-686.

Mechanic, D. «In my chosen doctor I trust.» *British Medical Journal* 329 (2004): 1413-1419.

Mechanic, D, y M Schlesinger. «The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians.» *Journal of the American medical Association (JAMA)* 275 (1996b): 1693-1697.

Merson, M., y RE., Mills, AJ. Black. *International Public Health*. USA: Jones and Bartlett, 2006.

Milburn, M. *Persuasion and politics*. California: Brooks/Cole Publishing Company, 1991.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *La reforma del sistema sanitario. Análisis comparativo de siete países de la OCDE*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, BOE, 1998.

Ministerio de Sanidad y Consumo. OSM: Observatorio de Salud de la Mujer. «Salud y Género. Las edades centrales de la vida.» Madrid, 2006.

Ministerio de Sanidad y Política Social. «Opinión de los ciudadanos: Barómetro sanitario.» mayo de 2010. http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSansSNS/Opinion_Ciudadanos.htm (último acceso: febrero de 2011).

Mira, JJ., y J. Aranaz. «La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria.» *Medicina Clínica* 114, nº 3 (2000): 26-33.

Mistral, B. *Trust in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press, 1996.

Monteagudo, O., C. Navarro, P. Alonso, R. Casas, L. Rodríguez, J. Gracia, J. García-Caballero, R. Herruzo. «Aplicación hospitalaria del SERVQUOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción.» *Revista de calidad asistencial* 18, nº 5 (2003): 263-271.

Moran, Michael. «Health Policy.» En *Hanbook of Public Policy*, de G. Peters y J. Pierre, 219-230. London: Sage Publications, 2006.

Nathanson, C.A., y A.D. López. «The future of sex mortality differentials in industrialized countries: A structural hypothesis.» *Population Research and Policy Review* 6 (2), 1987: 123-136.

Noelle-Newmann, E. *The Schweige Spirale: Öffentliche Meinung-unsere soziale haut*. München: Piper & C. Verlag, 1980.

Norris, P. «Skeptical patients: performance, social capital and culture.» En *The trust crisis in healthcare*, de David A Shore, 32-46. New York: Oxford University Press, 2007.

OCDE. *La financiación de los sistemas de salud: El cambio hacia la cobertura universal*. Paris: OCDE, 2010.

OCDE. *La reforma del sistema sanitario. Análisis comparativo de siete países de la OCDE*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. Boletín Oficial del Estado, 1998.

OECD. *Health care systems: getting more value for money*. No. 2, OECD Economic Department Policy Notes, 2010.

Oliver, R. L. «A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decision.» *Journal of Marketing Research* 17 (1980): 460-469.

Oliver, R.L. «Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response.» *Journal of Consumer Research* 20 (1993): 418-430.

Oliver, R.L. «Conceptual issues in the structural analysis of consumption, emotion, satisfaction, and quality: evidence in a service setting.» *Advances in Consumer Research* (Association for Consumer Research), 1994: 16-22.

Oliver, R.L. «Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail setting.» *Journal of Retailing* 57, nº 3 (1981): 25-48.

Oliver, R.L. «Value as excellence in the consumption experience.» En *Consumer value. A framework for analysis and research*, de M.B. Holbrook, 43-62. London: Routledge, 1999.

Oliver, R.L., y J. Swan. «Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: a field survey approach.» *Journal of Marketing* 53 (1989): 21-35.

OMS. «Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.» 2000. www.who.org (último acceso: Noviembre de 2010).

Osborne, D, y T Gaebler. *La reinención del Gobierno: la influencia del espíritu empresarial en el sector público*. Barcelona: Paidós, 1994.

Owens, DJ, y C Batchelor. «Patient satisfaction and the elderly.» *Social, Science & Medicine* 42, nº 11 (1996): 1483-1491.

Parasuraman, A., V. Zeithalm, y L. Berry. «A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research.» *Journal of Marketing* 49 (1985): 41-50.

Parasuraman, A., V. Zeithalm, y L. Berry. «Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria.» *Journal of Retailing* 70, nº 3 (1994): 201-230.

Parasuraman, A., V. Zeithalm, y L. Berry. «Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research.» *Journal of Marketing* 58 (January 1994): 111-124.

Parasuraman, A., V. Zeithalm, y L. Berry. «Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale.» *Journal of Retailing* 67, nº 4 (Fall 1991): 420-450.

Parasuraman, A., y V y Berry, L Zeithalm. «SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality.» *Journal of Retailing*, 64, 1988: 12-40.

Parsons, T. *The social system*. New York: The Free Press of Glencoe, 1951.

Pascoe, G. «Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis.» *Evaluation and Program Planning* 6 (1983): 185-210.

Pendleton, D. «Doctor-patient communication: a review.» En *The consultation: an approach to learning and teaching*, de D eds. Pendleton, T Scholfield, P Tate y P Havelock, 6-54. Oxford: Oxford University Press, 1984.

Pereda, C. *Sobre la confianza*. Barcelona: Herder, 2009.

Pietroni, P. «The integrated community care practice: general practice, citizenship and community care.» En *Future Options for General Practice*, de G Meads. Oxford: Radcliffe Medical, 1996.

Putnam, R D. «Bowling Alone: America's Declining Social Capital.» *Journal of democracy*, 1995: 65-78.

Putnam, R.D. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. NJ: Princeton University Press, 1993.

Pye, L W. «Introduction: political culture and political development.» En *Political culture and political development*, de LW Pye y S Verba, 3-26. New Jersey: Princeton University Press, 1965.

Quintana, JM, N. González, A. Bilbao, F. Aizpuru, A. Escobar, C. Esteban, JA. San-Sebastian, E. de la Sierra, A. Thompson. «Predictors of patient satisfaction with hospital health care .» *Bio Med Central* 6 (2006): 102.

Rahmqvist, M. «Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units.» *International Journal of Quality Healthcare* 13 (2001): 385-390.

Ravald, A., y C. Grönroos. «The value concept and relationship marketing.» *European Journal of Marketing* 30, nº 2 (1996): 19-30.

Redfern, S. J., y I.J. Norman. «Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches.» *Journal of Advance Nursing* 15 (1990): 1260-1271.

Reisman, D. *Health Care and Public policy*. UK: Edward Elgar Publishing Limited, 2007.

Richard, MD, y AW Allaway. «Service quality attributes and choice behavior.» *Journal of Services Marketing* 7, nº 1 (1993): 59-68.

Risser, N. «Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings.» *Nursing Research* 24 (1975): 45-52.

Robb, N., y G. Trisha. «"You have to cover up the words of the doctor": The mediation of trust in interpreted consultations in primary care.» *Journal of Health Organisation and Management* 20, nº 5 (2006): 434-455.

Rodríguez-Legido, C. «La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992.» *Gaceta Sanitaria* 9 (Septiembre-Octubre 1995): 311-315.

Roemer, M. *Perspectiva mundial de los sistemas de salud* . Mexico: Siglo XXI, 1980.

Rothschild, ML. «Carrots, Sticks, and Promises: A Conceptual Framework for the Management of Public Health and Social issue Behaviors.» *Journal of Marketing* 63 (October 1999): 24-37.

Rowe, R. y M. Calnan. «Trust relations in health care: developing a theoretical framework for the "new" NHS.» *Journal of Health Organisation and Management* 20, nº 5 (2006): 376-396.

Ruíz Martínez, A. «La satisfacción de los usuarios con los servicios públicos de Atención Primaria.» *Revista de Administración Sanitaria* 3, nº 1 (2005): 33-48.

Safran, D, D Taira, W Rogers, M Kosisnski, J Ware, y A Tarlov. «Linking primary cares performance to outcomes of care.» *Journal of Family Practice* 47, nº 3 (1998): 213-220.

Sale, D. *Understanding clinical governance and quality assurance*. New York: Palgrave, 2005.

Salter, B. *The new politics of medicine*. New York: Palgrave, 2004.

Saltman, RB, y C.Von Otter. «Revitalising public health care systems: a proposal for public competition in Sweden.» *Health Policy* 7 (1987): 21-40.

Santiñá, M, A Prat, G Martínez, A Trilla, L Quintó, y MAI Asenjo. «Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial.» *Revista de Calidad Asistencial* 19, nº 4 (2004): 238-242.

Sartori, G. *Homo Videns: La sociedad teledirigida*. Madrid: Taurus, 2002.

—. *Teoría de la democracia. El debate contemporáneo*. Madrid: Alianza Editorial, 1988.

Scambler, G, y N Britten. «System, lifeworld and doctor-patient interaction: issues of trust in a changing world.» En *Habermas, Critical theory and Health*, de G Scambler. London: Routledge, 2001.

Schmittiel, J, K Grumbach, JV Selby, Quesemberry, y CP. «Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care services.» *J Gern Intern Med*, 15, 2000: 761-9.

Schutz, SM, JG Lee, CM Schmitt, M Almon, y J Baillie. «Clues to patient dissatisfaction with conscious sedation for colonoscopy.» *The American Journal for Gastroenterology* 89 (1994): 1476-1479.

Sen, G, A George, y P Östlin. «Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas.» Organización Mundial de la Salud, OMS , 2005.

Sheppard, M. «Client Satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health.» *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 1993: 246-259.

Shore, D.A. *The trust crisis in the healthcare*. New York: Oxford University Press, 2007.

—. *The Trust Prescription for Healthcare*. USA: Health Administration Press, 2005.

Sitzia, J, y N Wood. «Patient Satisfaction: a review of issues and concepts.» *Social Science and Medicine* 45, nº 12 (1997): 1829-1843.

Sixma, HJ, J Kersenns, C Van Campen, y L Peters. «Quality of care from the patients perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument.» *Health Expectations* 1 (1998): 82-95.

Spreng, R.A., y R.D. Mackoy. «An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction.» *Journal of Retailing* 72, nº 2 (1996): 201-214.

Stanistreet, D. «Is patriarchy the source of men's higher mortality.» *J Epidemiol Community Health*, 59, 2005: 873-876.

Starr, P. *The creation of the media: Political origins of modern communications*. New York: Basic Books, 2004.

Steffen, M. *Health Governance in Europe*. UK: Routledge, 2005.

«The new blackwell companion to medical sociology.» En *The convergence and divergence of modern health care systems*, de Fred Stevens, 434-454. Singapore: Wiley-Blackwell, 2010.

Stiglitz, J. «"Fostering an Independent Media with a Diversity of Views".» En *Information and Public Choice*, de Roumeen Ed. Islam, 139-152. Washington DC: The world bank, 2008.

Stiglitz, JE. *La economía del sector público*. Antoni Bosch Editor, 2000.

Stimson, G, y B Webb. *Going to see the doctor: the consultation process in general practice*. London: Routledge and Kegan Paul, 1975.

Stoyanova, A., y M. Rodríguez. «La influencia del tipo de seguro y la educación en los patrones de utilización de los servicios sanitarios.» *Gaceta Sanitaria* 2004, 2004: 102-111.

Streiner, DL, y GR Norman. *Health Measurement Scales*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

Strömberg, D, y JM Snyder. «The Media's Influence on Public Policy Decisions».» En *Information and Public Choice*, de Roumeen Ed. Islam, 17-31. Washington DC: The World Bank, 2008.

Szasz, T, y M Hollender. «A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship.» *Archives of Internal Medicine* 97 (1956): 585-592.

Taylor-Gooby, P. *Risk and Welfare*. London: Palgrave, 2000.

Tessler, R, y D Mechanic. «Consumer satisfaction with prepaid group practice: a comparative study.» *Journal of Health and Social Behaviour* 16, nº 1 (1975): 95-113.

The Henry J Kaiser Family Foundation. «The Impact of TV's Health Content: A case study of ER Viewers.» June de 2002. <http://www.kff.org/> (último acceso: 20 de Noviembre de 2010).

The Kaiser Family Foundation and The Pew Research Center's Project for Excellence in Journalism. *Health News Coverage in the US Media (January-June 2009)*. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2009.

Thi, PLN, S Briacon, F Empereur, y F Guillemin. «Factors determining inpatient satisfaction with care.» *Social, Science & Medicine* 54 (2002): 493-504.

Thibaut, J.W., y H. H. Kelley. *The social psychology of groups*. New York: Wiley, 1959.

Thiede, M. «Information and access to health care: is there a role for Trust?» *Social Science & Medicine* 61 (2005): 1425-1462.

Thom, D, K M Ribisl, A L Stewart, y D A Luke. «Further validation and reliability testing of the trust in physician scale.» *Medical Care* 37, nº 5 (1999): 510-517.

Thomson, A., y R. Suñol. «Expectations as determinants of patient satisfaction, theory and evidence.» *International Journal of Quality in Health Care* 7 (1995): 127-141.

Thomson, M, R Ellis, y A Wildasky. *A Cultural Theory*. Boulder: Westview Press, 1990.

Thorsund, M, O Lundberg, y M Parker. «Class and morbidity among the oldest old.» *Journal of the Swedish Medical Assotiation* 90 (41), 1993: 3547-3550.

Topf, R. «Political Changue and Political Culture in Britain 1959-1987.» En *Contemporary Political Culture*, de John R. Gibbins, 52-80. Londres: Sage Publications, 1989.

Tudor Hart, J. *The political economy of health care* . UK: The Policy Press, 2006.

Turnock, J.B. *Essentials of Public Health*. Massachusetts: Jones and Barlett Publishers, 2007.

Van Campen, C, H Sixma, R Friele, J Kersens, y L Peters. «Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments.» *Medical Care Research and Review* 52 (1995): 109-133.

Van der Schee, E., Bernard Braun, Michael Calnan, Melanie Schnee, y Peter P Groenewegen. «Public Trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales.» *Journal of Health Policy* 81, nº 1 (2007): 56-67.

Van der Schee, E., PP. Groenewegen, y RD. Friele. «Public trust in health care: a performance indicator?» *Journal of Health Organisation and Management* 20, nº 5 (2006): 468-476.

Van Maanen, H.M.T. «Evaluation of nursisng care: quality of nursing evaluated within the context of health care and examined from multinational perspective.» En *Measuring the quality of care*, de L.D. and Lindwood, M. E. Willis, 3-43. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984.

Vanderminden, J, y S Potter. «Challenges to the doctor patient relationship in the twenty-first century.» En *The new Balckwell companion to medical sociology*, de William C Cockerham, 355-372. Singapore: Wiley-Blackwell, 2010.

Verbrugge, L.M. «Females and illness: Recent trends in sex differences in the United States.» *Journal of Health and Social Behaviour*, 17 (4), 1976: 387-403.

Verbrugge, L.M. «Gender and health: an update on hypotheses and evidence.» *Journal of Health and Social Behaviour* 26(3), 1985: 156-182.

Verbrugge, L.M. «The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality.» *Journal of Health and Social Behaviour* 30 (3), 1989: 282-304.

Von Beyme, K. *Teorías políticas contemporáneas*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1977.

Vuori, H. «Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care.» *QRB*, March 1987: 106-108.

Ware, J E, A Davies-Avery, y A L. Steward. «The measurement of patient satisfaction.» *Health and medical care services review* 1, nº 1 (1978): 3-15.

Ware, J, y M Snyder. «Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services.» *Medical Care* 13 (1975): 669-682.

Ware, J.E., y R.D. Hays. «Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters.» *Med Care*, 26, 1988: 393-402.

Ware, JE, MK Snyder, R Wright, y AR Davies. «Defining and measuring patient satisfaction with medical care.» *Evaluation and Program Planning* 6 (1983): 241-263.

Ware, JE, Snyder MK, Wright WR. *Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services*. Carbondale: University of Southern Illinois, 1976.

Warren, M E. «Democratic theory and trust.» En *Democracy and Trust*, de Mark E Warren, 310-345. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

Wasserman, J.D. «From "patient" to "customer" a dangerous trend in health care.» *Postgraduate Medicine* 79 (1986): 255-257.

Weiss, GL. «Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors.» *Medical Care* 26, nº 4 (1988): 383-392.

Wensing, M, HP Jung, J Mainz, F Olesen, y R Grol. «A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care (part I): description of the research domain.» *Social, Science and Medicine* 47 (1998): 1573-88.

Wensing, M, R Grol, y A Smits. «Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis.» *Social Science & Medicine* 38 (1994): 45-53.

Wesing, M, y R Grol. «What can patients do to improve health care?» *Health Expectations* 1 (1998): 37-49.

Westbrook, R. A. «Intrapersonal affective influences on consumer satisfaction with products.» *Journal of Consumer Research* 7 (1980): 49-328.

Westbrook, R. A., y M. D. Reilly. «Value-percept Disparity: An Alternative to the disconfirmation of expectations theory of consumer satisfaction.» *Advances in Consumer* , 1983: 256-261.

Williams, B. «Patient satisfaction: a valid concept?» *Social, Science & Medicine* 38 (1994): 509-516.

Williams, B, J Coyle, y D Healy. «The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels.» *Social, Science & Medicine* 47, nº 9 (1998): 1351-1359.

Williams, S.J., y M. Calnan. «Convergence and divergence: assesing criteria of consumer satisfaction across general practice, hospital and dental care settings.» *Social, Science & Medicine* 33 (1991): 707-716.

Wuthnow, R. «Trust as an aspect of social structure.» En *Self, Social Structure and Beliefs: explorations in sociology*, de J C Alexander, G T Marx y C L Williams, 145-166. Berkeley: University of California Press, 2004.

Xunta de Galicia. «Clima Social y Político de Galicia.» Santiago de Compostela, 2006, 2007, 2008.

Xunta de Galicia. Secretaría Xeral de Análise e Proxección. «Enquisa de Situación Xeral da Sanidade en Galicia.» 2007, 2008.

—. «Enquisa sobre a calidade percibida polos pacientes dos complexos hospitalarios de Galicia.» 2006, 2007, 2008.

Young, GJ, M Meterko, y KR Desai. «Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics.» *Medical Care* 38 (2000): 325-334.

Yu, I.T., y A. Dean. «The contribution of emotional satisfaction to consumer loyalty.» *International Journal of Service Industry Management* 12, nº 3 (2001): 234-250.

Zastowny, TR, JR Klaus, KJ Roghman, y GL Cafferata. «Patient satisfaction and the use of health services. Explorations in causality.» *Medical Care* 27 (1989): 705-723.

Zeithmal, VA. *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos, 1992.

Zeithmal, VA. y M. J. Bitner. *Marketing de servicios*. Mexico: Mc Graw-Hill, 2002.

Zeithmal, VA., A Parasuraman, y LL. Berry. *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos, 1993.

Zeithmal, VA. «Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence.» *Journal of Marketing* 52 (July 1988): 2-22.

Índice de Figuras

Figura 1. Diferencias y confusiones conceptuales.....	18
Figura 2. Contexto de las políticas sanitarias en los países desarrollados	19
Figura 3. Reparto de competencias en el Sistema Nacional de Salud español.....	33
Figura 4. Estructura orgánica del sistema gallego de salud	50
Figura 5: Relación entre la calidad y la satisfacción en nuestro modelo explicativo.	73
Figura 6. Relaciones de confianza en el sistema sanitario.....	90
Figura 7: Relaciones de confianza y satisfacción en la interacción médico paciente.	93
Figura 8. La distribución de la confianza y el control del estado en los modelos de gestión sanitaria.....	109
Figura 9: Modelo de cultura sanitaria.....	124
Figura 10: Niveles micro y macro de análisis de la satisfacción con la sanidad	174
Figura 11: Modelo teórico de satisfacción con el sistema sanitario público	178
Figura 12. Modelo de explicación de la satisfacción de los pacientes con la atención en la red hospitalaria de Galicia	243
Figura 13. Modelo de ecuaciones estructurales explicativo de la satisfacción ciudadana con la sanidad pública en Galicia	406

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Definiciones de satisfacción	70
Cuadro 2. Definiciones de satisfacción del paciente	151
Cuadro 3. Los mayores están más satisfechos	164
Cuadro 4. Ausencia de relación entre la edad y la satisfacción	165
Cuadro 5. Los mayores están menos satisfechos	165
Cuadro 6. Las mujeres están más satisfechas	165
Cuadro 7. Ausencia de relación entre el sexo y la satisfacción de los pacientes	166
Cuadro 8. Los hombres están más satisfechos	166
Cuadro 9. Un mayor nivel de estudios se relaciona con una mayor satisfacción	166
Cuadro 10. Ausencia de relación entre el nivel de estudios y la satisfacción	166
Cuadro 11. Un mayor nivel de estudios se relaciona con una mayor satisfacción	166
Cuadro 12. Escala de satisfacción con la Atención Primaria	257
Cuadro 13. Escala de satisfacción con la Asistencia Hospitalaria	257
Cuadro 14. Escala de satisfacción con los servicios de urgencias	258

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Relación entre el gasto sanitario y la satisfacción de la población con el sistema (año 2008).....	26
Gráfico 2. Opinión de la población acerca del funcionamiento del sistema sanitario (%).....	36
Gráfico 3. Evolución de la opinión de la población española respecto del sistema sanitario.....	37
Gráfico 4. Opinión de la población acerca del funcionamiento del sistema sanitario (%).....	38
Gráfico 5. Grado de satisfacción de los españoles con el modo de funcionamiento del sistema sanitario público.....	40
Gráfico 6. Relación entre el aumento del gasto sanitario y el aumento del nivel de satisfacción de la población con el sistema sanitario.	41
Gráfico 7. % de gasto público y privado sanitario sobre el PIB.....	42
Gráfico 8. Evolución del Gasto Sanitario en Galicia.....	52
Gráfico 9. Grado de satisfacción de los ciudadanos con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España.	55
Gráfico 10: Evolución de la satisfacción de los gallegos con el modo en que funciona el sistema sanitario público en España.....	56
Gráfico 11. Investigaciones empíricas sobre la confianza en el sistema sanitario por países.....	101
Gráfico 12. Evolución del nivel de confianza de los estadounidenses en los líderes de la sanidad.....	103
Gráfico 13. Grado de confianza de los españoles en el médico especialista y de atención primaria (escala 0-10).....	112
Gráfico 14. Grado de confianza de los españoles en los profesionales.....	113
Gráfico 15. Valoración de la satisfacción en función del hospital.....	185

Gráfico 16. Sexo del entrevistado	186
Gráfico 17. Sexo del paciente	187
Gráfico 18. Distribución de la edad de los pacientes en la matriz construida y ponderada en base a los datos del INE	189
Gráfico 19. Opinión de los pacientes sobre la situación actual y futura de la sanidad pública gallega	193
Gráfico 20: Distribución de las puntuaciones de valoración de la satisfacción en función de los grupos de edad	201
Gráfico 21. Satisfacción con la atención sanitaria en función del nivel de estudios del paciente.....	206
Gráfico 22. Nivel de confianza en la asistencia sanitaria en función de la opinión sobre el sistema sanitario gallego.....	229
Gráfico 23. Grado de confianza en función de la respuesta a la pregunta: ¿Cree que el gobierno gallego está tomando las medidas oportunas para corregir los déficits del sistema sanitario gallego?.....	230
Gráfico 24. Área de mayor interés para los ciudadanos gallegos. Comparativa 2007-2008.....	247
Gráfico 25. Opinión respecto a la situación del sistema sanitario gallego. Comparativa 2007-2008	248
Gráfico 26. Grado de satisfacción global con el sistema sanitario gallego. Comparativa 2007-2008	250
Gráfico 27. Recibe el ciudadano un mejor servicio, al gestionar las CC.AA. la asistencia sanitaria en lugar del Estado. Comparativa 2007-2008.....	253
Gráfico 28. Distribución de la muestra por ingresos del hogar del entrevistado	261
Gráfico 29. Niveles de satisfacción y confianza en la sanidad pública y privada y en los médicos del sistema sanitario público	263

Gráfico 30. Preferencia de los ciudadanos entre atención privada y pública según tipo de servicio y año.	284
Gráfico 31. Preferencia público-privado en función del sexo	285
Gráfico 32. Elementos condicionantes de la elección público privado	287
Gráfico 33. El confort de las instalaciones como elemento condicionante de la elección público-privado.....	288
Gráfico 34. Frecuencia media de utilización de los servicios médicos públicos y privados en el último año. Año 2010.....	345
Gráfico 35. Frecuencia media de utilización de los servicios médicos públicos y privados en función de la edad. Año 2010.*	346
Gráfico 36. Media de valoración de los servicios sanitarios públicos y privados en función de la edad.....	347
Gráfico 37. Distribución de la muestra en función de la frecuencia de uso de los servicios médicos públicos.....	351
Gráfico 38. Valoraciones en función de los diferentes tipos de usuario	352
Gráfico 39. Valoraciones de los servicios sanitarios públicos según el tipo de usuario.....	355
Gráfico 40. Grado de satisfacción y confianza de los “no usuarios” en el sistema sanitario público, en los médicos y en el sistema privado.	359
Gráfico 41. Valoraciones de los “no usuarios” y la media poblacional	360
Gráfico 42. Valoraciones servicios sanitarios públicos “no usuarios ocasionales” y la media poblacional	361
Gráfico 43. Grado de satisfacción y confianza de los “usuarios ocasionales” en el sistema sanitario público, en los médicos y en el sistema privado.....	363
Gráfico 44. Valoraciones “usuarios ocasionales” y la media poblacional.....	364

Gráfico 45. Valoraciones servicios sanitario públicos “usuarios ocasionales” y la media poblacional	365
Gráfico 46. Grado de satisfacción y confianza de los “usuarios frecuentes” en el sistema sanitario público, en los médicos y en el sistema privado.....	367
Gráfico 47. Valoraciones “usuarios frecuentes” y la media poblacional	368
Gráfico 48. Valoraciones servicios sanitario públicos “usuarios frecuentes” y la media poblacional	369
Gráfico 49. Grado de satisfacción y confianza de los “hiperusuarios” en el sistema sanitario público, en los médicos y en el sistema privado.	371
Gráfico 50. Valoraciones “hiperusuarios” y la media poblacional.....	372
Gráfico 51. Valoraciones servicios sanitario públicos “hiperusuarios” y la media poblacional	373
Gráfico 52. Valoración de la gestión en materia sanitaria	381
Gráfico 53. Valoraciones de los líderes autonómicos y nacionales.....	382
Gráfico 54. Porcentaje de ciudadanos que se autoubican en cada uno de los puntos de la escala ideológica.....	383
Gráfico 55. Niveles de satisfacción y confianza en función del comportamiento electoral habitual	389
Gráfico 56. Niveles de satisfacción con los servicios sanitario públicos en función del comportamiento electoral habitual	393
Gráfico 57. Frecuencia en el consumo de medios de comunicación	396

Índice de Tablas

Tabla 1: La satisfacción de los gallegos, pacientes y ciudadanos con la sanidad pública y sus servicios.....	172
Tabla 2. Distribución de la muestra inicial en función del entrevistado	181
Tabla 3. Distribución de la muestra de 2008 en función del tipo de centro en el que estuvo ingresado	182
Tabla 4. Distribución de la muestra de 2008 sólo pacientes en función del tipo de centro en el que estuvo ingresado.....	182
Tabla 5. Distribución de la muestra inicial 2008 en función del servicio en el que estuvo ingresado el paciente	183
Tabla 6. Edad del entrevistado en la muestra inicial	188
Tabla 7. Distribución de la variable estado civil en la matriz inicial	189
Tabla 8. Distribución de la variable estado civil en la matriz final.....	190
Tabla 9. Distribución de la variable nivel de estudios en la matriz inicial	190
Tabla 10. Distribución de la variable nivel de estudios en la matriz final.....	191
Tabla 11. Distribución de la variable ocupación en la matriz inicial.....	191
Tabla 12. Distribución de la variable ocupación en la matriz final	192
Tabla 13. Medias de satisfacción global con la atención sanitaria de los pacientes en base a su opinión sobre la situación actual de la sanidad pública.	194
Tabla 14. Medias de satisfacción global con la atención sanitaria de los pacientes en base a su opinión sobre la situación futura de la sanidad pública.....	194
Tabla 15. Medias de satisfacción global con la atención sanitaria de los pacientes en base a la pregunta ¿Cree Ud. que el gobierno está tomando las medidas oportunas para corregir los déficits del sistema sanitario gallego?	195

Tabla 16. Comparación de medias de satisfacción global con la atención sanitaria recibida en base al sexo del entrevistado.....	197
Tabla 17. Comparación de medias de satisfacción global con la atención sanitaria recibida en base al grupo de edad.....	199
Tabla 18. Comparaciones múltiples de las medias de satisfacción en función de la edad.....	200
Tabla 19. Comparación de medias de satisfacción global con la atención sanitaria recibida en base al estado civil del entrevistado.....	203
Tabla 20. Comparación de medias de satisfacción global con la atención sanitaria recibida en base a la ocupación del entrevistado.....	204
Tabla 21. Comparación de medias de satisfacción global con la atención sanitaria recibida en base al nivel de estudios del entrevistado.....	205
Tabla 22. Comparación grado de satisfacción global con aspectos del centro 2007-2008.....	209
Tabla 23. Correlaciones bivariadas entre el grado de satisfacción global con la atención sanitaria recibida y la satisfacción global con algunos aspectos del centro.....	211
Tabla 24. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes con la atención recibida (2008).....	212
Tabla 25. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes con las instalaciones e infraestructuras del centro.....	214
Tabla 26. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes con la administración del centro.....	215
Tabla 27. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes la organización del centro.....	216
Tabla 28. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes con los profesionales que trabajan en el hospital.....	217

Índice de Tablas

Tabla 29. Varianza total explicada del análisis factorial	220
Tabla 30. Matriz de componentes rotados del análisis factorial	221
Tabla 31. Estadísticos de fiabilidad de la escala	223
Tabla 32. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: grado de satisfacción global de los pacientes con la atención recibida.....	224
Tabla 33. Coeficientes de correlación de Spearman entre las variables de opinión sobre el sistema sanitario y la confianza en la asistencia.	230
Tabla 34. Medias de valoración de la confianza con la asistencia en función del sexo del paciente	231
Tabla 35. Comparaciones múltiples de las medias de confianza en función de la edad ...	232
Tabla 36. Niveles medios de confianza en la atención sanitaria recibida para el factor nivel de estudios.....	233
Tabla 37. Diferencia de medias de valoración del nivel de confianza en función del estado civil.....	234
Tabla 38. Diferencia de medias de valoración del nivel de confianza en función de la ocupación.	234
Tabla 39. Correlaciones bivariadas entre el nivel de confianza y las diferentes dimensiones de valoración del centro hospitalario.	235
Tabla 40. Correlaciones bivariadas entre el nivel de confianza y la valoración de los diferentes tipos de personal del centro hospitalario.....	235
Tabla 41. Correlaciones bivariadas entre el nivel de confianza y los factores obtenidos a partir de las escalas de satisfacción	236
Tabla 42. Regresión lineal múltiple variable dependiente grado de satisfacción global de los pacientes con la atención recibida.	238
Tabla 43. Situación de la sanidad en la actualidad.....	249

Tabla 44. Aspectos de los servicios sanitarios en Galicia que incrementaría. Comparativa años 2007-2008.....	251
Tabla 45. Comparativa con los servicios sanitarios públicos de otras comunidades autónomas (2007-2008).....	252
Tabla 46. Las C.C.A.A. deberían prestar nuevos servicios a los ciudadanos (2007-2008)	253
Tabla 47. Distribución de la muestra por grupos de edad	259
Tabla 48. Distribución de la muestra por nivel de estudios	259
Tabla 49. Distribución de la muestra por la variable ocupación	260
Tabla 50. Distribución de la muestra por estado civil del entrevistado.....	260
Tabla 51. Distribución de la muestra por autoubicación de clase social	262
Tabla 52. Distribución de la muestra por creencia religiosa	262
Tabla 53. Satisfacción con los diferentes tipos de atención	265
Tabla 54: Satisfacción con el sistema sanitario público gallego en función del sexo.....	266
Tabla 55. Comparaciones múltiples de las medias de satisfacción en función de la edad.....	267
Tabla 56. Satisfacción con el sistema sanitario público gallego en función del nivel de estudios del entrevistado	269
Tabla 57. Satisfacción con el sistema sanitario público gallego en función de la ocupación del entrevistado	270
Tabla 58. Satisfacción con el sistema sanitario público gallego en función del estado civil del entrevistado	271
Tabla 59. Satisfacción con el sistema sanitario público gallego en función del nivel de ingresos del entrevistado	272

Tabla 60. Frecuencia de uso y valoración de la sanidad pública y privada. Año 2010.....	276
Tabla 61. Utilización de los servicios sanitarios (2008).....	277
Tabla 62. Satisfacción con los diferentes tipos de atención en función del sexo.....	279
Tabla 63. Análisis de varianzas de la satisfacción con los servicios públicos respecto de la preferencia por los privados.....	281
Tabla 64. Porcentaje de utilización de los servicios sanitarios públicos y privados.....	283
Tabla 65. Grado de satisfacción con el sistema sanitario privado de Galicia en función de la edad del entrevistado.....	291
Tabla 66. Grado de satisfacción con el sistema sanitario privado de Galicia en función del nivel de estudios del entrevistado.....	292
Tabla 67. Medias grado de satisfacción con el sistema sanitario privado de Galicia en base a la ocupación.....	292
Tabla 68. Medias grado de satisfacción con el sistema sanitario privado de Galicia en base al estado civil.....	293
Tabla 69. Análisis de varianzas para los factores sexo, ocupación, nivel de estudios y estado civil.....	295
Tabla 70. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la sanidad privada.....	298
Tabla 71. Satisfacción de los ciudadanos con algunos aspectos de la AP.....	301
Tabla 72. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AP pública de Galicia.....	302
Tabla 73. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AP pública de Galicia.....	303
Tabla 74. Correlaciones de Pearson entre ítems tangibles e intangibles de AP.....	305
Tabla 75. Satisfacción de los ciudadanos con algunos aspectos de la AE.....	307

Tabla 76. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AE pública de Galicia.	308
Tabla 77. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AE pública de Galicia.	309
Tabla 78. Correlaciones de Pearson entre ítems tangibles e intangibles de AE.....	311
Tabla 79. Satisfacción de los ciudadanos con algunos aspectos de la AH.....	313
Tabla 80. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AH pública de Galicia.	314
Tabla 81. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AH pública de Galicia.	315
Tabla 82. Correlaciones de Pearson entre ítems tangibles e intangibles de AH	316
Tabla 83. Satisfacción de los ciudadanos con algunos aspectos del servicio público de urgencias.....	317
Tabla 84. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AU pública de Galicia.	318
Tabla 85. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con la AU pública de Galicia.	319
Tabla 86. Correlaciones de Pearson entre ítems tangibles e intangibles de U.....	320
Tabla 87. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia.	321
Tabla 88. Análisis factorial. Varianza total explicada.....	324
Tabla 89. Matriz de componentes rotados.....	327
Tabla 90. Coeficientes de correlación de Pearson entre la satisfacción con el sistema sanitario público y la confianza en la sanidad pública y sus médicos	329

Tabla 91. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: satisfacción global con el sistema sanitario público.....	330
Tabla 92. Grado de confianza en la sanidad pública en función del estado civil del entrevistado.....	331
Tabla 93. Comparaciones múltiples de las medias de satisfacción en función de la edad.....	332
Tabla 94. Grado de confianza en la sanidad pública en función de la ocupación del entrevistado.....	333
Tabla 95. Grado de confianza en la sanidad pública en función del nivel de estudios del entrevistado.....	334
Tabla 96. Regresión lineal múltiple. Variable dependiente: Grado de confianza en la sanidad pública gallega.....	335
Tabla 97. Correlaciones de Pearson entre la confianza y los aspectos tangibles de la AP, AE, AH y Urgencias.....	336
Tabla 98. Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública en función de la edad del entrevistado.....	338
Tabla 99. Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública en función de la ocupación del entrevistado.....	339
Tabla 100. Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública en función del estado civil del entrevistado.....	340
Tabla 101. Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública en función del nivel de estudios del entrevistado.....	340
Tabla 102. Utilización de la sanidad en Galicia en función del tipo de atención. Año 2008.....	343
Tabla 103. Frecuencia de utilización de la sanidad en Galicia en función del tipo de atención. Año 2008.....	344

Tabla 104. Grado de satisfacción con la sanidad pública en función de la utilización de los servicios médicos en el último año.....	349
Tabla 105. Grado de satisfacción con el sistema sanitario público en función del tipo de usuario.....	353
Tabla 106. ANOVA del factor tipo de usuario para la valoración de los diferentes tipos de servicios sanitarios públicos.....	356
Tabla 107. Características sociodemográficas básicas de los “no usuarios” del sistema público de salud.....	357
Tabla 108. Características sociodemográficas básicas de los “usuarios ocasionales” del sistema público de salud.....	362
Tabla 109. Características sociodemográficas básicas de los “usuarios frecuentes” del sistema público de salud.....	366
Tabla 110. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple.....	374
Tabla 111. Regresión lineal múltiple para los “hiperusuarios”. Variable dependiente: satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia.....	374
Tabla 112. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple.....	375
Tabla 113. Regresión lineal múltiple para los “usuarios frecuentes”. Variable dependiente: satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia.....	376
Tabla 114. Valoración de los ítems de cada uno de los principales servicios sanitarios públicos por los “no usuarios” y los “usuarios frecuentes”.....	377
Tabla 115. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple.....	378
Tabla 116. Regresión lineal múltiple para los “usuarios ocasionales”. Variable dependiente: satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia.....	378
Tabla 117. Regresión lineal múltiple para los “no usuarios”. Variable dependiente: satisfacción con el sistema sanitario público de Galicia.....	379
Tabla 118. Recuerdo de voto en las últimas elecciones autonómicas (marzo 2009).....	384

Tabla 119. Diferencias de valoración de la satisfacción con la sanidad pública en función del recuerdo de voto en las últimas elecciones autonómicas	385
Tabla 120. Distribución de la edad en grupos en función del recuerdo de voto en las últimas elecciones autonómicas	387
Tabla 121. Comportamiento electoral habitual que afirman tener los ciudadanos.....	387
Tabla 122. Valoraciones según el comportamiento electoral habitual	388
Tabla 123. Comparaciones múltiples de las medias de satisfacción en función del comportamiento electoral habitual	390
Tabla 124. ANOVA de las medias de confianza en la sanidad pública, privada y en los médicos en función del comportamiento electoral habitual	391
Tabla 125. Satisfacción con los servicios sanitarios públicos según el comportamiento electoral habitual	392
Tabla 126. ANOVA de las medias de valoración de los servicios sanitarios públicos en función del comportamiento electoral habitual.....	394
Tabla 127. Grado de satisfacción con la sanidad pública en función de la frecuencia de lectura de la prensa escrita	397
Tabla 128. Grado de satisfacción con la sanidad privada en función de la frecuencia de lectura de la prensa escrita	398
Tabla 129. Grado de confianza en la sanidad pública en función de la frecuencia de lectura de la prensa escrita	399
Tabla 130. Grado de confianza en la sanidad pública en función de la frecuencia de lectura de la prensa escrita	399
Tabla 131. Grado de confianza en la sanidad privada en función de la frecuencia de lectura de la prensa escrita	400
Tabla 132. Grado de satisfacción con la sanidad pública en función de la frecuencia con que escucha la radio	402

Tabla 133. Grado de confianza en la sanidad pública en función de la frecuencia con que escucha la radio	403
Tabla 134. Grado de confianza en los médicos de la sanidad pública en función de la frecuencia con que escucha la radio.....	403
Tabla 135. Grado de satisfacción con la sanidad pública en función de la frecuencia con que ve la TV	404
Tabla 136. Anovas del factor frecuencia con que ve la televisión. Variables dependientes: confianza en la sanidad pública y en los médicos de la misma.....	405

ANEXOS

ENQUIISA SOBRE A SANIDADE NA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA

Bos días/Boas tardes. Estamos a realizar un estudo sobre certos aspectos da vida en Galicia. Quixera pedirle a súa colaboración para facerlle unhas breves preguntas para as que, por descontado, o anonimato das respostas está asegurado. Podo contar coa súa colaboración? Grazas, só serán uns minutos.

A SITUACIÓN DE GALICIA

P.1. Para empezar, ¿podería sinalar cales son, na súa opinión, os tres principais problemas da sociedade galega actualmente?

Ns 98
Nc 99

P.2. En relación con cada un dos asuntos que agora lle vou mencionar, ¿cre Vde. que a situación en Galicia, na actualidade, é moi boa, boa, mala ou moi mala?

	Moi boa	Boa	Nin boa nin mala (Non Ler)	Ma la	Moi mala	Ns	Nc
A economía.....	1	2	3	4	5	8	9
A educación.....	1	2	3	4	5	8	9
A seguridade cidadá.....	1	2	3	4	5	8	9
O emprego.....	1	2	3	4	5	8	9
O desenvolvemento da autonomía.....	1	2	3	4	5	8	9
A sanidade.....	1	2	3	4	5	8	9
A vivenda.....	1	2	3	4	5	8	9
O medio ambiente..	1	2	3	4	5	8	9
A industria.....	1	2	3	4	5	8	9
A agricultura e a gandería.....	1	2	3	4	5	8	9
A pesca.....	1	2	3	4	5	8	9
O turismo.....	1	2	3	4	5	8	9
As estradas.....	1	2	3	4	5	8	9
O transporte.....	1	2	3	4	5	8	9
A atención aos maiores.....	1	2	3	4	5	8	9

P.3. En conxunto, nunha escala de 0 a 10 (na que 0 significa moi mal e 10 moi ben) ¿cómo valora a xestión da Xunta de Galicia e do Goberno central, en materia de....?

	Sanidade	Ns	Nc
O Goberno da Xunta.....		98	99
O Goberno de España.....		98	99

P.4. En conxunto, nunha escala de 0 a 10 (na que 0 significa moi mal e 10 moi ben) ¿cómo valora a xestión do PPdeG ao fronte da Xunta de Galicia, en materia de....?

	Sanidade	Ns	Nc
O Partido Popular de Galicia		98	99

P.5. En conxunto, nunha escala de 0 a 10 (na que 0 significa moi mal e 10 moi ben) ¿cómo valora a anterior xestión do PSdeG ao fronte da Xunta de Galicia, en materia de....?

	Sanidade	Ns	Nc
O Partido Socialista de Galicia..		98	99

P.6. En conxunto, nunha escala de 0 a 10 (na que 0 significa moi mal e 10 moi ben) ¿cómo valora o posicionamento político do BNG, en materia de....?

	Sanidade	Ns	Nc
O Bloque Nacionalista Galego..		98	99

P.7. ¿Como cualificaría Vde. a situación económica actual de Galicia: moi boa, boa, mala ou moi mala?

Moi boa.....	1
Boa.....	2
Nin boa nin mala (non ler).....	3
Mala.....	4
Moi mala.....	5
Ns.....	8
Nc.....	9

P.8. ¿E como cualificaría Vde. a situación política actual de Galicia; moi boa, boa, mala ou moi mala?

Moi boa.....	1
Boa.....	2
Nin boa nin mala (non ler).....	3
Mala.....	4
Moi mala.....	5
Ns.....	8
Nc.....	9

P.9. E nos próximos, ¿Cre Vde. que a situación económica de Galicia será moito mellor, mellor, peor ou moito peor que agora?

- Moito Mellor..... 1
- Mellor..... 2
- Igual (NON LER)..... 3
- Peor..... 4
- Moito Peor..... 5
- Ns..... 8
- Nc..... 9

P.10. E nos próximos, ¿Cre Vde. que a situación política de Galicia será moito mellor, mellor, peor ou moito peor que agora?

- Moito Mellor..... 1
- Mellor..... 2
- Igual (NON LER)..... 3
- Peor..... 4
- Moito Peor..... 5
- Ns..... 8
- Nc..... 9

B

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

P.11. ¿Podería Vde. dicirme con que frecuencia le o xornal, escoita a radio ou ve a televisión?

	Le o xornal	Escoita a radio	Ve a televisión
Todos os días.....	1	1	1
2 ou 3 veces á semana.....	2	2	2
Unha vez á semana.....	3	3	3
Menos de 1 vez á semana.....	4	4	4
Nunca.....	5	5	5
Ns.....	8	8	8
Nc.....	9	9	9

(Aos que len o xornal polo menos unha vez á semana; P.20=1, 2 ou 3).

P.12. ¿Que xornal acostuma ler Vde. con maior frecuencia?

La Voz de Galicia.....	1
El Faro de Vigo.....	2
La Región.....	3
El Progreso.....	4
Diario de Pontevedra.....	5
El Correo Gallego.....	6
El País.....	7
El Mundo.....	8
ABC.....	9
Diarios gratuítos.....	10
Diarios locais.....	11
Diarios deportivos.....	12
Ningún en concreto.....	13
Outros (Anotar):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ns.....	98
Nc.....	99

(Aos que escoitan a radio polo menos unha vez á semana; P.20=1, 2 ou 3).

P.13. ¿Cal é a emisora de radio que escoita Vde. con máis frecuencia?

Cadena Ser.....	1
Cadena Cope.....	2
Radio Galega.....	3
Onda Cero.....	4
Radio Nacional (Radio 1).....	5
Radio Voz.....	6
Radios locais.....	7
Cadeas musicais.....	8
Radio 5 Noticias.....	9
Ningunha en concreto.....	77
Outras (Anotar):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ns.....	98
Nc.....	99

(Aos que ven a televisión polo menos unha vez á semana; P.20=1, 2 ou 3).

P.14. ¿Que canle de televisión segue Vde. con máis frecuencia?

TVE 1	1
TVE 2	2
Tele Cinco.....	3
Antena 3	4
TVG	5
Canal Satélite Digital.....	6
Cuatro.....	7
Localia.....	8
Canais temáticos de R.....	9
La Sexta.....	10
Outros (Anotar):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ningún con máis frecuencia.....	97
Ns.....	98
Nc.....	99

C VOTO

P.15.a. Voulle ler os nomes dalgúns líderes políticos. Agradeceríalle que me dixese, para cada un deles, se o coñece e, no seu caso, que valoración lle merece a súa actuación política. Cualifíqueos de 0 a 10 sendo o "0" a peor cualificación e o "10" a mellor.

	Coñecemento	Valoración
Alberto Núñez Feijoo.....	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Manuel "Pachi" Vázquez.....	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Guillermo Vázquez.....	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
José Luis Rodríguez Zapatero	4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mariano Rajoy.....	5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

P.16.a. Cando se fala de política, a xente acostuma definir a súa posición coas palabras "esquerda" e "dereita". Nunha escala do 1 ao 10, onde o "1" corresponde á posición máis á esquerda e o "10" á posición máis á dereita, Vde. persoalmente, ¿onde se situaría?

P.16.b. E ¿onde situaría a Alberto Núñez Feijóo?

P.16.c. E ¿onde situaría a Manuel "Pachi" Vázquez?

P.16.d. E ¿onde situaría a Guillermo Vázquez?

P.16.e. E ¿onde situaría a José Luis Rodríguez Zapatero?

P.16.f. E ¿onde situaría a Mariano Rajoy?

P.16.g. Falando agora dos partidos políticos ¿onde situaría ao PPdeG?

P.16.h. E ¿onde situaría ao PSdeG?

P.16.h. E ¿onde situaría ao BNG?

P.17. Se se convocasen agora Eleccións Autonómicas para elixir o Parlamento de Galicia, ¿a que partido votaría Vde.?

PP.....	01	(A ORDE DOS
PS de G-PSOE.....	02	PARTIDOS
BNG.....	03	SERÁ
EU/IU.....	04	ALEATORIA)
Partido Galeguista.....	05	
Outro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Branco/Nulo..... 09
Non votaría, absteríase..... 10

Non sabe aínda..... 11
Non quere contestar..... 12

P.18. En calquera caso, ¿por cal destes partidos ten vostede máis simpatía ou o considera máis preto das súas ideas? (A ORDE DOS

PP.....	01	PARTIDOS SERÁ
PS de G-PSOE.....	02	ALEATORIA)
BNG.....	03	
EU/IU.....	04	
Partido Galeguista.....	05	
Outro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ningún.....	11	
Ns.....	12	
Nc.....	13	

P.19. ¿Pode dicirme a que partido votou Vde. nas últimas Eleccións Autonómicas, celebradas en marzo de 2009, para elixir o Parlamento de Galicia?

PP.....	01	(A ORDE DOS
PS de G-PSOE.....	02	PARTIDOS SERÁ
BNG.....	03	ALEATORIA)
EU/IU.....	04	
Outro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Non tiña dereito a voto.....	08	
Abstívose.....	09	
Votou en branco ou nulo.....	10	
Non recorda.....	11	
Non quere contestar.....	12	

P.20. ¿Cál é o seu comportamento electoral habitual?

Votar ao PSdG-PSOE.....	1
Votar ao PP.....	2
Votar ao BNG.....	3
Votar a IU.....	4
Votar a outros (Anotar):.....	7
Absterme.....	8
Votar en Branco.....	9
Non teño un comportamento habitual.....	10
Non tiven dereito a voto ata agora.....	11
Ns/NC.....	12

P.21. ¿Pode dicirme a que partido votou Vde. nas últimas Eleccións Xerais celebradas en marzo de 2008, para elixir o Congreso do Deputados?

PP.....	01	(A ORDE DOS
PS de G-PSOE.....	02	PARTIDOS SERÁ
BNG.....	03	ALEATORIA)
EU/IU.....	04	
UPyD.....	05	
Outro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Non tiña dereito a voto.....	08	
Abstívose.....	09	
Votou en branco ou nulo.....	10	
Non recorda.....	11	
Non quere contestar.....	12	

E**SANIDADE**

P.22 Se se convocasen agora Eleccións Xerais para elixir o Congreso dos Deputados, ¿a que partido votaría Vde.?

PP.....	01	(A ORDE
PS de G-PSOE.....	02	DOS
BNG.....	03	PARTIDOS
EU/IU.....	04	SERÁ
UPyD.....	05	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ALEATORIA)
Outro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Non tiña dereito a voto.....	08	
Abstívose.....	09	
Votou en branco ou nulo.....	10	
Non recorda.....	11	
Non quere contestar.....	12	

P.23. ¿Pode dicirme a que partido votou Vde. nas últimas Eleccións Municipais, celebradas en maio de 2007?

PP.....	01	(A ORDE
PS de G-PSOE.....	02	DOS
BNG.....	03	PARTIDOS
EU/IU.....	04	SERÁ
Outro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ALEATORIA)
Non tiña dereito a voto.....	08	
Abstívose.....	09	
Votou en branco ou nulo.....	10	
Non recorda.....	11	
Non quere contestar.....	12	

P.24. Se se convocasen agora Eleccións Municipais, ¿a que partido votaría Vde.?

PP.....	01	(A ORDE
PS de G-PSOE.....	02	DOS
BNG.....	03	PARTIDOS
EU/IU.....	04	SERÁ
Partido Galeguista.....	05	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ALEATORIA
Outro.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Branco/Nulo.....	09	
Non votaría, absteríase.....	10	
Non sabe aínda.....	11	
Non quere contestar.....	12	

P.25. ¿Cómo se definiría Vde. En política segundo a seguinte clasificación?

Conservador.....	01	(A ORDE
Demócrata-cristiano.....	02	SERÁ
Liberal.....	03	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ALEATORIA)
Socialdemócrata.....	04	
Socialista.....	05	
Comunista.....	08	
Nacionalista.....	09	
Ecoloxista.....	10	
Outra resposta.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Non sabe.....	11	
Non quere contestar.....	12	

P.41. Para comezar, ¿podería dicirme cal das seguintes áreas que lle vou a mencionar considera Vde. de maior interese para os cidadáns en Galicia?

Vivenda.....	01	(A ORDE SERÁ
Estradas.....	02	ALEATORIA)
Emprego.....	03	
Seguridade cidadá.....	04	
Servizos sociais.....	05	
Ensino.....	08	
Sanidade.....	09	
Pensións.....	10	
Outra resposta.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Non sabe.....	11	
Non quere contestar.....	12	

P.42.a. En xeral, nunha escala na que 0 significa moi insatisfeito e 10 moi satisfeito ¿cal é o seu grao de satisfacción co sistema sanitario público de Galicia?

P.42.b. ¿E coa sanidade privada en Galicia?

P.43.a. ¿Cantas veces acudiu Vde. a un médico da sanidade pública no último ano?

P.43.b. ¿E a un médico privado?

P.44.a. En termos xerais, de 0 a 10 ¿Cál diría vostede que é o seu grao de confianza na sanidade pública galega?

P.44.b. ¿E na privada?

P.45. Falando agora do sistema sanitario público galego, en xeral, nunha escala na que 0 significa moi insatisfeito e 10 moi satisfeito ¿cal é o seu grao de satisfacción con..?

Atención primaria

Atención especializada

Hospitais

Urxencias

P.46. Se Vde., ou algún membro da súa familia, tivera que facer uso dun servizo sanitario e Vde. puidera elixir ¿acudiría a un centro público ou privado, cando se trata de ...?

Atención primaria (consultas de medicina xeral e pediatría)

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

Atención especializada (especialistas agás dentistas)

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

Ingreso hospitalario

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

Urxencias

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

P.47. A continuación voulle a ler unha serie de motivos polos cales a xente pode escoller un servizo sanitario público ou privado. No seu caso particular, e sempre no caso de que Vde. puidese escoller, ¿elixiría un servizo sanitario público ou privado tendo en conta...?

O equipamento e os medios tecnolóxicos existentes nos centros

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

A confianza nos médicos (a sensación de sentirse en boas mans, ...)

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

A capacitación das enfermeiras/os

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

A rapidez coa que atenden

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

A información que recibe sobre o seu problema de saúde

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

O trato persoal que Vde. recibe

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

O confort das instalacións

Privado.....	01
Público.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

P.48. Pensando agora nas súas experiencias persoais quixera que me valorase os seguintes aspectos da asistencia sanitaria pública en Galicia, referidos todos eles as consultas de atención primaria, nunha escala de 0 a 10 na que 0 significa moi insatisfactorio e 10 moi satisfactorio

Proximidade dos centros de saúde

Horario de atención

Trato recibido polo persoal sanitario

Atención a domicilio do persoal médico e sanitario

Tempo dedicado polo médico a cada paciente

Coñecemento do historial e seguimento dos problemas de saúde de cada paciente

Confianza e seguridade que lle transmite o médico

O equipamento e os medios tecnolóxicos existentes nos centros

A frecuencia/cantidade de información recibida sobre o seu problema de saúde

A calidade da información recibida sobre o seu problema de saúde

O tempo que tarda o médico en verlle desde que lle pide cita

A amabilidade do persoal en xeral

P.49. Pensando agora nas súas experiencias persoais quixera que me valorase os seguintes aspectos da asistencia sanitaria pública en Galicia, referidos todos eles as consultas de especialistas, nunha escala de 0 a 10 na que 0 significa moi insatisfactorio e 10 moi satisfactorio

Proximidade das consultas

Horario de atención

Trato recibido polo persoal sanitario

Tempo dedicado polo médico a cada paciente

Coñecemento do historial e seguimento dos problemas de saúde de cada paciente

Confianza e seguridade que lle transmite o médico

O equipamento e os medios tecnolóxicos existentes nos centros

A frecuencia/cantidade de información recibida sobre o seu problema de saúde

A calidade da información recibida sobre o seu problema de saúde

O tempo que tarda o médico en verlle desde que lle pide cita

A amabilidade do persoal en xeral

P.50. No que se refire a asistencia que se presta nos hospitais públicos, quixera que me valorase, pola súa experiencia ou a idea que Vde. teña, os seguintes aspectos, nunha escala de 0 a 10 onde 0 significa moi insatisfactorio e 10 moi satisfactorio.

Aspectos de hostalería (comidas)

Tempo de demora para o ingreso non urxente
A confianza (seguridade) que lle inspira o persoal médico

Os coidados e atención do persoal de enfermería

O trato recibido do persoal non sanitario (celadores, administrativos, limpadoras, etc.)

O equipamento e medios tecnolóxicos existentes nos hospitais

A frecuencia/cantidade de información recibida sobre a evolución do seu problema de saúde

A calidade da información recibida sobre a evolución do seu problema de saúde

A hoteleira: as instalación, a comodidade e a amplitude das habitacións...

A amabilidade do persoal en xeral

P.51. En último lugar, no relativo aos servizos de urxencias da sanidade pública galega, quixera que me valorase, pola súa experiencia ou a idea que Vde. teña, os seguintes aspectos, nunha escala de 0 a 10 onde 0 significa moi insatisfactorio e 10 moi satisfactorio.

Proximidade dos servizos de urxencias

Tempo de demora para o ingreso

Información sobre o tempo de agarda

A confianza (seguridade) que lle inspira o persoal médico

Os coidados e atención do persoal de enfermería

O trato recibido do persoal non sanitario (celadores, administrativos, limpadoras, etc.)

O equipamento e medios tecnolóxicos existentes nos servizos de urxencias

A cantidade de información recibida sobre o seu problema de saúde

A calidade da información recibida sobre o seu problema de saúde

A amabilidade do persoal en xeral

A calidade da resposta a súa urxencia de saúde

P.52. A continuación voulle ler algúns dos tipos de información que se facilitan nos servizos sanitarios públicos. Gustaríame que me dixese para cada un deles, nunha escala de 0 a 10 onde 0 significa non facilita ningunha información e 10 facilita moita información, a valoración que lle merecen

A información que dá a Administración sanitaria sobre os servizos que presta

A información sobre os dereitos e vías de reclamación de que dispoñen os usuarios

A información sobre medidas e leis adoptadas polas autoridades sanitarias

A información emitida a través das campañas dirixidas á poboación sobre os principais problemas de saúde

A información dispoñible sobre que trámites realizar para acceder ao especialista ou ingresar nun hospital

P.53. En xeral, nunha escala de 0 a 10, onde 0 significa ningunha e 10 moita, ¿Qué grao de confianza lle inspiran os médicos do servizo galego de saúde público?

F

DATOS DE CLASIFICACIÓN

E, dígame, xa para finalizar...

V.1. SEXO (Non preguntar)

Varón..... 1
Muller..... 2

V.2. IDADE. Cantos anos cumpriu no seu último aniversario?

Anote anos: _____ Nc....999

V.3. ESTUDOS TERMINADOS DE MAIOR NIVEL

-Non estudou..... 1
-Estudos primarios sen terminar..... 2
-Escola Primaria, EXB ata 5º..... 3
-EXB ata 8º, Graduado escolar ou Bacharel Elemental..... 4
-BUP, Bacharel Superior, F.P., Aprendizaxe e Mestría Industrial, Perito Mercantil..... 5
-Diplomado Universitario, Enxeñeiro Técnico, Peritos Técnicos, Maxisterio, Profesor Mercantil..... 6
-Licenciado. Enxeñeiro Superior, Doutor..... 7
-Nc..... 9

V.4. RELACIÓN COA ACTIVIDADE (OCUPACIÓN PRINCIPAL)

-Estudante.....	1
-Tarefas do fogar.....	2
-Parado en busca do seu primeiro emprego.....	3
-Parado, tendo traballado antes.....	4
-Xubilado ou invalidez laboral.....	5
-Ocupado.....	6
-Nc.....	9

V.5. Actualmente e entre todos os membros do seu fogar (incluído o entrevistado) e por todos os conceptos, ¿de cuántos ingresos netos dispoñen por termo medio no seu fogar ao mes? Non lle pido unha cantidade exacta, senón que me sinala en que tramo da seguinte escala están comprendidos os ingresos do seu fogar.

Menos ou igual a 300 euros.....	1
De 301 a 600 euros.....	2
De 601 a 900 euros.....	3
De 901 a 1.200 euros.....	4
De 1.201 a 1.800 euros.....	5
De 1.801 a 2.400 euros.....	5
De 2.401 a 3.000 euros.....	5
De 3.001 a 4.500 euros.....	5
De 4.501 a 6.000 euros.....	5
Non contesta.....	12

V.6. Cando falamos da xente, adoitamos empregar expresións do tipo de "este é de clase alta ou media, etc...". Na súa opinión, ¿a qué clase pertencería Vde.?

Alta.....	1
Media alta.....	2
Media media (non ler).....	3
Media baixa.....	4
Baixa.....	5
Ns/Nc.....	9

V.7. ESTADO CIVIL

Casado/a.....	1
Solteiro/a.....	2
Divorciado/a ou Separado/a.....	3
Viúvo/a.....	4
Ns/Nc.....	9

V.8. ¿Importaríalle dicirme cantos fillos ten Vde.?

Anote número: _____
Nc....99

V.9. ¿Se encuentran actualmente sus hijos en edad escolar?

Sí.....	01
No.....	02
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

V.10. ¿Qué estudos están cursando actualmente?

Educación Infantil.....	01
Educación Primaria.....	02
Educación Secundaria Obligatoria (ESO).....	03
Garantía Social.....	04
Bacharelato.....	05
Formación profesional de grado medio/grado superior.....	06
Estudios universitarios.....	07
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

V.11. O centro ónde estuda o seu fillo ¿é de carácter...

Público.....	01
Concertado.....	02
Privado.....	03
Non sabe.....	11
Non quere contestar.....	12

V.12. E xa para rematar..., ¿cómo se define Vde. en materia relixiosa: católico practicante, católico non practicante, crente doutra relixión, non crente ou ateo?

Católico practicante.....	1
Católico non practicante.....	2
Crente doutra relixión.....	3
Non crente.....	4
Ateo.....	5
Non contesta.....	9

MOITAS GRAZAS POLA SÚA COLABORACIÓN

PRESENTACIÓN

Buenos días/tardes se está llevando a cabo un estudio para conocer la opinión que tienen los ciudadanos / as con la asistencia sanitaria prestada en los centros hospitalarios del SERGAS. Por este motivo se están seleccionando aleatoriamente, al azar, personas que hayan estado ingresadas en dichos centros hospitalarios, para realizarles una entrevista. Esta entrevista es complementamente anónima y, en ningún caso, se divulgará el contenido de sus respuestas. ¿Sería tan amable de responderme a unas preguntas? Muchas gracias.
Le recuerdo que en todo momento sus respuestas están amparadas por la Ley de Secreto Estadístico, con lo que le garantizamos el anonimato y la confidencialidad de las respuestas individuales por Ud. suministradas. Muchas gracias.

IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO / A

F.1. ¿Podría hablar con (nombre de la persona que ha estado hospitalizada)?

Operador / a: Si es menor de 16 años o el motivo del alta es el fallecimiento preguntar: “Queríamos hablar con la persona que se ha encargado del cuidado de la persona que ha estado hospitalizada en (mencionar Centro Hospitalario)”

Sí, vive aquí y puede contestar a la entrevista.....	1	→ PASAR A CUESTIONARIO
No, no está en este momento.....	2	→ PROGRAMAR UNA RELLAMADA (IR A F.1.1.)
No, es un menor de 16 años	3	→ PASAR A F.2.
No puede ponerse por problemas de salud	4	→ PASAR A F.2.
No, ha fallecido	5	→ PASAR A F.2.
No vive ya en ese hogar pero saben como localizarle.....	6	→ PROGRAMAR RELLAMADA (IR A F.1.2.)
No conocen a esa persona, teléfono erróneo	7	→ FIN DE ENTREVISTA / ENTREVISTA NO VÁLIDA
La persona hospitalizada se niega a contestar	8	→ FIN DE ENTREVISTA / ENTREVISTA NO VÁLIDA
La familia se niega a contestar.....	9	→ FIN DE ENTREVISTA / ENTREVISTA NO VÁLIDA
La persona hospitalizada no habla correctamente, tiene problemas de comunicación, no comprende correctamente (problemas en el habla, no habla el idioma, etc.).....	10	→ PASAR A F.2.

F.1.1. **SOLO EN EL CASO DE QUE LA PERSONA HOSPITALIZADA NO SE ENCUENTRE EN ESE MOMENTO**

¿Podría indicarme en qué momento es buena hora para ponernos en contacto con (nombre de la persona hospitalizada)? Muchas Gracias.

Operador / a: Anotar en el listado día y hora en que se debe volver a llamar a la persona hospitalizada

F.1.2. **SOLO EN EL CASO DE QUE LA PERSONA HOSPITALIZADA NO VIVE YA EN ESE HOGAR PERO SABEN LOCALIZARLE**

¿Podría facilitarme el nuevo teléfono de (nombre de la persona hospitalizada)? Muchas Gracias.

Operador / a: Anotar en el listado el nuevo teléfono, y llamar

F.2. **SOLO SI EL ENTREVISTADO NO ES EL PACIENTE (3, 4, 5 Ó 10 EN F.1.)** Para continuar, ¿podría indicarme que grado de implicación ha tenido Ud. en el cuidado de la persona hospitalizada?

Principalmente lo ha cuidado Ud / Cuidador principal	1	→ PASA A P.1.
Lo ha cuidado Ud. con la ayuda de otros familiares.....	2	→ PASA A P.1.
Principalmente lo ha cuidado otros familiares	3	→ PASA A F.3.
No procede / No contesta	4	→ PASA A F.3..

F.3. **SOLO SI EL ENTREVISTADO NO ES LA PERSONA QUE CUIDO AL PACIENTE (3 Ó 4 EN F.2.)** ¿Podría hablar con la persona que cuidó a la persona hospitalizada durante su estancia en el hospital?

Sí.....	1	IR A F.3.1. Y LUEGO A P.1.
No se puede localizar.....	2	FIN DE ENTREVISTA / ENTREVISTA NO VÁLIDA
No se encuentra en este momento.....	3	IR A F.3.2. Y PROGRAMAR RELLAMADA
No vive actualmente en España	4	FIN DE ENTREVISTA / ENTREVISTA NO VÁLIDA
No puede localizarla y no sabe su teléfono.....	5	FIN DE ENTREVISTA / ENTREVISTA NO VÁLIDA
La persona que le acompañó / cuidó tiene problemas para expresarse, no habla o no entiende el idioma o tiene algún tipo de problemas de comunicación	4	FIN DE ENTREVISTA / ENTREVISTA NO VÁLIDA

F.3.1. **SOLO SI RESPONDE 1 EN F.3.**

Operador / a: Una vez que tengáis al teléfono al informante válido, volver a la presentación del estudio, y los motivos que nos llevan a ponernos en contacto con él. Una vez aceptada la entrevista pasar a P.1. (cuestionario)

Buenos días/tardes. Mi nombre es..... y soy entrevistador / a, se está llevando a cabo un estudio para conocer la opinión que tienen los ciudadanos / as con la Asistencia Sanitaria prestada en los centros hospitalarios del SERGAS. Es por este motivo, sabiendo que (nombre del paciente) ha estado ingresado en los últimos meses en el (mencionar centro hospitalario) y que Ud. ha sido una de las personas encargadas de su cuidado, que solicitamos su colaboración para este estudio.

Le recuerdo que esta entrevista es completamente anónima y, en ningún caso se divulgará el contenido de sus respuestas. ¿Sería tan amable de responderme a unas preguntas? Muchas gracias.

Le recuerdo que en todo momento sus respuestas están amparadas por la Ley de Secreto Estadístico, con lo que le garantizamos el anonimato y la confidencialidad de las respuestas individuales por Ud. suministradas. Muchas gracias.

F.3.2. SOLO EN EL CASO DE QUE LA PERSONA QUE CUIDÓ A LA PERSONA HOSPITALIZADA NO SE ENCUENTRE EN ESE MOMENTO ¿Podría indicarme en qué momento es buena hora para ponemos en contacto con (nombre de la persona hospitalizada)? Muchas Gracias.

Operador / a: *Anotar en el listado día y hora en que se debe volver a llamar a la persona que cuidó al paciente hospitalizado. Anotar también el nombre de pila para preguntar por esa persona*

CUESTIONARIO

P.1 . Operador / a: Anota el nombre del Centro Hospitalario donde estuvo ingresado el paciente que figura en la pantalla

C.H. Juan Canalejo.....	1
C.H.U. de Santiago.....	2
C.H. de Ourense.....	3
C-H. Xeral Calde.....	4
C.H. de Pontevedra.....	5
C.H. U de Vigo: Xeral Cies, Rebullón, Meixoeiro, Nicolás Peña.....	6
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.....	7
H. do Barbanza.....	8
H. da Costa.....	9
H.C. de Monforte.....	10
H.C. de Valdeorras.....	11
H. do Salnés.....	12
POVISA (No leer).....	13
H. Virxe da Xunqueira.....	14
H. de Verín.....	15

P.2 . ¿Podría indicarme en qué tipo de servicio del hospital estuvo ingresado / a?

Operador / a: *Respuesta espontánea, no sugerir, ni leer*

P.3 . ¿Recuerda cuántos días estuvo ingresado en (mencionar centro hospitalario)?

Operador / a: *Respuesta espontánea, no sugerir, ni leer*

	días
--	------

Codificar respuesta en tabla

Menos de 2 días.....	1
De 2 a 3 días.....	2
De 4 a 7 días.....	3
De 8 a 15 días.....	4
De 16 a 30 días.....	5
Más de 30 días.....	6

P.4 . ¿Cómo accedió Ud. (o la persona que estuvo hospitalizada en caso que el entrevistado / a no fuera la persona ingresada) al hospital?

Operador / a: Respuesta espontánea, no sugerir, ni leer

Entró por urgencias.....	1
Estaba en lista de espera	2
Lo derivaron desde otro hospital	3
Derivado por su especialista.....	4
Derivado por su médico de cabecera o centro de salud.....	5
Nació en el Hospital.....	6
Otros (especificar:.....)	7
No sabe.....	98
No contesta.....	99

P.5 . **SÓLO A LOS QUE NO RESPONDEN 1 EN F.1. / SOLO A LOS ACOMPAÑANTES EL RESTO PASA A P.6.** ¿Qué relación tiene Ud. con la persona hospitalizada?

Operador / a: Respuesta espontánea, no sugerir, ni leer

Cónyuge.....	1
Padre o Madre	2
Hijo / a	3
Hermano / a	4
Otro familiar.....	5
No familiar.....	6
No contesta.....	99

A continuación le vamos a realizar una serie de preguntas acerca de su estancia en el (Operador / a: mencionar nombre del centro hospitalario). Para ello necesitamos que Ud. valore en función de la escala que le mencionemos cada uno de los siguientes aspectos que le voy a mencionar...

P.6 . **A TODOS.** Comencemos por las **Instalaciones e Infraestructuras** del Hospital... En su opinión, ¿Cómo valora Ud. la comodidad de las habitaciones del hospital?

Muy mal.....	1
Mal.....	2
Ni bien ni mal (NO LEER).....	3
Bien	4
Muy bien.....	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

¿Cómo valora la comodidad del edificio y de las instalaciones (es decir, del centro en general, del conjunto del hospital, no de las habitaciones)?

Muy mal.....	1
Mal.....	2
Ni bien ni mal (NO LEER).....	3
Bien	4
Muy bien.....	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.7 . ¿Y como valora Ud. la señalización interna del Hospital (a través de carteles o indicadores para poder orientarse dentro del hospital o saber cómo encontrar las distintas instalaciones o dependencias que lo componen)?

Muy mal.....	1
Mal.....	2
Ni bien ni mal (NO LEER).....	3
Bien	4
Muy bien.....	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.8 . Y, ¿cómo de fácil le resultaba orientarse en el hospital o encontrar los distintos lugares a los que quería ir?

Muy difícil	1
Difícil	2
Ni fácil ni difícil (NO LEER).....	3
Fácil.....	4
Muy Fácil.....	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.9 . Pensando ahora en los accesos al hospital, ¿cómo valora Ud. los accesos al hospital, es decir, si se encontraba debidamente señalado, si era fácil llegar a él?

Muy mal.....	1
Mal.....	2
Ni bien ni mal (NO LEER).....	3
Bien	4
Muy bien.....	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.10 . Pensando ahora en las instalaciones e infraestructuras del Hospital.. En su opinión, la comodidad de las habitaciones del hospital fuer para Ud...

Mucho peor de lo que esperaba	1
Peor de lo que esperaba	2
Como esperaba (NO LEER)	3
Mejor de lo que esperaba	4
Mucho mejor de lo que esperaba	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.11 . ¿Y la comodidad del edificio y de las instalaciones fue para Ud....?

Mucho peor de lo que esperaba	1
Peor de lo que esperaba	2
Como esperaba (NO LEER)	3
Mejor de lo que esperaba	4
Mucho mejor de lo que esperaba	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.12 . Y para Ud. el hospital la señalización e indicaciones internas para moverse dentro del edificio (Hospital) fue ..

Mucho peor de lo que esperaba	1
Peor de lo que esperaba	2
Como esperaba (NO LEER)	3
Mejor de lo que esperaba	4
Mucho mejor de lo que esperaba	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.13 . Y pensando ahora en los accesos al hospital, estos eran para Ud...

Mucho peor de lo que esperaba	1
Peor de lo que esperaba	2
Como esperaba (NO LEER)	3
Mejor de lo que esperaba	4
Mucho mejor de lo que esperaba	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.14 . Ahora me gustaría que valorase en una escala de 1 a 5, en donde 1 significa que Ud. está “nada satisfeho” y 5 “totalmente satisfeho” con los siguientes aspectos relacionados con la comodidad de las instalaciones del Hospital (mencionar nombre)

El mobiliario de las habitaciones (camas, sofás, mesas, etc.).....	
La comodidad de las habitaciones	
La comodidad en general de las Instalaciones del Centro	
Las indicaciones para llegar al hospital (señalización externa)	
Las indicaciones para moverse dentro del hospital (señalización interna).....	
La cercanía y accesibilidad del Centro Hospitalario.....	
Los accesos y el entorno del Centro Hospitalario	
Los servicios del Centro (baños, cafeterías, cajeros automáticos, máquinas expendedoras, etc.).....	
El aspecto general del centro (si es moderno, anticuado, etc.)	
El aparcamiento y las zonas de circulación para llegar al centro	
Limpieza de las instalaciones	

P.15 . Pensando ahora en todo lo que hemos hablado, ¿cuál es su grado de satisfacción global con las Instalaciones e Infraestructuras del Centro Hospitalario en el que Ud. (o la persona a la que Ud. cuida / acompañó) en una escala de 1 a 5? (Operador / a: recordarle el sentido de la escala 1 “nada satisfeho” y 5 “totalmente satisfeho”)

Satisfacción con las **Instalaciones / Infraestructuras del Centro**

Ahora quiero que se sitúe y recuerde la facilidad que Ud. encontró durante su estancia para realizar trámites, solucionar papeleos, y cuestiones administrativas derivadas de su ingreso en el Centro Hospitalario...

P.16 . Siguiendo con la misma escala de valoración. Me gustaría que valorase en una escala de 1 a 5, en donde 1 significa que Ud. está “nada satisfeho” y 5 “totalmente satisfeho” con los siguientes aspectos que le voy a mencionar

Tiempo de espera para solucionar trámites y papeleos derivados de su ingreso.....	
Señalización de las dependencias administrativas del Centro, facilidad para encontrarlas y acceder a ellas.....	
Amabilidad y trato dispensado por el personal administrativo.....	
Capacidad del personal administrativo para resolver sus dudas.....	
Interés mostrado en la atención (interés en sus consultas o problemas formulados por Ud.).....	
Aspecto general de las dependencias de Administración, Recepción, Zonas de Atención al Público, etc.....	

P.17 . Pensando ahora en todo lo que hemos hablado, ¿cuál es su grado de satisfacción global con la Administración de del Centro Hospitalario en el que Ud. (o la persona a la que Ud. cuida / acompañó) en una escala de 1 a 5? (Operador / a: recordarle en sentido de la escala 1 “nada satisfeho” y 5 “totalmente satisfeho”)

Satisfacción con la **Administración**

P.18 . Hablemos ahora de la **organización del centro** en sí, es decir, **horarios de visitas, facilidad para comunicarse con el exterior, horario de las comidas, calidad de las mismas, etc.** Quisiera que valorase todos los aspectos que le voy a mencionar a continuación, utilizando una escala de 1 a 5, en donde 1 significa que Ud. se encuentra “nada satisfeho” y 5 “totalmente satisfeho”

Horario de visitas	
Horario de las comidas	
Calidad de las comidas.....	
Facilidad para comunicarse con el exterior (teléfono en las habitaciones, etc.)	
Disponibilidad de personal.....	
Accesibilidad al personal facultativo y no facultativo.....	
Disponibilidad del personal necesario en el momento oportuno.....	

P.19 . Pensando ahora en todo lo que hemos hablado, ¿cuál es su grado de satisfacción global con la Organización del Centro Hospitalario en el que Ud. (o la persona a la que Ud. cuida / acompañó) en una escala de 1 a 5? (Operador / a: recordarle el sentido de la escala 1 “nada satisfeho” y 5 “totalmente satisfeho”)

Satisfacción con la **Organización del Centro**

P.20 . Centrándonos ahora en el horario de visitas del Hospital.. Este le parece...

Muy inadecuado.....	1
Inadecuado	2
Ni adecuado ni inadecuado (NO LEER).....	3
Adecuado	4
Muy adecuado	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.21 . Cambiando de tema, ¿en qué medida cree que las personas que trabajan en el centro estaban identificadas correctamente (uniformes, tarjetas de identificación, etc.) para saber qué tipo de profesionales eran?

Muy mal.....	1
Mal.....	2
Ni ni bien ni mal (NO LEER)	3
Bien	4
Muy bien.....	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.22 . Y a Ud. en particular, ¿cómo de fácil le resultaba identificar a los distintos profesionales?

Muy difícil	1
Difícil	2
Ni fácil ni difícil (NO LEER)	3
Fácil.....	4
Muy Fácil.....	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

Ahora quisiera que se situase en los momentos en que los médicos, personal de enfermería, y demás personal del Hospital trataron con Ud. y que valorase cada uno de los aspectos que le voy a mencionar para cada uno de ellos. Comencemos pues por la información que Ud. recibió por parte de los médicos,

P.23 . ¿Cómo entendió Ud. la información que le dieron los médicos?

Muy mal.....	1	→ PASA A P26
Mal.....	2	→ PASA A P26
Ni bien ni mal (NO LEER).....	3	→ PASA A P26
Bien	4	→ PASA A P26
Muy bien.....	5	→ PASA A P26
No sabe (NO LEER)	88	→ PASA A P25
No contesta (NO LEER).....	99	→ PASA A P25

P.24 . **SOLO A LOS QUE RESPONDEN 88 Y 99 EN P.24. EL RESTO PASA A P26** ¿Por qué razón no sabe o no valora la información que le dieron los médicos?

Operador / a: Respuesta espontánea, no sugerir, ni leer

Considera que no le dieron información.....	1
Aunque le dieron información no sabe como valorarla	2
Otras (especificar).....	3

P.25 . **A TODOS** ¿Y como entendió la información que le dio el personal de enfermería?

Muy mal.....	1	→ PASA A P28
Mal.....	2	→ PASA A P28
Ni bien ni mal (NO LEER).....	3	→ PASA A P28
Bien	4	→ PASA A P28
Muy bien.....	5	→ PASA A P28
No sabe (NO LEER)	88	→ PASA A P27
No contesta (NO LEER).....	99	→ PASA A P27

P.26 . SOLO A LOS QUE RESPONDEN 88 Y 99 EN P.26. EL RESTO PASA A P28 ¿Por qué razón no sabe o no valora la información que le dieron los enfermeros / as?

Operador / a: Respuesta espontánea, no sugerir, ni leer

Considera que no le dieron información.....	1
Aunque le dieron información no sabe como valorarla.....	2
Otras (especificar.....)	3

P.27 . A TODOS ¿Podría decirnos en qué momento le facilitaron el informe de alta?

Justo antes de salir del hospital.....	1
Días después de abandonar el hospital.....	2
Semanas después de salir del hospital.....	3
Meses después de salir del hospital.....	4
Otras respuestas.....	5
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.28 . ¿Y podría decirnos de qué manera le fue entregado el informe de alta?

En un sobre cerrado facilitado por el médico.....	1
En un sobre cerrado facilitado por el personal de enfermería.....	2
Por correo certificado.....	3
Por correo ordinario.....	4
Otras respuestas.....	5
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.29 . ¿Qué grado de confianza tiene Ud. en la asistencia que le han prestado en este hospital?

(Operador / a: insistirle en que nos estamos refiriendo en la confianza que tiene en la asistencia recibida, no sí conoce o no al médico o en el médico en sí)

Ninguna.....	1
Poca.....	2
Ni mucha ni poca (NO LEER).....	3
Bastante.....	4
Mucha.....	5
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.30 . ¿Cómo valoraría Ud. la asistencia sanitaria recibida en este centro?

Mucho peor de lo que esperaba.....	1
Peor de lo que esperaba.....	2
Como esperaba (NO LEER).....	3
Mejor de lo que esperaba.....	4
Mucho mejor de lo que esperaba.....	5
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.31 . Cambiando de tema, ¿cómo valora Ud. el respeto con el que se le ha tratado en este Hospital?

Muy mal.....	1
Mal.....	2
Ni ni bien ni mal (NO LEER).....	3
Bien.....	4
Muy bien.....	5
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.32 . Como cree Ud. que se ha respetado la confidencialidad o que se ha mantenido en secreto los datos clínicos?

Muy mal.....	1
Mal.....	2
Ni ni bien ni mal (NO LEER).....	3
Bien.....	4
Muy bien.....	5
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.33 . ¿Cómo valora Ud. la disposición del personal del Hospital para escucharle cuando lo ha necesitado?

Muy mal.....	1
Mal.....	2
Ni ni bien ni mal (NO LEER).....	3
Bien.....	4
Muy bien.....	5
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.34 . ¿Cree que se respetaron íntegramente sus derechos como paciente durante su estancia en el hospital?

Sí.....	1
No.....	2
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.35 . Pensando ahora en la privacidad que ha tenido durante su estancia en el Hospital, ¿qué grado de intimidad ha tenido mientras estaba ingresado / a?

Ninguna.....	1
Poca.....	2
Ni mucha ni poca (NO LEER).....	3
Bastante.....	4
Mucha.....	5
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.36 . Y, ¿con cuántos pacientes compartió la habitación cuando estuvo ingresado / a?

Estuvo solo / a en una habitación.....	1
Estuvo en habitación compartida por otro paciente (uno más).....	2
Estuvo en habitación con dos pacientes más.....	3
Estuvo en habitación con tres o más pacientes.....	4
Otros (especificar:.....)	5
No recuerda (NO LEER).....	77
No contesta (NO LEER).....	99

P.37 . Ahora me gustaría que valorase en una escala de 1 a 5, en donde 1 significa que Ud. está “nada satisfecho” y 5 “totalmente satisfecho” su satisfacción con el personal y los profesionales del Hospital

Médicos.....	
Personal de enfermería.....	
Celadores.....	
Personal Administrativo.....	

P.38 . Pensando ahora en todo lo que hemos hablado, ¿cuál es su grado de satisfacción global con los profesionales que trabajan en el Hospital en una escala de 1 a 5? (Operador / a: recordarle el sentido de la escala 1 “nada satisfecho” y 5 “totalmente satisfecho”)

Satisfacción con los **Profesionales**.....

P.39 . Cambiando de tema, en lo que respecta a su experiencia personal, teniendo en cuenta la gravedad de su dolencia, el tiempo de espera para recibir atención en este hospital fue...

Muy largo.....	1
Largo.....	2
Normal (NO LEER).....	3
Corto.....	4
Muy corto.....	5
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.40 . Durante su estancia en el Hospital, ¿le pusieron algún tratamiento, es decir, alguna dieta, medicamento o cualquier instrucción o recomendación realizada por el / los médico / s?

Sí.....	1	→ PASA A P42
No.....	2	→ PASA A P44
No sabe / No recuerda (NO LEER).....	88	→ PASA A P44
No contesta (NO LEER).....	99	→ PASA A P44

P.41 . SÓLO QUIENES RESPONDEN 1 EN P.41 EL RESTO PASA A P44 ¿Cómo considera Ud. la información que le dieron sobre el tratamiento que le pusieron?

Muy mal.....	1
Mal.....	2
Ni ni bien ni mal (NO LEER).....	3
Bien.....	4
Muy bien.....	5
No le dieron información (NO LEER).....	77
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.42 . Hasta que punto le permitieron dar su opinión sobre los tratamientos que le pusieron en el Hospital?

Muy poco.....	1
Poco.....	2
Ni poco ni mucho (NO LEER).....	3
Bastante.....	4
Mucho.....	5
No consideró necesario dar su opinión (NO LEER).....	77
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.43 . A TODOS Durante su estancia en el hospital, ¿le hicieron alguna prueba médica?

Sí.....	1	→ PASA A P45
No.....	2	→ PASA A P46
No sabe / No recuerda (NO LEER).....	88	→ PASA A P46
No contesta (NO LEER).....	99	→ PASA A P46

P.44 . SÓLO QUIENES RESPONDEN 1 EN P.44. EL RESTO PASA A P46 ¿Cómo considera Ud. la información que le dieron sobre las pruebas que le hicieron?

Muy mal.....	1
Mal.....	2
Ni ni bien ni mal (NO LEER).....	3
Bien.....	4
Muy bien.....	5
No le dieron información (NO LEER).....	77
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.45 . A TODOS Durante su estancia en el hospital, ¿tuvieron que intervenirle quirúrgicamente?

Sí.....	1	→ PASA A P47
No.....	2	→ PASA A P48
No sabe / No recuerda (NO LEER).....	88	→ PASA A P48
No contesta (NO LEER).....	99	→ PASA A P48

P.46 . SÓLO QUIENES RESPONDEN 1 EN P.46 EL RESTO PASA A P48 ¿Qué opinión tiene sobre el tiempo que se tardó desde su ingreso en el Hospital hasta la operación? Fue...

Mucho tiempo.....	1
Bastante tiempo.....	2
Ni mucho ni poco (NO LEER).....	3
Poco tiempo.....	4
Muy poco tiempo.....	5
No sabe (NO LEER).....	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.47 . A TODOS Ya para finalizar, ¿qué mejoraría Ud. de este Hospital?

Operador / a: Una sola respuesta. Respuesta espontánea que piense en el aspecto más importante

--

P.48 . Ahora le pido que me diga los tres aspectos que usted considera que son más negativos sobre este hospital y sobre la atención sanitaria recibida en el mismo

Operador / a: Respuesta espontánea, no sugerir

--

P.49 . Y ahora dígame tres aspectos que usted considera que son más positivos sobre este hospital y sobre la atención sanitaria recibida en el mismo

Operador / a: Respuesta espontánea, no sugerir

--

P.50 . ¿Cuál es su **grado de satisfacción global con la atención sanitaria** que ha recibido en el Hospital en el que estuvo ingresado en una escala de 1 a 10 en donde 1 sería la opinión más negativa y 10 la opinión más positiva?

Satisfacción con la **Asistencia Sanitaria**

P.51 . ¿Recomendaría Ud. a algún familiar y / o amigo este Hospital?

Sí.....	1
No sabe, duda (NO LEER)	2
No.....	3
No contesta (NO LEER).....	99

P.52 . Hablemos ahora de la sanidad pública en Galicia. ¿Ud. considera que la Sanidad Pública en Galicia está mucho peor, peor, igual, mejor o mucho mejor que hace tres años?

Mucho peor	1
Peor.....	2
Igual	3
Mejor	4
Mucho mejor	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.53 . Y en el futuro (dentro de tres años), ¿considera que la asistencia sanitaria pública en Galicia estará mucho peor, peor, igual, mejor o mucho mejor que en la actualidad?

Mucho peor	1
Peor.....	2
Igual	3
Mejor	4
Mucho mejor	5
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.54 . ¿Cree que el Gobierno Gallego está tomando las medidas oportunas para corregir los déficits del sistema sanitario gallego?

Sí.....	1
No.....	2
No sabe (NO LEER)	88
No contesta (NO LEER).....	99

P.55 . ¿Qué áreas / servicios del sistema sanitario no están, en su opinión, bien atendidas?

Operador / a: Respuesta espontánea, no sugerir

--

Para terminar, queremos realizarle una serie de preguntas acerca de su situación actual con respecto al trabajo, estudios, etc...Le recuerdo que estos datos son anónimos, y que sus respuestas están amparadas por el secreto estadístico. Simplemente, necesitamos conocer algunas cuestiones sobre su situación actual para poder clasificar y tratar estadísticamente los datos de este estudio. Muchas Gracias

P.56 . Operador / a: Anota el sexo del entrevistado

Varón.....	1
Mujer	2

P.57 . ¿Podría indicarme su edad?

Edad.....

P.58 . SOLO SI EL ENTREVISTADO / A NO ES LA PERSONA HOSPITALIAZADA EL RESTO PASA A P57 Operador / a: Anota el sexo del paciente

Varón.....	1
Mujer.....	2

P.59 . ¿Podría decirme la edad de la persona que estuvo hospitalizada que Ud. estuvo cuidando?

Edad.....

P.60 . A TODOS ¿Cuál es su estado civil?

Soltero / a.....	1
Casado / a. Vive en pareja.....	2
Separado / a / Divorciado /a.....	3
Viudo / a.....	4
No contesta (NO LEER).....	99

P.61 . ¿Podría indicarme su nivel de estudios?

Sin estudios.....	1
Estudios primarios o similares.....	2
EGB / FPI o similares.....	3
BUP / COU / FPII o similares.....	4
Universitarios medios o similares.....	5
Universitarios superiores o similares.....	6
No contesta (No leer).....	99

P.62 . ¿Actualmente Ud. se encuentra...?

Trabajando por cuenta ajena (empleado, asalariado).....	1
Trabajando por cuenta propia (autónomo o empresario).....	2
Desempleado.....	3
Labores de hogar.....	4
Estudiante.....	5
Jubilado / Pensionista.....	6
No contesta.....	99

Pues con esto hemos finalizado la entrevista. Muchas Gracias por su Colaboración. Buenos días / tardes.
