



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL

# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



ORIGINAL

## Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en Atención Primaria



S. Pérez-Romero<sup>a,b,\*</sup>, J.J. Gascón-Cánovas<sup>b</sup>, D. Salmerón-Martínez<sup>b,c,d</sup>,  
P. Parra-Hidalgo<sup>a,e</sup> y O. Monteagudo-Piqueras<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

<sup>b</sup> Universidad de Murcia, Murcia, España

<sup>c</sup> CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Murcia, España

<sup>d</sup> Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad, IMIB-Arrixaca, Murcia, España

<sup>e</sup> Consejería de Sanidad, Murcia, España

Recibido el 15 de septiembre de 2015; aceptado el 12 de enero de 2016

Disponible en Internet el 12 de abril de 2016

### PALABRAS CLAVE

Satisfacción de  
pacientes;  
Calidad percibida;  
Atención Primaria;  
Determinantes;  
Dimensiones de  
calidad

### Resumen

**Objetivos:** La satisfacción del paciente con los servicios sanitarios juega un rol importante en los programas de mejora de la calidad asistencial. Los objetivos de este estudio fueron: identificar las características sociodemográficas del paciente relacionadas con su satisfacción respecto a la atención proporcionada por el médico de familia en los centros de Atención Primaria de Salud (APS) y describir la variabilidad geográfica de este fenómeno en el Servicio Nacional de Salud español.

**Material y métodos:** Los datos se obtuvieron de la Encuesta Europea de Salud de 2009. Se analizaron las razones de prevalencia (brutas y ajustadas) de las características asociadas tanto con una satisfacción excelente como de insatisfacción mediante regresión de Poisson, así como su variabilidad geográfica.

**Resultados:** Aproximadamente uno de cada 3 usuarios de la APS consideró que la atención proporcionada había sido excelente, mientras que el 6,7% se mostró insatisfecho. Existió una amplia variabilidad en la percepción de satisfacción entre los distintos servicios regionales de salud, prevalencias que oscilaron entre el 10,9 y el 55,2%. Por otra parte, esta valoración estuvo estrechamente relacionada con la edad, el nivel de salud autopercebida, la salud mental, los ingresos hospitalarios previos, el estatus de enfermedad crónica y las limitaciones en las actividades diarias.

**Conclusiones:** La satisfacción con la atención proporcionada por el médico de APS es relativamente alta. No obstante, presenta una distribución heterogénea entre las comunidades autónomas y las características sociodemográficas y el nivel de salud del usuario.

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [shirleypr18@gmail.com](mailto:shirleypr18@gmail.com), [shirleyb.perez@carm.es](mailto:shirleyb.perez@carm.es) (S. Pérez-Romero).

**KEYWORDS**

Patient satisfaction;  
Perceived quality;  
Primary Care;  
Determinants;  
Quality dimensions

**Sociodemographic characteristics and geographic variability associated with patient satisfaction in Primary Care****Abstract**

*Background:* Patient satisfaction with health services plays an important role in programs to improve the quality of care from the point of view of users. The objectives of this study were: To identify sociodemographic characteristics associated with patient satisfaction in the care provided by family doctors in Primary Health Care (PHC) centres, and describe the geographical variability of this phenomenon in the Spanish National Health Service.

*Material and methods:* The data come from the European Health Survey (2009). Prevalence ratios (crude and adjusted) of the characteristics associated with both excellent satisfaction and dissatisfaction using Poisson regression, and their geographical variability are discussed.

*Results:* About one in every 3 users of the PHC believes that the care provided was excellent, while 6.7% were dissatisfied. There is a wide variability in the perception of satisfaction among the various regional health services, with prevalence ranging between 10.9% and 55.2%. Moreover, this assessment is closely related to age, level of self-perceived health, mental health, previous hospitalisation, chronic disease status, and limitations in daily activities.

*Conclusions:* Satisfaction with the care provided by the PHC physician is relatively high. However, the distribution between regions and socio-demographic characteristics and health status of the user is heterogeneous.

© 2016 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

Desde los tiempos de Hipócrates existe la preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria; buscar lo mejor para el paciente era y es la esencia de la práctica sanitaria. Al principio esta idea se limitaba exclusivamente a garantizar la efectividad de los tratamientos e intervenciones médicas<sup>1,2</sup>. Más recientemente, entidades como la *Joint Commission on Accreditation of Hospital* y en España el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en su modelo de acreditación de Atención Primaria (AP) incluyeron, dentro de los estándares de la calidad, la satisfacción del paciente como uno de los requisitos fundamentales de una buena práctica clínica<sup>3,4</sup>.

En la actualidad, la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM, en sus siglas en inglés), y las normas de la Organización Internacional de Normalización (ISO) coinciden en resaltar el papel primordial del usuario en la evaluación de la calidad de los servicios de salud, al señalar que toda institución debe basar sus actuaciones y planificar sus servicios teniendo en cuenta la opinión de sus pacientes o usuarios<sup>5,6</sup>.

Definir la satisfacción del paciente puede llegar a ser complejo, ya que se trata de un concepto multidimensional. No obstante, en una primera aproximación se podría señalar que incluye diferentes matices y componentes que varían en función del tipo de nivel asistencial (AP, hospitalización, urgencias, etc.).

En sus inicios, los estudios sobre la satisfacción asumían un enfoque exclusivamente cognitivo, entendiendo esta como una evaluación postuso de comparación entre las expectativas concebidas y el resultado percibido. Sin embargo, esta idea se ha ampliado con posterioridad al señalar que comprende además elementos estrechamente

ligados con el componente afectivo<sup>7,8</sup>. Por ello, actualmente, se considera que la satisfacción presenta un carácter dual cognitivo y afectivo<sup>9,10</sup> y se define como «un estado emocional susceptible de ser medido, que surge del acto de comparar las expectativas con los resultados».

Estudiar y conocer la satisfacción del paciente es fundamental en todos los niveles de atención sanitaria. Esto obedece a varios motivos: permite evaluar y conocer la calidad percibida por los pacientes e identificar qué aspectos pueden ser mejorados desde la perspectiva del paciente, entre otros. No obstante, estudiar la satisfacción en los centros de Atención Primaria de Salud (APS) adquiere un mayor grado de interés porque se trata del contacto más frecuente de los pacientes y la puerta de entrada y seguimiento de estos en el sistema sanitario. La importancia que adquiere la satisfacción de un paciente con su médico de familia se ve reflejada, como afirman algunos autores<sup>11</sup>, en el hecho de que a una mayor satisfacción del paciente con su médico, mayores son el cumplimiento y la adherencia al tratamiento: uno de los objetivos primordiales de un sistema sanitario.

Por otro lado, la satisfacción del paciente con la atención sanitaria, además de estar influida por ciertas particularidades propias de la prestación del servicio, se ve afectada por características inherentes del individuo, tales como la edad o el sexo. De igual forma, y tomando como referencia lo anteriormente expuesto, cabe esperar que muchas peculiaridades de los usuarios estén determinadas por el área geográfica donde viven, que pueden ejercer un efecto significativo en sus percepciones; en este caso, en el grado de satisfacción con los servicios sanitarios recibidos<sup>12,13</sup>.

En consecuencia, en este estudio se pretende identificar las características del usuario que se relacionan con la satisfacción ante los servicios proporcionados por el médico de familia en los centros de APS, y describir la variabilidad

**Tabla 1** Definición de variables independientes relacionadas con la satisfacción del paciente en Atención Primaria de Salud

Denominación	Definición
<i>VARIABLES INDEPENDIENTES</i>	
Sexo	Masculino, femenino
Edad	Por grupos de edad: [16–24], [25–44], [45–64], [65–74], ≥75
Lugar de nacimiento <sup>a</sup>	España, Unión Europea, Europa del Este, América Latina, Países del Magreb, Otros
Municipios	Por número de habitantes < 10.000 habitantes y > 10.000 habitantes
Nivel de estudios	Sin estudios/primaria incompleto, primaria, secundaria, universitario
Salud autopercebida	Muy buena, buena, regular, malo, muy malo
Salud mental positiva	Muy baja, baja, media, alta, muy alta
Ingreso en el hospital	Ingreso en hospital < 12 meses–Variable dicotómica: sí o no
Enfermedad crónica	Variable dicotómica: sí o no
Limitación de actividad/día	Limitación severa, limitación, sin limitación
Hábito tabáquico	Fuma a diario, fuma esporádicamente, nunca ha fumado
Comunidad autónoma (comunidades autónomas)	17 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas

<sup>a</sup> Agrupado según afinidad socioeconómica, política y relación geográfica.

geográfica de este fenómeno en el Servicio Nacional de Salud español.

## Material y métodos

### Diseño del estudio

Estudio transversal realizado a partir de los microdatos del cuestionario de adultos de la Encuesta Europea de Salud en España 2009 (EES 2009)<sup>14</sup>. Dicho cuestionario recoge los datos sobre la salud de la población española, a partir de la información proporcionada por los propios entrevistados, mediante una entrevista personal.

El tipo de muestreo empleado fue trietápico (en 3 etapas) estratificado. Las unidades de primera etapa fueron las seccionales censales. Las unidades de segunda etapa fueron las viviendas familiares principales. En cada hogar se seleccionó al azar una persona adulta (de 16 o más años de edad) que cumplimentara el cuestionario. La base de datos proporcionó los pesos muestrales necesarios para realizar la estimación de parámetros poblacionales. El número de personas encuestadas fue 22.188.

Este estudio analiza, a partir de los datos de la EES 2009, los factores sociodemográficos asociados con una satisfacción excelente con la atención proporcionada por el médico de familia y su variación geográfica en los sujetos que habían consultado al médico de AP durante los últimos 12 meses (n = 17.460).

### Variable dependiente

Se ha empleado una variable incluida en la EES 2009, la cual valora de forma global el grado de satisfacción, en una escala Likert de 5 categorías (desde muy satisfecho a muy insatisfecho), para determinar tanto la prevalencia de sujetos insatisfechos («bastante insatisfecho»/«muy insatisfecho») como la de sujetos que califican de «excelente» («muy satisfecho») la atención proporcionada por el médico de familia.

### VARIABLES INDEPENDIENTES

La definición de las variables independientes relacionadas con la satisfacción del paciente en APS se describe en la [tabla 1](#). Entre ellas se encuentran variables sociodemográficas como sexo, edad, lugar de nacimiento (España, Unión Europea, Europa del Este, América Latina, Países del Magreb y otros), tamaño del municipio de residencia y nivel de estudios.

Otras variables de estudio, descritas en la [tabla 1](#), son salud autopercebida y salud mental positiva. La salud autopercebida se examinó a partir de un ítem valorado a través de una escala Likert de 5 categorías (desde muy buena a muy mala). La salud mental positiva se determinó con 4 (SF2, SF6, SF8 y SF10) de las 9 variables del SF-36 incluidas en la EES 2009, y de acuerdo con las normas de puntuación incluidas en el manual, normalizando la escala en un rango de entre 0 y 100. Se obtuvo un sumatorio de estas variables cuando el número de preguntas contestadas era  $\geq 2$ , y finalmente se categorizó en percentiles (p0–p20: muy baja, p21–p40: baja, p41–p60: media, p61–p80: alta y p81–p100: muy alta).

El resto de las variables consideradas fueron el ingreso previo en el hospital en los últimos 12 meses, el padecimiento de alguna enfermedad crónica; la limitación de las actividades en la vida diaria durante al menos los 6 últimos meses, hábito tabáquico y comunidad autónoma de residencia.

### Análisis de los datos

En primer lugar se ha realizado un análisis descriptivo de las características de la población española adulta (de 16 y más años) que acudió al médico de AP en el último año, mediante porcentajes con sus intervalos de confianza del 95%. Para identificar los factores sociodemográficos que se relacionan con una satisfacción excelente e insatisfacción, se estimaron las razones de prevalencia (RP) brutas y ajustadas mediante modelos de Poisson con estimación robusta de la variancia, ajustando por todas las variables independientes.

Para valorar la posible variabilidad geográfica entre comunidades autónomas de una satisfacción excelente, se estimó y representó gráficamente en un mapa la prevalencia estandarizada por todas las variables independientes, en cada comunidad autónoma. La estandarización se realizó mediante el método directo, usando como estándar la distribución de la población española adulta que acudió al médico de AP en el último año según la EES 2009. Las prevalencias en cada categoría de la población estándar se estimaron usando la predicción de un modelo de regresión logística ponderado por los pesos muestrales, que incluyó todas las variables independientes.

Todas las estimaciones se obtuvieron usando los pesos muestrales proporcionados en la base de datos de la encuesta. Los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) fueron obtenidos usando el método de linealización de Taylor en la estimación del error estándar. El análisis estadístico se realizó usando el programa estadístico STATA<sup>15</sup> y el comando svy para considerar los estratos y los conglomerados.

## Resultados

La tasa de respuesta a la encuesta ha sido muy elevada, con una muestra efectiva total hasta del 96,5% de la muestra teórica.

### Características relacionadas con la asistencia a las consultas de medicina de familia en Atención Primaria

Prácticamente 3 de cada 4 sujetos habían consultado en alguna ocasión a su médico de familia en los últimos 12 meses. Esta tasa de frecuentación fue mucho más elevada en la población femenina (82,1%), en mayores de 65 años (91%), en personas sin estudios (87,4%) y en sujetos que habían tenido ingresos hospitalarios previos (92,9%) y con limitaciones en las actividades de la vida diaria (93,1%). Así mismo, como era de esperar, el nivel de salud autopercibida se relacionó de forma inversamente proporcional con la asistencia a la consulta de APS ( $p < 0,01$ ). También, se evidenció que los ciudadanos de países de Europa del Este utilizaban en una menor proporción estos servicios (57,6%) ( $p < 0,01$ ).

En la [tabla 2](#) se muestran las características de la población que acudió a consulta del médico de familia en los últimos 12 meses. El 54,9% fueron mujeres, el 65,7% tenían entre 25 y 64 años y la mayoría eran de nacionalidad española (86,8%). El 79,2% residían en municipios con más de 10.000 habitantes. Con respecto al nivel de educación, el 83,6% poseían estudios (primaria, secundaria o educación universitaria). El 68,4% consideraban su salud como buena o muy buena, el 22,2% la consideran regular y el 9,4% percibían su salud como mala o muy mala.

### Factores asociados con una satisfacción excelente con la Atención Primaria

El análisis multivariante ([tabla 3](#)) ha mostrado que las mujeres estaban más satisfechas con mayor frecuencia que los hombres ( $RP_{ajustada} = 1,14$ ; IC 95%: 1,07–1,21), y que la

frecuencia con que se percibe como excelente la atención proporcionada aumentó con la edad.

La percepción de una mayor satisfacción se asoció con la salud autopercibida y con la salud mental. La frecuencia con que se percibió como muy satisfactoria la atención del médico de familia fue mayor en aquellos con una salud autopercibida muy buena y, a medida que mejora la salud mental positiva ( $RP_{ajustada} = 1,34$ ; IC 95%: 1,20–1,51), también aumenta la probabilidad de percibir la atención como excelente. Los pacientes con ingreso hospitalario  $< 12$  meses ( $RP_{ajustada} = 1,14$ ; IC 95%: 1,06–1,24) y aquellos pacientes con enfermedad crónica ( $RP_{ajustada} = 1,25$ ; IC 95%: 1,16–1,33) percibieron con mayor frecuencia una atención excelente. Respecto a la limitación de la actividad, aquellos que declararon no tener limitación, se mostraron satisfechos con menor frecuencia. No se observó asociación significativa entre mayor satisfacción con la atención del médico de primaria y el lugar de nacimiento, el tamaño del municipio de residencia, el nivel educativo o el tabaquismo.

### Variabilidad geográfica de la satisfacción del paciente con la Atención Primaria

La [figura 1](#) muestra las prevalencias estandarizadas de una satisfacción excelente en las diferentes comunidades autónomas. En general, puede observarse un gradiente en el sentido norte-sur del país. Por ejemplo, la percepción de una satisfacción excelente es mucho más elevada en los servicios regionales de salud de Castilla y León (55,2%), de Cantabria (52,2%), de Aragón (49,7%) y del País Vasco (43,7). En el otro extremo, los servicios regionales de salud de Andalucía (22,6%), Extremadura (19,6%) y Castilla-La Mancha (19,2%) presentaron un nivel de satisfacción menor. Este grado de satisfacción llegó a ser incluso mucho menor entre los usuarios de la APS del servicio de salud de La Rioja (10,9%).

### Factores asociados con la insatisfacción del paciente con Atención Primaria

En cuanto al indicador insatisfacción del paciente con la atención proporcionada por el médico de familia, el análisis ha mostrado cambios significativos con respecto a la variable salud autopercibida, donde el grado de insatisfacción aumenta conforme se percibe una peor salud ( $RP_{ajustada} = 2,24$ ; IC 95%: 1,31–3,82). Sin embargo, con respecto a la edad, se evidenció que a partir de los 45 años ( $RP_{ajustada} [45-65] = 0,51$ ; IC 95%: 0,38–0,68), los individuos tuvieron una menor probabilidad de insatisfacción con la atención recibida. El resto de las variables estudiadas no ejercieron un efecto significativo sobre la insatisfacción del paciente ([tabla 4](#)).

## Discusión

La importancia de obtener la opinión de los pacientes respecto a su grado de satisfacción con los servicios sanitarios se fundamenta en que dicha percepción no es igual para todos, pues dependerá de las características individuales de cada usuario<sup>16</sup>. Se ha demostrado que una parte trascendental de la variación en la satisfacción general del paciente

**Tabla 2** Características de la población que asiste a la consulta del médico de familia en los últimos 12 meses (n = 17.460). España, 2009

	n	%	IC 95%
<i>Sexo</i>			
Hombres	7.275	45,2	(44,3–46,0)
Mujeres	10.185	54,9	(54,0–55,7)
<i>Intervalos de edad (años)</i>			
[16–24]	1.128	10,6	(9,9–11,3)
[25–44]	5.198	35,6	(34,6–36,6)
[45–64]	5.563	30,1	(29,3–31,0)
[65–74]	2.596	11,8	(11,2–12,3)
≥75	2.975	12,0	(11,4–12,5)
<i>Lugar de nacimiento</i>			
España	16.112	86,8	(85,8–87,8)
Unión Europea	269	2,5	(2,1–3,1)
Europa del Este	153	1,8	(1,4–2,1)
América Latina	628	6,3	(5,7–7,0)
Países del Magreb árabes	210	1,6	(1,3–2,0)
Otros	88	1,0	(0,8–1,3)
<i>Municipio de residencia</i>			
< 10.000 Hab.	3.834	20,8	(20,3–21,4)
> 10.000 Hab.	13.626	79,2	(78,6–79,7)
<i>Nivel de estudios</i>			
Sin estudios/primaria incompleto	3.489	16,4	(15,7–17,2)
Primaria	4.566	23,7	(22,8–24,6)
Secundaria	6.758	44,3	(43,2–45,3)
Universitario	2.628	15,6	(14,8–16,5)
<i>Salud autopercebida</i>			
Muy buena	2.379	16,1	(15,3–17,0)
Buena	8.760	52,3	(51,3–53,3)
Regular	4.376	22,2	(21,5–23,0)
Mala	1.485	7,0	(6,6–7,5)
Muy mala	460	2,4	(2,1–2,6)
<i>Salud mental positiva</i>			
Muy baja	3.334	16,8	(16,1–17,5)
Baja	3.066	16,9	(16,1–17,6)
Media	5.750	34,6	(33,6–35,6)
Alta	3.243	19,9	(19,1–20,8)
Muy alta	1.836	11,9	(11,1–12,7)
<i>Ingreso en el hospital (&lt;12 meses)</i>			
Sí	2.088	11,3	(10,7–11,9)
No	15.372	88,7	(88,1–89,3)
<i>Enfermedad crónica</i>			
Sí	11.233	59,4	(58,3–60,5)
No	6.220	40,6	(39,5–41,7)
<i>Limitación de las actividades</i>			
Sin limitación	11.558	70,3	(69,4–71,2)
Limitación	4.597	23,0	(22,2–23,8)
Limitación severa	1.305	6,7	(6,2–7,1)
<i>Hábito tabáquico</i>			
Fuma a diario	3.744	23,7	(22,9–24,5)
Fuma esporádicamente	481	3,5	(3,1–3,9)
Exfumador	3.624	21,6	(20,8–22,4)
Nunca ha fumado	8.821	51,2	(50,2–52,2)

**Tabla 3** Factores asociados con la percepción de una calidad excelente en la atención proporcionada por el médico de familia

	RP cruda		RP ajustada <sup>a</sup>	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%
<i>Sexo femenino</i>	1,11	(1,05–1,18)**	1,14	(1,07–1,21)**
<i>Edad (años)</i>				
[16–24]	1,00		1,00	
[25–44]	1,21	(1,05–1,39)**	1,26	(1,09–1,45)**
[45–64]	1,51	(1,31–1,73)**	1,55	(1,34–1,78)**
[65–74]	1,92	(1,66–2,22)**	1,92	(1,64–2,24)**
≥75	2,08	(1,80–2,40)**	2,07	(1,76–2,42)**
<i>Lugar de nacimiento</i>				
España	1,00		1,00	
Unión Europea	1,01	(0,80–1,29)	1,05	(0,83–1,32)
Europa del Este	0,80	(0,57–1,12)	1,05	(0,76–1,44)
América Latina	0,86	(0,74–1,01)	1,02	(0,87–1,19)
Países del Magreb	1,02	(0,76–1,37)	1,09	(0,82–1,46)
Otros	0,91	(0,62–1,33)	1,12	(0,77–1,62)
<i>Municipios &gt;10.000 habitantes</i>	0,99	(0,91–1,08)	1,07	(0,98–1,16)
<i>Nivel de estudios</i>				
Sin estudios/primaria incompleto	1,00		1,00	
Primaria	0,92	(0,85–1,00)	0,99	(0,91–1,07)
Secundaria	0,82	(0,76–0,88)**	1,06	(0,96–1,16)
Universitario	0,78	(0,70–0,86)**	0,98	(0,88–1,10)
<i>Salud autopercebida</i>				
Muy buena	1,00		1,00	
Buena	0,75	(0,69–0,82)**	0,75	(0,69–0,81)**
Regular	0,97	(0,89–1,06)	0,77	(0,69–0,85)**
Mala	1,01	(0,90–1,13)	0,71	(0,62–0,82)**
Muy mala	1,22	(1,05–1,41)**	0,86	(0,71–1,04)
<i>Salud mental positiva</i>				
Muy baja	1,00		1,00	
Baja	0,76	(0,69–0,83)**	0,90	(0,81–1,00)*
Media	0,88	(0,82–0,96)**	1,06	(0,97–1,16)
Alta	0,97	(0,89–1,06)	1,15	(1,03–1,27)**
Muy alta	1,18	(1,07–1,31)**	1,34	(1,20–1,51)**
<i>Ingreso en el hospital (&lt;12 meses)</i>	1,22	(1,13–1,32)**	1,14	(1,06–1,24)**
<i>Enfermedad crónica</i>	1,38	(1,30–1,47)**	1,25	(1,16–1,33)**
<i>Limitación de actividad/día</i>				
Limitación severa	1,00		1,00	
Limitación	0,90	(0,82–0,99)*	0,91	(0,81–1,03)
Sin limitación	0,74	(0,67–0,81)**	0,84	(0,74–0,96)*
<i>Hábito tabáquico</i>				
Fuma a diario	1,00		1,00	
Fuma esporádicamente	0,87	(0,71–1,05)	0,96	(0,79–1,16)
Exfumador	1,12	(1,04–1,22)**	1,01	(0,93–1,10)
Nunca ha fumado	1,15	(1,07–1,24)**	1,00	(0,93–1,08)

Estimación de razones de prevalencia (RP) brutas y ajustadas. España, 2009.

<sup>a</sup> Ajuste mediante modelos de Poisson.

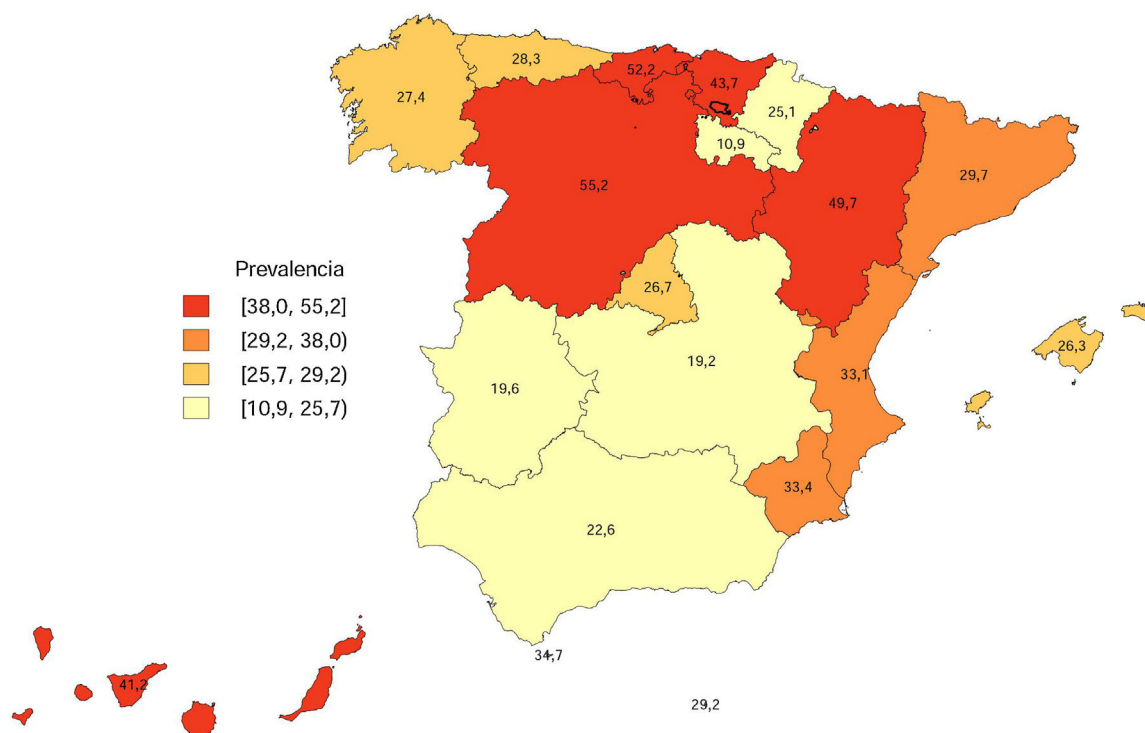
\*  $p < 0,05$ .

\*\*  $p < 0,01$ .

puede estar relacionada con la edad y el estado de salud. Habitualmente, las personas de mayor edad suelen estar más satisfechas<sup>17,18</sup> y en el caso de las personas con mayor nivel educativo pasa lo contrario<sup>19</sup>. Otros factores que pueden

influir en la satisfacción del paciente son las relacionadas con los médicos que prestan la atención (empatía, etc.) o con variables de tipo organizativo como tiempos de espera, tiempo de la consulta, entre otros<sup>20</sup>.





**Figura 1** Fuente: Prevalencias estandarizadas de una satisfacción excelente con los servicios recibidos en Atención Primaria de Salud, calculadas a partir de los datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2009 (EES 2009).

Los resultados de esta investigación coinciden con los hallazgos de otros estudios tanto a nivel nacional como internacional. Un estudio español realizado sobre los datos del Barómetro Sanitario 2013, muestra diferencias significativas de la satisfacción del paciente con respecto a variables socioeconómicas (edad, nivel educativo o situación laboral)<sup>21</sup>. De igual forma, un trabajo desarrollado en 11 centros médicos de Suecia demuestra que la satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios se asocia a características individuales, tales como edad, sexo, nivel educativo y estado de salud, entre otros<sup>16</sup>. La edad del paciente es una de las variables que se ha relacionado significativamente con el grado de satisfacción. Estudios llevados a cabo en países como Noruega, Suecia, EE. UU. o Arabia Saudí evidencian que las personas mayores están más satisfechas con la atención recibida que las más jóvenes, independientemente de la cultura, el país o el tipo de organización de la atención sanitaria<sup>12,22,23</sup>.

El presente estudio muestra que el ser mujer está relacionado con una percepción de satisfacción excelente con los servicios sanitarios, dato que concuerda con investigaciones previas como la de Mira y Aranaz, en las que las mujeres muestran una mayor probabilidad de valorar positivamente la atención médica recibida<sup>8</sup>. Sin embargo, estudios como el de Rohlfs y Artazcoz<sup>24</sup> demuestran que las mujeres valoran peor los servicios sanitarios, y lo justifican en que estas suelen percibir su salud como más deteriorada en términos generales. No obstante, otros trabajos como el de Parra-Hidalgo<sup>25</sup> no encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres al momento de valorar su satisfacción con la atención sanitaria.

Esta investigación evidencia una asociación significativa entre una percepción de satisfacción excelente y los

pacientes que padecían una enfermedad crónica: dichos pacientes suelen valorar mejor la atención recibida en los servicios sanitarios. Esto concuerda con otras investigaciones como la realizada por Hall<sup>26</sup> y Crow<sup>27</sup>, quienes demuestran en sus estudios que los individuos con enfermedades crónicas, por sus condiciones particulares, podrían apreciar mejor los cuidados que se les prestan. El análisis muestra una asociación significativa entre una percepción de excelencia con los servicios recibidos y los individuos que habían estado ingresados en los últimos 12 meses. Este dato coincide con los resultados de otros autores, con estudios de ámbito hospitalario<sup>28,29</sup>, en los que los pacientes valoran muy positivamente los hospitales públicos donde recibieron atención sanitaria.

En cuanto a la variabilidad geográfica, este análisis evidencia que existen diferencias en la percepción de una satisfacción excelente con los servicios recibidos del médico de cabecera y la comunidad autónoma donde reside el paciente. Este estudio demuestra la existencia de un «efecto comunidad autónoma» en la satisfacción percibida por los pacientes, el mismo efecto se evidencia en otros trabajos, donde la probabilidad de utilizar los servicios del médico de familia o medicina especializada no puede explicarse por otras características demográficas o sociodemográficas medidas a nivel individual<sup>28,29</sup>. De igual forma, otros análisis han demostrado diferencias en los niveles de satisfacción media entre comunidades autónomas<sup>21</sup>.

Una de las fortalezas de este estudio es el tamaño de la muestra, con más de 15.000 participantes representativos del estado español. Esto permite obtener datos de referencia sobre la población y conocer como las características sociodemográficas influyen sobre la percepción de los pacientes con los servicios sanitarios recibidos en AP.

**Tabla 4** Factores asociados con la insatisfacción del usuario en la atención proporcionada por el médico de familia

	RP cruda		RP ajustada <sup>a</sup>	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%
<i>Sexo femenino</i>	1,22	(1,04–1,43)*	1,16	(0,98–1,37)
<i>Edad (años)</i>				
[16–24]	1,00		1,00	
[25–44]	0,99	(0,77–1,27)	0,84	(0,65–1,09)
[45–64]	0,67	(0,52–0,87)**	0,51	(0,38–0,68)**
[65–74]	0,46	(0,33–0,64)**	0,32	(0,22–0,47)**
≥75	0,30	(0,22–0,42)**	0,19	(0,12–0,29)**
<i>Lugar de nacimiento</i>				
España	1,00		1,00	
Unión Europea	0,90	(0,49–1,65)	0,96	(0,52–1,78)
Europa del Este	0,60	(0,28–1,28)	0,42	(0,19–0,92)*
América Latina	1,72	(1,26–2,36)**	1,30	(0,95–1,79)
Países del Magreb	0,73	(0,32–1,65)	0,68	(0,28–1,16)
Otros	1,03	(0,38–1,98)	0,85	(0,31–2,30)
<i>Municipios &gt;10.000 habitantes</i>	1,17	(0,96–1,42)	1,02	(0,82–1,27)
<i>Nivel de estudios</i>				
Sin estudios/primaria incompleto	1,00		1,00	
Primaria	1,31	(1,03–1,67)*	1,17	(0,87–1,56)
Secundaria	1,67	(1,33–2,08)**	1,16	(0,86–1,56)
Universitario	1,62	(1,23–2,14)**	1,25	(0,89–1,75)
<i>Salud autopercebida</i>				
Muy buena	1,00		1,00	
Buena	1,15	(0,91–1,47)	1,20	(0,93–1,55)
Regular	1,22	(0,94–1,58)	1,57	(1,14–2,18)**
Mala	1,13	(0,81–1,58)	1,67	(1,08–2,58)*
Muy mala	1,60	(1,05–2,44)*	2,24	(1,31–3,82)**
<i>Salud mental positiva</i>				
Muy baja	1,00		1,00	
Baja	0,87	(0,70–1,09)	0,79	(0,62–1,01)
Media	0,69	(0,57–0,85)**	0,65	(0,52–0,82)**
Alta	0,56	(0,43–0,72)**	0,52	(0,38–0,70)**
Muy alta	0,61	(0,46–0,81)**	0,61	(0,44–0,84)**
<i>Ingreso en el hospital (&lt;12 meses)</i>	0,97	(0,78–1,21)	0,88	(0,69–1,12)
<i>Enfermedad crónica</i>	0,93	(0,80–1,09)	0,99	(0,82–1,20)
<i>Limitación de actividad/día</i>				
Limitación severa	1,00		1,00	
Limitación	0,94	(0,72–1,25)	1,14	(0,81–1,60)
Sin limitación	0,94	(0,73–1,22)	1,10	(0,76–1,59)
<i>Hábito tabáquico</i>				
Fuma a diario	1,00		1,00	
Fuma esporádicamente	0,72	(0,44–1,17)	0,66	(0,40–1,07)
Exfumador	0,80	(0,65–0,98)*	1,02	(0,83–1,25)
Nunca ha fumado	0,71	(0,59–0,84)**	0,81	(0,68–0,97)*

Estimación de razones de prevalencia (RP) brutas y ajustadas. España, 2009.

<sup>a</sup> Ajuste mediante modelos de Poisson.

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

Dentro de las limitaciones de este estudio podemos destacar que la variable utilizada para medir la satisfacción del paciente solo permite su análisis unidimensional. No obstante, cabe anotar que es la única variable sobre

satisfacción recogida en la EES 2009 (lo mismo ocurre con la salud percibida, que también se mide solo con una variable). Lo anterior lleva a plantear la necesidad de incorporar en la EES instrumentos que midan de manera multidimensional la



percepción de los pacientes acerca de los servicios recibidos por su médico de AP así como la salud autopercibida (por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud de España incorporó, en la edición 2011/12, el cuestionario de salud percibida EuroQol-5D-5L). Otra de las limitaciones podría estar en la pérdida de información ante la dicotomización de la variable que mide la «satisfacción con el sistema sanitario» para crear las variables dependientes de insatisfacción (bastante insatisfecho/muy insatisfecho vs. resto de categorías) y excelencia (muy satisfecho vs. resto de categorías). No obstante, el criterio de sensibilidad hacia la insatisfacción (incluyendo las 2 categorías que hacen referencia explícitamente a ella), se basó en cifras muy bajas (9,4%) publicadas en otros ámbitos sanitarios públicos<sup>29</sup>.

En conclusión, este estudio, proporciona una visión global y generalizada de la satisfacción de los pacientes con el médico de AP, y logra identificar las características socio-demográficas que se relacionan con la percepción de dichos usuarios, tales como edad, sexo, padecimiento de una enfermedad crónica o comunidad autónoma, entre otros. Así mismo, estos resultados pueden ser de utilidad en la gestión para orientar y mejorar las políticas de prestación de servicios sanitarios en el ámbito nacional y regional; sin embargo, sigue existiendo la necesidad de profundizar en este aspecto, con otros diseños de investigación, para establecer la causalidad en cuanto a las características que influyen o no en la satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios prestados por los médicos de familia en España.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Codman E. The product of hospitals. *Surg Gynecol Obstet*. 1914;18:491-4.
- Codman E. A study in hospital efficiency. The first 5 years. Boston, MA: Thomas Todd Co; 1916. Disponible en: University Microfilms. Ann Arbor, Michigan.
- Martínez JAA. Gestión de calidad en medicina interna. Desde Pareto al EFQM. *Med Clí (Barc)*. 2012;138:306-11.
- Davins J, Gens M, Pareja C, Guzmán R, Marquet R, Vallès R. El modelo de acreditación de AP de Catalunya: un modelo válido. *Med Clí (Barc)*. 2014;143:74-80.
- Goldberg MC. A new imperative for listening to patients. *J Nurs Adm*. 1994;24:11-2.
- Aguado-Blázquez H, Cerdà-Calafat I, Argimon-Pallàs JM, Murillo-Fort C, Canela-Soler J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA©. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Med Clí (Barc)*. 2011;137:55-9.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clí (Barc)*. 2000;114 Suppl 3:26-33.
- Bigné JE, Andreu L. Modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción en servicios de ocio y turismo. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*. 2004;21:89-120.
- Oliver RL. Satisfaction. En: Sharpe ME, editor. *A behavioral perspective on the consumer*. 2 ed. Nueva York: Armonk; 2010.
- Mattila A, Wirtz J. The role of preconsumption affect in post-purchase evaluation of service. *Psychology and Marketing*. 2000;17:587-605.
- Girón M, Bevià B, Medina E, Simón-Talero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en AP de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:561-75.
- Young G, Meterko M, Desai K. Patient satisfaction with hospital care: Effects of demographic and institutional characteristics. *Med Care*. 2000;38:325-34.
- Krieger N. Epidemiology and social sciences: Towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev*. 2000;22:155-63.
- Instituto Nacional de Estadística, España [consultado 5 May 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- Stata Corp. *Stata statistical software: release 10*. College Station, TX: Stata Corp LP; 2007.
- Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care*. 2010;22:86-92.
- Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med*. 2000;35:426-34.
- Saeed AA, Mohammed BA, Magzoub ME, Al-Doghaither AH. Satisfaction and correlates of patients' satisfaction with physicians' services in primary health care centers. *Saudi Med J*. 2001;22:262-7.
- Bautista RE, Glen ET, Shetty NK. Factors associated with satisfaction with care among patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2007;11:518-24.
- Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: Patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care*. 1999;8:86-91.
- Arrazola M, de Hevia J, Rodríguez L. ¿Qué factores ayudan a explicar la satisfacción con la Atención Primaria en España? *Rev Calid Asist*. 2015;30:226-36.
- Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med*. 2003;18:18-23.
- Rahmqvist M. Patient satisfactions in relation to age. Health status and other background factors: A model for comparisons of care units. *Int J Qual Health Care*. 2001;13:385-90.
- Serrano R, Loriente N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública de México*. 2008;50(2):162-72.
- Parra P, Bermejo RM, Más A, Hidalgo MD, Gómis R, Calle JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit*. 2012;26:159-65.
- Hall JA, Feldstein M, Fretwell MD, Rowe JW, Epstein AM. Older patient's health status and satisfaction with medical care in an HMO population. *Med Care*. 1990;28:261-70.
- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6.
- Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en 5 hospitales. *Gac Sanit*. 2000;14:291-3.
- Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calid Asist*. 2003;18:263-71.