

ESTUDIO DE CONFIANZA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

FUNDACION BIBLIOTECA JOSEP LAPORTE - "PROGRAMA DE OPINION PUBLICA EN SALUD" DE LA UNIVERSIDAD DE **HARVARD**

Informe estadístico

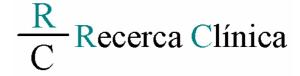
Versión 2(23/05/06)

Recerca Clínica, S.L.

Josep Ramon Marsal

C/Pamplona, 92-94 08018 Barcelona TEL +34 93 300 52 18

Fax +34 93 485 14 01



0. Índice

0.1. Índice de contenidos

0.	Índi	ce	. 2
	0.1.	Índice de contenidos	. 2
	0.2.	Índice de tablas	. 4
1.	Date	os generales	. 8
	1.1.	Título	. 8
	1.2.	Métodos	. 8
	1.3.	Objetivos	. 9
	1.4.	Personas de contacto.	. 9
	1.5.	Abreviaturas	10
2.	Ges	tión de datos	11
	2.1.	Comentario general	11
	2.2.	Creación de variables	11
	2.3.	Ejecución de ficheros	12
3.	Estu	idio de las preguntas relacionadas con el pago por prestación de servici	os
sa	nitarios	s y su posible asociación con otras preguntas del cuestionario.	13
	3.1.	Introducción	13
	3.2.	Objetivo	13
	3.3.	Metodología	15
	3.4.	Resultado	15
4.	Estu	idio de las variables edad, autopercepción de la salud y minusvalía. Estudio	de
la	asocia	ción de estas variables con las preguntas restantes del cuestionario.	32
	4.1.	Introducción	32
	4.2.	Objetivo	32
	4.3.	Metodología	33
	4.4.	Resultados	33
	4.5.	Conclusiones.	41
5.	Estu	ndio de las medidas que el Gobierno puede adoptar para la mejora de l	os
se	rvicios	sanitarios y su asociación de estas con las preguntas restantes del cuestionar	io.

5.1.	Objetivo	42
5.2.	Metodología	42
5.3.	Resultados	42
5.4.	Conclusiones	48
6. Esti	udio de la hipótesis de género, por la cual se supone que no existen	diferentes
visiones	del sistema sanitario entre hombres y mujeres.	49
6.1.	Objetivo	49
6.2.	Metodología	49
6.3.	Resultado	49
6.4.	Conclusiones	58
7. Est	udio general de la financiación del SNS, ilustrado por	variables
socioden	nográficas.	59
7.1.	Introducción	59
7.2.	Métodos estadísticos	60
7.3.	Resultados	61
7.4.	Resumen y conclusiones	66
8. Esti	udio general del grado de conocimiento de la organización y financ	iación del
SNS		67
8.1.	Introducción	67
8.2.	Métodos estadísticos	68
8.3.	Conclusiones.	72
9. Esti	udio general de la autopercepción de la salud	74
9.1.	Introducción	74
9.2.	Objetivos	75
9.3.	Metodología	75
9.4.	Estudio de la independencia - Resultados	77
9.5.	Modelo de regresión ordinal	115
9.6.	Métodos estadísticos	116
9.7.	Ajuste del modelo	119
9.8.	Análisis complementarios	129
9.9.	Conclusiones	130
10. A	Análisis general de la confianza	131
10.1.	Introducción	131
10.2.	Métodos estadísticos	132

10.3.	Resultados - Confianza en el médico de cabecera	132
10.4.	Resultados - Confianza en que los diferentes elementos del SNS hac	en bier
su traba	jo	136
10.5.	Resultados. Confianza en que un organismo tomará la decisión o	correcta
para sol	ucionar un problema de calidad o seguridad en alguno de sus productos	s 139
10.6.	Resultado. Confianza en que un colectivo está haciendo el trabajo de	e forma
respons	able respondiendo a las necesidades sanitarias de los pacientes	142
10.7.	Resultados. Confianza en que un colectivo intenta hacer el bie	n a la
socieda	d. 144	
11. Co	nclusiones	146
12. Ap	éndices	152
12.1.	Anexo I. Cuestionario.	152
12.2.	Anexo II. Formatos	166
0.2.	Índice de tablas	
Tabla 1 Pe	rsonas de contacto	10
Tabla 2 Re	esultado de los contrastes estadísticos. Prueba de Chi-cuadrado	18
Tabla 3 Re	esultado de la regresión logística (1€ por receta médica)	19
Tabla 4 Ca	ntegorías de los parámetros del modelo: 1€ por receta médica	20
Tabla 5 Re	esultado de la regresión logística (2€ por visita médica)	23
Tabla 6 Re	esultado de la regresión logística (10€ por hospitalización)	24
Tabla 7 R	esultado de la regresión logística (aumento de los impuestos indirecto	s o de
IRPF)		26
Tabla 8 R	esultado de la regresión logística (aumento de los impuestos del alcol	nol y e
tabaco)		28
Tabla 9 R	esultado de la regresión logística (aumento de los impuestos de la elec-	tricidad
y la gasoli	na)	29
Tabla 10 I	Distribución del género	50
Tabla 11 F	Principales problemas identificados según el género	51
Tabla 12 N	Medidas de mejora en la sanidad española según género	52
Tabla 13 F	Resultados de la regresión logística	57
Tabla 14 H	Estadístico resumen grupo de medidas de pago por servicios sanitarios.	61
Tabla 15 F	Estadístico resumen grupo de medidas sociodemográficas	63

Tabla 16 Correlación entre las medidas de pago y el índice de las variables
sociodemográficas
Tabla 17 Distribución del estado de salud según el tamaño del municipio de procedencia
Tabla 18 Distribución del estado de salud según el género del paciente
Tabla 19 Distribución del estado de salud según la edad del paciente
Tabla 20 Distribución del estado de salud según la cantidad de dinero destinada 81
Tabla 21 Distribución del estado de salud según las diferentes vías de financiación en el
caso de haber contestado que la cantidad de dinero destinado al SNS era insuficiente. 82
Tabla 22 Distribución del estado de salud según el conocimiento de la organización y la
financiación del SNS
Tabla 23 Distribución del estado de salud según el organismo que otorgaban la
financiación de los hospitales públicos
Tabla 24 Distribución del estado de salud según el organismo que otorgaban la
financiación de los centros de atención primaria
Tabla 25 Distribución del estado de salud según la medida de pagar 1€ por receta
médica85
Tabla 26 Distribución del estado de salud según la medida de pagar 2€ por visita médica
85
Tabla 27 Distribución del estado de salud según minusvalía o enfermedad crónica 86
Tabla 28 Distribución del estado de salud según el grado de satisfacción por los
servicios sanitarios recibidos
Tabla 29 Distribución del estado de salud según la preocupación de no recibir la mejor
atención sanitaria por no poder pagarla
Tabla 30 Distribución del estado de salud según la preocupación por el tiempo de espera
para acceder a una visita médica
Tabla 31 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico le
informará de todos los tratamientos y pruebas diagnósticas
Tabla 32 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico lo
derivará al especialista en el caso de precisarlo
Tabla 33 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico recetaría
los tratamientos y diagnósticos sin tener en cuenta los costes de los mismos
Tabla 34 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico daría la
mejor asistencia posible
J 1

Tabla 35 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico tiene la
mejor formación 92
Tabla 36 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico tiene
tiempo para escucharles
Tabla 37 Distribución del estado de salud según el nombre del médico de cabecera 94
Tabla 38 Distribución del estado de salud según la importancia en que los centros estén
avanzados tecnológicamente
Tabla 39 Distribución del estado de salud según la importancia al tiempo que dura la
visita
Tabla 40 Distribución del estado de salud según la contratación de un seguro sanitario
privado
Tabla 41 Distribución del estado de salud según si había pocos médicos
Tabla 42 Distribución del estado de salud según la confianza en que los hospitales
públicos hacían bien su trabajo
Tabla 43 Distribución del estado de salud según la confianza en que las compañías
farmacéuticas hacían bien su trabajo
Tabla 44 Distribución del estado de salud según la confianza en que los bancos hacían
bien su trabajo
Tabla 45 Distribución del estado de salud según la confianza en que los centros de salud
hacían bien su trabajo
Tabla 46 Distribución del estado de salud según la confianza en que el gobierno sabría
soluciona un problema de calidad o seguridad
Tabla 47 Distribución del estado de salud según la confianza en que las compañías de
aviación sabrían soluciona un problema de calidad o seguridad
Tabla 48 Distribución del estado de salud según la confianza en que los hospitales
públicos sabrían soluciona un problema de calidad o seguridad
Tabla 49 Distribución del estado de salud según la confianza en que las universidades
sabrían soluciona un problema de calidad o seguridad
Tabla 50 Distribución del estado de salud según la confianza en que las enfermeras
hacían el trabajo de forma responsable
Tabla 51 Distribución del estado de salud según la confianza en que los dentistas hacían
el trabajo de forma responsable
Tabla 52 Distribución del estado de salud según la confianza en que los farmacéuticos
hacían el trabajo de forma responsable

1. Datos generales

1.1. Título

ESTUDIO DE CONFIANZA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Fundación Biblioteca Josep Laporte – "Programa de opinión pública en salud" de la Universidad de Harvard. Estudio CONFIANZA.

1.2. Métodos

El presente estudio pretende responder un conjunto de preguntas en relación al grado de confianza de los pacientes españoles hacia el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Para tal fin se realizó una encuesta a 3010 personas (*ver Anexo I*), la cual contenía un total de 25 preguntas referentes al SNS. Aparte de las preguntas del cuestionario, en la entrevista también se recogieron los siguientes parámetros demográficos: género, edad y características del municipio del encuestado. Se desconoce si existía un plan de muestreo concebido antes de la recogida de los datos. Tampoco se posee información exhaustiva del proceso de la recogida de la muestra, tabulación y validación de los datos, por lo que se consideró que el muestreo era aleatorio y se había realizado un procesamiento de los datos correcto.

En este estudio se indican las conclusiones más relevantes de la explotación estadística, consensuada entre la Fundació Biblioteca Josep Laporte (FBJL) y Recerca Clínica (RC). Al Informe Estadístico se adjuntan los listados de Anexos que completan este documento.

1.3. Objetivos

El estudio de la encuesta perseguía diferentes objetivos, estudiándose cada uno de ellos de forma independiente a los demás, por lo que se preparó documentación concreta de cada uno (presentaciones diferenciadas, *ver documentación adjunta a este documento*). Debido a la independencia de estos objetivos, el presente documento se estructura según los objetivos que se listan a continuación:

- a) Estudio de las preguntas relacionadas con el pago por prestación de servicios sanitarios y su posible asociación con otras preguntas del cuestionario.
- b) Estudio de las variables edad, autopercepción de la salud y minusvalía. Estudio de la asociación de estas variables con el resto de preguntas del cuestionario.
- c) Estudio de las posibles medidas que el Gobierno puede adoptar para la mejora de los servicios sanitarios y su asociación con las preguntas restantes del cuestionario.
- d) Estudio de la hipótesis de género, por la cual se supone que no existen diferentes visiones del sistema sanitario entre hombres y mujeres.
- e) Estudio general de las medidas de pago por servicios sanitarios, relacionándolas con diferentes aspectos sociodemográficos.
- f) Estudio general del grado de conocimiento de la organización y financiación del SNS.
- g) Estudio general de la autopercepción de la salud.
- h) Estudio general de los diferentes aspectos de la confianza.

1.4. Personas de contacto

Coordinación estadística

Investigador Principal

Josep Ramon Marsal

Dr. Albert Jovell

(marsal.jr@recercaclinica.com)

(direccio@fbjoseplaporte.org)

Recerca Clínica Fundació Biblioteca Josep Laporte

Tabla 1 Personas de contacto

1.5. Abreviaturas

AP Atención Primaria

FBJL Fundació Biblioteca Josep Laporte

OR Odds Ratio

RC Recerca Clínica, S.L.

SNS Sistema Nacional de Salud

SS Seguridad Social

2. Gestión de datos

2.1. Comentario general

El tratamiento de los datos y el análisis estadístico se realizaron íntegramente con el paquete estadístico SAS ver.9.1.

La documentación que RC recibió, fue la siguiente:

Base de datos

o Nombre del fichero: Fichero.dat.

o Origen: FBJL

o Observaciones: Fichero plano con 3010 líneas de registros

Formatos

o Nombre del fichero: Formato Fichero.xls

o Origen: FBJL

 Observaciones: Fichero con las etiquetas, formatos, descripciones y ubicación de cada una de las variables del cuestionario.

• Cuestionario

 Nombre del fichero: Cuestionario Estudio Confianza 20 octubre 2005_def.doc

o Origen: TNS Demoscopia

o Observaciones: Patrón de la encuesta utilizado en el proceso de entrevistas

2.2. Creación de variables

Tanto en el proceso de gestión de datos como en el proceso de análisis estadístico, se crearon formatos y etiquetas nuevas.

- Formatos: Ver anexo II

2.3. Ejecución de ficheros

Los programas estadísticos elaborados para el análisis estadístico, se realizaron mediante el paquete estadístico SAS ver. 9.1. RC guarda todos los programas ejecutados, así como las sucesivas versiones.

Según los procedimientos normalizados de trabajo, RC crea un programa principal que al ser ejecutado, invoca sucesivamente un conjunto de programas concretos para cada tipo de requerimiento. Tanto el programa principal como cualquier de los programas nodo, ejecutan MACROS (*procedimientos rutinarios*) propiedad de RC, que han estado validados.

3. Estudio de las preguntas relacionadas con el pago por prestación de servicios sanitarios y su posible asociación con otras preguntas del cuestionario.

3.1. Introducción

En este punto interesaba conocer las diferencias entre pacientes según las respuestas a la octava pregunta del cuestionario. Ésta, proponía un seguido de situaciones en las que se preguntaba a los pacientes si estarían dispuestos a pagar de forma directa o indirecta los servicios sanitarios recibidos. Como posibles respuestas, el encuestado podía responder que estaba de acuerdo, en desacuerdo, no lo sabía o no contestar.

Concretamente la pregunta era:

- Si el Gobierno no tuviera suficiente dinero para pagar todos los servicios de atención sanitaria necesarios en España. ¿Estaría usted de acuerdo o en desacuerdo con qué el Gobierno pidiera a las personas atendidas que pagaran ...?
 - a) 1€ por receta médica [P08_A]
 - b) 2€ por una visita al médico de atención primaria o de cabecera [P08 B]
 - c) 10€ por estancia hospitalaria [P08 C]
 - d) Aumentar los impuestos directos o del IRPF [P08 D]
 - e) Aumentar los impuestos del tabaco y el alcohol [P08 E]
 - f) Aumentar los impuestos de la electricidad y la gasolina [P08 F]

3.2. Objetivo

Conocer y cuantificar los diferentes patrones de respuestas según los diferentes grupos de encuestados y sus respuestas a las seis opciones de la octava pregunta. La

información recogida que interesaba asociar con las preguntas de prepago por servicios médicos, fue la siguiente:

- Sociodemográficos: Provincia, Región, Hábitat, Comunidad Autónoma, Sexo y Edad.

- Recogidos en el cuestionario:

- PREGUNTA 3: ¿cree usted que la cantidad de dinero empleada en atención sanitaria es excesiva, insuficiente o más o menos la adecuada?
 [P03]
 - Si la respuesta es INSUFICIENTE: ¿debería ese dinero proceder de un aumento de los impuestos o el Gobierno debe obtener ese dinero de otras áreas o partidas del presupuesto? [P03A]
- PREGUNTA 4: ¿Conoce usted como está organizado y financiado el SNS de España? [P04]
- PREGUNTA 5: Teniendo en cuenta el Hospital público al que iría como paciente, ¿quién cree usted que financiaría o pagaría la atención recibida en ese Hospital? [P05]
- PREGUNTA 6: Teniendo en cuenta el centro de salud o de atención primaria al que usted iría, ¿quién cree usted que financiaría o pagaría la atención recibida en ese centro? [P06]
- PREGUNTA 7: ¿Cree usted que los médicos de atención primaria encuentran limitaciones por parte del Gobierno o de los gestores de la sanidad para ofrecerles toda la asistencia que usted puede necesitar?
 [P07]
- o <u>PREGUNTA 9</u>: ¿Usted diría que su estado de salud es muy bueno, bueno, malo o muy malo? [P09]
- o <u>PREGUNTA 10:</u> ¿En la actualidad tiene alguna incapacidad, minusvalía o enfermedad crónica que le impida participar plenamente en el trabajo, la escuela, el trabajo doméstico o en otras actividades? [P10]
- PREGUNTA 11: En conjunto, ¿cuál es su grado de satisfacción con los servicios médicos y sanitarios que usted y su familia han utilizado el último año?[P11]
- o <u>PREGUNTA 14</u>: En general, ¿usted diría que **CONFIA** mucho, algo, poco o nada en su médico de cabecera o de atención primaria? [P14]

- o <u>PREGUNTA 17</u>: Si necesitase ver a un especialista ¿Cree que **tendría acceso** a alguno sin tener que estar en lista de espera mucho tiempo? [P17]
- o <u>PREGUNTA 18:</u> ¿Diría qué usted y los miembros de su hogar, tienen acceso a la tecnología sanitaria más moderna? [P18]
- o <u>PREGUNTA 19</u>: ¿Tiene usted contratado algún seguro sanitario privado o pertenece a alguna mutua de seguro sanitario? [P19]

3.3. Metodología

Se realizó una descripción de la situación basal de todas las variables que entraban en el análisis, mediante el cálculo de frecuencias, frecuencias acumuladas, medias, desviaciones típicas, número de efectivos y rango (mínimo y máximo).

Para comprobar el objetivo, se utilizó el contraste estadístico de Chi-cuadrado, con una significación del 95%. El resultado de esta prueba, muestra la homogeneidad en las respuestas a las preguntas anteriores entre el grupo de pacientes que estaba de acuerdo con las posibles medidas y el grupo de pacientes que no lo estaba.

No se tuvieron en cuenta en el análisis los pacientes que respondieron **no lo sabe** o **no contesta**.

Finalmente se plantearon modelos para explicar cuales eran los factores que discriminaban mejor entre los pacientes que estaban de acuerdo y entre los que no lo estaban.

3.4. Resultado

En la octava pregunta del cuestionario se planteaban diferentes formas de financiación del SNS a partir de fórmulas directas de pago y formas indirectas de pago de los servicios presentados:

- Medidas directas:
 - o Pagar 1€ por receta médica.
 - o Pagar 2€ por visita al médico.
 - o Pagar 10€ por hospitalización.
- Medidas indirectas:
 - o Aumentar los impuestos directos o el IRPF.
 - o Aumentar los impuestos del alcohol y el tabaco.
 - o Aumentar los impuestos de la electricidad y la gasolina.

A continuación se adjuntan las conclusiones que llegamos tras el estudio. Las tablas que recogen cada uno de los contrastes se pueden consultar en el documento de resultados (*Informe de Resultados I (Presentación 1) v01 24JAN06.pdf*).

Análisis descriptivo

El 46.41% estaba de acuerdo en pagar 1€ por receta médica (53.59% en desacuerdo), un 30.37% estaba de acuerdo en pagar 2€ por visita y el 23.75% estaba de acuerdo en pagar 10€ por la estancia hospitalaria. En cuanto a las medidas indirectas, el 23.99% estaba de acuerdo en aumentar los impuestos indirectos o del IRPF, el 76.25% los referentes al tabaco y el alcohol y tan sólo un 7.41% en subir los impuestos de la electricidad y la gasolina. *Ver pág. 1-12/249 del informe de resultados*.

Contrastes de independencia

Como resultado del contraste de Chi-cuadrado entre las diferentes opciones y las variables demográficas se observó que:

- Algunas preguntas se correlacionaban con las características geográficas del paciente, pero eran puntuales y no alcanzaban la significación estadística. *Ver pág.* 52-56, 72-76, 92-96, 112-116, 132-136, 152-156/249.
- En cuanto al género se observó que había mayor porcentaje de mujeres que estaban en desacuerdo en pagar por los servicios sanitarios que de hombres.
 Existía la misma proporción de hombres que de mujeres, entre los encuestados que estaban de acuerdo con la medida propuesta. En el grupo que estaba en

- desacuerdo con las medidas, las mujeres representaban alrededor del 55% (un 5% más de las que presentaba el grupo que estaba de acuerdo). *Ver pág. 57, 77, 97, 117, 137, 157/249*.
- La edad se relacionaba significativamente con el hecho de pagar por servicios médicos, excepto en el caso de los impuestos asociados a la electricidad y la gasolina. Tampoco existían patrones diferenciados en pagar 2€ por visita médica. Los pacientes de edades avanzadas, estaban de acuerdo en mayor proporción que los individuos jóvenes en pagar mediante medidas directas o indirectas. *Ver pág. 58, 78, 98, 118, 138, 158/249*.

En cuanto a las preguntas específicas del cuestionario, a continuación se listan las principales asociaciones (*todas ellas estadísticamente significativas*):

- En la tercera pregunta del cuestionario se preguntaba si el encuestado consideraba que el dinero utilizado en el SNS era suficiente o insuficiente. En el caso que se considerase insuficiente se les planteaban dos opciones a escoger: ampliar el dinero a expensas de otras áreas del Gobierno o subir los impuestos. Tras el análisis de esta muestra, se observó que la opción de recurrir a otras áreas era la más ampliamente escogida (el 82.12% de los encuestados la seleccionaron), por el grupo de pacientes que mostraban estar de acuerdo con las medidas planteadas. En cambio, en el grupo de pacientes que mostraba su desacuerdo en cuanto al pago de medidas directas o indirectas, indicaba en mayor proporción que el dinero se obtuviera por otras vías. *Ver pág. 60, 80, 100, 120, 160/249*.
- Los pacientes que registraron conocer poco o nada la organización y financiación del SNS estaban en desacuerdo con las medidas de pago propuestas en mayor frecuencia que los pacientes que indicaron tener un nivel de conocimiento alto. *Ver pág. 61, 81, 101, 121, 141, 161/249*.
- Los individuos que estaban de acuerdo en pagar por los servicios sanitarios recibidos, creían en mayor proporción que el grupo que no estaba de acuerdo con las medidas planteadas, que la financiación de la sanidad era asumida por la comunidad autónoma; en cambio el otro grupo creía con mayor frecuencia que se asumía por parte del Gobierno central o de la seguridad social. *Ver pág.* 62-63, 82-83, 102-103, 122-123, 142-143, 162-163/249.

- Entre los pacientes que mostraban su desacuerdo en pagar directamente por los servicios sanitarios opinaban, en mayor frecuencia, que los médicos tienen limitaciones por parte del Gobierno. Esto no sucedía en las preguntas referentes al incremento de impuestos, donde la opinión era parecida. Ver pág. 64, 84, 104, 124, 144, 164/249
- Los individuos que no estaban dispuestos a pagar 1€ por receta o 2€ por visita médica, mostraron una percepción de su propia salud inferior a la de los pacientes que sí estaban de acuerdo con las medidas propuestas. Ver pág. 65, 85, 105, 125, 145, 165/249.
- Entre los pacientes que mostraban su acuerdo en pagar por acciones concretas y los que estaban dispuestos a un aumento de los impuestos de la electricidad y la gasolina, existía una mayor satisfacción de los servicios recibidos que entre los pacientes que no apoyaban tales medidas. *Ver pág. 67, 87, 107, 127, 147, 167/249*.
- Los pacientes que aceptaban el pago por servicios médicos creían que los médicos tenían acceso a la tecnología más moderna. También tenían contratado un seguro privado de sanidad en mayor proporción que los que no estaban de acuerdo. *Ver pág. 71, 91, 111, 131, 151, 171/249*.

PARÁMETROS	8-A	8-B	8-C	8-D	8-E	8-F
PROVINCIA	N.S.	N.S.	N.S.	0,0307	N.S.	N.S.
REGION	N.S.	0,0020	N.S.	N.S.	0,0005	N.S.
HABITAT	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
CCAA	N.S.	0,0218	N.S.	0,0049	0,0052	N.S.
SEXO	0,0315	0,0388	0,0316	0,0000	N.S.	0,0000
EDAD	0,0280	N.S.	0,0111	0,0000	0,0000	N.S.
P03	0,0072	N.S.	N.S.	0,0044	N.S.	N.S.
P03 A	0,0017	0,0008	0,0079	0,0000	0,0029	0,0000
P04	N.S.	0,0268	0,0086	0,0000	0,0225	0,0023
P05	0,0001	0,0011	0,0009	0,0002	N.S.	N.S.
P06	0,0002	0,0008	0,0088	N.S.	N.S.	N.S.
P07	0,0053	N.S.	0,0037	N.S.	N.S.	N.S.
P09	0,0217	0,0005	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
P10	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	0,0098	N.S.
P11	0,0000	0,0015	0,0001	N.S.	N.S.	0,0088
P14	0,0109	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
P17	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
P18	0,0001	0,0003	0,0000	0,0083	N.S.	0,0013
P19	0,0000	0,0000	0,0000	N.S.	N.S.	N.S.

N.S.: Resultado No Significativo (p-valor > 0.005)

Tabla 2 Resultado de los contrastes estadísticos. Prueba de Chi-cuadrado.

Modelos de regresión.

Para estudiar la dependencia de las preguntas relacionadas se ajustó un modelo de regresión binaria utilizando la función *logit* como función link (regresión logística habitual). Se ajustó un modelo para cada una de las medidas propuestas en la pregunta 8 del cuestionario.

El poder de predicción de los modelos finales era escaso, así como la proporción de variabilidad explicada. El mejor modelo encontrado fue el modelo referente a los impuestos indirectos o IRPF, que explicó el 12.73% de la variabilidad y consiguió clasificar correctamente las respuestas del 69.3% de los encuestados. No obstante, se pudo identificar satisfactoriamente los factores más relevantes de cada uno de los modelos.

MODELO: 1€ POR RECETA MÉDICA

Los factores que influían significativamente en el hecho de estar de acuerdo o en desacuerdo en el pago de 1€ por receta médica eran la edad, el organismo que creía el encuestado que pagaba actualmente la asistencia sanitaria, el estado de salud autopercibido y el hecho de tener un seguro sanitario privado.

Análisis del estimador de máxima verosimilitud									
Analisis dei estimador de maxima verosimilitud									
	Error Chi-cuadrado								
Parámetro	DF	Estimador	estándar	de Wald	Pr > ChiSq				
Intercept	1	0.2679	0.2233	1.4397	0.2302				
EDAD_F	1	0.1279	0.0329	15.1093	0.0001				
P06	1	0.1317	0.0409	10.3829	0.0013				
P09	1	-0.2207	0.0702	9.8819	0.0017				
P19	1	-0.3572	0.0879	16.5228	<.0001				

Nota: La no significación del coeficiente independiente, indica que el riesgo base de estar de acuerdo con la medida es del 50%

Tabla 3 Resultado de la regresión logística (1€ por receta médica)

Los parámetros referentes a la edad y al organismo que consideraban que pagaba los servicios sanitarios obtenían un coeficiente positivo, por lo tanto su interpretación era que a mayor categoría de la variable, mayor era la probabilidad del suceso (Odds Ratio significativamente mayor a 1). En este caso, el suceso de interés es la probabilidad de **estar de acuerdo** con pagar 1€ por una receta médica. Por lo tanto, teniendo en cuenta el cuadro que se adjunta a continuación, donde se pueden consultar las categorías de cada uno de los factores, se observó que a mayor edad, mayor era la probabilidad de que el encuestado estuviera de acuerdo con la medida. Por otro lado, como mayor era la categoría del organismo, mayor era la probabilidad de estar de acuerdo. Por el contrario, cuanto peor consideraba su salud el paciente, menor probabilidad de estar de acuerdo. Lo mismo sucedía para los pacientes que no tenían contratado ningún seguro privado de salud.

Los otros factores que en los contrastes de Chi-cuadrado tenían significación también fueron tenidos en cuenta en la construcción del modelo, pero su asociación ya venía explicada por los factores que entraron definitivamente en el modelo, de lo que se deduce que existía una fuerte asociación entre los factores explicativos del modelo. *Ver pág. 172-188/249*.

EDAD OR [1.136]		QUE FINANCIA		AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD OR [0.802]		SEGURO PRIVADO OR [0.700]	
Cat.	Label	Cat.	Label	Cat.	Label	Cat.	Label
1	[18 – 24]	1	Seguridad Social	1	Muy Bueno	1	Sí
2	[25 – 34]	2	Gobierno Central	2	Bueno	2	No
3	[35 – 49]	3	Comunidad Auto.	3	Malo		1
4	[50 – 64]			4	Muy Malo		
5	[65 y >]				I	<u>I</u>	

Tabla 4 Categorías de los parámetros del modelo: 1€ por receta médica

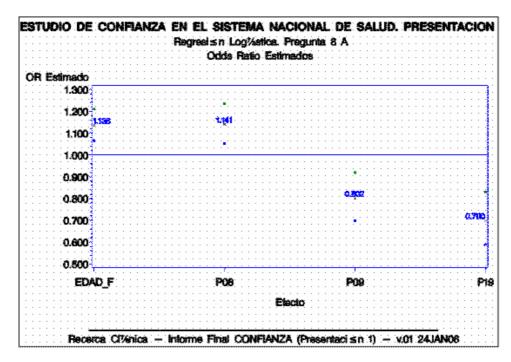


Gráfico 1 Estimación de los Odds Ratio del modelo: 1€ por receta médica

MODELO: 2€ POR VISITA MÉDICA

El análisis de los parámetros, indicó que:

- Cuanta menor población tuvieran los municipios donde vivían los encuestados, mayor era la probabilidad de aceptar la propuesta. Estimación del OR: 0.940.
- Entre los pacientes que indicaron que los recursos económicos eran insuficientes, tenían la opción de registrar si una buena medida era aumentar los impuestos u obtener dinero de otras áreas. En este caso, como era de esperar, los pacientes que indicaron *obtenerlo de otras áreas* tenían una probabilidad superior de indicar su desacuerdo en pagar 2€ por visita. Estimación del OR: 0.657.
- A mayor desconocimiento de la organización y la financiación del SNS, menor era la probabilidad de que el paciente estuviera de acuerdo con la medida. Estimación del OR: 0.840.
- A peor percepción de la propia salud, menor era la probabilidad de que estuviera de acuerdo con la medida. Estimación del OR: 0.734. Este fenómeno ya fue descrito en el análisis del anterior punto.
- Los pacientes sin un seguro privado de salud tenían una probabilidad inferior de estar de acuerdo en pagar 2€ por visita.

Los otros factores que en los contrastes de Chi-cuadrado tenían significación también fueron tenidos en cuenta en la construcción del modelo, pero su asociación ya venía explicada por los factores que entraron definitivamente en el modelo. *Ver pág. 188-203/249*.

Análisis del estimador de máxima verosimilitud								
Parámetro	DF	Estimador	Error estándar	Chi-cuadrado de Wald	Pr > ChiSq			
Intercept	1	2.5270	0.4793	27.7917	<.0001			
HABITAT	1	-0.0620	0.0217	8.2011	0.0042			
P03_A	1	-0.4202	0.1531	7.5314	0.0061			
P04	1	-0.1747	0.0771	5.1272	0.0236			
P09	1	-0.3089	0.0982	9.8985	0.0017			
P19	1	-0.5693	0.1200	22.5038	<.0001			

Tabla 5 Resultado de la regresión logística (2€ por visita médica)

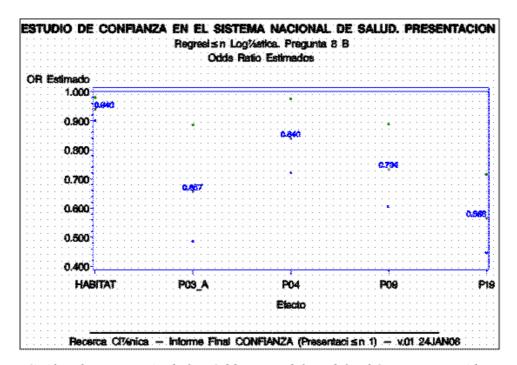


Gráfico 2 Estimación de los Odds Ratio del modelo: 2€ por visita médica

MODELO: 10€ POR HOSPITALIZACIÓN

Los factores que entraron en el modelo y su interpretación son los siguientes:

- Se estimó un coeficiente positivo para la edad, lo que implicó que a mayor edad, mayor era la probabilidad de que el paciente estuviera de acuerdo con la medida planteada. Estimación del OR: 1.113.

- Por el contrario, el coeficiente estimado para la respuesta de la cuarta pregunta (nivel de conocimiento de la organización y la financiación del SNS) fue negativo. Por lo tanto a mayor categoría de la variable (a mayor desconocimiento) menor era la probabilidad de que el encuestado estuviera de acuerdo con la medida propuesta. Estimación del OR: 0.849.
- El resultado de la séptima pregunta (limitaciones por parte del Gobierno en el trabajo del médico) también fue un factor asociado al acuerdo/desacuerdo de la medida planteada. La interpretación del coeficiente indicaba que los pacientes que no creían que hubiera limitaciones estaban de acuerdo en mayor frecuencia que los que no lo creían. Estimación del OR: 1.312.
- Los pacientes que indicaron no creer tener acceso a la tecnología más moderna, tendían a clasificarse en el grupo de pacientes que no aceptaban la medida de 10€ por hospitalización. Estimación del OR: 0.732.
- En este modelo también entró el factor de tener un seguro privado. La interpretación del coeficiente fue el mismo que para otras regresiones (los pacientes sin seguro médico privado se clasificaban en el grupo de los pacientes que no estaba de acuerdo con la propuesta). Estimación del OR: 0.595.

Ver pág. 203-217/249.

Análisis del estimador de máxima verosimilitud									
Parámetro	DF	Chi-cuadrado de Wald	Pr > ChiSq						
Intercept	1	-0.0195	0.3518	0.0031	0.9558				
EDAD_F	1	0.1073	0.0409	6.8761	0.0087				
P04	1	-0.1634	0.0670	5.9460	0.0148				
P07	1	0.2716	0.1025	7.0205	0.0081				
P18	1	-0.3117	0.1062	8.6185	0.0033				
P19	1	-0.5199	0.1054	24.3308	<.0001				

Tabla 6 Resultado de la regresión logística (10€ por hospitalización)

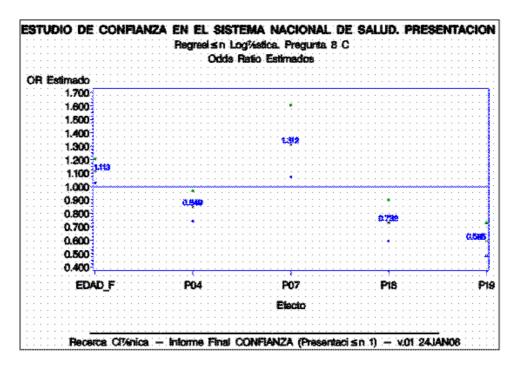


Gráfico 3 Estimación de los Odds Ratio del modelo: 10€ por hospitalización

MODELO: AUMENTAR LOS IMPUESTOS INDIRECTOS E IRPF

El modelo estuvo compuesto por los factores de riesgo: edad, conocimiento de la organización y financiación del SNS y las diferentes vías de financiación (*aumento de impuestos/otras vías*) que ya se han comentado en los modelos anteriores.

Aunque el género en otros modelos no resultaba un factor significativo, en este modelo sí se detectó su asociación. Como se comentó en los cruces univariantes (*Chicuadrado*), las mujeres tenían una probabilidad inferior a la de los hombres de estar conforme con el aumento de los impuestos indirectos y del IRPF. *Ver pág. 218-228/279*.

Análisis del estimador de máxima verosimilitud								
Error Chi-cuadrado Parámetro DF Estimador estándar de Wald Pr > ChiS								
Intercept	1	4.6184	0.4679	97.4402	<.0001			
SEXO	1	-0.6128	0.1273	23.1747	<.0001			
EDAD_F	1	-0.1492	0.0535	7.7691	0.0053			
P03_A	1	-1.9669	0.1643	143.3840	<.0001			
P04	1	-0.2385	0.0869	7.5310	0.0061			

Tabla 7 Resultado de la regresión logística (aumento de los impuestos indirectos o del IRPF).

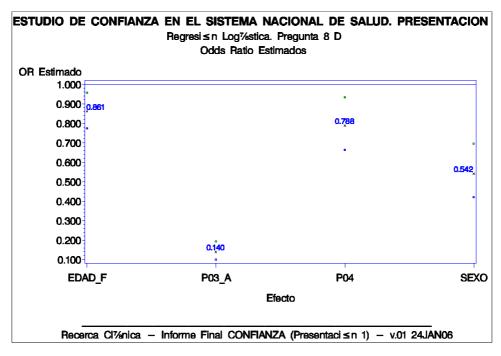


Gráfico 4 Estimación de los Odds Ratio del modelo: aumento de los impuestos indirectos o del IRPF

MODELO: AUMENTAR LOS IMPUESTOS DEL ALCOHOL Y EL TABACO

En este modelo fueron significativos los siguientes factores:

- Como en los otros modelos, los encuestados de edades avanzadas, tenían mayor probabilidad de clasificarse dentro del grupo de los que estaban de acuerdo. Estimación del OR: 1.191.
- Entre los que creían que no era suficiente el dinero dedicado a la sanidad, se les preguntaba si el dinero faltante tenía que recaudarse a partir de impuestos o a partir de otras partidas del Gobierno. Entre los pacientes que opinaban que aumentar los impuestos era una buena solución, era más probable que posteriormente respondieran que estaban de acuerdo en subir los impuestos del alcohol y el tabaco. Estimación del OR: 0.565.
- El grado de satisfacción con los servicios médicos recibidos el último año también fue un factor incluido en el modelo. Concretamente, se observó que a mayor grado de insatisfacción, menor era la probabilidad de estar de acuerdo con el aumento de los impuestos del alcohol y el tabaco. Estimación del OR: 0.840.

- También entró en el modelo la confianza que el encuestado tenía respecto al médico de cabecera. La interpretación del coeficiente indicó que a mayor desconfianza, mayor era la probabilidad de que el paciente estuviera conforme en pagar más por el alcohol y el tabaco. Estimación del OR: 1.222.

Ver pág. 229-241/249.

Análisis del estimador de máxima verosimilitud								
Parámetro	DF	Estimador	Error estándar	Chi-cuadrado de Wald	Pr > ChiSq			
Intercept	1	4.6184	0.4679	97.4402	<.0001			
SEXO	1	-0.6128	0.1273	23.1747	<.0001			
EDAD_F	1	-0.1492	0.0535	7.7691	0.0053			
P03_A	1	-1.9669	0.1643	143.3840	<.0001			
P04	1	-0.2385	0.0869	7.5310	0.0061			

Tabla 8 Resultado de la regresión logística (aumento de los impuestos del alcohol y el tabaco).

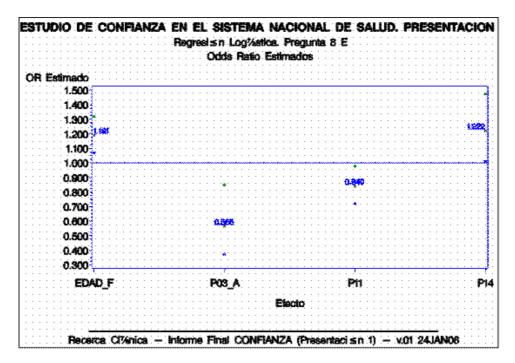


Gráfico 5 Estimación de los Odds Ratio del modelo: aumento de los impuestos del alcohol y el tabaco

MODELO: AUMENTAR LOS IMPUESTOS DE LA ELECTRICIDAD Y LA GASOLINA

En este último modelo entraron los siguientes factores:

- El sexo de los pacientes era determinante para conocer la probabilidad de clasificarse en un grupo o en otro. Así se observó que las mujeres tendían a clasificarse en el grupo de los pacientes que no estaban conformes con el aumento de los impuestos. Estimación del OR: 0.528.
- En el caso de la pregunta 3A sucedía lo mismo que en otros modelos. Los que indicaron que el dinero invertido en la financiación del SNS era insuficiente y se tenía que conseguir aumentando los impuestos, tenían una probabilidad superior a clasificarse en el grupo de los que estaban de acuerdo con el aumento de los impuestos. Estimación del OR: 0.280.
- Los pacientes que consideraron que el médico de cabecera no tenía limitaciones por parte del Gobierno presentaron mayor probabilidad de clasificarse en el grupo de pacientes que estaban de acuerdo con la medida. Estimación del OR: 1.735.

Ver pág. 242-249/249.

Análisis del estimador de máxima verosimilitud								
Parámetro	DF	Estimador	Error estándar	Chi-cuadrado de Wald	Pr > ChiSq			
Intercept	1	-0.0744	0.5662	0.0173	0.8954			
SEXO	1	-0.6392	0.2173	8.6537	0.0033			
P03_A	1	-1.2721	0.2253	31.8862	<.0001			
P07	1	0.5512	0.2128	6.7077	0.0096			

Tabla 9 Resultado de la regresión logística (aumento de los impuestos de la electricidad y la gasolina).

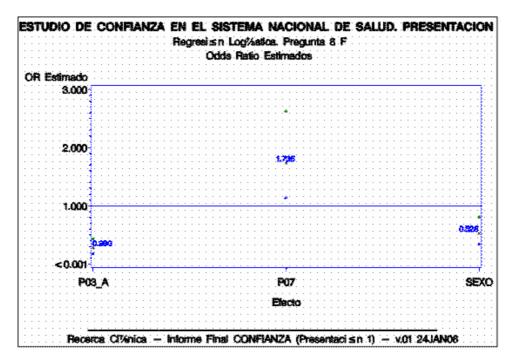


Gráfico 6 Estimación de los Odds Ratio del modelo: aumento de los impuestos del alcohol y el tabaco

TODA LA INFORMACIÓN SE COMPLEMENTA CON EL INFORME DE RESULTADOS Y LA PRIMERA PRESENTACIÓN.

Conclusiones.

Gran proporción de encuestados no estaba de acuerdo en pagar por los servicios médicos (50 – 70%, *según la medida indicada*), excepto en el caso que se tratara de aumentar los impuestos del alcohol y el tabaco, donde un 76.25% estaba de acuerdo.

Entre los individuos que no estaban de acuerdo en pagar por los servicios médicos, había una mayor proporción de mujeres y pacientes de edades avanzadas que presentaban menor grado de información. Entre los pacientes que indicaron tener una salud mala o muy mala existía una visión contraria a pagar 1€ por receta o 2€ por visita médica. Entre los pacientes de este colectivo también existía un grado de insatisfacción superior hacia los servicios recibidos el último año. Los pacientes contrarios a estas medidas tenían contratado en menor frecuencia los servicios privados de alguna mutua.

Como conclusión final, al observar los resultados de las regresiones logísticas, se observó que los factores edad, género, contratación de mutuas y la opción de que el

estado debería solucionar los problemas de dinero por otras vías. Otros factores puntuales, que caracterizaban algunas medidas, eran el nivel de información del SNS, la relación de confianza con el médico.

4. Estudio de las variables edad, autopercepción de la salud y minusvalía. Estudio de la asociación de estas variables con las preguntas restantes del cuestionario.

4.1. Introducción

En este punto del estudio se pretendió estudiar los diferentes patrones de respuesta según algunos perfiles de interés del paciente.

Los perfiles utilizados fueron los tres siguientes:

- a) **Edad**. Interesaba conocer las posibles diferencias entre las respuestas de los pacientes con edades superiores e inferiores a los 65 años.
- b) Minusvalía. Se contrastaron las respuestas indicadas por pacientes minusválidos y por pacientes sin minusvalía. Los pacientes con una enfermedad crónica se consideraron en el grupo de pacientes minusválidos.
- c) Salud autopercibida. Se clasificó la muestra en dos categorías, los pacientes que indicaban una salud buena o muy buena y los pacientes que indicaron una salud mala o muy mala.

4.2. Objetivo

El objetivo, igual que en el apartado anterior (nº 3), era identificar los diferentes patrones de respuestas según el grupo de interés. Concretamente se debía estudiar si se contestaba de forma independiente según la edad, según grado de salud o según la minusvalía o enfermedad crónica.

4.3. Metodología

Para cada uno de los perfiles anteriores, se contrastó la respuesta de forma individual con todas las otras variables recogidas. Se utilizó el contraste de Chi-cuadrado, con una significación del 95%.

No se tuvieron en cuenta en los análisis los pacientes que respondieron **no lo sabe** o **no** contesta.

4.4. Resultados

Los resultados que se listan a continuación se completan con el Informe de Resultados II (Presentación 2) v01 03FEB06.pdf. En este informe se hace hincapié en los resultados de las pruebas estadísticas que indicaron independencia de respuesta entre grupos. Los contrastes que concluyeron no independencia de respuestas entre grupos también proporcionaban información.

ESTUDIO DE LA EDAD

El 19.57% de los encuestados tenían una edad igual o superior a los 65 años. En cuanto a los resultados de los contrastes de independencia, a continuación se adjunta un listado con los resultados más relevantes. Esta información se completa con los mencionados listados de resultados que se adjuntan.

- Había una mayor proporción de mujeres de 65 años o mayores, que mujeres de edad inferior. Concretamente un 51.67% de mujeres cuya edad no alcanzaba los 65 años y un 59.59% que tenía una edad superior. *Ver pág. 192/484*.
- Los pacientes de edades más avanzadas identificaban problemas al SNS diferentes a los que identificaban los pacientes cuya edad era de 64 años o inferior. Mientras que el 13.71% de los jóvenes creía que las listas para acceder a una operación eran largas, el porcentaje aumentaba hasta el 18.35% cuando se preguntaba a pacientes de edades más avanzadas. Mientras el 3.07% de los

pacientes jóvenes creían que el tiempo de espera en urgencias era un problema, sólo el 1.03% de los pacientes mayores lo registraban. El 27.65% de los pacientes de menos de 65 años, creían que una solución sería poner más médicos, este porcentaje aumentó hasta el 33.15% en el caso de los que tenían más de 65 años. *Ver pág. 201/484*.

- El grupo de pacientes de edad avanzada, declaraban en mayor frecuencia que no conocían la organización del SNS. *Ver pág. 210/484*.
- Los jóvenes indicaban en un 67.95% de los casos que los médicos recibían limitaciones por parte del Gobierno, este porcentaje descendía hasta el 61.54% cuando se trataba de pacientes con una edad superior a los 65 años. *Ver pág.* 213/484.
- La muestra de pacientes con edad más avanzada estaba de acuerdo en pagar 1€ por receta en mayor proporción que los jóvenes, pero en menor proporción en cuanto a estar de acuerdo en aumentar los impuestos indirectos o del IRPF. Ver pág. 214-219/484.
- El grupo de pacientes de edad avanzada indicaba una percepción de la salud inferior a la de los pacientes jóvenes. El 16.41% indicaba una salud mala, mientras que en los pacientes jóvenes el porcentaje descendía hasta el 6.26%. *Ver pág.* 220/484.
- El 22.32% de los pacientes con una edad igual o superior a los 65 años indicaba tener una minusvalía. En el grupo de jóvenes encuestados sólo un 10.92% lo indicaron. *Ver pág. 221/484*.
- Los pacientes de edades avanzadas estaban satisfechos en mayor proporción que los pacientes jóvenes respecto a los servicios sanitarios recibidos por ellos mismos o su familia en el último año. Ver pág. 222/484.
- Los pacientes de edades no superiores a los 64 años, se mostraron menos preocupados por no poder pagar los servicios sanitarios, por no disponer de residencias para sus padres, abuelos y por el tiempo de espera hasta una visita en el caso de necesitarla en carácter de urgencia. *Ver pág.* 223-225/484.
- También mostraron un nivel de confianza superior en todas las preguntas que se realizaron (*preguntas 13 y 14*).
- El nombre del médico de cabecera era conocido por un 88.27% de los pacientes de edades avanzadas, mientras que los jóvenes lo sabían en un 78.20%. *Ver pág.* 238/484.

- Los pacientes de edades avanzadas consideraban muy importante el hecho que los Hospitales estén cerca del lugar de residencia. También consideraban muy importante (más que los jóvenes, aunque estos también lo consideran) la relación de confianza entre el paciente y el médico. *Ver pág. 243, 246/484*.
- Los pacientes de edades avanzadas, Se muestran más confiados en que tendrán acceso al especialista o a la tecnología más moderna. *Ver pág. 247-248/484*.
- El 20.58% de los pacientes de edades más avanzadas tiene contratado algún seguro privado, siendo la proporción de pacientes jóvenes los que lo tenían contratado en mayor proporción (28.61%). *Ver pág.* 249/484.
- Los jóvenes indican en mayor proporción, que tanto el Gobierno como los Hospitales públicos, compañías farmacéuticas, medios de comunicación, centros de salud y compañías de teléfono realizan bien sus actividades. En cambio creen con mayor frecuencia que las compañías de aviación no lo hacen bien. En la misma línea creen que si los Hospitales públicos o las compañías farmacéuticas o los medios de comunicación o los centros de salud o las compañías de teléfonos tienen algún problema lo solucionaran satisfactoriamente. *Ver pág.* 251-270/484.
- Cuando se les preguntó si las diferentes organizaciones hacían de forma responsable su trabajo, respondiendo a las necesidades del producto: los pacientes de edad avanzada respondieron de forma afirmativa en mayor proporción que los pacientes jóvenes. *Ver pág. 271-279/484*.
- Los pacientes de edades avanzadas creían en mayor proporción que los pacientes del otro grupo que los políticos, médicos de atención primaria, los médicos de Hospitales, los abogados, los economistas, los profesores de educación básica y los de universidad intentaban hacer algún bien a la sociedad. *Ver pág. 280-288/484*.
- Y estaban menos informados en cuanto a los derechos del paciente y la carta que los describe. *Ver pág. 289-290/484*.

ESTUDIO DE LA MINUSVALÍA

Se calculó que el 13.14% de los encuestados registraba una minusvalía o enfermedad crónica. En cuanto a los resultados de los contrastes de independencia, a continuación se

adjunta un listado con los resultados más relevantes, esta debe completarse con los listados de resultados que se adjuntan.

- Como se comentó en el apartado anterior, la minusvalía se asociaba a edades avanzadas. *Ver pág. 297/484*.
- El grupo de pacientes con alguna minusvalía respondía diferente a la pregunta sobre 'quien cree que financia a los Hospitales'. Lo mismo sucedió a la pregunta sobre 'quien cree que financia los centros de salud'. De detectó que clasificaban de forma diferente los diferentes organismos. Ver pág. 309-310/484.
- Los pacientes con minusvalías estaban conformes en pagar 1€ por receta y en aumentar los impuestos del alcohol y el tabaco en mayor frecuencia que los pacientes que no indicaban ninguna minusvalía. *Ver pág. 312-317/484*.
- Como era de espera estos pacientes indicaban en mayor frecuencia que su estado de salud era inferior al de los pacientes que no indicaban minusvalía. Ver pág. 318/484.
- Al igual que los pacientes con edades avanzadas (que en gran parte también eran los que indicaban una minusvalía) estos pacientes tenían un grado de satisfacción superior en cuanto a los servicios médicos y sanitarios recibidos durante el último año. *Ver pág. 319/484*.
- A este grupo de encuestados les preocupaba no poder pagar los servicios sanitarios. Un 76.02% declaraba que estaba 'muy preocupado', mientras que entre los pacientes que no declararon minusvalía el porcentaje era del 67.92%. Ver pág. 320/484.
- Este grupo de pacientes mostró una confianza superior al otro grupo en cuanto a la confianza hacia el médico de cabecera o de atención primaria. Concretamente se contrastó que este grupo consideraban que el médico haría todo lo posible para que los pacientes recibieran la mejor asistencia, informarían de todas las pruebas diagnósticos, enviarían al especialista en caso de necesitarlo, realizarían todas las pruebas diagnósticas sin plantearse el coste de las mismas, ofrecerían la mejor atención sanitaria, tendrían la mejor preparación y conocimientos, tendrían tiempo para escuchar al paciente y para responderle a las preguntas que se les realizaran. En cambio en la siguiente pregunta se cuestionó si en términos

- generales confiaban en su médico de cabecera y no se identificaron respuestas estadísticamente diferentes entre los grupos. *Ver pág. 323-334/484*.
- Los pacientes con algún grado de minusvalía conocían en un 90.89% de los casos el nombre del médico de cabecera, en el caso contrarío el 78.50% lo conocía (1.16 veces más). *Ver pág. 335/484*.
- El 83.29% de los minusválidos opinaban que era muy importante la proximidad de los Hospitales a sus respectivos domicilios, en cambio el porcentaje descendió al 75.43% de los casos cuando se trataba de pacientes no minusválidos. En cambio creían que era menos importante, comparándolo con el otro grupo, el tiempo de espera entre la solicitud de la visita y la propia visita, aunque le daban más importancia al tiempo de la visita y la relación de confianza con el facultativo. *Ver pág. 339-341/484*.
- Existía mayor proporción de pacientes con un seguro privado entre los pacientes no minusválidos que entre el grupo de pacientes con alguna minusvalía (28.58% vs. 16.96%). *Ver pág. 346/484*.
- Este grupo consideraba en mayor frecuencia que en su ciudad habían muy pocos médicos. *Ver pág. 347/484*.
- Este grupo, igual que los de edad avanzada, creían que los farmacéuticos y las compañías farmacéuticas estaban haciendo su trabajo de forma responsable, respondiendo a las necesidades del paciente en mayor frecuencia que el otro grupo. En cambio eran más críticos ante el Gobierno español y las mutuas. Ver pág. 368-376/484.
- Hay mayor proporción de pacientes en este colectivo que consideraba que los abogados y economistas no intentan hacer ningún bien a la sociedad, a diferencia de los no minusválidos. *Ver pág.377-385/484*.
- El grupo de interés conocía en mayor frecuencia la carta de derechos del pacientes (25.90% vs. 19.83%). *Ver pág. 387/484*.

ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Se calculó que el 9.53% de los encuestados registraba una salud autopercibida como mala o muy mala. En cuanto a los resultados de los contrastes de independencia, a continuación se adjunta un listado con los resultados más relevantes, esta debe completarse con los listados de resultados que se adjuntan.

- Las mujeres indicaban en mayor proporción que los hombres un estado de salud malo o muy malo. Se calculó que entre el grupo de pacientes con una percepción de la salud positiva existía un 52.25% de mujeres, mientras que en el otro grupo existía un 63.86% de mujeres. *Ver pág. 393/484*.
- Este grupo estaba constituido por pacientes de edad más avanzada que el grupo de pacientes con una percepción positiva de la salud. Indicar que también se había observado dependencia entre la edad y la minusvalía. *Ver pág. 394/484*.
- Identificaban problemas diferentes. Por ejemplo el 31.71% de los que consideraban que su salud era buena o muy buena indicaban que las listas de espera eran un problema importante, en cambio esta opción había sido seleccionada por el 21.56% de los pacientes con una salud mala o muy mala. Sin embargo los pacientes con un estado de salud bueno indicaban en un 15.63% que las listas de espera para el especialista eran un problema y el otro grupo lo indicaba en un 22.48%. También proponían soluciones diferentes. *Ver pág.* 396/484.
- En cuanto a la organización y financiamiento del SNS, la cohorte de interés registró conocerlo menos que el grupo de pacientes con una salud buena o muy buena. En cuanto a la información, también registraron respuestas diferentes cuando se les preguntó por el organismo que creían ellos que pagaba los servicios médicos de los Hospitales públicos o centros de salud o atención primaria. Ver pág. 405-406/484.
- Los pacientes de este grupo registraron su desacuerdo a pagar por los servicios sanitarios mediante medidas directas en mayor proporción que el grupo con una salud buena o muy buena. Por el contrario, estaban de acuerdo, en mayor proporción, en aumentar los impuestos de la electricidad y la gasolina, comparándolo con el porcentaje del otro grupo. *Ver pág. 409-414/484*.
- Como era de esperar, los pacientes con una salud mala o muy mala indicaron tener algún tipo de minusvalía o enfermedad crónica. Más de la mitad de los pacientes que indicaron tener una salud mala o muy mala también indicaban tener una minusvalía o enfermedad crónica (53.00%). En cambio en el grupo de los pacientes con una salud buena o muy buena, sólo el 8.84% de los pacientes indicaron tener una minusvalía. *Ver pág. 415/484*.

- El grado de insatisfacción por los servicios recibidos el último año era superior en el grupo de interés. Concretamente cada 2.73 pacientes con una salud mala o muy mala por cada paciente con una salud buena o muy buena indicaron estar muy insatisfechos con la atención recibida (14.39% vs. 5.27%). Ver pág. 416/484.
- A este grupo de pacientes les preocupa más que al otro grupo el hecho de no poder pagar los servicios sanitarios o el tiempo de espera para una visita a un especialista en el caso de necesitarlo con carácter urgente. *Ver pág. 417-419/484*.
- Este subgrupo de pacientes no confían en absoluto en que el médico de cabecera les informará de todas la pruebas diagnósticas y tratamientos disponibles (7.83% vs. 3.18%), que les derivará a la consulta del especialista en caso de necesitarla (5.69% vs. 2.90%), que les recetará los diagnósticos o tratamientos que precise sin tener en cuenta el coste de los mismos (7.66% vs. 4.07%) y que les ofrecerá la mejor atención sanitaria posible (4.93% vs.2.14%). Tampoco confían en absoluto (comparándolo con el grupo de pacientes con una salud buena o muy buena) en que el médico de cabecera tenga la mejor formación y conocimientos (3.28% vs. 1.77%). Ver pág. 420-430/484.
- El 90.53% de los pacientes con una salud mala o muy mala conocía el nombre del médico de cabecera. Este porcentaje descendió de forma significativa cuando se pregunta al otro grupo (79.04%). *Ver pág. 432/484*.
- El grupo de interés consideraba en mayor proporción que no es en absoluto importante que los servicios y equipamientos estén avanzados tecnológicamente (3.21% vs.1.49%). Ver pág. 434/484.
- Este grupo era más incrédulo en cuanto a la accesibilidad de un especialista sin tener que pasar antes por una lista de espera (75.09% vs. 68.57%). Ver pág. 441/484.
- Tal como se ha detectado en los pacientes de edades avanzadas y los pacientes con alguna minusvalía, el grupo de pacientes con una salud mala o muy mala tiene contratado en menor frecuencia un seguro privado de salud (16.20% vs. 28.25%). También consideraba que había pocos médicos en su municipio. Ver pág. 443/484.
- Este subgrupo consideraba que tanto el Gobierno como los Hospitales públicos y los centros de salud o de atención sanitaria no estaban haciendo bien su trabajo.

Por el contrario creían que las compañías farmacéuticas hacen su trabajo correctamente. También creían en mayor frecuencia que si un Hospital público tiene un problema, sería incapaz de solucionarlo. *Ver pág. 445-464/484*.

- A la pregunta de si creían que los diferentes colectivos hacían de forma responsable su trabajo respondiendo a las necesidades clínicas, se presentaron respuestas significativamente diferentes. El grupo de pacientes con una salud mala o muy mala consideró negativamente el colectivo de médicos de atención primaria o de cabecera, a los dentistas, los médicos de Hospitales públicos, a las mutuas, al Gobierno de la comunidad autónoma y al central. Por el contrario, tuvo una valoración positiva para las enfermeras, farmacéuticos y compañías farmacéuticas. *Ver pág. 465-473/484*.
- En las últimas preguntas de la encuesta, se observó que este grupo consideraba que los políticos, médicos de Hospitales, abogados, economistas y científicos no procuraban hacer ningún bien a la sociedad. *Ver pág.* 474-482/484.

TODA LA INFORMACIÓN SE COMPLEMENTA CON EL INFORME DE RESULTADOS Y LA SEGUNDA PRESENTACIÓN.

4.5. Conclusiones

Tanto los pacientes de edades elevadas (65 años y más), como los pacientes que indicaron alguna minusvalía o enfermedad crónica, como los pacientes con una percepción de la salud mala o muy mala tenían respuestas parecidas. No debemos obviar el hecho que gran proporción de individuos pertenecen a varios grupos, puesto que la edad avanzada se asocia de forma importante con las minusvalías o enfermedades crónicas y con una percepción de la salud mala o muy mala.

Se observó que los tres grupos se caracterizaban por tener mayor proporción de mujeres, no conocer la organización y la financiación del SNS, tener un grado de satisfacción elevado, mostrar una confianza elevada con los diferentes organismos del SNS, dar una importancia elevada a que los centros estuvieran cerca del domicilio y conocer el nombre del médico de cabecera. Tenían una opinión positiva de los farmacéuticos, compañías farmacéuticas, abogados y economistas, en cambio tenían una visión negativa hacia el Gobierno y las mutuas. Se observó que en el grupo de pacientes con una salud mala o muy mala había un mayor porcentaje con una visión especialmente negativa hacia los médicos de Hospitales y de atención primaria.

5. Estudio de las medidas que el Gobierno puede adoptar para la mejora de los servicios sanitarios y su asociación de estas con las preguntas restantes del cuestionario.

5.1. Objetivo

En este estudio se pretendió estimar la **dependencia** entre la respuesta a la pregunta "¿Cual es la medida más importante que el Gobierno puede adoptar para mejorar la atención sanitaria en España?" y la batería de preguntas del cuestionario.

5.2. Metodología

Las técnicas estadísticas utilizadas para el estudio de los objetivos son las siguientes:

- Cada uno de los pacientes tenía la opción de registrar más de una medida. Se consensuó con la FBJL que sólo se utilizaría la primera de las respuestas, considerando que esta era la más importante y por lo tanto que se obviarían las otras respuestas.
- Se creó una variable indicadora para cada una de las diferentes respuestas.
- Se utilizó el contraste de hipótesis de Chi-cuadrado, fijando una significación del 95% y la hipótesis nula como la homogeneidad de respuestas (independencia de respuestas según el grupo de interés).

5.3. Resultados

Los resultados que se exponen a continuación se amplían consultando el Informe de Resultados III (Presentación 3) v01 14FEB06.pdf.

Como se observa en el gráfico que se adjunta a continuación, la medida más demandada fue la de poner más médicos, registrada en un 28.62% de los casos. Otras opciones marcadas con una frecuencia elevada fueron invertir más dinero (16.39%), aumentar el personal (14.53%) y poner más Hospitales o centros (12.33%). Las otras opciones fueron registradas con una frecuencia inferior al 10%. *Ver pág. 1-2/219*.

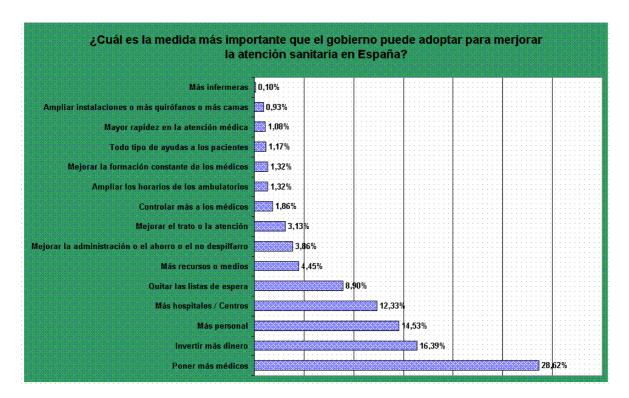


Gráfico 7 ¿Cuál es la medida más importante que el Gobierno puede adoptar para mejorar la atención sanitaria en España? (1ª mención).

Estudio de los encuestados que creían que poner más médicos era la medida más importante a efectos de mejorar la atención sanitaria en España.

Se diferenciaron dos grupos; los pacientes que indicaron que la mejor solución a efectos de mejorar la atención sanitaria era poner más médicos y los que creían otras opciones. En este punto se listan las principales diferencias en las respuestas según el grupo.

- El 59.49% de los que creían que la mejor solución sería poner más médicos, eran mujeres. En el grupo que indicó otras opciones la fracción de mujeres era estadísticamente inferior (51.71%). *Ver pág. 16/219*.

- Los que creían que se debía aumentar el número de médicos, identificaban problemas diferentes del SNS que los que indicaron otras opciones. Un 11.53% indicó que las listas de espera para acceder al médico de cabecera eran un problema, mientras que el otro grupo indicó esta opción en un 9.42%. Este grupo también registró que las listas de espera al especialista eran una de los mayores problemas del SNS (22.12%), mientras el otro grupo lo indicó en un 14.54%. *Ver pág.* 6/219.
- Creían que la inversión económica era insuficiente en mayor proporción que los pacientes que indicaban otras medidas de mejora. *Ver pág. 8/219*.
- El 70.90% creía que los médicos tienen limitaciones por parte del Gobierno o de los gestores de la sanidad en cuanto a la asistencia médica, en cambio en el grupo de pacientes que no registraron esta opción el porcentaje descendía hasta el 65.82%. *Ver pág. 9/219*.
- Este subgrupo no estaba dispuesto a pagar 2€ por visita médica en mayor proporción que los que no identificaban la falta de médicos como primera opción. En las otras medidas de pago por servicios clínicos sí se presentaron respuesta parecidas. Ver pág. 10/219.
- Se mostraron más preocupados por no poder pagar los servicios sanitarios o porque sus familiares no pudieran acceder a una residencia cuando lo precisen.
 Ver pág. 11/219.
- El 73.30% se mostró incrédulo ante la posibilidad de acceder a un especialista sin tener que pasar por la lista de espera mucho tiempo, en cambio en el otro subgrupo el 68.19% lo creía. Tampoco creían que él y los miembros de su familia tuvieran acceso a las tecnologías más modernas. *Ver pág. 12-14/219*.
- Como era de esperar este grupo coincidía en acusar que en su localidad faltaban médicos, aunque un 0.70% de ellos registró que habían demasiados. Ver pág. 15/219.

Estudio de los encuestados que creían que invertir más dinero era la medida más importante a efectos de mejorar la atención sanitaria en España.

Se diferenciaron dos grupos: los pacientes que indicaron que la mejor solución a efectos de mejorar la atención sanitaria era poner más médicos y los que creían otras opciones. En este punto se listan las principales diferencias en las respuestas según el grupo.

- En este grupo existía un 42.09% de mujeres, en contra del 54.62% que existía en el grupo de pacientes que seleccionaron otras medidas. *Ver pág. 58/219*.
- Los pacientes que indicaron que la mejor medida era la inversión de más dinero tenían una media de edad inferior a los del otro grupo. *Ver pág. 20/219*.
- Identificaban problemas diferentes, siendo el apartado de la financiación seleccionado por un 5.14% de los individuos que indicaron que se debería invertir más dinero. En el otro grupo esta opción fue registrada en un 1.29% de los casos. *Ver pág. 21/219*.
- Como era de esperar en este grupo el 85.19% indicaron que la cantidad de dinero era insuficiente, a diferencia del 59.26% del otro grupo. *Ver pág. 22/219*.
- Este grupo también se caracterizaba por tener un nivel de conocimiento superior en cuanto a la organización y financiamiento del SNS. Concretamente, registraron opciones diferentes a la pregunta de qué organismo financiaría los Hospitales públicos o centros de atención primaria. *Ver pág. 23/219*.
- Los pacientes que creían que se debía invertir más dinero estaba de acuerdo con mayor frecuencia en pagar 2€ por visita al médico de cabecera (36.53% vs. 29.98%), en aumentar los impuestos directos o del IRPF (37.73% vs. 23.33%) y en aumentar los impuestos de la gasolina y la electricidad (11.48% vs. 6.97%). Ver pág. 26-28/219.
- Estos pacientes tenían una percepción de su salud mejor que los pacientes que indicaron otras opciones. Debemos fijarnos que este colectivo era más joven que el otro grupo y que en puntos anteriores ya se había comprobado la asociación entre la salud y la edad. *Ver pág. 29/219*.
- A este colectivo le preocupaba menos el hecho de no poder pagar los servicios médicos. El 20.00% indicó que no le preocupaba en absoluto a diferencia del 12.34% del otro grupo. *Ver pág. 30/219*.
- No confiaban en que el médico de cabecera tenga tiempo para responder a todas las dudas que se le plantean. *Ver pág. 32/219*.
- Este subgrupo conocía en menor medida el nombre de su médico de cabecera (74.63% vs. 80.86%), aunque conocía en mayor proporción el nombre del responsable de sanidad de su comunidad autónoma y el de la ministra. Ver pág. 33/219.

- No consideraban con tanta frecuencia la importancia de la proximidad de los centros sanitarios. Presentaban patrones de importancia diferentes en cuanto al tiempo entre que se solicita una visita y se realiza y también en cuanto al tiempo dedicado por el médico en la visita. *Ver pág. 36/219*.
- Un 34.73% de los pacientes que indicaron que la mejor solución sería invertir más dinero tenían un seguro privado concertado, a diferencia del 25.07% de los que indicaban otras medidas. *Ver pág. 39/219*.
- Este grupo era más crítico ante las compañías de aviación, farmacéuticas y de teléfonos. También creen que hacen mal su trabajo los bancos, RENFE y los medios de comunicación. En cambio tienen una postura menos crítica ante el Gobierno. En cuanto a la posibilidad de corregir los posibles problemas de calidad de sus productos, este grupo cree que las compañías de teléfonos, de aviación, farmacéuticas, bancos, RENFE y medios de comunicación serían incapaces de solucionar tales problemas. Confian menos en que las compañías farmacéuticas y los periodistas hagan su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades que los miembros del otro grupo. Por el contrario, confian más que los otros en que los políticos hacen su trabajo de forma responsable. *Ver pág. 40 56/219*.
- Este grupo también se caracteriza por conocer en mayor proporción los derechos del paciente (60.42% vs. 54.20%). *Ver pág.* 57/219.

Estudio de los encuestados que creían que poner más Hospitales o centros de salud era la medida más importante a efectos de mejorar la atención sanitaria en España.

Se diferenciaron dos grupos: los pacientes que indicaron que la mejor solución a efectos de mejorar la atención sanitaria era poner más médicos y los que creían en otras opciones. En este punto se listan las principales diferencias en las respuestas según el grupo.

- Esta muestra se caracteriza por tener una edad inferior a las de los pacientes que indicaron otras opciones. Las mujeres representaron el 46.03% de este grupo, mientras que en el otro grupo representaba el 53.88%. *Ver pág. 62/219*.

- Como era de esperar este grupo identificó problemas diferentes que los del otro grupo. Por ejemplo en este grupo un 4.09% indicó que faltaban medios, en contra del 1.55% que lo indicó en el otro grupo. *Ver pág. 63/219*.
- Entre los pacientes que indicaron que la cantidad de dinero era insuficiente, el 20.27% de los pacientes del grupo de interés, creían que una vía era la de aumentar los impuestos. Este porcentaje disminuyó al 13.06% en el caso que se hubiera indicado otras opciones. Concretamente estaban de acuerdo en mayor medida en aumentar los impuestos directos o el IRPF (30.36% vs.24.44%). Ver pág. 64-65/219
- En mayor magnitud desconocía el nombre de su médico de cabecera. *Ver pág.* 67/219.
- Este grupo también se caracterizó por considerar en mayor medida que las compañías de aviación y los medios de comunicación estaban realizando bien su trabajo, respecto a los pacientes que escogieron otras medidas. También creían en mayor frecuencia que los economistas procuran hacer algún bien a la sociedad. *Ver pág.* 68-70/219.
- En este grupo había mayor proporción de hombres que en el otro (53.97% vs. 46.12%). *Ver pág. 71/219*.

Estudio de los encuestados que creían que poner más personal era la medida más importante a efectos de mejorar la atención sanitaria en España.

Se diferenciaron dos grupos: los pacientes que indicaron que la mejor solución a efectos de mejorar la atención sanitaria era poner más médicos y los que creían otras opciones. En este punto se listan las principales diferencias en las respuestas según el grupo.

- Los pacientes de este grupo consideraban que la aportación económica a la sanidad era insuficiente en mayor medida que los del otro grupo. A los pacientes que consideraban que había poco dinero, se les planteo la opción de subir los impuestos. En este caso sólo el 8.47% de los casos indicó que era una buena medida, en contra del 14.37% de los pacientes del otro grupo. *Ver pág.76-77/219*.
- En este grupo se consideraba que si se tuviera que visitar por el especialista no podría ser sin antes pasar un tiempo en la lista de espera en un 74.46% de los

- casos, en cambio en el grupo que indicó opciones diferente esto lo pensaba el 66.62% de la muestra. *Ver pág.* 78/219.
- Consideraban que faltaban médicos (63.41% vs. 54.73%), aunque un 0.70% indicó que sobraban. *Ver pág. 79/219*.
- También consideraban en mayor frecuencia que RENFE hacía bien su trabajo (83.47% vs. 76.02%). *Ver pág.* 80/219.
- Confiaban de manera diferente en que el Gobierno de la comunidad autónoma de su residencia hiciera el trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades. *Ver pág.* 81/219.

Aunque se identificaron más grupos según su respuesta, estos implicaban a menos del 10% de la población, por lo que no se comentarán directamente. En todo caso se adjuntan los resultados en el informe de resultados. *Ver pág. 82-219/219*.

5.4. Conclusiones

En todos los casos, en el grupo de pacientes que pondrían más médicos, los que destinarían más dinero, los que pondrían más Hospitales y los que pondrían más personal existía la creencia generalizada que la inversión de dinero era insuficiente, comparándolos con el grupo de pacientes que creían otras opciones.

Los pacientes que pondrían más médicos o más personal coincidían en mostrarse incrédulos ante la posibilidad de acceder a una visita del especialista sin pasar por listas de espera y coincidían en registrar la falta de médicos en su población.

Entre los pacientes que registraron la opción de poner más Hospitales o más dinero, se detectaba una edad menor que los que identificaban otras opciones. Los hombres jóvenes registraron poner más Hospitales, en cambio las mujeres jóvenes registraban en mayor frecuencia poner más dinero. En todo caso ambos grupos registraron que no conocían el nombre del médico de cabecera en mayor frecuencia que los otros grupos, aunque este parece ser un factor que se asocie más con la edad que no con la opción registrada.

6. Estudio de la hipótesis de género, por la cual se supone que no existen diferentes visiones del sistema sanitario entre hombres y mujeres.

6.1. Objetivo

Con el objetivo de contrastar las posibles diferencias entre géneros, en cuanto a la visión que tienen del SNS, se analizaron de forma individual los patrones de respuesta entre hombres y mujeres.

La hipótesis de base era que el género no influía en el concepto que el encuestado tenía del SNS y por lo tanto se esperaba que las respuestas seguirían la misma distribución indiferentemente de ser contestadas por hombres o por mujeres.

6.2. *Metodología*.

La prueba se efectuó mediante el contraste de hipótesis de homogeneidad, contraste de Chi-cuadrado. Se fijó una significación del 95%.

Como en los análisis precedentes se obviaron las respuestas no lo sabe o no contesta.

6.3. Resultado

A partir del análisis descriptivo, se calculó que contestaron la encuesta un total de 1602 mujeres, que representaron el 53.22% de la muestra. Se observó que ningún paciente había obviado el registro.

			N	%
Sexo	N	%	acu.	acu.
Hombre	1408	46.78	1408	46.78
Mujer	1602	53.22	3010	100.00
TOTAL	3010	100.00		

Tabla 10 Distribución del género

A continuación y para cada una de las preguntas se estudió la independencia de respuestas en función del género del respondedor. Los siguientes resultados se amplían en el Informe de Resultados IV (Género) v01 08MAR06.pdf.

- Las provincias de procedencia seguían la misma distribución tanto para hombres como para mujeres. Lo mismo sucedió para los ámbitos, tamaño del municipio de procedencia y comunidad autónoma. En definitiva, las variables geográficas eran comunes para hombres y mujeres. *Ver pág. 3-7/98*.
- Existían diferencias entre hombres y mujeres al identificar los principales problemas del SNS, dentro del listado. Los hombres indicaban 1.76 veces más la masificación que las mujeres (7.40% vs. 4.20%) o 2.98 veces más la financiación (2.77% vs. 0.93%), en cambio las mujeres registraban en mayor proporción la atención al cliente y las listas de espera.

P1a Para usted, cuáles son los dos problemas más importantes que tiene el sistema sanitario español.		
1º Mención	Hombre	Mujer
El poco tiempo que dispone el medico para atender al paciente	11 (0.98%)	16 (1.24%)
La espera en urgencias	35 (3.12%)	31 (2.41%)
La falta de atención al paciente	36 (3.21%)	51 (3.97%)
La falta de médicos	30 (2.68%)	26 (2.02%)
La falta de medios (Hospitales, aparatos,)	23 (2.05%)	20 (1.56%)
La falta de personal sanitario	18 (1.61%)	23 (1.79%)
La financiación	31 (2.77%)	12 (0.93%)
La lentitud	17 (1.52%)	19 (1.48%)
La mala atención al paciente	18 (1.61%)	35 (2.72%)
La masificación	83 (7.40%)	54 (4.20%)

P1a Para usted, cuáles son los dos problemas más importantes que tiene el sistema sanitario español.		
1º Mención	Hombre	Mujer
La organización	23 (2.05%)	10 (0.78%)
Las listas de espera	308 (27.48%)	433 (33.67%)
Las listas de espera para hacerse pruebas	28 (2.50%)	40 (3.11%)
Las listas de espera para las citas / al medico de cabecera	108 (9.63%)	130 (10.11%)
Las listas de espera para las operaciones	185 (16.50%)	163 (12.67%)
Las listas de espera para los especialistas	167 (14.90%)	223 (17.34%)
Contraste de Chi-cuadrado, p-valor = 2.9599516E-6		

Tabla 11 Principales problemas identificados según el género

A parte de identificar los principales problemas de forma diferente, cuando se les preguntaba por las medidas que el Gobierno podía adoptar para mejorar la atención sanitaria, también se detectaron diferencias. Por ejemplo cada 1.34 mujeres que indicaba que una solución era poner más médicos, había un hombre (32.58% vs. 24.26%) o para cada mujer que indicaba que se tenía que invertir más dinero había 1.51 hombres (13.20% vs. 19.88%).

P2 Para usted, cuál es la medida más importante que el Gobierno pude adoptar para mejorar la atención sanitaria		
en España. 1º Mención	Hombre	Mujer
Poner mas médicos	237 (24.28%)	348 (32.58%)
Invertir mas dinero	194 (19.88%)	141 (13.20%)
Mas Hospitales / Centros	136 (13.93%)	116 (10.86%)
Mas personal	127 (13.01%)	170 (15.92%)
Mas recursos / Medios	56 (5.74%)	35 (3.28%)
Quitar las listas de espera	68 (6.97%)	114 (10.67%)
Mejor administración / Ahorro / No despilfarrar	43 (4.41%)	36 (3.37%)
Ampliar los horarios de los ambulatorios	14 (1.43%)	13 (1.22%)
Mejor trato / Atención	31 (3.18%)	33 (3.09%)
Mas enfermeras	1 (0.10%)	1 (0.09%)
Controlar mas a los médicos	22 (2.25%)	16 (1.50%)
Ampliar instalaciones / mas quirófanos / mas camas	12 (1.23%)	7 (0.66%)
Mayor rapidez en la atención medica	7 (0.72%)	15 (1.40%)

Gobierno pude adoptar para mejorar la atención sanitaria en España. 1º Mención	Hombre	Mujer
Mejorar la formación constante de los médicos	16 (1.64%)	11 (1.03%)
Todo tipo de ayudas a los pacientes (económicas, estructura	12 (1.23%)	12 (1.12%)

Tabla 12 Medidas de mejora en la sanidad española según género

- Aunque tanto hombres como mujeres creían que la cantidad de dinero destinado a la sanidad era insuficiente, cuando se les preguntó si una buena medida era aumentar los impuestos el 18.39% de los hombres contestaron que sí (el 81.61% indicó que se podía obtener dinero de otras áreas), mientras que en el caso de las mujeres sólo el 9.74% indicó esta medida como acertada (el resto indicaron otras áreas). *Ver pág. 17/98*.
- Las mujeres declararon conocer en menor grado la organización del SNS (el 39.60% declaró no conocer nada y el 30.26% de los hombres declaró lo mismo). Se contrastó que los hombres y las mujeres respondían diferente cuando se les preguntaba que organismo financiaba los Hospitales públicos y los centros de salud. Ver pág. 18/98.
- El 71.93% de las mujeres creían que los médicos recibían limitaciones por parte del Gobierno en la asistencia, en cambio el 61.23% de los hombres lo creían.
 Ver pág. 21/98.
- Aunque no se detectaron diferencias en los patrones de respuesta en cuanto a pagar 1€ por receta y en incrementar los impuestos del alcohol y el tabaco, sí se detectaron diferencias en las otras medidas de pago por servicios. Concretamente las mujeres mostraron mayor reticencia que los hombres a todas las otras medidas propuestas. Ver pág. 22-27/98.
- Al preguntarles por el propio estado de salud percibido, el 11.40% de las mujeres indicaron que era malo o muy malo y en el caso de los hombres el 7.38% (1.54 veces más), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Ver pág. 28/98.
- Tanto hombres como mujeres declararon porcentajes iguales de minusvalía. *Ver pág.* 29/98.

- El grado de satisfacción por los servicios sanitarios recibidos durante el último año fue estadísticamente diferente. Los hombres se consideraban más satisfechos que las mujeres. *Ver pág. 30/98*.
- En cuanto a las preocupaciones, a las mujeres les importaba más que a los hombres no poder pagar los servicios sanitarios o tener que esperar un tiempo antes de poder tener una visita de carácter urgente. En cambio no se detectaban diferencias entre sexos en la preocupación que tanto hombres como mujeres mostraban hacia que los familiares próximos no pudieran acceder a una residencia. *Ver pág. 31-33/98*.
- No se detectaron diferencias en cuanto a la confianza en que el médico de cabecera procurara hacer todo lo posible para que reciban toda la atención primaria que se precisara, que éste les informara y les pautara todas la pruebas diagnósticas o tratamientos disponibles, que tuviera la mejor formación y preparación médica, que se comunicara de forma que lo pudieran entender, que supiera escucharles, que tuviera tiempo para responder a sus preguntas o le respetara. En contra sí se detectaron diferencias en la confianza que el médico de cabecera le ofreciera la mejor atención sanitaria o que le derivara a un especialista si así lo consideraba, las mujeres mostraban menor grado de confianza. En todo caso, a la pregunta de si confiaba en general con el médico de cabecera, tanto hombres como mujeres contestaron de forma parecida (mayoritariamente confiaban mucho). Ver pág. 34-45/98.
- Las mujeres conocen en mayor frecuencia el nombre del médico de cabecera (84.55% vs. 75.18%). En cambio el nombre del responsable de sanidad y de la ministra de sanidad lo conocen en menor proporción que los hombres (14.44% vs. 25.00% y 25.66% vs.32.39%, respectivamente). Ver pág. 46-48/98.
- Las mujeres dan una menor importancia a la relación de confianza con el médico que los hombres, ellas consideran más importante la calidad de la atención médica, los equipamientos avanzados tecnológicamente, el tiempo transcurrido desde que se pide una cita y la visita y el tiempo de la misma visita. Tanto hombres como mujeres consideraron de forma parecida la importancia de tener un centro próximo a su domicilio. *Ver pág. 49-54/98*.
- En la pregunta 17 tanto hombres como mujeres mostraron un nivel de desconfianza parecido al hecho de poder acceder a los servicios de un especialista en el momento de requerirlo. *Ver pág. 55/98*.

- El 37.46% de las mujeres creían que no tienen acceso a la tecnología más avanzada, en cambio entre los hombres un 33.54% lo creían. *Ver pág. 56/98*.
- Las mujeres tenían contratado seguros privados en una proporción inferior a los hombres (25.14% vs. 19.19%). *Ver pág. 57/98*.
- A la pregunta de si se consideraba que en su población había demasiados médicos las mujeres contestaron con una mayor frecuencia que faltaban médicos. Ver pág. 58/98.
- En la pregunta 20, se contrastó que tanto hombres como mujeres contestaban de forma parecida a la pregunta sobre si las compañías de aviación, RENFE y la Universidad hacían bien su trabajo. Se detectaron diferencias entre géneros en los ítems referentes al Gobierno, Hospitales públicos y centros de salud, donde las mujeres tenían una opinión más desfavorable que los hombres. En contra, los hombres tenían una opinión más desfavorable que las mujeres hacia las compañías farmacéuticas, bancos, medios de comunicación y compañías telefónicas. *Ver pág. 59-68/98*.
- Gobierno o las compañías de aviación o los Hospitales públicos o los centros de salud tuvieran algún problema en la calidad o seguridad de sus productos serían capaces de solucionarlo. Por otro lado las mujeres tenían más confianza que los hombres en las compañías farmacéuticas, bancos, RENFE, universidades, medios de comunicación y compañías telefónicas, en cuanto a la posibilidad de corregir los errores de sus productos. *Ver pág. 69-78/98*.
- A la pregunta sobre si los dentistas, farmacéuticos y mutuas hacían su trabajo de forma responsable a las necesidades, tanto hombres como mujeres contestaron de forma parecida. En cambio las mujeres contestaron de forma desfavorable (*en mayor medida que los hombres*) al trabajo de los médicos de atención primaria y de Hospitales, enfermeras y tanto el Gobierno de la comunidad autónoma como el central. Los hombres, por su parte contestaron en mayor medida que las mujeres, una opinión desfavorable hacía las compañías farmacéuticas. *Ver pág.* 79-87/98.
- Tanto hombres como mujeres confiaban de forma parecida que los políticos, economistas, profesores de educación básica y científicos procuran el bien de la sociedad. En este caso las mujeres mostraron nuevamente su desconfianza hacia los médicos de atención primaria y Hospitales, y también hacia los profesores

universitarios. En cambio tenían una visión más positiva que los hombres hacia los periodistas y abogados. *Ver pág.* 88-96/98

Con el objetivo de estimar las posibles asociaciones entre las preguntas del cuestionario y el género se ajustó un modelo de regresión logística, ya que las variables explicativas no eran continuas sino categóricas y no se aconseja un análisis multivariado discriminante. Este tipo de modelo aditivo incluye las variables que aportan información que permitan discriminar entre grupos, en este caso entre géneros. Tiene en cuenta las posibles asociaciones entre factores explicativos.

Las variables que se entraron inicialmente en el modelo fueron aquellas que en los contrastes de hipótesis hubieran obtenido un resultado de la prueba de Chi-cuadrado inferior al 5% (p-valor < 0.05).

El modelo final, no tuvo en cuenta todas las variables del modelo inicial, pues muchas de ellas se asociaban con otros factores del modelo. Por lo tanto, formaron parte del modelo final todos los factores cuya asociación era importante y la información aportada no estaba tenida en cuenta por otras variables.

El contraste del ratio de verosimilitud entre el modelo nulo y el modelo con cada uno de los factores, concluyó que este modelo era mejor que el modelos nulo (p-valor < 0.0001). Se calculó que el modelo discriminaba de forma correcta el 72% de las observaciones y de forma incorrecta el 28% de las observaciones. A partir del contraste de Hosmer y Lemeshow se contrastó que la calibración de la herramienta era correcta y por lo tanto su eficacia se mantenía en los extremos de la regresión (por lo tanto clasificaba de forma correcta aquellas observaciones atípicas). El porcentaje de variabilidad explicado por el modelo fue del 14.10% (R²=0.1410).

A partir de los resultados se observó que los encuestados que indicaban que se tenía que invertir en más recursos tenían un Odds Ratio estimado de 1.9. Por lo tanto tenían 1.9 veces más de posibilidades de clasificarse en el grupo de los hombres. También era característica discriminante el hecho de indicar que los médicos no encontraban limitaciones en su trabajo, en contra de indicar que sí las encontraban. Por el contrario las mujeres estaban menos de acuerdo en aumentar los impuestos del alcohol y el tabaco

(OR = 0.5). La despreocupación por no poder pagar los servicios médicos, era una característica de los hombres, como el hecho de no conocer el nombre del médico y conocer el nombre del consejero/a de sanidad de la comunidad sí era una característica que los identificaba entre las mujeres. Los pacientes estaban se clasificaban en el grupo de los hombres cuando registraban que no les importaba ni la calidad del servicio, ni el tiempo que el médico les dedicaba en la consulta. También creen que ni los bancos, ni las compañías farmacéuticas hagan bien su trabajo. Sí fue una característica de este grupo considerar que las enfermeras y los médicos tanto de los Hospitales públicos como los de AP hacían de forma responsable su trabajo. En cambio los hombres desconfían de que los abogados intenten hacer el bien a la sociedad.

A continuación se adjunta una tabla con los factores que finalmente entraron en el modelo. Cada factor se acompaña con el coeficiente y el OR correspondiente (entre paréntesis el intervalo de confianza para el OR). Se adjunta también el resultado de la prueba de Wald que contrasta si el factor aporta más información al modelo, comparándolo con el modelo sin el factor de interés.

Pregunta	Coef. / OR [IC 95%]	P-value (Wald)
¿Cual es la medida más importante que el Gobierno puede adoptar para mejorar la atención	0.6288 / 1.9	
sanitaria en España?	[1.0-3.4]	0.0383
Más recursos / Medios	[1.0-3.4]	
¿Cree usted que los médicos de atención primaria encuentran limitaciones por parte del		
Gobierno o de los gestores de la sanidad para ofrecerles toda la asistencia que usted puede	0.4146 / 1.5	
necesitar?		< 0.0001
Sí encuentran limitaciones	[1.2-1.9]	
No encuentra limitaciones		
¿Estaría usted de acuerdo o en desacuerdo con qué el Gobierno aumentar los impuestos del		
alcohol y el tabaco?	-0.62 / 0.5	< 0.0001
De acuerdo	[0.4 - 0.7]	< 0.0001
En desacuerdo		
¿Cuánto le preocupa que no pueda tener la atención médica que necesita porque no pueda		
pagarla?	0.26 / 1.3	
Muy preocupado		0.0002
Algo preocupado	[1.1 – 1.5]	
Nada preocupado		
¿Sabe cual es el nombre de su médico de cabecera o atención primaria?	0.65 / 1.9	
Sí lo sabe	[1.5 - 2.4]	< 0.0001
No lo sabe	[1.3 – 2.4]	
¿Sabe cual es el nombre del consejero/a de sanidad de su Comunidad Autónoma?	-0.49 / 0.6	< 0.0001
Sí lo sabe	[0.5 - 0.8]	< 0.0001

Pregunta	Coef. / OR	P-value (Wald)
No lo sabe	, ,	
¿Considera muy importante, algo importante o nada importante la calidad de la atención médica		
recibida?		
Muy importante	0.46 / 1.6	0.0020
Algo importante	[1.2 - 2.1]	
Nada importante		
¿Considera muy importante, algo importante o nada importante el tiempo dedicado por el médico		
(tiempo de la consulta)?	0.40 1.5	
Muy importante	0.40 – 1.5	0.0007
Algo importante	[1.2 - 1.8]	
Nada importante		
¿En su población, cree que hay demasiados médicos, muy pocos médicos o una cantidad más o		
menos adecuada de médicos?	0.25 - 1.3	
Demasiados médicos	[1.0 - 1.5]	0.0061
Muy pocos médicos		
Más o menos la cantidad adecuada		
¿Cree usted que las compañías farmacéuticas hacen bien o mal su trabajo?	0.24 1.2	
Sí	0.24 – 1.3	0.0401
No	[1.0 - 1.6]	
¿Cree usted que los bancos hacen bien o mal su trabajo?	0.37 – 1.4	
Sí		0.0006
No	[1.2 - 1.8]	
¿Cuánto confía usted en que las enfermeras están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes? ¿Diría usted que confía mucho, algo o nada? Mucho Algo Nada	-0.43 - 0.6 [0.5 - 0.8]	< 0.0001
¿Cuánto confía usted en que los médicos de Hospital público están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes? ¿Diría usted que confía mucho, algo o nada? Mucho Algo Nada	-0.22 - 0.8 [0.7 - 1.0]	0.0285
¿Cuánto confía usted en que los médicos de atención primaria o de cabecera procuren hacer el bien para la sociedad? ¿Diría usted que confía mucho, algo o nada en que lo hacen? Mucho Algo Nada	-0.30 - 0.7 [0.6 - 0.9]	0.0032
¿Cuánto confía usted en que los abogados procuren hacer el bien para la sociedad? ¿Diría usted que confía mucho, algo o nada en que lo hacen? Mucho Algo Nada	0.48 – 1.6 [1.4 – 1.9]	< 0.0001

Tabla 13 Resultados de la regresión logística

A continuación se adjuntan las curvas ROC referentes a la sensibilidad y especificidad de la herramienta. Como se comentó anteriormente el poder discriminante asciende al 78%.

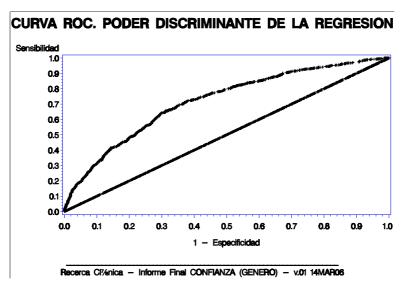


Gráfico 8 Curva ROC. Poder discriminante de la regresión.

6.4. Conclusiones

A la vista de los resultados, se concluye que no existen los mismos patrones entre hombres y mujeres.

Se observa que hay un porcentaje de mujeres y de hombres distinto, estadísticamente significativo, a la hora de identificar problemas y proponer medidas. Tienen una opinión desfavorable a todo lo que sea un gasto por la sanidad, así se observa que están en contra de las medidas de pago por servicios sanitarios y tienen contratada una mutua en menor frecuencia. El conocimiento de las mujeres en cuanto al SNS es diferente al de los hombres. Aunque conocen en mayor proporción el nombre del médico de cabecera, desconocen en mayor proporción la organización y financiación del SNS o el nombre del consejero/a de su comunidad autónoma o el de la ministra de sanidad. Por otra parte se muestran más insatisfechas con los servicios prestados, aunque ellas dan mayor importancia a la calidad y el tiempo en el momento de una consulta.

7. Estudio general de la financiación del SNS, ilustrado por variables sociodemográficas.

7.1. Introducción

En este punto se analizaron conjuntamente todas las medidas de pago por servicios sanitarios propuestas en la encuesta. En análisis anteriores a éste (*punto 3, página 8 de este documento*) ya se realizó un análisis de estas medidas, pero desde el punto de vista individual, sin tener en cuenta sus interrelaciones. En esos análisis se estudiaron las asociaciones principales entre todos los factores recogidos en el estudio con cada una de las medidas concretas, sin tener en cuenta las respuestas de las otras medidas. En este punto se realiza un estudio conjunto de las seis medidas. A parte de las asociaciones con otros factores de la encuesta, la asociación entre ellas mismas.

Como se ha observado en el desarrollo del análisis, aparecen dos grupos diferenciados de medidas: aquellas que implican un pago directo del servicio recibido (*las denominaremos medidas directas*) y aquellas que proponen un pago de los servicios vía impuestos (*las denominaremos medidas indirectas*).

El objetivo de este punto, a parte de relacionar las medidas entre ellas, es relacionarlas con otro grupo de factores (centrándonos en la estructura de asociaciones entre ambos grupos). El grupo de factores a los que interesaba estudia la asociación era una selección de las variables sociodemográficas. Se optó por escoger el género del paciente, así como su edad y la procedencia, diferenciando entre los pacientes que procedían de Catalunya de los de otras comunidades del estado.

7.2. Métodos estadísticos

Según el objetivo del análisis se debe comparar dos grupos de variables (medidas de pago por servicios sanitarios y variables sociodemográficas), suponiendo que un grupo de variables no tiene porque explicar el otro grupo de variables. Se supone que no existe un modelo subyacente que explique un grupo (por ejemplo el acuerdo o desacuerdo de las medidas propuestas) en función de otro grupo (las características sociodemográficas). En este caso sólo se pretende estudiar la asociación entre ambos grupos sin suponer que uno es la causa (o efecto) del otro. Una de las medidas de asociación más conocidas y utilizadas es la correlación. En este caso se estudió la correlación entre dos grupos de variables.

En este punto debemos observar que el estudio que se ha planteado es la generalización de la correlación lineal de Pearson, calculada para estimar la asociación de dos factores concretos. En este punto a parte de estudiar la correlación (asociación) entre cada uno de los factores se estudió la asociación de la respuesta en ambos grupos de variables.

Los algoritmos estadísticos que dan solución a este tipo de planteamientos son los referentes al análisis multivariante. La técnica concreta que se plantea es el análisis de correlación canónico¹

Dada la posible complejidad para los lectores no habituados a este tipo de análisis, a continuación se explica brevemente qué procedimientos se utilizan.

El análisis de correlaciones canónicas, como se ha comentado anteriormente, estima la asociación entre dos grupos de variables. La asociación se estima a partir de dos indicadores resumen de cada uno de los grupos, estos dos indicadores son indicadores resúmen de cada grupo de variables. Este indicador resumen se calcula como una combinación lineal de los factores de cada uno de los grupos, mediante unos algoritmos internos del método que garantizan que el indicador obtenido es el más representativo

_

¹ Peña D. Análisis de datos multivariantes. McGRAW-HILL.

para el grupo de factores. En el caso concreto que nos ocupa, la primera acción que se debe realizar es calcular estos indicadores resumen, uno para el grupo de propuestas y el otro para el grupo de variables sociodemográficas. Es en este punto donde se tienen en cuenta las asociaciones internas de cada grupo, por ejemplo la asociación entre las respuestas otorgadas a las diferentes propuestas del Gobierno.

El paso siguiente es estimar la correlación entre estas variables resumen. Esta correlación puede tener diferentes dimensiones. Una vez estimada la correlación entre ambos grupos, se entrará en la discusión de las correlaciones particulares de cada uno de los factores con el indicador resumen del otro grupo y por generalización en la correlación de cada uno de los factores.

7.3. Resultados

En primer lugar estudiamos la combinación lineal de cada uno de los grupos. Esta combinación lineal actúa como estadístico resumen del grupo y es, sobre éste, que se calcula la correlación canónica.

Estadístico resumen del grupo de pago por servicios sanitarios

Variable	Coeficiente
1€ por receta médica	-0.068
2€ por visita médica	0.217
10€ por hospitalización	-0.420
Impuestos directos o IRPF	2.132
Impuestos del alcohol y tabaco	-1.115
Impuestos de la electricidad y gasolina	0.277

Tabla 14 Estadístico resumen grupo de medidas de pago por servicios sanitarios

En este punto y para interpretar correctamente el estadístico resumen del grupo de variables de pago por servicios sanitarios, debemos recordar que la categoría de referencia era 'estar de acuerdo' codificada con un 0 y la categoría 'en desacuerdo' fue codificada con un 1. Por lo tanto observamos que, por ejemplo en el factor que influye

más (*aumento de los impuestos directos o IRPF*), el hecho de estar en desacuerdo suma al índice resumen 2.132 unidades y el hecho de estar de acuerdo no suma. A partir de esta pequeña introducción de la interpretación podemos deducir que las medidas que contribuyen en mayor magnitud a la estructura del indicador fueron los impuestos directos o IRPF y los impuestos sobre el alcohol y el tabaco, aunque estos tuvieron un signo negativo.

Es importante en este punto tener en cuenta si cada factor suma o resta en la construcción del indicador resumen. Existe una clasificación de las medidas, aquellas que afectan a la población general y no a diferentes colectivos o pacientes con características determinadas (impuestos directos o IRPF, impuestos de la electricidad y gasolina y pagar 2€ por visita), que actúan sumando. En el otro grupo se localizaban aquellas que afectan a poblaciones concretas relacionadas con la salud del paciente (1€ por receta médica, 10€ por hospitalización y los impuestos del alcohol y tabaco, que afectan diferentemente a la salud del paciente) con las que el hecho de estar en desacuerdo resta.

Por lo tanto el indicador resumen del grupo tiene puntuaciones elevadas cuando los pacientes presentan desacuerdo en el aumento de los impuestos directos o del IRPF, acuerdo en el aumento de los impuestos del tabaco y el alcohol, acuerdo en el pago de 10€ por hospitalización, etc.

Si estudiamos la correlación entre cada uno de los factores y el indicador resumen, observamos que los indicadores que más se correlacionan son las medidas que proponían aumentar los impuestos directos o IRPF (0.92) y la medida de aumentar los impuestos del alcohol y el tabaco (-0.47). Por lo tanto se observaba que cuando estos dos factores cambiaban, el valor del índice cambia considerablemente. Para las otras medidas, el cambio no es tan considerable.

Estadístico resumen del grupo de variables sociodemográficas

Variable	Coeficiente
Sexo	1.508
Edad	0.492
Procedencia	-0.535

Tabla 15 Estadístico resumen grupo de medidas sociodemográficas

El segundo estadístico resumen se construyó con la combinación lineal de los tres indicadores sociodemográficos seleccionados. En este caso se observó que las mujeres tenían una puntuación del indicador 1.508 puntos más elevada que los hombres. En cuanto a la edad se observó que cada tramo de edad (*ver la categorización de la edad*) sumaba 0.492 puntos al indicador. Finalmente se observó que los pacientes que procedían de comunidades autónomas que no fueran la catalana, restaban al indicador 0.535 puntos. El género del paciente se correlacionaba intensamente con el índice resumen (0.75), al igual que el factor edad (0.61).

Tras el análisis de los parámetros que componían el segundo índice se observaba que éste presentaba una valoración elevada cuando el paciente era mujer de edad avanzada y de procedencia catalana, mientras que obteníamos puntuaciones bajas para hombres jóvenes de procedencia española.

Una vez estudiada la composición de cada uno de los índices, estudiamos la correlación entre ellos. Esto es conocer como se asociaban en los diferentes pacientes. A partir de las respuestas registradas por un paciente se podía calcular ambos índices y para otro paciente, se calculaban otros dos, así sucesivamente hasta calcular todos los pares de índices. Una vez calculados se estimaba la correlación entre ellos.

La correlación total entre los dos grupos, se desagregaba en tres dimensiones diferentes. La primera dimensión explicaba el 79.24% de la asociación total y se le estimaba una correlación del 0.1988. Con la contribución de la segunda correlación canónica, se explicaba un 97.94% (de forma individual explicaba el 18.7% de la asociación) de la asociación lineal total y se estimaba en 0.0980. Con la contribución de la última

dimensión se explicaba la totalidad de correlación canónica, pero en este caso se contrastó que no era significativamente diferente a cero. Resumiendo, teníamos dos dimensiones diferentes que explicaban la asociación entre el grupo de variables de pago y las antropométricas, ambas con una correlación estadísticamente diferente a cero (Lambda de Wilk's = 0.95, p-valor < 0.001) y positivas. El hecho que fueran positivas implicaba que cuando un índice crecía o decrecía, el otro también lo hacía en el mismo sentido.

No obstante, observando que la primera dimensión explicaba casi el 80% de la relación y para simplificar la interpretación de los resultados, se consideró que la correlación entre las medidas de pago y las variables antropométricas tenía una única dimensión, obviando la segunda dimensión de la correlación.

En este momento sabemos la estructura de los dos índices resumen y sabemos que se correlacionan positivamente. Debemos observar como se comporta cada uno de los elementos de cada índice con el índice del otro grupo, para obtener más información.

Correlación entre las variables de pago por servicios sanitarios y el índice sociodemográfico

Variable	Correlación
1€ por receta médica	0.0050
2€ por visita médica	0.0189
10€ por hospitalización	-0.0004
Impuestos directos o IRPF	0.1730
Impuestos del alcohol y tabaco	-0.0724
Impuestos de la electricidad y gasolina	0.0518

Tabla 16 Correlación entre las medidas de pago y el índice de las variables sociodemográficas

Aunque se observó que el indicador resumen de las medidas de pago y el indicador resumen de las variables sociodemográficas se correlacionaban positivamente (0.1988), cuando calculábamos la correlación de cada uno de los factores con el indicador sociodemográfico de forma individual, observábamos que las medidas directas se correlacionaban poco con el indicador; entre las medidas indirectas, las que se

correlacionaban más eran la del aumento de los impuestos directos o IRPF o la del aumento de los impuesto del alcohol y el tabaco. Se observó que la correlación entre el indicador sociodemográfico y el desacuerdo en aumentar los impuestos directos o del IRPF era de 0.1730, por lo tanto a mayor valoración del índice (mujeres y pacientes de edades avanzadas), mayor era la probabilidad de registrar un desacuerdo en esta medida. En contra, la correlación entre el indicador sociodemográfico y el desacuerdo con el aumento de los impuestos del alcohol y el tabaco era negativo (-0.0724) y por lo tanto, se interpretaba que a menor índice sociodemográfico (hombres y edades jóvenes) más en contra se estaba de la medida.

De la misma forma que se han comentado las correlaciones entre los factores de pago y el índice sociodemográfico, se pueden calcular las correlaciones entre los factores sociodemográficos y el índice de pago por servicios sanitarios. La interpretación de los resultados ha de ser complementaria a la anterior.

Correlación entre las variables sociodemográficas y el índice de pago por servicios sanitarios

Variable	Correlación	
Sexo	0.1489	
Edad	0.1237	
Procedencia	-0.0454	

A partir de la tabla, se observa que el género del paciente se correlaciona positivamente con el índice de pago por servicios sanitarios. Por lo tanto las mujeres tienen una puntuación del índice superior a la de los hombres y por lo tanto las mujeres estarán en mayor magnitud que los hombres en desacuerdo con un aumento de los impuestos directos o del IRPF y de acuerdo con un aumento de los impuestos del alcohol y el tabaco; en cuanto a las otras medidas del índice de pago también se correlacionaran positivamente, pero las otras medidas del índice sumaban/restaban poco. En cuanto a la edad, tenemos una interpretación parecida, a mayor edad más desacuerdo se muestra en el aumento de impuestos directos o IRPF y mayor acuerdo en un aumento de los impuestos del tabaco y el alcohol. Finalmente se observa que la los catalanes y los españoles tienen una correlación baja y negativa con el índice de pago por servicios

sanitarios, por lo tanto los catalanes tendían a mostrar un desacuerdo en el aumento impuestos directos o IRPF y un acuerdo con un aumento del precio del alcohol y el tabaco superior a los pacientes de otras comunidades del país.

7.4. Resumen y conclusiones

Se calculan los dos índices resumen de los grupos de variables de interés. Se observa que en la composición del índice de pago por servicios sanitarios, contribuyen mucho las medidas referentes al aumento de los impuestos directos o IRPF y poco las otras medidas (sobretodo las directas). En el índice calculado para el grupo de variables sociodemográficas, el género y la edad tiene una contribución importante en contra de la procedencia que contribuye escasamente.

Se calculó que los dos índices se correlacionaban positivamente (0.1988) y, por lo tanto, factores que contribuían mucho en la construcción de un índice se correlacionaban fuertemente con los factores que contribuían en la construcción del otro eje.

Se comprobó que las mujeres tendían a estar de acuerdo en mayor medida que los hombres en aumentar los impuestos del tabaco y alcohol y en desacuerdo en el aumento de los impuestos directos o IRPF. El mismo comportamiento fue detectado para los pacientes de edades avanzadas, aunque no existía una asociación tan intensa. Se comprobó que los factores sociodemográficos se asociaban fuertemente con las medidas indirectas, pero no se asociaban con las medidas directas de pago por servicios sanitarios.

La contribución de la procedencia de los pacientes en el cálculo del indicador fue baja. Se observó que los pacientes catalanes estaban de acuerdo en un aumento de impuestos del tabaco y el alcohol, y en contra del aumento de los impuestos directos e IRPF, en mayor magnitud que los pacientes españoles.

8. Estudio general del grado de conocimiento de la organización y financiación del SNS.

8.1. Introducción

En este punto se analizaron conjuntamente todas las cuestiones que se consideraron relacionadas a priori con el conocimiento de la organización que el paciente posee.

Se consideró que las preguntas que se relacionaban directamente con el conocimiento eran:

- ¿Conoce usted como está organizado y financiado el Sistema Nacional de Salud de España? ¿Diría usted que lo conoce mucho, lo conoce bastante, lo conoce poco, o no lo conoce nada? → Pregunta 4
- Teniendo en cuenta el hospital público que usted iría como paciente si usted tuviera un problema de salud o necesitara atención hospitalaria, ¿quién cree usted que financiaría o pagaría la atención recibida en ese hospital? → Pregunta
- Teniendo en cuenta el centro de salud o de atención sanitaria al que usted iría su tuviera un problema de salud, ¿quién cree que financiaría o pagaría la atención recibida en ese centro? → Pregunta 6
- ¿Sabe usted cuál es el nombre de su médico/a de cabecera o de atención primaria? → Pregunta 15 A
- ¿Sabe usted cuál es el nombre del consejero/a de sanidad de su Comunidad Autónoma? → Pregunta 15 - B
- ¿Sabe usted cuál es el nombre de la Ministra de sanidad en el Gobierno del Presidente Rodríguez Zapatero? → Pregunta 15 – C

8.2. Métodos estadísticos

Para el análisis de un conjunto importante de variables, se utilizan habitualmente los métodos multivariantes de análisis. Entre ellos existen los métodos descriptivos basados en el análisis de geométrico de las variables. En este caso concreto se utiliza el análisis de correspondencias múltiples ya que todas las variables que se desea analizar son de naturaleza categórica.

"El análisis de correspondencias es una técnica descriptiva para representar tablas donde recogemos las frecuencias de aparición de dos o más variables cualitativas en un conjunto de elementos. Éste es un procedimiento para resumir la información contenida en una tabla de contingencia. Es una manera de representar las variables en un espacio de dimensión menor, de forma análoga a componentes principales, pero definiendo la distancia entre los puntos de manera coherente con la interpretación de los datos y en lugar de utilizar la distancia euclídea utilizamos la distancia chi-cuadrado."²

Por lo tanto es un método gráfico que nos ayuda a observar las similitudes y disimilitudes entre un conjunto de variables. Para asignar similitudes y disimilitudes se utilizan métodos geométricos, basados en el análisis de la dispersión de los datos. Esta herramienta nos permite identificar categorías que los pacientes consideraron parecidas (serán los puntos que aparecen juntos) y las que los pacientes valoran de forma diferente (puntos separados).

Se codificaron las respuestas de las preguntas, con el objetivo que los puntos del gráfico no se sobrepusieran. A continuación se lista la codificación realizada:

- ¿Conoce usted como está organizado y financiado el Sistema Nacional de Salud de España? ¿Diría usted que lo conoce mucho, lo conoce bastante, lo conoce poco, o no lo conoce nada?

o Mucho
$$\rightarrow$$
 SNS ++

 \circ Bastante \rightarrow SNS +

 \circ Poco \rightarrow SNS -

² Peña D. Análisis de datos multivariantes. McGraw Hill. Cap. 7.



- Teniendo en cuenta el hospital público que usted iría como paciente si usted tuviera un problema de salud o necesitara atención hospitalaria, ¿quién cree usted que financiaría o pagaría la atención recibida en ese hospital?

o El Gobierno de la Comunidad Autónoma → H CA

o El Gobierno central \rightarrow H CE

o La Seguridad Social → H SS

- Teniendo en cuenta el centro de salud o de atención sanitaria al que usted iría su tuviera un problema de salud, ¿quién cree que financiaría o pagaría la atención recibida en ese centro?

o La Seguridad Social → AP SS

 \circ El Gobierno central \rightarrow AP CE

o El Gobierno de la Comunidad Autónoma → AP CA

- ¿Sabe usted cuál es el nombre de su médico/a de cabecera o de atención primaria?

 \circ Sí \rightarrow MED +

 \circ No \rightarrow MED -

- ¿Sabe usted cuál es el nombre del consejero/a de sanidad de su Comunidad Autónoma?

 \circ Sí \rightarrow CON +

 \circ No \rightarrow CON -

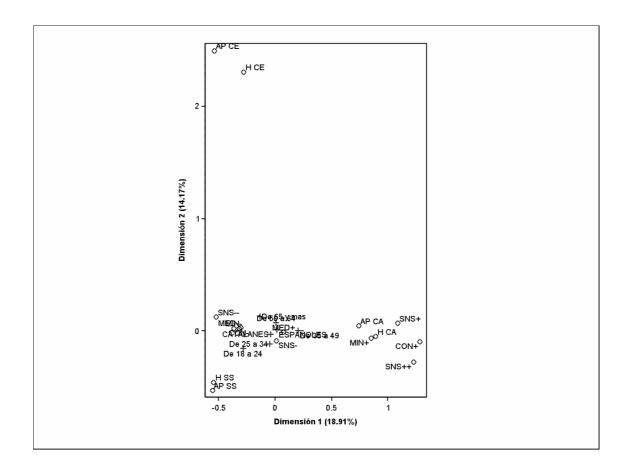
- ¿Sabe usted cuál es el nombre de la Ministra de sanidad en el Gobierno del Presidente Rodríguez Zapatero?

 \circ Sí \rightarrow MIN +

 \circ No \rightarrow MIN -

Una vez descompuesta la variabilidad de las 10 dimensiones, observamos que sólo con 2 dimensiones podíamos explicar el 33.07% de la dispersión total y con 3 ejes el 45.53%, aunque la interpretación de los resultados sería demasiado complicada.

A continuación se presenta el gráfico de las dos primeras dimensiones (33.07%), con la representación de cada una de las categorías.



Se observó que las dos dimensiones del gráfico distinguían dos aspectos del conocimiento diferentes. La primera dimensión (eje horizontal) registraba el conocimiento, como una escala graduada, situando las respuestas que indicaban conocimiento bajo a la izquierda del eje y las respuestas que indicaban un conocimiento elevado a la derecha. La segunda dimensión (eje vertical) registraba el conocimiento que el paciente tenía sobre el organismo que financiaba los diferentes aspectos de la sanidad, localizaba las diferentes instituciones, según creyeran que financiaban los diferentes aspectos del SNS.

En el eje horizontal (primera dimensión), encontramos en el extremo derecho (> 0.5) las categorías de los pacientes que indicaron conocer bastante o mucho el SNS, así como los que indicaron conocer el nombre de la ministra de sanidad y del consejero/a de su comunidad autónoma. En el otro extremo del eje, se observa el conjunto de respuestas que implican poca información. En este subgrupo aparecen los que declararon tener poca o ninguna información de la organización y la financiación del SNS. En este extremo también se situaban los que indicaron que la Seguridad Social y el Gobierno Central financiaban tanto a hospitales públicos como en centros de atención primaria.

Los pacientes que indicaron no conocer el nombre de la ministra de sanidad o del consejero/a tenían ubicaciones próximas (similitud) con los pacientes que indicaron poseer poca o ninguna información de la organización y del financiamiento del SNS.

Se observó que no existía mucha distancia entre los pacientes que declararon conocer bastante o mucho la organización y el financiamiento del SNS, tampoco entre los que declararon conocerlo poco o nada. Por lo tanto se observó que las categorías 'bastante' y 'mucho' y las categorías 'poco' o 'nada' no discriminaban dos situaciones claras, sino que se presentaban cercanas en el espacio.

En este punto se debe comentar la proximidad de los pacientes que conocen y los que no conocen el nombre del médico/a de cabecera o de atención primaria. Aunque se observa que los pacientes que indican conocer el nombre del médico/a de cabecera (MED+), estaba desplazado más a la derecha del eje (*indicando más conocimiento*), este punto no está tan a la derecha como los que indicaron conocer el nombre del consejero/a o de la ministra. Nuestra interpretación es que el hecho de conocer o no conocer el nombre del médico de cabecera no depende tanto del nivel de conocimiento general como en los otros casos, sino que es un hecho más personal que no de conocimiento general.

La segunda dimensión (eje vertical) ordena los organismos a los se les imputa la financiación del SNS. Se observa que los puntos positivos se refieren al Gobierno central, los puntos intermedios al Gobierno autonómico y los puntos negativos a la Seguridad Social. En particular se observa que los pacientes que imputan a la SS o al Gobierno Central la financiación del SNS, declaran tener poca información del SNS, interpolando a la primera dimensión. En el caso particular de otorgar al Gobierno central la financiación del SNS, a parte de observarse que poseen o declaran poseer poca o ninguna información, están muy distantes del resto de puntos, lo que sugiere una disimilitud importante. Los puntos que otorgan que el Gobierno autonómico financia tanto centros de atención primaria como hospitales públicos se alinean con los puntos donde se imputa un conocimiento alto. Para finalizar la interpretación del segundo eje, se debe comentar que los pacientes que creían que un organismo concreto financiaba los hospitales públicos, también creía que financiaba los centros de atención primaria, de lo

que se concluye que los pacientes no distinguían entre la financiación de los hospitales públicos y los centros de atención primaria.

Se utilizaron las variables sociodemográficas edad y procedencia como variables ilustrativas, estas fueron graficadas pero no entraron en los cálculos del método, de esta forma añadíamos información al análisis. Los pacientes jóvenes (de 18 a 34 años) se situaban en posiciones de conocimiento del SNS bajo y se situaban cerca de las posiciones que otorgaban a la SS la financiación del SNS. En contra los pacientes de edades superiores indicaban tener más información de la organización y financiación del SNS a mayor tramo de edad, hasta los pacientes de edades superiores a 65 años que presentaban un grado de conocimiento inferior a los de edades medias, retrocediendo en la progresión. En cuanto a la procedencia, se observó que los pacientes que vivían en Catalunya, registraban tener un grado de conocimiento inferior al de los españoles y en la segunda dimensión no presentaban diferencias apreciables.

8.3. Conclusiones

La estructura de variabilidad del conocimiento, medido a partir de las preguntas 4, 5, 6 y 15, se resumía en dos dimensiones a partir del análisis de correspondencias. Se observaba que existía una dimensión que medía el grado de conocimiento general del SNS y la otra dimensión localizaba los diferentes organismos, según se otorgaba la financiación de los hospitales públicos o centros de atención primaria.

Se comprobó que los pacientes que mostraban un grado de conocimiento elevado, también conocían los nombres del consejero/a de la comunidad autónoma y el de la ministra de sanidad. Este colectivo también otorgaba al Gobierno de la comunidad autónoma la financiación de los diferentes centros. En el extremo contrario, se situaban los pacientes que indicaron conocer poco o nada el SNS, en este extremo también se encontraban los que no conocían el nombre del consejero y de la ministra. Los pacientes que otorgaban al gobierno central y a la SS la financiación de los centros tenían puntos cercanos (*en la primera dimensión*) a los pacientes que indicaban tener un conocimiento escaso. Se detectó que los pacientes que conocían el nombre del médico de cabecera no

tenían porque tener un conocimiento elevado de la organización ni de la financiación del SNS.

9. Estudio general de la autopercepción de la salud.

9.1. Introducción

La novena pregunta del cuestionario registraba el estado de salud del encuestado (*estado de salud autopercibido*), ofreciendo 4 posibles respuestas:

- Muy bueno.
- Bueno.
- Malo.
- Muy Malo.

En estudios previos a este apartado (*PRESENTACIÓN 2*) se realizó un breve estudio descriptivo de esta variable, realizando una agrupación de las 4 categorías. En este caso se agruparon las respuestas 'muy bueno' y 'bueno' en una categoría de estado de salud positiva y las categorías 'malo' y 'muy malo' en otra agrupación, recogiendo los estados de salud negativo.

Algunas de las conclusiones más relevantes que se alcanzaron en este estudio previo fueron:

- Las mujeres indicaban en mayor proporción un estado de salud malo o muy malo respecto a los hombres.
- La edad se asociaba significativamente con el estado de salud, observándose que a mayor edad, mayor era la probabilidad de clasificarse dentro del grupo de pacientes con un estado malo o muy malo de salud.
- Los pacientes que indicaban un estado de salud malo o muy malo identificaban problemas diferentes del SNS y poseían una información diferente en cuanto a la organización y financiación del SNS.
- El grupo de pacientes con una salud mala o muy mala indicaba en mayor proporción tener alguna minusvalía o enfermedad crónica.
- Los pacientes con un estado de salud inferior, mayoritariamente indicaban un grado de insatisfacción superior en cuanto a los servicios recibidos el

último año. Existían conclusiones que indicaban que los pacientes con un estado de salud malo o muy malo tenían menor grado de confianza con los diferentes organismos y profesionales que constituían el SNS.

- Los pacientes que registraban un grado de salud inferior tenía contratado en menor frecuencia servicios sanitarios privados (mutuas).

9.2. Objetivos

En el presente punto, se afrontaron los mismos objetivos respetando la codificación inicial, sin confundir por un lado los pacientes que indicaron *mala*, *muy mala* y por el otro lado los que indicaron *buena*, *muy buena*. Nos planteamos conocer la asociación de cada una de las preguntas de cuestionario con el estado de salud autopercibido (*muy bueno*, *bueno*, *malo o muy malo*). Una vez realizado el cruce de la variable original con todas las preguntas del cuestionario se ajustó un modelo lineal ordinal con aquellas cuya asociación fuera estadísticamente diferente de cero.

- Detectar las principales asociaciones de forma individual entre el estado de salud autopercibido por el paciente y las respuestas a otras preguntas planteadas por el cuestionario.
- Ajustar un modelo que relacione el estado de salud autopercibido y los diferentes factores identificados en el primer punto, identificándolos y explicando su interpretación.

9.3. Metodología

Se utilizó el contraste de independencia (Contraste de Chi-cuadrado), fijando el nivel de confianza al 95%, para contrastar el primer objetivo. De esta forma se observó qué preguntas tenían respuestas diferentes dependiendo del estado de salud autopercibido, puesto que la hipótesis nula se fijaba como la independencia entre el factor cuestionado y el estado de salud.

Para crear el modelo de regresión se utilizaron las técnicas de regresión ordinal que ofrece el paquete estadístico SPSS ver. 13.1. La estrategia que se utilizó para crear el modelo lineal ordinal, fue la siguiente:

- 1 Entrar en el modelo todos aquellos factores que obtengan un p-valor inferior a 0.10 en la prueba de homogeneidad (Chi-cuadrado).
- 2 Eliminar a cada paso el factor que presente una asociación más inverosímil, cerciorándonos que en cada paso se garantiza la estabilidad del modelo.
- 3 Si el modelo explica más de la mitad de la variabilidad inicial ($R^2 > 50\%$) se intentará mejorar el modelo incorporando interacciones en el modelo.

9.4. Estudio de la independencia - Resultados

En este punto del estudio se ajustó un contraste de independencia para cada una de las preguntas del estudio. En el documento sólo se adjuntan las tablas cuyos resultados fueros significativos (*los casos en que la respuesta dependía de la categoría de salud autopercibida del paciente*). Paralelamente a este documento se realizó un informe de anexos donde se introdujeron todas las tablas tengan o no significación estadística con el fenómeno estudiado.

- No se detectaron provincias de procedencia diferentes según el grado de salud, de lo que deducimos que el patrón de salud autopercibida es independiente a la provincia del paciente. Parecidos resultados se obtuvieron al contrastar la región y la comunidad autónoma de procedencia.
- Se detectaron diferencias significativas según el tamaño del municipio en que vivía el encuestado. Se observó que en los municipios donde habitaban entre 1.000 y 5.000 personas existía un porcentaje alto de pacientes que indicaron un estado de salud *malo* (> 11.5%), cuando en municipios más poblados el porcentaje de pacientes con una salud mala, raramente sobrepasaba el 9.5%. Como caso excepcional se observó que los municipios de menos de 1.000 habitantes aunque tenían un porcentaje esperado de pacientes con una valoración mala, tenían el porcentaje más elevado de pacientes con un estado *muy malo* (3.70%). Debemos plantearnos el hecho de que exista alguna variable que confunda el efecto como puede ser la accesibilidad a los centros, el envejecimiento de estos municipios, etc.

P-valor = 0,038	Muy	bueno	Вι	ieno	ı	Malo	Mu	y Malo	Total
1 -vaioi = 0,030	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Menos de 1.000	12	14,81%	61	75,31%	5	6,17%	3	3,70%	81
De 1.001 a 2.000	9	13,24%	46	67,65%	13	19,12%	0	0,00%	68
De 2.001 a 3.000	4	12,12%	25	75,76%	4	12,12%	0	0,00%	33
De 3.001 a 5.000	34	20,36%	113	67,66%	20	11,98%	0	0,00%	167
De 5.001 a 10.000	63	21,72%	203	70,00%	21	7,24%	3	1,03%	290
De 10.001 a 30.000	139	23,68%	387	65,93%	55	9,37%	6	1,02%	587
De 30.001 a 50.000	28	23,53%	83	69,75%	5	4,20%	3	2,52%	119
De 50.001 a 100.000	110	21,24%	367	70,85%	37	7,14%	4	0,77%	518
De 100.001 a 200.000	82	24,19%	227	66,96%	24	7,08%	6	1,77%	339
De 200.001 a 500.000	46	25,27%	116	63,74%	18	9,89%	2	1,10%	182
Mas de 500.000	148	24,38%	403	66,39%	44	7,25%	12	1,98%	607
TOTAL	675		2031		246		39		2991

Tabla 17 Distribución del estado de salud según el tamaño del municipio de procedencia

- Se detectó que las mujeres tenían un estado de salud inferior al de los hombres, mientras que el 6.45% de ellos consideraban que su salud era mala y el 0.93% muy mala, las mujeres consideraban su estado en un 9.77% malo y en un 1.63% muy malo (1.5 y 1.75 veces superior respectivamente).

	Muy bueno		Βι	ieno	N	lalo	Mu	Total	
P-valor = 0,003	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hombre	327	23,44%	965	69,18%	90	6,45%	13	0,93%	1395
Mujer	348	21,80%	1066	66,79%	156	9,77%	26	1,63%	1596
TOTAL	675		2031		246		39		2991

Tabla 18 Distribución del estado de salud según el género del paciente

- Se detectó una asociación intensa y negativa entre la edad y el estado de salud. Entre los pacientes más jóvenes se registraban los grados de salud positivos, descendiendo a mayor grupo de edad hacia las categorías más negativas. A partir de los 50 años, se observó que la percepción de la propia salud descendía rápidamente, así para pacientes de entre 35 y 49 años el 5.76% considera que tenía una salud mala (0.81% muy mala), pero a partir de los 50 años se doblaban los porcentajes llegando al 11.67% y al 1.54% respectivamente. Sólo indicar que no se detectó ningún individuo de entre 18 y 24 años con una percepción de su propia salud muy mala.

P-valor = 0	Muy	bueno	В	ueno	ı	Malo	Mu	y Malo	Total
i -vaioi = 0	N	%	N	%	N	%	N	%	N
De 18 a 24	131	41,59%	177	56,19%	7	2,22%	0	0,00%	315
De 25 a 34	204	35,29%	355	61,42%	18	3,11%	1	0,17%	578
De 35 a 49	179	20,62%	632	72,81%	50	5,76%	7	0,81%	868
De 50 a 64	88	13,52%	477	73,27%	76	11,67%	10	1,54%	651
De 65 y mas	73	12,61%	390	67,36%	95	16,41%	21	3,63%	579
TOTAL	675		2031		246		39		2991

Tabla 19 Distribución del estado de salud según la edad del paciente

- Se pidió a los pacientes que identificaran el problema del SNS que consideraban más grave de entre un listado de 16 opciones. Se comprobó que no existían evidencias suficientes para creer que los pacientes respondieran diferente según el estado de salud. En este sentido también se indicó un listado con las principales soluciones que se podrían dar en el SNS, observándose de nuevo homogeneidad en las respuestas.
- A la pregunta de si consideraba la cantidad de dinero destinada al SNS, se consideraba: excesiva, insuficiente o más o menos la adecuada, sí se detectaron diferencias. La opción más contestada era que los pacientes consideraban que la cantidad de dinero aportada era insuficiente, aunque en 111 casos se determinó que era excesiva. Entre los que consideraron que la cantidad de dinero era excesiva, se observó que en ningún caso se había determinado un estado de salud muy malo, mientras que para las otras opciones sí se determinaban algunos casos.

P-valor = 0,042	Muy	bueno	Вι	ieno	N	/lalo	Mu	Total	
1 - Valor = 0,042	N	%	N	%	N	%	N	%	N
EXCESIVA	24	21,62%	75	67,57%	12	10,81%	0	0,00%	111
INSUFICIENTE	384	22,74%	1153	68,27%	124	7,34%	28	1,66%	1689
MAS O MENOS LA ADECUADA	209	22,94%	625	68,61%	74	8,12%	3	0,33%	911
TOTAL	617		1853		210		31		2711

Tabla 20 Distribución del estado de salud según la cantidad de dinero destinada

- A los pacientes que contestaron a la pregunta anterior que la cantidad de dinero era insuficiente, se les propuso que escogieran una de las siguientes opciones; aumentar este dinero a partir del aumento de impuestos o aumentarlo por otras áreas. El contraste estadístico concluyó que independientemente de la opción más escogida por la cohorte, la respuesta venía influenciada por el grado de salud del paciente. De esta forma se observó que entre los que escogieron la opción de aumentar los impuestos, el 5.41% eran pacientes con una salud mala y ninguno con una salud muy mala. En cambio entre los pacientes que consideraron que el aumento de dinero debía proceder de otras áreas, se observó que el 7.05% eran pacientes con un estado de salud malo y el 1.87% pacientes con un estado muy malo. Por lo tanto se concluye que los pacientes con un estado de salud malo o muy malo, y que consideraban que el dinero aportado al SNS era insuficiente, creían que se debería aportar de otras áreas del Gobierno en mayor porcentaje que los pacientes que consideraban su estado de salud como bueno o muy bueno.

P-valor = 0,042	Muy bueno		В	ieno	IV	lalo	Muy Malo		Total
1 - Validi = 0,042	N	%	N	%	N	%	N	%	N
AUMENTAR LOS IMPUESTOS	62	27,93%	148	66,67%	12	5,41%	0	0,00%	222
OBTENER DINERO DE OTRAS AREAS	304	21,87%	962	69,21%	98	7,05%	26	1,87%	1390
TOTAL	366		1110		110		26		1612

Tabla 21 Distribución del estado de salud según las diferentes vías de financiación en el caso de haber contestado que la cantidad de dinero destinado al SNS era insuficiente.

- En la siguiente pregunta del cuestionario, se preguntaba cual era el grado de conocimiento de la organización y el financiamiento del SNS. A parte de calcularse que la gran mayoría de los pacientes indicaron que conocían poco o nada (85.81%), se detectaron diferencias en las respuestas según el grado de salud autopercibido. En este caso se observó un fenómeno excepcional en las respuestas categóricas ordenadas. Éste fue que los pacientes con un estado de salud considerado muy bueno, malo o muy malo o bien declaraban conocer mucho o poco la organización, pesando menos en la categoría intermedia (conocían bastante). En contra, los pacientes que indicaron un grado de salud bueno, indicaron en menor porcentaje de lo que se esperaba las opciones de mucho o nada, concentrando las respuestas en la categoría intermedia (bastante). Por lo tanto, interpretábamos que las clasificaciones extremas identificaban también grados de conocimiento apartados de la tendencia general.

P-valor = 0,017	Muy	bueno	В	ieno	ı	Malo	Mu	y Malo	Total
- valor = 0,017	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	15	24,59%	37	60,66%	8	13,11%	1	1,64%	61
BASTANTE	72	20,00%	258	71,67%	26	7,22%	4	1,11%	360
POCO	325	21,58%	1059	70,32%	103	6,84%	19	1,26%	1506
NADA	258	24,83%	661	63,62%	105	10,11%	15	1,44%	1039

Tabla 22 Distribución del estado de salud según el conocimiento de la organización y la financiación del SNS

- A los pacientes se les preguntó si los hospitales públicos eran financiados por el gobierno de la comunidad autónoma, por el gobierno central o por la seguridad social. En este caso también se observó que el grado de salud influía en la respuesta. Se observó que como peor era el estado de salud, más probable era que los pacientes otorgaran al Gobierno central la financiación de este tipo de centros.

P-valor = 0	Muy	bueno	В	ueno	ı	Malo	Mu	Total	
1 -Valor = 0	N	%	N	%	N	%	N	%	N
EL GOBIERNO DE LA C. AUTONOMA	236	23,55%	707	70,56%	49	4,89%	10	1,00%	1002
EL GOBIERNO CENTRAL	67	21,47%	204	65,38%	38	12,18%	3	0,96%	312
LA SEGURIDAD SOCIAL	334	22,06%	1019	67,31%	138	9,11%	23	1,52%	1514
TOTAL	637		1930		225		36		2828

Tabla 23 Distribución del estado de salud según el organismo que otorgaban la financiación de los hospitales públicos

- La misma pregunta se realizó cuestionando la financiación de los centros de salud. En este caso, se observó de nuevo que los pacientes con un estado de salud malo o muy malo contribuían en gran medida a indicar que el gobierno central era el organismo que pagaba los servicios. Un porcentaje bajo de pacientes con un estado de salud muy bueno contribuyeron a esta opción.

P-valor = 0,005	Muy	bueno	В	ieno	ľ	/lalo	Muy Malo		Total
1 - valor = 0,000	N	%	N	%	N	%	N	%	N
LA SEGURIDAD SOCIAL	294	22,02%	909	68,09%	116	8,69%	16	1,20%	1335
EL GOBIERNO CENTRAL	46	17,76%	179	69,11%	29	11,20%	5	1,93%	259
EL GOBIERNO DE LA C. AUTONOMA	291	24,85%	801	68,40%	67	5,72%	12	1,02%	1171
TOTAL	631		1889		212		33		2765

Tabla 24 Distribución del estado de salud según el organismo que otorgaban la financiación de los centros de atención primaria

- No existían evidencias suficientes para decir que los pacientes consideraban que los médicos recibían limitaciones por parte del gobierno según el estado de salud autopercibido. En este caso, la mayoría de los pacientes consideraron que sí recibían limitaciones.
- A los pacientes se les planteó un seguido de medidas directas para aumentar el dinero del SNS. La primera opción, planteaba pagar 1€ por cada receta médica que el médico extendía. En este caso se observó que los pacientes con un grado de salud malo o muy malo eran más reticentes a tal actuación en contra de los pacientes que tenían un estado bueno o muy bueno, que estaban de acuerdo en mayor medida. La siguiente medida directa era pagar 2€ por visita, en este caso los pacientes con una percepción de salud negativa estaban en desacuerdo en mayor proporción que los que estaban de acuerdo. La tercera vía era pagar 10€ por hospitalización, pero no se detectaron diferencias en las respuestas dependiendo del grado de salud autopercibida.

P-valor = 0,019	Muy	uy bueno Bueno		N	Malo	Mι	Total		
7 74101 = 0,013	N	%	N	%	N	%	Ν	%	N
DE ACUERDO	329	23,65%	954	68,58%	94	6,76%	14	1,01%	1391
EN DESACUERDO	339	21,70%	1051	67,29%	148	9,48%	24	1,54%	1562
NO LO SABE	6	20,00%	20	66,67%	4	13,33%	0	0,00%	30
NO CONTESTA	1	12,50%	6	75,00%	0	0,00%	1	12,50%	8
TOTAL	675		2031		246		39		2991

Tabla 25 Distribución del estado de salud según la medida de pagar 1€ por receta médica

P-valor = 0	Muy	bueno	Bueno		N	lalo	Mu	Total	
l valor – v	N	%	N	%	N	%	Ν	%	N
DE ACUERDO	245	26,92%	597	65,60%	61	6,70%	7	0,77%	910
EN DESACUERDO	426	20,81%	1406	68,69%	184	8,99%	31	1,51%	2047
TOTAL	671		2003		245		38		2957

Tabla 26 Distribución del estado de salud según la medida de pagar 2€ por visita médica

- A parte de las medidas directas para financiar el SNS se planteaban otras medidas no directas. La primera de ellas (aumento de los impuestos directos o de IRPF) no presentó diferencias entre la distribución de los pacientes según su estado de salud, tampoco las presentaron las otras dos acciones planteadas (aumento de los impuestos de la electricidad y gasolina/ aumento de los impuestos del alcohol y el tabaco).

- Sí se detectaron diferencias entre los pacientes que indicaron tener algún tipo de minusvalía o de incapacidad crónica. De los que indicaron no tener ninguna discapacidad, sólo el 4.73% indicó tener una salud mala y el 0.38% muy mala, mientras que entre los que sí indicaron tener algún tipo de discapacidad, el 31.11% tenía una salud mala y un 7.46% muy mala. Se observó que en el grupo de pacientes con algún tipo de minusvalía el 6.17% de los pacientes indicó tener una salud muy buena.

P-valor = 0	Muy	bueno	Вι	ieno	ľ	Malo	Mu	y Malo	Total
l valor = 0	N	%	N	%	N	%	N	%	N
SI	24	6,17%	215	55,27%	121	31,11%	29	7,46%	389
NO	650	25,02%	1815	69,86%	123	4,73%	10	0,38%	2598
TOTAL	674		2030		244		39		2987

Tabla 27 Distribución del estado de salud según minusvalía o enfermedad crónica

- En la siguiente pregunta se cuestionaba el grado de satisfacción hacia los servicios sanitarios recibidos por el encuestado o su familia durante el último año. Se contrastó que existían diferentes patrones de respuesta según el estado de salud del paciente. En este caso se observó nuevamente el hecho que los pacientes con un estado de salud malo o muy malo respondían de forma extrema a la pregunta. Entre los que contestaron que estaban muy satisfechos, el 9.74% eran pacientes con un estado malo y un 1.68% con un estado muy malo, mientras que por ejemplo estos porcentajes disminuyeron cuando la clasificación era de algo insatisfecho (5.70% y 0.93% respectivamente). En todo caso cuando la clasificación fue de muy insatisfechos, los porcentajes aumentaron hasta un 18.23% en el caso de los pacientes con un estado de salud malo y hasta el 4.42% en el caso de los que tenían un estado de salud muy malo. Este fenómeno también se observó en el caso de los pacientes con un estado de salud muy bueno, aunque no se observaba con tanta

claridad. En cuanto a los pacientes con un estado de salud muy bueno, se observó que contribuían mucho en la clasificación de **muy satisfecho** en contra de la de **algo satisfecho** donde aportó menos individuos de lo que se esperaba.

	Muy	bueno	Ві	ueno	N	Malo	Mu	Muy Malo	
P-valor = 0	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUY SATISFECHO	258	27,02%	588	61,57%	93	9,74%	16	1,68%	955
ALGO SATISFECHO	273	19,44%	1038	73,93%	80	5,70%	13	0,93%	1404
ALGO INSATISFECHO	89	22,14%	271	67,41%	40	9,95%	2	0,50%	402
MUY INSATISFECHO	40	22,10%	100	55,25%	33	18,23%	8	4,42%	181
TOTAL	660		1997		246		39		2942

Tabla 28 Distribución del estado de salud según el grado de satisfacción por los servicios sanitarios recibidos

- A la pregunta sobre si les preocupaba el hecho de no recibir la mejor asistencia sanitaria por no poder pagarla, se observó que los pacientes con una salud inferior mostraban un grado de preocupación más elevado. Por ejemplo, mientras que sólo un 0.77% de los pacientes que indicaron que no les preocupaba nada se consideraban con un estado de salud muy malo, este porcentaje aumentó hasta el 1.70% en el caso de que respondieran que estaban muy preocupados (2.2 veces más).

P-valor = 0	Muy	bueno	В	ueno	N	lalo	Mu	y Malo	Total
1 - Valor = 0	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUY PREOCUPADO	455	22,16%	1379	67,17%	184	8,96%	35	1,70%	2053
ALGO PREOCUPADO	100	18,87%	392	73,96%	37	6,98%	1	0,19%	530
NADA PREOCUPADO	115	29,34%	250	63,78%	24	6,12%	3	0,77%	392
TOTAL	670		2021		245		39		2975

Tabla 29 Distribución del estado de salud según la preocupación de no recibir la mejor atención sanitaria por no poder pagarla

- Se determinaron grados de preocupación parecidos entre los pacientes según su estado de salud a la pregunta de cuánto les preocupaba no poder acceder a una residencia para personas mayores.
- A la pregunta de cuánto les preocupaba el tiempo de espera para acceder a un médico en caso de necesitarlo se contestó de forma diferente según el estado de salud. En el caso concreto de los pacientes que tenían un estado de salud malo, tendían a contestar que estaban muy preocupados o nada preocupados; en el caso de los pacientes con una percepción de su propia salud muy mala contestaban mayoritariamente que les preocupaba mucho.

P-valor = 0	Muy	bueno	Вι	ieno	N	<i>l</i> lalo	Mι	ıy Malo	Total
r-valor = 0	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUY PREOCUPADO	351	21,98%	1070	67,00%	149	9,33%	27	1,69%	1597
ALGO PREOCUPADO	213	22,00%	692	71,49%	55	5,68%	8	0,83%	968
NADA PREOCUPADO	110	26,51%	261	62,89%	41	9,88%	3	0,72%	415
NO LO SABE	1	14,29%	5	71,43%	0	0,00%	1	14,29%	7
NO CONTESTA	0	0,00%	3	75,00%	1	25,00%	0	0,00%	4
TOTAL	675		2031		246		39		2991

Tabla 30 Distribución del estado de salud según la preocupación por el tiempo de espera para acceder a una visita médica

- A la pregunta sobre si confiaban que el médico haría todo lo posible para que el paciente recibiera la asistencia sanitaria requerida todos los pacientes respondieron de forma parecida sin importar el estado de salud.
- La siguiente pregunta cuestionaba si confiaban en que el médico les informara de todos los tratamiento y diagnósticos posibles. Se contrastó que mientras que los pacientes con un estado de salud bueno confiaban más en el médico, los pacientes con un estado de salud malo desconfiaban en mayor proporción.

P-valor = 0,003	Muy	/ bueno	В	ueno	I	Malo	Mu	y Malo	Total
-vaior = 0,003	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	415	21,75%	1314	68,87%	150	7,86%	29	1,52%	1908
ALGO	164	23,87%	468	68,12%	51	7,42%	4	0,58%	687
POCO	60	24,00%	165	66,00%	21	8,40%	4	1,60%	250
NADA	25	23,36%	60	56,07%	21	19,63%	1	0,93%	107
TOTAL	664		2007		243		38		2952

Tabla 31 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico le informará de todos los tratamientos y pruebas diagnósticas

- La siguiente pregunta, cuestionaba si el paciente confiaba que el médico lo derivaría a un especialista en caso de necesitarlo. El resultado de la prueba fue parecido a la anterior. Se contrastó que los pacientes con un estado de salud malo desconfiaban más en el médico que el resto de pacientes (incluidos los pacientes con un estado de salud muy malo).

P-valor = 0,007	Muy	bueno	Вι	ieno	ľ	Malo	Mu	y Malo	Total
1 - valor = 0,007	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	435	21,90%	1360	68,48%	163	8,21%	28	1,41%	1986
ALGO	162	26,13%	410	66,13%	44	7,10%	4	0,65%	620
POCO	42	17,72%	169	71,31%	21	8,86%	5	2,11%	237
NADA	20	21,51%	57	61,29%	16	17,20%	0	0,00%	93
TOTAL	659		1996		244		37		2936

Tabla 32 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico lo derivará al especialista en el caso de precisarlo

- Los pacientes con un estado de salud malo desconfiaban más en que el médico les recetara los tratamientos o diagnósticos más eficientes sin tener en cuenta el precio de los mismos. Los resultados obtenidos van en la misma línea que los resultados anteriores.

P-valor = 0,026	Muy	bueno	В	ieno	ľ	Malo	Mu	y Malo	Total
1 - valor = 0,020	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	383	22,73%	1135	67,36%	143	8,49%	24	1,42%	1685
ALGO	171	22,18%	546	70,82%	50	6,49%	4	0,52%	771
POCO	67	20,94%	221	69,06%	25	7,81%	7	2,19%	320
NADA	31	24,22%	76	59,38%	19	14,84%	2	1,56%	128
TOTAL	652		1978		237		37		2904

Tabla 33 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico recetaría los tratamientos y diagnósticos sin tener en cuenta los costes de los mismos

- Según las respuestas computadas a la pregunta sobre el grado de confianza en que el médico le daría la mejor atención sanitaria, se observó que los pacientes con un estado de salud malo, tenían mayor grado de desconfianza hacia el médico.

P-valor = 0,002	Muy bueno		В	ieno	ľ	Malo	Mu	y Malo	Total
1 - vaior = 0,002	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	433	22,42%	1308	67,74%	161	8,34%	29	1,50%	1931
ALGO	171	23,68%	503	69,67%	42	5,82%	6	0,83%	722
POCO	39	17,49%	152	68,16%	29	13,00%	3	1,35%	223
NADA	17	23,94%	40	56,34%	13	18,31%	1	1,41%	71
TOTAL	660		2003		245		39		2947

Tabla 34 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico daría la mejor asistencia posible

- De forma parecida se contestó a la pregunta sobre la confianza que el encuestado tiene en que el médico tiene la mejor formación posible.

	Muy	bueno	В	ieno	ľ	Malo	Mu	y Malo	Total
P-valor = 0,015	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	458	23,57%	1291	66,44%	163	8,39%	31	1,60%	1943
ALGO	147	20,56%	519	72,59%	44	6,15%	5	0,70%	715
POCO	34	20,61%	109	66,06%	19	11,52%	3	1,82%	165
NADA	13	23,64%	33	60,00%	9	16,36%	0	0,00%	55
TOTAL	652		1952		235		39		2878

Tabla 35 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico tiene la mejor formación

- No se observaron diferencias significativas ante la confianza en que el médico sabía comunicarse de forma adecuada con el encuestado según los diferentes grados de salud.
- Tampoco se detectaron diferencias significativas entre las respuestas dadas a la pregunta de la confianza que tenían en que el médico les sabía escuchar.
- A la pregunta de si confiaban que los médicos tenían tiempo para atenderlos, los pacientes con un estado de salud malo mostraron su desconfianza. En este caso los pacientes con un estado de salud muy bueno también contestaron en mayor proporción a la esperada que no confiaban nada.

	Muy	bueno	Вι	ieno	ľ	Malo	Mu	y Malo	Total
P-valor = 0,001	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	317	22,64%	928	66,29%	134	9,57%	21	1,50%	1400
ALGO	163	20,55%	575	72,51%	49	6,18%	6	0,76%	793
POCO	136	22,90%	409	68,86%	40	6,73%	9	1,52%	594
NADA	43	27,22%	90	56,96%	23	14,56%	2	1,27%	158
TOTAL	659		2002		246		38		2945

Tabla 36 Distribución del estado de salud según la confianza en que el médico tiene tiempo para escucharles

- La siguiente pregunta le planteaba al paciente si confiaba en que el médico de cabecera le respetaba. No se detectaron diferencias significativas según el estado de salud.

Como resumen del análisis de las preguntas referentes a la confianza hacia el médico podemos decir que los pacientes con un estado de salud inferior, tendían a desconfiar de las actuaciones del facultativo.

- La siguiente pregunta que se realizó fue el nivel de confianza hacia el médico de cabecera. Se observó que no existían diferencias de respuesta según el estado de salud.
- A la pregunta de si conocían el nombre del médico de cabecera, tanto los pacientes que registraron un estado de salud bueno, malo o muy malo contribuyeron más a la categoría de *sí lo conoce* que a la que no. Aunque fueron los pacientes con un estado de salud muy malo o malo, los que contribuyeron más a las diferencias. Por ejemplo mientras que sólo el 0.34% de los pacientes que indicaron no conocerlo eran pacientes con un estado de salud muy malo, el 1.55% (4.56 veces más) indicó que sí lo conocía.

	Muy	bueno	Вι	ieno	Malo		Mu	y Malo	Total
P-valor = 0	N	%	N	%	N	%	N	%	N
SI LO SE	496	20,73%	1639	68,49%	221	9,24%	37	1,55%	2393
NO LO SE	177	29,85%	389	65,60%	25	4,22%	2	0,34%	593
TOTAL	673		2028		246		39		2986

Tabla 37 Distribución del estado de salud según el nombre del médico de cabecera

 No se detectaron diferencias significativas entre los pacientes según fuera su estado de salud a las preguntas de si conocían el nombre del consejero de sanidad de su comunidad autónoma o el de la ministra de sanidad. En ambos casos mayoritariamente se respondió negativamente.

- A la pregunta sobre si los pacientes consideraban importante la calidad de la asistencia sanitaria a la hora de escoger un centro sanitario u otro, tanto pacientes con un estado de salud positivo, como pacientes con un estado de salud negativo respondieron de forma homogénea que lo consideraban muy importante.
- La siguiente pregunta, cuestionaba la importancia que los pacientes daban a que los servicios y equipamientos estuvieran avanzados tecnológicamente. En este caso se observó que los pacientes con un estado de salud malo daban menos importancia a este hecho que los pacientes con un estado de salud bueno, muy bueno e incluso muy malo. Se observó que mientras que en el grupo de los que contestaron **muy importante** sólo había un 7.55% de pacientes que indicaban un estado de salud malo, en la categoría de **nada importante** había un 18.37% (2.43 veces más).

P-valor = 0,047	Muy	bueno	Bueno)	Malo		Muy Malo		Total
1 valor = 0,047	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUY IMPORTANTE	579	22,89%	1726	68,25%	191	7,55%	33	1,30%	2529
ALGO IMPORTANTE	83	21,73%	252	65,97%	41	10,73%	6	1,57%	382
NADA IMPORTANTE	8	16,33%	32	65,31%	9	18,37%	0	0,00%	49
TOTAL	670		2010		241		6		2960

Tabla 38 Distribución del estado de salud según la importancia en que los centros estén avanzados tecnológicamente

- A la pregunta de si los pacientes consideraban importante la ubicación o la localización de los hospitales, no se observaron diferencias según la variable de interés.
- Tampoco se detectaron diferencias en las respuestas según el estado de salud a la pregunta de cómo consideraban de importante el tiempo entre que se pedía una visita y el médico los recibía.

- No obstante, sí se detectaron diferencias en lo importante que consideraban el tiempo que duraba la consulta. Se detectó que los pacientes con un estado de salud malo o muy malo consideraban más importante que el resto de pacientes el tiempo dedicado a la visita. Así se observó, por ejemplo, que ningún paciente con un estado de salud muy malo registrara o bien que no le importaba o que le importaba algo, registrando todos que consideraban que el tiempo de la consulta era muy importante. Efecto parecido ocurrió en los pacientes con un estado de salud malo; en mayor proporción se localizaban en las categorías que daban mucha importancia al ítem.

P-valor = 0,032	Muy	bueno	В	ieno	N	lalo	Mu	y Malo	Total
7 74101 - 0,002	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUY IMPORTANTE	540	21,98%	1674	68,13%	204	8,30%	39	1,59%	2457
ALGO IMPORTANTE	121	25,42%	314	65,97%	41	8,61%	0	0,00%	476
NADA IMPORTANTE	12	23,08%	39	75,00%	1	1,92%	0	0,00%	52
TOTAL	673		2027		246		0		2985

Tabla 39 Distribución del estado de salud según la importancia al tiempo que dura la visita

- En la siguiente pregunta, se cuestionaba la importancia de una relación de confianza con el médico. En este caso aunque no se detectaron diferencias significativas entre los pacientes según su estado de salud, se observó que la mayoría de los pacientes consideraron la confianza con el médico como muy importante.
- A la pregunta sobre si consideraban que podían acceder a un especialista sin tener que esperar mucho tiempo en las listas de espera se confirmó que no existían patrones de respuestas diferentes entre los distintos grupos de pacientes según su estado de salud.
- Tampoco se detectaron diferencias significativas entre los pacientes a la pregunta de si consideraban que tenían acceso a la tecnología sanitaria más moderna.

- Se detectó que los pacientes con un estado de salud considerado muy bueno tenían contratado un seguro privado en mayor frecuencia que los que consideraban que su salud era inferior.

P-valor = 0	P-valor = 0 Muy bueno		Вι	ieno	N	lalo	Mu	y Malo	Total
Tuioi – o	N	%	N	%	N	%	N	%	N
SI	211	26,11%	551	68,19%	38	4,70%	8	0,99%	808
NO	461	21,21%	1474	67,83%	207	9,53%	31	1,43%	2173
TOTAL	672		2025		245		39		2981

Tabla 40 Distribución del estado de salud según la contratación de un seguro sanitario privado

- A la pregunta de si los encuestados creían que había demasiados médicos en su municipio, se detectaron diferencias significativas según el estado de salud del paciente. En este punto debemos recordar que anteriormente se habían ubicado los pacientes con un estado de salud malo en municipios pequeños (entre 1.000 y 5.000 habitantes). Entre el grupo de pacientes que consideraron que habían demasiados médicos (n = 70), el 12.86% eran pacientes que consideraban su salud mala, no obstante entre el grupo de pacientes que consideraron que habían muy pocos médicos (n = 1601), existía un 9.37% (1.37 veces menos), por lo tanto los pacientes con un estado de salud malo tendían a registrar que había demasiados médico. En la categoría de pacientes que consideraron que había más o menos la cantidad adecuada, sólo había un 6.19% de representación de pacientes con un estado de salud malo.

	Muy	/ bueno	В	ueno	N	lalo	Mu	Total	
P-valor = 0,001	N	%	N	%	N	%	N	%	N
DEMASIADOS MEDICOS	14	20,00%	46	65,71%	9	12,86%	1	1,43%	70
MUY POCOS MEDICOS	351	21,92%	1072	66,96%	150	9,37%	28	1,75%	1601
MAS O MENOS LA CANTIDAD ADECUADA	281	23,18%	851	70,21%	75	6,19%	5	0,41%	1212
TOTAL	646		1969		234		34		2883

Tabla 41 Distribución del estado de salud según si había pocos médicos

- No se detectaron diferencias significativas en las respuestas indicadas entre los diferentes grupos de pacientes a la pregunta de si creían que el gobierno hacía bien su trabajo, tampoco se detectaron diferencias cuando se juzgaban las compañías de aviación. Este no fue el caso de los hospitales públicos, donde se detectó que los pacientes con un estado de salud malo, muy malo o muy bueno eran más críticos con su trabajo que los pacientes con un estado de salud bueno.

P-valor = 0,034	Muy	bueno	Вι	ieno	Malo		Muy Malo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
BIEN	506	22,29%	1568	69,07%	169	7,44%	27	1,19%	2270
MAL	138	24,00%	367	63,83%	61	10,61%	9	1,57%	575
TOTAL	644		1935		230		36		2845

Tabla 42 Distribución del estado de salud según la confianza en que los hospitales públicos hacían bien su trabajo

- En el caso de las compañías farmacéuticas también se detectaron diferencias pero en esta ocasión el grupo de pacientes con un estado de salud muy bueno, no apoyó el trabajo de las farmacéuticas. En este caso sólo los pacientes con un estado de salud malo o muy malo, consideraron en mayor frecuencia que los otros grupos que las compañías farmacéuticas realizaban bien su trabajo.

P-valor = 0,028	Muy	bueno	Bueno		M	lalo	Mu	Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
BIEN	446	22,14%	1361	67,58%	177	8,79%	30	1,49%	2014
MAL	167	25,19%	452	68,17%	38	5,73%	6	0,90%	663
TOTAL	613		1813		215		36		2677

Tabla 43 Distribución del estado de salud según la confianza en que las compañías farmacéuticas hacían bien su trabajo

Tanto pacientes con un estado de salud muy bueno, como pacientes con un estado de salud malo, consideraron que los bancos hacían bien su trabajo en mayor magnitud que los pacientes con un estado de salud bueno o muy malo.

P-valor = 0,018	Muy	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy Malo		
1 valor = 0,010	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
BIEN	375	24,15%	1030	66,32%	135	8,69%	13	0,84%	1553	
MAL	268	21,79%	857	69,67%	84	6,83%	21	1,71%	1230	
TOTAL	643		1887		219		34		2783	

Tabla 44 Distribución del estado de salud según la confianza en que los bancos hacían bien su trabajo

- No se detectaron respuestas diferentes en cuento al trabajo de la RENFE, las universidades y los medios de comunicación en función del estado de salud que percibía el propio paciente.
- Sí se detectaron diferencias en el caso de valorar el trabajo de los centros de salud o de atención primaria. En este caso, al igual que en el caso de los hospitales públicos, se contrastó que tanto los pacientes con un estado de salud muy bueno y los que tenían un estado de salud malo o muy malo eran más críticos respecto al trabajo de los centros.

P-valor = 0,014	Muy	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy Malo		
7 74101 = 0,014	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
BIEN	508	21,92%	1612	69,54%	171	7,38%	27	1,16%	2318	
MAL	134	25,14%	335	62,85%	56	10,51%	8	1,50%	533	
TOTAL	642		1947		227		35		2851	

Tabla 45 Distribución del estado de salud según la confianza en que los centros de salud hacían bien su trabajo

- Finalmente tampoco se detectaron respuestas diferentes entre los grupos de pacientes en cuanto al trabajo desarrollado por las compañías telefónicas.
- Cambiando el enfoque de las preguntas a los pacientes se les preguntó si el gobierno sería capaz de corregir un problema de calidad o seguridad de alguno de sus productos si fuera necesario. En esta pregunta se detectaron diferencias entre los grupos según su estado de salud. Se detectó que el grupo de los pacientes con un estado de salud bueno, confiaba en mayor frecuencia en que el gobierno sería capaz de corregir el problema, en cambio los grupos de pacientes con un estado de salud muy bueno, malo o muy malo desconfiaban en mayor magnitud.

	Muy	Muy bueno		ueno	M	alo	Mu	y Malo	Total
P-valor = 0,017	N	%	N	%	N	%	N	%	N
SI	361	21,89%	1153	69,92%	117	7,10%	18	1,09%	1649
NO	272	25,35%	690	64,31%	93	8,67%	18	1,68%	1073
TOTAL	633		1843		210		36		2722

Tabla 46 Distribución del estado de salud según la confianza en que el gobierno sabría soluciona un problema de calidad o seguridad

- También se detectaron diferencias cuando el organismo cuestionado eran las compañías de aviación (cuando se cuestionaba su trabajo no se detectaron diferencias). En este caso se observó que tanto los pacientes con un estado de salud muy bueno, como los que tenían un estado de salud muy malo consideraban en mayor magnitud que las compañías aéreas no eran capaces de resolver sus problemas de calidad o seguridad.

P-valor = 0,022	Muy	bueno	Bu	ieno	Malo		Mu	Total	
1 valor = 0,022	N	%	N	%	N	%	N	%	N
SI	408	22,64%	1258	69,81%	119	6,60%	17	0,94%	1802
NO	174	25,04%	452	65,04%	54	7,77%	15	2,16%	695
TOTAL	582		1710		173		32		2497

Tabla 47 Distribución del estado de salud según la confianza en que las compañías de aviación sabrían soluciona un problema de calidad o seguridad

- A la misma pregunta, pero cuestionando los hospitales públicos, se detectaron diferencias entre los pacientes con una salud buena y los que registraban un salud mala o muy mala. Concretamente en el caso de los pacientes con una salud muy mala, por cada paciente que registraba que serían capaces de solucionarlo, existían 2.84 pacientes que consideraban que no eran capaces. Por lo tanto los pacintes con un percepción inferior de la salud tendían a creer que no serían capaces.

P-valor = 0,008	Muy	bueno	Bu	Bueno		Malo		Muy Malo		
1 (4.5) = 5,555	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
SI	537	22,38%	1647	68,65%	190	7,92%	25	1,04%	2399	
NO	102	23,18%	285	64,77%	40	9,09%	13	2,95%	440	
TOTAL	639		1932		230		38		2839	

Tabla 48 Distribución del estado de salud según la confianza en que los hospitales públicos sabrían soluciona un problema de calidad o seguridad

- Todos los pacientes respondían de forma parecida (sí serían capaces) cuando se les preguntaba si las compañías farmacéuticas serían capaces de corregir sus errores de seguridad o de calidad de sus productos. Lo mismo sucedió cuando eran los bancos los cuestionados o la RENFE.
- En el caso de las universidades se observaron diferencias significativas en las respuestas. Mientras que el grupo de pacientes con un estado de salud bueno consideraba con mayor frecuencia que las universidades serían capaces de solucionar los problemas, los pacientes con un estado de salud muy bueno o muy malo consideraban que no serían capaces en mayor magnitud.

P-valor = 0,001	Muy	bueno	Bu	Bueno		Malo		Muy Malo		
1 (416) = 0,001	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
SI	473	22,53%	1459	69,51%	150	7,15%	17	0,81%	2099	
NO	130	27,54%	294	62,29%	37	7,84%	11	2,33%	472	
TOTAL	603		1753		187		28		2571	

Tabla 49 Distribución del estado de salud según la confianza en que las universidades sabrían soluciona un problema de calidad o seguridad

- No se consideraron diferencias significativas en cuanto a las aptitudes de los medios de comunicación para resolver algún problema de calidad o de seguridad en alguno de sus productos, tampoco se detectaron en cuanto a los centros de salud o atención sanitaria, ni en las compañías telefónicas.
- En este punto de la encuesta, se preguntó si las enfermeras hacían su trabajo de forma responsable. En este caso se detectaron diferencias significativas entre los pacientes teniendo en cuenta su estado de salud. Los pacientes con una salud mala o muy mala indicaron en mayor proporción de la que se esperaba que los pacientes con una salud buena o muy buena que las enfermeras no hacían su trabajo de forma responsable.

P-valor = 0,006	Muy	bueno	Bueno		Malo		Mu	Total	
1 - vaior = 0,000	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	424	23,85%	1183	66,54%	146	8,21%	25	1,41%	1778
ALGO	220	21,05%	741	70,91%	74	7,08%	10	0,96%	1045
NADA	20	20,20%	60	60,61%	16	16,16%	3	3,03%	99
TOTAL	664		1984		236		38		2922

Tabla 50 Distribución del estado de salud según la confianza en que las enfermeras hacían el trabajo de forma responsable

- Se detectó que no existían diferencias entre pacientes según el estado de salud a las respuestas aportadas a la pregunta sobre si los médicos de cabecera estaban realizando de forma responsable su trabajo.
- Sí se detectaron tales diferencias cuando el profesional valorado era un dentista. Los pacientes con un estado de salud malo o muy malo creían en mayor frecuencia respecto a los pacientes con un estado de salud bueno o muy bueno que los dentistas hacían su trabajo de forma no responsable.

P-valor = 0	Muy	bueno	Bu	ieno	N	lalo	Mu	Total	
1 14101 = 0	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	279	22,06%	871	68,85%	101	7,98%	14	1,11%	1265
ALGO	261	23,97%	752	69,05%	66	6,06%	10	0,92%	1089
NADA	86	20,82%	264	63,92%	54	13,08%	9	2,18%	413
TOTAL	626		1887		221		33		2767

Tabla 51 Distribución del estado de salud según la confianza en que los dentistas hacían el trabajo de forma responsable

- Se detectaron diferencias entre los pacientes según su estado de salud en relación a la responsabilidad de los farmacéuticos. Mientras que los pacientes con un estado de salud muy bueno creían en mayor proporción que los farmacéuticos no son responsables en su trabajo, los pacientes con una salud mala consideran que sí lo son.

P-valor = 0,008	Muy	bueno	Bu	Bueno		Malo		Muy Malo		
1 74101 = 0,000	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
MUCHO	386	22,76%	1120	66,04%	165	9,73%	25	1,47%	1696	
ALGO	231	21,81%	753	71,10%	67	6,33%	8	0,76%	1059	
NADA	40	26,14%	101	66,01%	9	5,88%	3	1,96%	153	
TOTAL	657		1974		241		36		2908	

Tabla 52 Distribución del estado de salud según la confianza en que los farmacéuticos hacían el trabajo de forma responsable

- Se detectaron respuestas diferentes cuando se cuestionaba sobre los médicos de los hospitales públicos. Entre los pacientes que contestaron que creían que eran muy responsables, existían un 8.32% de pacientes con un estado de salud malo y un 1.30% con un estado de salud muy malo. Cuando nos fijábamos en los pacientes que consideraron que los médicos de hospital hacían su trabajo de forma no responsable, el porcentaje de pacientes con una salud mala aumentaba hasta el 18.60% (2.2 veces más) y el porcentaje de los que se consideraban muy mal aumentó hasta el 2.33% (1.8 veces más).

P-valor = 0,004	Muy	bueno	Bu	ieno	Malo Muy I			y Malo	Total
1 - valor = 0,004	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	407	24,01%	1125	66,37%	141	8,32%	22	1,30%	1695
ALGO	239	20,93%	804	70,40%	85	7,44%	14	1,23%	1142
NADA	14	16,28%	54	62,79%	16	18,60%	2	2,33%	86
TOTAL	660		1983		242		38		2923

Tabla 53 Distribución del estado de salud según la confianza en que los médicos de hospital público hacían el trabajo de forma responsable

- Tal y como sucedió en la pregunta referente a los farmacéuticos, cuando se cuestionaba la responsabilidad de las compañías farmacéuticas se detectaron diferencias entre los pacientes con un estado de salud muy bueno y los que tenían un estado de salud malo. Los primeros consideraron en mayor proporción a la esperada que las compañías farmacéuticas realizaban su trabajo de forma no responsable, mientras que en el caso de los pacientes con un estado de salud malo consideraban en mayor magnitud que el trabajo de este colectivo estaba realizado de forma responsable.

P-valor = 0	Muy	/ bueno	Bu	ieno	N	lalo	Mu	Total	
i valor – v	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	268	22,89%	763	65,16%	125	10,67%	15	1,28%	1171
ALGO	274	22,33%	871	70,99%	69	5,62%	13	1,06%	1227
NADA	100	27,03%	237	64,05%	26	7,03%	7	1,89%	370
TOTAL	642		1871		220		35		2768

Tabla 54 Distribución del estado de salud según la confianza en que las compañías farmacéuticas hacían el trabajo de forma responsable

- Se detectaron diferencias significativas cuando se contrastó las respuestas según la opinión del trabajo realizado por el gobierno de la comunidad autónoma. Se observó nuevamente que los pacientes con un estado de salud malo o muy malo consideraban en mayor magnitud, respecto de los pacientes con un estado bueno o muy bueno, que el gobierno de la comunidad autónoma no hacía de forma responsable su trabajo.

P-valor = 0,017	Muy	/ bueno	Bu	ieno	Malo			y Malo	Total
7 74101 = 0,017	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	198	24,38%	547	67,36%	58	7,14%	9	1,11%	812
ALGO	318	22,67%	976	69,57%	95	6,77%	14	1,00%	1403
NADA	135	21,46%	414	65,82%	67	10,65%	13	2,07%	629
TOTAL	651		1937		220		36		2844

Tabla 55 Distribución del estado de salud según la confianza en que el gobierno autonómico hacía el trabajo de forma responsable

- A la pregunta de si consideraban que el gobierno español estaba haciendo de forma responsable su trabajo, se detectaron diferencias entre los pacientes según su estado de salud. En este caso, los pacientes con un estado de salud malo indicaron en mayor proporción de la que se esperaba que el gobierno español no realizaba de forma responsable su trabajo.

P-valor = 0,016	Muy	bueno	Bu	ieno	Malo Muy			y Malo	alo Total	
1 - vaior = 0,010	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
MUCHO	165	23,67%	468	67,14%	56	8,03%	8	1,15%	697	
ALGO	335	23,02%	1012	69,55%	94	6,46%	14	0,96%	1455	
NADA	152	21,75%	459	65,67%	76	10,87%	12	1,72%	699	
TOTAL	652		1939		226		34		2851	

Tabla 56 Distribución del estado de salud según la confianza en que el gobierno central hacía el trabajo de forma responsable

- Los pacientes con un estado de salud malo o muy malo consideraban que las mutuas hacían su trabajo de forma irresponsable en contra de lo que registraban los pacientes con un estado de salud muy bueno. En este punto debemos recordar que los pacientes con estados de salud buenos o muy buenos tenían contratados servicios privados de sanidad en mayor frecuencia que los pacientes que tenían una salud mala o muy mala.

P-valor = 0	Muy	bueno	В	ieno	ľ	Malo	Mu	Total	
1 14.61 – 5	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	232	27,99%	531	64,05%	60	7,24%	6	0,72%	829
ALGO	252	21,80%	820	70,93%	73	6,31%	11	0,95%	1156
NADA	79	19,36%	278	68,14%	43	10,54%	8	1,96%	408
TOTAL	563		1629		176		25		2393

Tabla 57 Distribución del estado de salud según la confianza en que las mutuas hacían el trabajo de forma responsable

- A la pregunta sobre si los periodistas procuraban hacer el bien a la sociedad, se detectaron diferencias significativas. Mientras todos los grupos de pacientes tenían unas respuestas más o menos homogéneas, el grupo de pacientes con un estado de salud muy malo indicó que los periodistas no intentaban hacer ningún bien a la sociedad.

P-valor = 0,001	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy Malo		Total
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	157	22,36%	471	67,09%	68	9,69%	6	0,85%	702
ALGO	364	23,62%	1058	68,66%	108	7,01%	11	0,71%	1541
NADA	135	21,77%	422	68,06%	46	7,42%	17	2,74%	620
TOTAL	656		1951		222		34		2863

Tabla 58 Distribución del estado de salud según la confianza en que los periodistas procuraban hacer el bien a la sociedad

- En el caso de los políticos también se detectaron diferencias entre los distintos grupos de pacientes. Los pacientes con un estado de salud malo o muy malo eran más críticos con el trabajo de los políticos y registraron en mayor medida que los políticos no intentaban hacer el bien para la sociedad.

P-valor = 0,01	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy Malo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	77	23,12%	225	67,57%	28	8,41%	3	0,90%	333
ALGO	341	23,10%	1030	69,78%	91	6,17%	14	0,95%	1476
NADA	240	22,24%	713	66,08%	106	9,82%	20	1,85%	1079
TOTAL	658		1968		225		37		2888

Tabla 59 Distribución del estado de salud según la confianza en que los políticos procuraban hacer el bien a la sociedad

- No influenció el estado de salud en las respuestas referentes a si los médicos de atención primaria o de cabecera procuraban hacer el bien en la sociedad. Los cuatro grupos contestaron de forma homogénea a la pregunta.
- El mismo resultado se contrastó para los médicos de hospitales públicos.
- No fue el caso de los abogados, donde los pacientes con un estado de salud inferior registraban en mayor magnitud que éstos no procuraban hacer el bien a la sociedad. En este caso se detectó que la diferencia no era tanta entre los pacientes que indicaban que confiaban mucho o nada sino entre los pacientes que indicaban que confiaban algo. En este caso los pacientes no tenían una posición media, sino que eran algo extremistas o pensaban que no procuraban hacer el bien a la sociedad o que sí lo intentaban hacer, mientras que en los otros casos existía una gradación. En el caso de los pacientes con un estado de salud muy malo tenían la convicción que los abogados no procuraban el bien para la sociedad.

P-valor = 0,005	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy Malo		Total
7 74101 = 0,000	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	146	24,96%	385	65,81%	49	8,38%	5	0,85%	585
ALGO	326	23,15%	984	69,89%	89	6,32%	9	0,64%	1408
NADA	155	21,74%	477	66,90%	66	9,26%	15	2,10%	713

Tabla 60 Distribución del estado de salud según la confianza en que los abogados procuraban hacer el bien a la sociedad

- En el caso de los economistas también se detectaron diferencias significativas entre las respuestas reportadas por los pacientes según su estado de salud. Se detectó que los pacientes con un estado de salud muy bueno confiaban en mayor frecuencia, respecto a los pacientes con un estado de salud malo o muy malo, en que los economistas procuran hacer el bien a la sociedad.

P-valor = 0	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy Malo		Total
i valor – o	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	158	26,73%	386	65,31%	41	6,94%	6	1,02%	591
ALGO	338	23,85%	984	69,44%	87	6,14%	8	0,56%	1417
NADA	109	18,47%	404	68,47%	63	10,68%	14	2,37%	590
TOTAL	605		1774		191		28		2598

Tabla 61 Distribución del estado de salud según la confianza en que los economistas procuraban hacer el bien a la sociedad

- En el caso de los profesores de educación primaria o bachillerato sucedió una situación que se vino repitiendo continuamente. En este caso como en los anteriores se detectaron diferencias significativas entre los pacientes con un estado de salud malo o muy malo y los

pacientes con un estado de salud bueno. Los pacientes con un estado de salud inferior, confiaban menos en que este colectivo procurara el bien para la sociedad. En este caso concreto se debe mencionar que el grupo de pacientes con un estado de salud muy bueno estaba posicionado a favor o en contra y en el caso intermedio (*alguna confianza*) tenía una proporción de efectivos inferior a la esperada.

P-valor = 0,001	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy Malo		Total
7 (4.6) = 0,001	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	384	25,57%	985	65,58%	116	7,72%	17	1,13%	1502
ALGO	218	19,33%	816	72,34%	80	7,09%	14	1,24%	1128
NADA	47	25,13%	115	61,50%	21	11,23%	4	2,14%	187
TOTAL	649		1916		217		35		2817

Tabla 62 Distribución del estado de salud según la confianza en que los profesores de primaria y bachillerato procuraban hacer el bien a la sociedad

- El mismo comentario anterior funcionaria en el caso de los profesores universitarios. Existía una creencia por parte de los pacientes con una salud mala o muy mala de que los profesores universitarios no procuraban el bien a la sociedad y que el grupo de pacientes con un grado de salud muy bueno estaba bien posicionado en las creencias extremas.

P-valor = 0,007	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy Malo		Total
1 - vaior = 0,007	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	353	26,11%	887	65,61%	97	7,17%	15	1,11%	1352
ALGO	234	19,98%	843	71,99%	84	7,17%	10	0,85%	1171
NADA	44	24,58%	114	63,69%	19	10,61%	2	1,12%	179
TOTAL	631		1844		200		27		2702

Tabla 63 Distribución del estado de salud según la confianza en que los profesores universitarios procuraban hacer el bien a la sociedad

- Se detectaron diferencias significativas en la opinión de los pacientes sobre si los científicos procuran hacer el bien para la sociedad. En este caso se detectó que los pacientes que consideraban que su salud era muy buena también consideraban que los científicos procuraban hacer el bien para la sociedad en mayor frecuencia de la esperada. En contra, los pacientes con un estado de salud malo o muy malo consideraban que éstos no procuraban el bien para la sociedad.

P-valor = 0	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy Malo		Total
i valor – o	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MUCHO	499	24,76%	1356	67,30%	137	6,80%	23	1,14%	2015
ALGO	133	18,81%	498	70,44%	68	9,62%	8	1,13%	707
NADA	15	16,67%	59	65,56%	12	13,33%	4	4,44%	90
TOTAL	647		1913		217		35		2812

Tabla 64 Distribución del estado de salud según la confianza en que los científicos procuraban hacer el bien a la sociedad

- A la pregunta si los pacientes conocían los derechos del paciente se detectaron diferencias según el grupo al que perteneciese. En este caso aunque se detectó que los pacientes con una salud considerada mala no conocían en la proporción esperada tales derechos, los pacientes con un estado de salud muy malo sí los conocían.

P-valor = 0,035	Muy bueno		Bueno		Malo		Muy Malo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
SI	361	22,41%	1108	68,78%	115	7,14%	27	1,68%	1611
NO	304	23,01%	880	66,62%	125	9,46%	12	0,91%	1321
TOTAL	665		1988		240		39		2932

Tabla 65 Distribución del estado de salud según el conocimiento de los derecho del paciente

- No se detectaron diferencias entre los pacientes de los diferentes grupos en función del conocimiento que tuvieran sobre la carta de derechos de los pacientes.
- No se detectó diferencias entre la proporción de pacientes que procedían de comunidades españolas en comparación de los que procedían de provincias catalanas. Se consideró que existía la misma distribución de pacientes según su percepción de la salud en España y en Catalunya.

9.5. Modelo de regresión ordinal

Introducción

Se ajustó una regresión lineal ordinal a partir del conjunto de factores analizados en el apartado anterior, siendo la variable dependiente (la variable a explicar) el estado de salud autopercibido (respetando las cuatro categorías ordenadas).

La regresión ordinal construye un modelo que permite generar predicciones y evaluar el peso de cada uno de los factores teniendo en cuenta que la variable a predecir y explicar tiene una naturaleza categórica ordinal. En nuestro caso concreto el estado de salud autopercibido estaba registrado mediante una variable categórica (*muy bueno, bueno, malo y muy malo*) que está ordenado desde las categorías positivas a las negativas.

La regresión lineal habitual no es válida en el contexto que estamos analizando, pues no alcanza algunas de las hipótesis necesarias, como por ejemplo que la variable dependiente se distribuya según una distribución Normal independiente.

El objetivo de la regresión es conocer cuáles son los factores que explican mejor el estado de salud. A parte de identificar los factores, se puede valorar que parte del grado de salud depende de factores aleatorios o no recogidos en el cuestionario y el peso de cada uno de los factores.

La regresión ordinal, ajusta la frecuencia acumulada de cada una de las categorías. Uno de los objetivos de este tipo de regresión es la predicción. Sin tener en cuenta la herramienta y sin información a priori, la mejor predicción que podemos hacer es asignar la probabilidad de las frecuencias. Por ejemplo, si tuviéramos que clasificar un conjunto de 100 individuos, asignaríamos de forma aleatoria un 22.57% de ellos en el grupo de pacientes con un estado muy bueno, un 67.90% al grupo de pacientes bueno y así sucesivamente hasta asignar a cada uno de los pacientes en un grupo. En este punto se pretende encontrar un modelo que mejore este sistema de asignación aleatoria a partir del conocimiento de un conjunto de factores que nos explican el fenómeno a predecir.

	N	%	% acu.
MUY BUENO	675	22,57%	22,57%
BUENO	2031	67,90%	90,47%
MALO	246	8,22%	98,70%
MUY MALO	39	1,30%	100,00%
TOTAL	2991	100,00%	

Tabla 66 Distribución de la salud autopercibido

9.6. Métodos estadísticos

En este punto se anuncia brevemente el modelo que se ajusta. Si no se posee formación estadística o matemática, se podrá pasar al siguiente punto sin perder la globalidad del análisis.

Como se ha comentado en el punto anterior ajustaremos un modelo de regresión lineal ordinal. La ecuación matemática que ajustaremos es de la siguiente forma:

$$link(y_{ij}) = \theta_j - \left[\beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + ... + \beta_p x_{iJ}\right]$$

Donde,

- link (): Es la función que transforma las observaciones originales.
- y_{ij}: Es la probabilidad acumulada de la j-ésima categoría para el i-ésimo caso.
- θ_j : Es el umbral para la j-ésima categoría. Sólo afecta a la categoría que se está prediciendo.
- p: Es el número de coeficientes ajustados.
- X_{i1} ... X_{ip} : Son los valores de los predoctores para el i-ésimo caso. Los factores que contribuyen en el modelo.
- $\beta_1 \dots \beta_p$: Son los coeficientes de regresión. Los pesos de los factores

La función link utilizada en el ajuste fue la función probit.

En el ajuste del modelo, se introdujo inicialmente todas las variables que estaban relacionadas con el estado de salud a nivel univariante, todos los factores que dependían del estado de salud autopercibido. Por lo tanto se entraron inicialmente todos los factores que en el primer punto de este análisis habían obtenido un p-valor inferior a 0.05 en el contraste de independencia (Chi-cuadrado). Estas fueron las preguntas que los pacientes contestaron según el grado de salud autopercibido A continuación se listan:

- Tamaño del municipio
- Género
- Edad del paciente
- ¿En nuestro país, cree que la cantidad de dinero es suficiente?
- ¿Debería este dinero proceder del aumento de impuestos o por otras vías? En el caso de contestar afirmativamente la anterior pregunta.
- Conocimiento de cómo esta organizado y financiado el SNS.
- ¿Quien cree que financia el hospital público al que usted asistiría, en caso de necesidad?
- ¿Quién cree que financia el centro de atención primaria al que usted asistiría, en caso de necesidad?
- ¿Estaría de acuerdo en pagar 1€ por receta?
- ¿Estaría de acuerdo en pagar 2€ por visita médica?
- ¿Actualmente sufre alguna incapacidad o enfermedad crónica?
- En general, ¿Cuál es su grado de satisfacción con les servicios recibidos por usted o por su familia en el último año?
- ¿Cuánto le preocupa que no pueda tener la asistencia médica necesaria por no poder pagarla?
- ¿Cuánto le preocupa el tiempo que debe esperar para acceder a un médico?
- ¿Cuánto confía en que su médico de cabecera le informará de todas las pruebas diagnósticas y tratamientos disponibles?
- ¿Cuánto confía en que su médico de cabecera la enviará a la consulta del especialista en caso de necesitarlo?
- ¿Cuánto confía en que su médico de cabecera la recetará todos las pruebas diagnósticas o tratamientos que usted necesite sin tener en cuenta el coste de los mismos?
- ¿Cuánto confía en que su médico de cabecera le ofrecerá la mejor atención sanitaria posible?
- ¿Cuánto confía en que su médico de cabecera tiene la mejor preparación y conocimientos médicos?
- ¿Cuánto confía en que su médico de cabecera tiene tiempo para contestarle todas sus preguntas?
- ¿Conoce usted el nombre de su médico de cabecera?
- ¿Considera que es importante que los servicios y equipamientos estén avanzados tecnológicamente en el momento de escoger un hospital?
- ¿Considera que es importante el tiempo dedicado por el médico (tiempo que duró la visita) en el momento de escoger un hospital?
- ¿Tiene usted contratado algún seguro sanitario privado o pertenece a alguna mutua de seguro sanitario?
- En su población, ¿cree que hay demasiados médicos, pocos médicos o más o menos la cantidad adecuada de médicos?
- ¿Cree que el gobierno hace bien su trabajo?
- ¿Cree que las compañías farmacéuticas hacen bien su trabajo?

- ¿Cree que los bancos hacen bien su trabajo?
- ¿Cree que los centros de salud o atención primaria públicos hacen bien su trabajo?
- Si el gobierno tiene un problema en la calidad o seguridad de alguno de sus productos o servicios, ¿confía usted en que tomarán la decisión correcta para corregirlo?
- Si las compañías de aviación tienen un problema en la calidad o seguridad de alguno de sus productos o servicios, ¿confía usted en que tomarán la decisión correcta para corregirlo?
- Si los hospitales públicos tiene un problema en la calidad o seguridad de alguno de sus productos o servicios, ¿confía usted en que tomarán la decisión correcta para corregirlo?
- Si las universidades tiene un problema en la calidad o seguridad de alguno de sus productos o servicios, ¿confía usted en que tomarán la decisión correcta para corregirlo?
- ¿Cuánto confía usted que las enfermeras están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?
- ¿Cuánto confía usted que los dentistas están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?
- ¿Cuánto confía usted que los farmacéuticos están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?
- ¿Cuánto confía usted que los médicos de hospitales públicos están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?
- ¿Cuánto confía usted que las enfermeras están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?
- ¿Cuánto confía usted que las compañías farmacéuticas están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?
- ¿Cuánto confía usted que el gobierno de su comunidad autónoma está haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?
- ¿Cuánto confía usted que el gobierno español está haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?
- ¿Cuánto confía usted que las mutuas o compañías privadas de seguros médicos están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?
- ¿Cuánto confía usted en que los periodistas procuran hacer el bien a la sociedad?
- ¿Cuánto confía usted en que los políticos procuran hacer el bien a la sociedad?
- ¿Cuánto confía usted en que los abogados procuran hacer el bien a la sociedad?
- ¿Cuánto confía usted en que los economistas procuran hacer el bien a la sociedad?
- ¿Cuánto confía usted en que los profesores de educación básica y bachillerato procuran hacer el bien a la sociedad?

- ¿Cuánto confía usted en que los profesores de universidades procuran hacer el bien a la sociedad?
- ¿Cuánto confía usted en que los científicos procuran hacer el bien a la sociedad?
- ¿Sabe cual son sus derechos como paciente?
- ¿Procede de alguna provincia catalana o de otras provincias españolas?

Para encontrar el mejor modelo se partió del modelo con todos los factores previstos. En cada uno de los pasos se eliminó el factor que menos significación tenía con el estado de salud, hasta encontrar el modelo en que todos los factores tuvieran un coeficiente significativamente diferente de cero. El motivo de esta selección fue el hecho que muchos de los factores están explicados por otros factores previstos en el modelo. Era de espera, por ejemplo, que el tamaño del municipio estuviera confundido con la edad, pues es conocido que en municipios muy pequeños existe una importante muestra de población envejecida o que los pacientes que no confían en los farmacéuticos, tampoco lo hagan con los médicos, enfermeras, etc...

9.7. Ajuste del modelo

Una vez obtenido el mejor modelo se comparó con el modelo sin ningún factor predictivo. Por lo tanto se comparó el modelo con el modelo que haría predicciones aleatorias en función de la frecuencia obtenida. El resultado de esta comparación indicó que el modelo obtenido era significativamente mejor que el modelo sin ningún factor (p-valor < 0.001).

El resultado de los contrastes de bondad de ajuste indicaron que el modelo era consistente y por lo tanto que los valores que preveía eran muy similares a los valores utilizados para el ajuste (Chi-cuadrado de Pearson = 1380, p-valor = 0.807). Por lo tanto, el modelo preveía correctamente el estado de salud según los factores que entraron en el modelo.

La parte de variabilidad del estado de salud explicado por el modelo fue moderado (Cox and Snell = 17.4%).

Los coeficientes de los factores que resultaron significativos fueron contrastados mediante el contraste de Wald, resultando todos significativamente diferentes de cero (p-valor < 0.05). Los factores contrastados en el último modelo fueron los siguientes:

- Edad
- ¿Estaría de acuerdo en pagar 2€ por visita médica?
- ¿En la actualidad tiene alguna incapacidad, minusvalía o enfermedad crónica?
- ¿Cuánto le preocupa que no tenga la atención médica que necesita porque no puede pagarla?
- ¿Tiene usted contratado algún seguro privado o pertenece a alguna mutua de seguro sanitario?
- ¿Cuánto confía usted que los médicos de hospital público están haciendo el trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?
- ¿Cuánto confía usted en que los economistas procuran hacer el bien para la sociedad?

El resto de factores que no se introdujeron en el modelo, no contribuían significativamente en la explicación de la variabilidad del estado de salud, teniendo en cuenta los factores ya incorporados (no aportaban información que los factores previstos no hubieran aportado ya).

Interpretación de cada uno de los factores

La **edad** se asociaba positivamente a las categorías elevadas del estado de salud. Por lo tanto a mayor edad, más probable era la clasificación del paciente en un estado de salud negativo.

En el caso de **pagar impuestos** por la prestación de servicios sanitarios, concretamente la medida que proponía pagar 2€ por visita médica, se asociaba con las categorías más bajas de la variable de interés. Por lo tanto, un hipotético paciente que estuviera de acuerdo con la medida, tendría mayor probabilidad de tener un estado de salud bueno o muy bueno, que un paciente idéntico cuya única diferencia fuera que no estuviera de acuerdo con tal medida.

El hecho de sufrir alguna **minusvalía**, como era de esperar, era un factor que se asociaba fuertemente con las categorías que indicaban un estado de salud inferior. Concretamente en el caso de este factor, se observó que el coeficiente estimado era muy elevado (β=1.990). Esto significa que un paciente que indicaba sufrir una minusvalía, tenía muchas probabilidades de clasificarse en las categorías negativas, independientemente de los otros factores. Posteriormente se estudiarán los pesos de cada factor de forma individual.

La interpretación del factor que mide la **preocupación por no poder pagar los servicios** sanitarios nos indica que los pacientes que muestran algo o mucha preocupación son los

que tienen una salud inferior comparándolos con los que indican que no les preocupa nada. El hecho de declarar que le preocupa algo acerca más a los pacientes a estados de salud inferiores que los que declaran que les preocupa mucho, en contra de los que parece no se respeta el orden de las categorías.

Los pacientes que tienen **un seguro privado contratado**, en este modelo se clasifican en mayor frecuencia en categorías positivas de estado de salud. Por el contrario es más habitual que los pacientes que indican no tener ningún seguro contratado pertenezcan a categorías negativas de salud.

Como mayor es la confianza en que los **médicos de los hospitales públicos están haciendo su trabajo de forma responsable,** mayor es la probabilidad de pertenecer a estados de salud positivos. Los pacientes que confian mucho están más cerca de las categorías superiores, que los pacientes que indicaron alguna confianza o ninguna confianza. De la misma forma, los que indicaron alguna confianza tenían un estado de salud superior a los que indicaron que no confiaban con el trabajo de los médicos de hospitales públicos.

La misma interpretación era la de la confianza en que los **economistas procuraban hacer el** bien a la sociedad.

Es importante comentar que no se debe realizar una conclusión de cada uno de los factores independientemente de los otros, pues todos los factores están relacionados entre sí. Por ejemplo en los estudios descriptivos se ha observado que los pacientes de edades avanzadas, desconfían más en general que los pacientes jóvenes, por lo que un paciente de edad avanzada, en mayor frecuencia que un paciente joven indicará que desconfía del profesional.

De la misma forma que no debemos interpretar que los factores que entraron en el modelo final no se asocian con el estado de salud, sino que estos factores se asocian en menor medida que los factores que sí entraron.

Modelo de regresión añadiendo interacciones

Se contrastaron las interacciones de segundo orden, observándose que algunas de ellas aportaban información significativa. El hecho de incorporar las siguientes interacciones en el modelo, mejoró escasamente el modelo comentado anteriormente, en todo caso las describiremos con el objetivo de conocerlas mejor. Concretamente se contrastó que existía interacción en la respuesta entre los factores:

- a) Edad 2€ por receta.
- b) Edad Minusvalía.
- c) Preocupación por no poder pagar los servicios Economistas hacen el bien a la sociedad
- d) Tener seguro sanitario (mutua) Médicos de hospital hacen su trabajo de forma responsable.

A partir de este momento se consideró el modelo que incorporaba las interacciones.

	Coef.	STD	p-valor
Puntos de corte			-
Muy bueno	-1,55	0,23	0,000
Bueno	0,89	0,23	0,000
Malo	2,05	0,24	0,000
Muy malo**			
Interacción entre edad y 2€por visita			
[18 - 24] y de acuerdo	-1,36	0,17	0,000
[18 - 24] y desacuerdo	-0,95	0,12	0,000
[25 - 34] y de acuerdo	-0,97	0,13	0,000
[25 - 34] y desacuerdo	-0,83	0,11	0,000
[35 - 49] y de acuerdo	-0,62	0,11	0,000
[35 - 49] y desacuerdo	-0,39	0,10	0,000
[50 - 64] y de acuerdo	-0,34	0,13	0,007
[50 - 64] y desacuerdo	-0,10	0,11	n.s.
[65 y más] y de acuerdo	-0,20	0,13	n.s.
[65 y más] y desacuerdo**	,	•	
Interacción entre edad y minusvalía*			
[18 - 24] y minusvalía	1,45	0,39	0,000
[25 - 34] y minusvalía	1,03	0,22	0,000
[35 - 49] y minusvalía	1,02	0,14	0,000
[50 - 64] y minusvalía	0,93	0,14	0,000
[65 y más] y minusvalía	1,15	0,15	0,000
[65 y más] y sin minusvalía**	, -	-, -	.,
Interacción entre la preocupación de no te	ener asistencia	por no poder	pagarla y la
confianza en que los economistas hacer			
Muy preocupado y confía mucho	0,12	0,15	n.s.
Muy preocupado y confía algo	0,13	0,15	n.s.
Muy preocupado y confía nada	0,32	0,15	0,040
Algo preocupado y confía mucho	0,17	0,19	n.s.
Algo preocupado y confía algo	0,27	0,16	n.s.
Algo preocupado y confía nada	0,39	0,19	0,034
Nada preocupado y confía mucho	0,09	0,19	n.s.
Nada preocupado y confía algo	0,00	0,17	n.s.
Nada preocupado y confía nada**			
Interacción entre un seguro contratado y l	a confianza en	que los médic	cos de
hospital hacen el trabajo de forma respo	nsable		
Si tiene seguro y confía mucho	-0,66	0,19	0,000
Si tiene seguro y confía algo	-0,50	0,19	0,007
Si tiene seguro y confía nada	-0,46	0,31	n.s.
No tiene seguro y confía mucho	-0,54	0,18	0,003
No tiene seguro y confía algo	-0,42	0,18	0,019
No tiene seguro y confía nada**			
Procedencia			
Catalanes	-0,02	0,05	n.s.
Españoles**			
*: Para pacientes sin minusvalía no existía coefi	ciente puesto que	era redundante	

^{*:} Para pacientes sin minusvalía no existía coeficiente puesto que era redundante

Tabla 67 Coeficientes de la regresión ordinal con interacciones

^{**:} Categoría de referencia

A continuación se explican los efectos de las interacciones. No obstante, antes de iniciar este proceso, se describirá brevemente la interpretación de los coeficientes.

Como se observa en la tabla, los primeros coeficientes que nos encontramos son los puntos de corte. La categoría de referencia (*marcada con el símbolo* **) indica el tipo de paciente que debemos tener como base. En este caso se observa que como mejor es el estado del paciente, más negativo es el coeficiente. Por lo tanto, la interpretación de los coeficientes a de ser la siguiente:

Como más negativo sea el coeficiente, mayor es la probabilidad de clasificar al individuo en categorías positivas (buena salud) comparándolo con la categoría de referencia del factor explicativo.

Una vez comentado como se realiza la interpretación de los coeficientes, nos fijamos en la primera interacción (entre la edad y la propuesta de pagar 2€ por visita médica). En el momento de comentar el modelo sin interacciones habíamos explicado que tanto la edad como el hecho de no estar de acuerdo con la medida eran signos de salud negativa, en este caso no varía la interpretación. Pero sí entran algunos matices al interpretar los dos factores conjuntamente, su efecto es diferente según la combinación de estos dos factores.

El grupo de referencia fueron los pacientes de edad más avanzada y que mostraban desacuerdo, a partir de este momento se compararán todos los casos en referencia a este colectivo. Nos damos cuenta de que no existen diferencias entre los pacientes de referencia y los que tienen la misma edad y muestran su acuerdo en pagar los 2€. Tampoco se apreciaba diferencia para los que tienen una edad comprendida entre 50 y 64 años (no existía diferencias significativas, el coeficiente era estadísticamente igual a cero).

Sí se detectan diferencias con los pacientes más jóvenes, según estén o no de acuerdo con la medida. Estas diferencias acercan los pacientes más jóvenes a clasificaciones de salud positivas (coeficientes negativos). Dentro de cada grupo de edad se observa que el hecho de estar de acuerdo con la medida implica un acercamiento superior a clasificaciones positivas de salud en contra de los pacientes de la misma edad que no están de acuerdo. Pero es precisamente en esta diferencia donde se observa la interacción, por ejemplo si observamos la diferencia entre pacientes de 18 a 24 años, según estén o no de acuerdo con la medida,

observamos que los que están de acuerdo con la medida tienen un coeficiente inferior (1.36 - 0.95 = 0.41) y se calcula que esta diferencia no es igual en todos los tramos de edad (0.14 en los pacientes de entre 25 y 34 años, 0.23 en los pacientes de entre 35 y 59 y 0.24 entre los de 50 y 64 años). Por lo tanto no debemos pensar que el hecho de estar de acuerdo acerca de forma parecida a los pacientes a las clasificaciones positivas de salud, sino que dependiendo del tramo de edad al que estamos haciendo referencia, puesto que se observa que los pacientes más jóvenes que están de acuerdo con la medida están más cerca de estas posiciones de lo que cabría esperar por las diferencias en los otros grupos de edad (*el hecho de estar de acuerdo con la medida influye más a los pacientes más jóvenes que a los de edades superiores*).

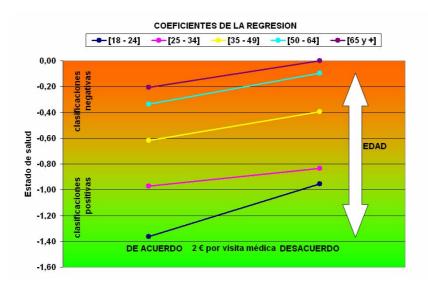


Gráfico 9 Interpretación de los coeficientes de la regresión para la interacción entre la edad y la propuesta de pagar 2€ por visita médica

También se detectó una interacción entre los pacientes según la edad y el hecho de registrar una minusvalía o una enfermedad crónica. En este caso la categoría de referencia eran los pacientes de 65 años o más y sin minusvalía, el hecho de no presentar minusvalía y tener una edad inferior no influía (*coeficiente redundante*). El efecto de la edad para pacientes que no tenían minusvalía ya venía computado en la anterior interacción. En el caso que el paciente registrara una minusvalía, sólo por este hecho, se registraba una probabilidad superior de pertenecer a una clasificación de peor salud (*coeficientes positivos*). Pero el hecho de tener una minusvalía no afectaba a todos los pacientes por igual, sino que se detectó que si la minusvalía procedía de un paciente de entre 18 y 24 años o de 65 años o más, el empeoramiento del estado de salud era superior al del resto de pacientes (1.45 y 1.15

respectivamente). Por lo tanto se concluye que los pacientes sin minusvalía tenían el mismo estado de salud que les había otorgado la interacción anterior y en el caso de tener una minusvalía dependía de la edad, observándose que los pacientes jóvenes y los de edades más avanzadas registraban un grado de salud inferior al registrado por pacientes de edades comprendidas entre los 25 y 64 años.

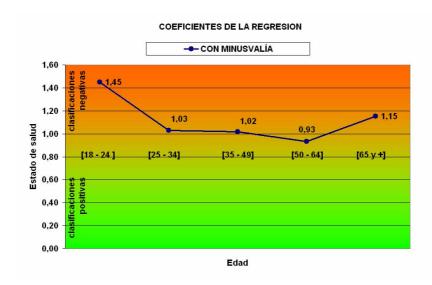


Gráfico 10 Interpretación de los coeficientes de la regresión para la interacción entre la edad y tener una minusvalía o una enfermedad crónica

También existía una interacción entre el grado de preocupación por no ser asistido por falta de dinero (cuanto más preocupado más probable era clasificarse en un estado negativo) y la confianza en que los economistas procuran el bien común (cuanto más desconfiado, peor clasificación de la salud). Por lo tanto se detectaba una parte del modelo que unía los aspectos 'económicos' de la salud. En esta interacción se tomaba como categoría de referencia los pacientes que no estaban preocupados y que no confiaban en los economistas. Tomando como referencia a los pacientes que se ha comentado (no preocupados por poder pagar y sin confianza hacia los economistas), observamos que los pacientes que tampoco les preocupaba el hecho de poder pagar los servicios, sin tener en cuenta que la confianza hacia los economistas fuera superior, se clasificaban de forma igual (su coeficiente era no significativo). En el caso que el paciente registrara el hecho de que le preocupaba algo o mucho no poder pagar los servicios sanitarios, si indicaba que confiaba algo o mucho en el trabajo del economista, también se clasificaba igual que el paciente de referencia. Era en el caso de que los pacientes indicaran que no confiaban nada y se mostraban algo o muy preocupados por no poder pagar los servicios, que la probabilidad de clasificarse en

categorías inferiores de salud era significativamente diferente de cero. En este caso se observó que los pacientes que se mostraban muy preocupados tenían que sumar 0.32 puntos en el cómputo general y los que se mostraban algo preocupados sumaban 0.39 puntos, por lo tanto tendían a clasificarse en categorías de salud inferiores que los que les preocupaba mucho (efecto inesperado, dado que son clasificaciones ordenadas).

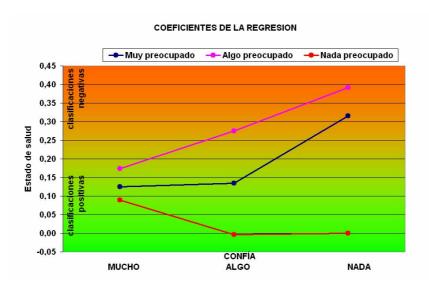


Gráfico 11 Interpretación de los coeficientes de la regresión para la interacción entre el grado de preocupación por no poder pagar los servicios sanitarios y la confianza hacia los economistas

La última interacción detectada, combinaba el efecto de la contratación de un seguro sanitario (los pacientes con un seguro sanitario se clasifican en posiciones positivas de salud) y la confianza en que los médicos de hospital hacían su trabajo de forma responsable (a mayor confianza mayor era el grado de salud esperado). En este caso la categoría de referencia eran los pacientes que no tenían seguro y no confiaban en los médicos de hospital. Para cualquier combinación que se realizara con estos dos factores, excepto para los pacientes que no confiaban nada y tenían seguro (cuyo coeficiente no era significativamente diferente de cero), se observaba un coeficiente negativo y por lo tanto se les atribuía a niveles superiores de salud. Lo primero que debemos comentar es que si el paciente no confiaba en el médico, tenía el mismo riesgo tuviera o no un seguro médico contratado. Se observó que los pacientes que confiaban más en el médico tenían una salud superior que los que no confiaban, aunque no afectaba por igual a los pacientes según tuvieran o no seguro.

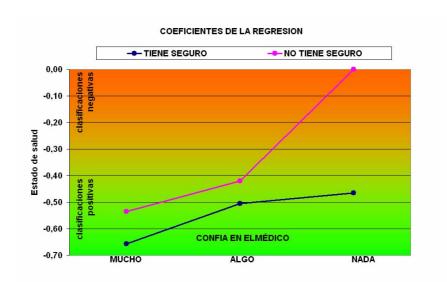


Gráfico 12 Interpretación de los coeficientes de la regresión para la interacción entre la confianza hacía los médicos de hospital y el hecho de tener un seguro privado de sanidad contratado

9.8. Análisis complementarios

Al modelo con interacciones se incorporó la procedencia del paciente, distinguiendo entre pacientes catalanes y pacientes de otras comunidades españolas. El resultado concluyó que la procedencia del paciente encuestado no resultaba un factor significativo en el modelo. En todo caso el sentido del coeficiente estimado hacía interpretar que si este factor fuera significativo, resultaría que los pacientes de otras comunidades que no fueran la catalana, se clasificarían en mayor medida en las categorías positivas y por lo tanto que el hecho de proceder de Catalunya implicaba un estado de salud algo inferior, bajo el mismo modelo.

Al observarse que la procedencia de los pacientes no influía en el modelo que predecía el estado de salud autopercibido se ajustaron dos modelos diferentes, uno para los pacientes catalanes y otro para los pacientes procedentes de otras comunidades españolas, partiendo de los mismos factores que se habían encontrado en el modelo final. De esta forma se podría estudiar los diferentes pesos que los pacientes asignaban a los factores según la procedencia.

En el modelo de los catalanes dejaba de tener significación estadística el hecho de tener contratado un seguro sanitario privado y la confianza de que los médicos de hospitales hacían correctamente su trabajo. Por lo tanto para predecir y conocer qué factores explicaban satisfactoriamente el grado de salud, no era necesario utilizar estos factores o lo que es lo mismo, los pacientes catalanes se clasificaban en las mismas categorías independientemente de que tuvieran un seguro privado contratado o la confianza que tuvieran ante el trabajo responsable de los médicos de hospitales.

En el modelo donde se incluía a los pacientes de procedencias diferentes a la catalana, sucedió algo parecido respecto a la preocupación de no acceder a la asistencia sanitaria por no poder pagarla y la confianza en que los economistas intentan hacer el bien a la sociedad. Por lo tanto el estado de salud de los pacientes españoles no dependía ni de la confianza de acceder a la asistencia por no poder pagarla, ni de la confianza en que los economistas están haciendo el bien para la sociedad.

9.9. Conclusiones

Existe un modelo predictivo satisfactorio para predecir/explicar el grado de salud que los pacientes declaran poseer. Con este modelo se detectaron que los factores que se asocian con el grado de salud referido por el paciente fueron la edad, pagar 2€ por visita médica, tener una minusvalía o enfermedad crónica, mostrar preocupación por no poder acceder a la mejor atención por no poder pagarla, la confianza hacía el hecho que los economistas hicieran el bien para la sociedad, tener un seguro privado de asistencia sanitaria y la confianza hacía los médicos de hospital. Estos factores interaccionaban entre ellos, observándose clasificaciones según cada una de las categorías de cada factor.

Se contrastó que en el modelo principal no discriminaba el grado de salud entre los pacientes de procedencia catalana y los de procedencia diferente, el coeficiente era estadísticamente parecido a cero. Dado que existía un interés en diferenciar entre procedencias, se optó por ajustar un modelo independiente para cada grupo de pacientes (según la procedencia). El resultado principal fue que en el modelo para los pacientes catalanes no entraban los factores referentes a la contratación de un seguro privado ni la confianza hacía los médicos de hospital. En el caso de los españoles, no entraban los factores preocupación de no poder acceder a una asistencia sanitaria por no poder pagarla, ni la confianza hacía los economistas.

10. Análisis general de la confianza.

10.1. Introducción

En este punto se analizaron conjuntamente todas las cuestiones que se consideraron relacionadas a priori con la CONFIANZA del paciente frente el SNS. Estas fueron las siguientes:

- Pensando en el médico de cabecera o de atención primaria que usted acude cuándo tiene un problema de salud ¿cuánto confía en que su médico de cabecera o de atención primaria...?
- ¿Cree usted que... hacen bien o mal su trabajo?
- Si... tiene un problema en la calidad o seguridad de uno de sus productos o servicios, ¿confía usted que tomarán la decisión correcta para corregirlo?
- ¿Cuánto confía usted que... están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes?¿Diría usted que confía mucho, algo o nada?
- ¿Cuánto confía usted que...procuran hacer el bien para la sociedad?¿Diría usted que confía mucho, bastante o nada en que lo hacen?

Cada una de estas preguntas se repetía sobre un subconjunto de elementos del SNS. Se analizaron de forma separada cada una de las preguntas sobre el conjunto de elementos que constituyen el SNS.

10.2. Métodos estadísticos

Para el análisis de un conjunto importante de variables, se utilizan habitualmente los métodos multivariantes de análisis. Entre ellos existen los métodos descriptivos basados en el análisis de geométrico de las variables. En este caso concreto se utiliza el análisis de correspondencias múltiples ya que todas las variables que se desea analizar son de naturaleza categórica.

El análisis de correspondencias es una técnica descriptiva para representar tablas donde recogemos las frecuencias de aparición de dos o más variables cualitativas en un conjunto de elementos. Éste es un procedimiento para resumir la información contenida en una tabla de contingencia. Es una manera de representar las variables en un espacio de dimensión menor, de forma análoga a componentes principales, pero definiendo la distancia entre los puntos de manera coherente con la interpretación de los datos y en lugar de utilizar la distancia euclídea utilizamos la distancia ji-cuadrado.

Por lo tanto es un método gráfico que nos ayuda a observar las similitudes y disimilitudes entre un conjunto de variables. Para asignar similitudes y disimilitudes se utilizan métodos geométricos, basados en el análisis de la dispersión de los datos. Esta herramienta nos permite identificar categorías que los pacientes consideraron parecidas (serán los puntos que aparecen juntos) y las que los pacientes valoran de forma diferente (puntos separados).

10.3. Resultados - Confianza en el médico de cabecera

La pregunta referente a la confianza hacia el médico de cabecera, contemplaba las siguientes opciones, cada una fue codificada con la letra que se presenta a continuación, de esta forma se identifica fácilmente en el gráfico:

a. ¿Confía usted que hará todo lo posible porque usted reciba toda la atención sanitaria que precisa? Codificación: A

- b. ¿Confía usted que le informará de todas las pruebas diagnósticas y tratamientos disponibles? Codificación: B
- c. ¿Confía usted que lo enviará a la consulta de un especialista cuando usted lo necesite? Codificación: C
- d. ¿Confía usted que le indicará o recetará todas las pruebas diagnósticas o tratamientos que necesite sin considerar el coste de los mismos? **Codificación: D**
- e. ¿Confia que le ofrecerá la mejor atención sanitaria posible? Codificación: E
- f. ¿Confía usted que tiene la mejor preparación y conocimientos médicos?
 Codificación: F
- g. ¿Confia usted que sabe comunicarse de forma que usted pueda entender todos los consejos que él le da? **Codificación:** G
- h. ¿Confia usted que sabe escucharle atentamente? Codificación: H
- i. ¿Confía usted que tiene tiempo de responder a todas sus preguntas?Codificación: I
- j. ¿Confía usted que le respeta? Codificación: J

El paciente podía responder a la pregunta mediante cuatro posibilidades (mucho, algo, poco o nada). Así por ejemplo a la pregunta, ¿Confia usted que le respeta?, el paciente que respondía mucho se codificaba como J++, el que respondía algo se codificaba como J+, sucesivamente hasta el paciente que registraba que no confiaba nada que se codificaba con una J--.

Una vez descompuesta la variabilidad de las 30 dimensiones (10 preguntas x (4-1) respuestas posibles), observamos que sólo con 2 dimensiones podíamos explicar el 33.51% de la dispersión total y con 3 ejes el 42.57%.

A continuación se presenta el gráfico de las dos primeras dimensiones (33.51%), con la representación de cada una de las categorías.

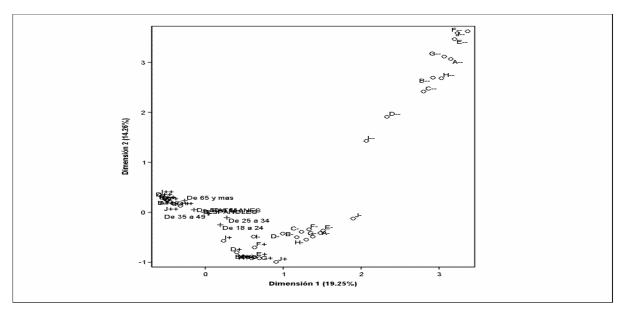


Gráfico 13 Gráfico de correspondencias múltiples. Confianza en el médico de cabecera.

A la vista del gráfico observamos que la primera dimensión, la horizontal, recoge satisfactoriamente la confianza global hacia el médico de cabecera. Las categorías que se posicionan en los valores negativos del primer eje son todas opiniones positivas hacia los médicos de cabecera y cuanto más a la derecha (posiciones positivas) nos desplazamos del eje principal, nos encontramos con las posturas más críticas.

En contra, el segundo eje, el vertical, recoge por encima del cero las posiciones más radicales (mucha confianza y poca confianza) y las categorías que se posicionan por debajo del cero presentan posiciones moderadas de confianza.

En los dos párrafos anteriores se ha detectado como interpretar las categorías (*los puntos del gráfico*), pero por si mismo no nos revela ninguna información. Debe ser la interpretación de la localización de cada una de las categorías la que nos debe transmitir la información que deseamos conocer.

En cuanto a la nube de puntos, debemos comentar que presenta una apariencia común en estos casos ($\sqrt{}$). En el primer eje, observamos que las categorías se agrupan como era de esperar, las categorías que denotan mucha confianza (etiquetadas con un ++) a la izquierda del gráfico. Seguidamente se observa que aparecen las categorías que denotan alguna confianza (+) seguidas de las categorías que denotan poca confianza (-) y finalmente un extenso grupo de categorías que denotan ninguna confianza (--).

Si analizamos dentro de cada uno de los grupos, nos fijamos que las categorías F (preparación y conocimiento del médico), J (confía en que le respeta) y E (le ofrecerá la mejor atención sanitaria) son las que se sitúan sistemáticamente a la derecha de la nube, al igual en el extremo izquierdo de cada nube se sitúan las categorías I (tiempo de responder a sus preguntas) y D (recetará las pruebas diagnósticas y tratamientos sin tener en cuenta su coste). Las conclusiones que debemos sacar son que aunque cada sector de confianza queda delimitado por la categoría, observamos que hay aspectos que sistemáticamente se valoran con una confianza superior a otros. Así los pacientes desconfían en mayor magnitud de la preparación, el respeto y la atención sanitaria que el médico les ofrece en contra de otros aspectos que valora de forma más positiva como pueden ser el tiempo para contestar a las preguntas y el tipo de tratamientos/diagnóstico.

En cuanto al segundo eje, el vertical, como se comentó anteriormente hace referencia a las categorías que tienden a presentar respuestas más extremas. Como se observa a partir del gráfico las categorías que se sitúan por debajo del cero son las que denotan algo o poca confianza y las que se sitúan por encima las que denotan mucha o nada de confianza. La interpretación inmediata es que los pacientes que contestan 'mucha confianza' en los diferentes aspectos cuestionados no están tan lejos de la opinión de los que registran alguna confianza. No es el caso de los pacientes que registraron nada de confianza, que se situaron muy alejados de los pacientes que registraron poca confianza. Dentro de éste grupo también se observan diferencias importantes entre los diferentes aspectos registrados. En el caso de las categorías F, J y E se observa que la distancia entre los que respondieron nada de confianza y poca confianza existe una distancia importante, se debe interpretar que los pacientes que escogieron registrar que no confiaban nada en cuanto a la formación, respeto y la mejor asistencia sanitaria, tendían a tener una postura más extrema que los otros pacientes. Como se comentó en la introducción de este punto, puntos próximos entre si denotan similitud en la opinión del encuestado y los que se alejan denotan diferencias en la valoración de la confianza.

Aparte de las preguntas referentes a las diferentes características de los médicos, se ilustró el gráfico con la edad de los pacientes y la procedencia (según sean catalanes o de otras comunidades autónomas). Esta información no se utilizó para el cálculo de los ejes, sólo se utilizó de forma ilustrativa. Se observó que los pacientes de edades avanzadas confiaban

más en el médico que los pacientes jóvenes, aunque el grupo de pacientes con edades inferiores a los 24 años confiaba más que los pacientes de 25 a 34 años. En cuanto al segundo eje, se observa que los pacientes tienen posturas más extremas en cuanto mayores son sus edades, que juntamente a la interpretación del primer eje podemos deducir que los pacientes de edad avanzada se posicionan mayoritariamente en posturas de mucha y algo de confianza. Según la procedencia, se observa que los españoles son algo más confiados, aunque menos extremistas que los catalanes que se clasifican algo más desconfiados y con posturas algo más extremas que los españoles. En todo caso no existe casi diferencia entre catalanes y españoles (los dos puntos se localizan próximos en el espacio definido).

10.4. Resultados - Confianza en que los diferentes elementos del SNS hacen bien su trabajo.

La pregunta referente a la confianza hacia el trabajo hecho correctamente, contemplaba las siguientes opciones, cada una fue codificada con la letra que se presenta a continuación:

- a. Gobierno. Codificación: A
- b. Compañías de aviación. Codificación: B
- c. Hospitales públicos. Codificación: C
- d. Compañías farmacéuticas. Codificación: D
- e. Bancos. Codificación: E
- f. RENFE. Codificación: F
- g. Universidades. Codificación: G
- h. Medios de comunicación. Codificación: H
- i. Centros de salud o atención primaria públicos. Codificación: I
- j. Compañías de teléfonos. Codificación: J

En este caso las posibles respuestas contemplaban dos posibilidades: bien (+) y mal (-).

Una vez descompuesta la variabilidad de las 10 dimensiones (10 preguntas x (2-1) respuestas posibles), observamos que sólo con 2 dimensiones podíamos explicar el 39.06% de la dispersión total y con 3 ejes el 49.22%.

A continuación se presenta el gráfico de las dos primeras dimensiones (33.51%), con la representación de cada una de las categorías.

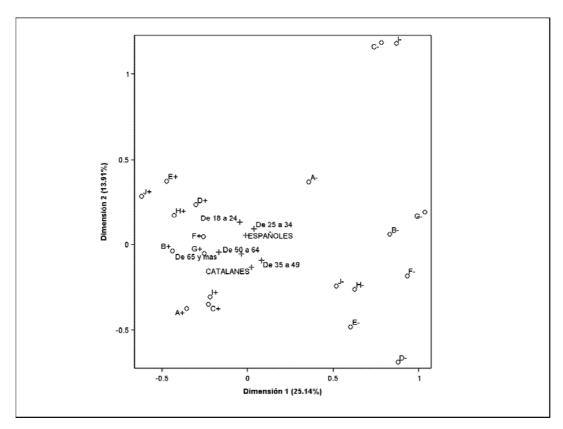


Gráfico 14 Gráfico de correspondencias múltiples. ¿Hacen bien el trabajo?

Se observa que el primer eje representa la confianza en que cada uno de los elementos hace bien su trabajo. Se comprueba que todas las categorías que tienen una valoración negativa del trabajo se sitúan por encima del cero en la primera dimensión. En cuánto a la segunda dimensión, el eje vertical, clasifica los diferentes organismos según la confianza que los pacientes tienen ante la gestión pública del organismo. Puntuaciones elevadas del segundo implican un trabajo bien hecho de las compañías del sector privado / trabajo mal hecho de la empresa pública y para las puntuaciones negativas de este se intepreta un trabajo mal hecho de los organismos privados y bueno para los públicos (*interpretación complementaria*).

Dentro del primer eje, se observa claramente que los organismos se clasifican según la confianza que presentan. Las opiniones negativas se clasifican en la parte positiva del eje y los registros que denotan confianza en que los organismos están haciendo su trabajo correctamente en la parte negativa del eje (valores por debajo del cero). Como era de esperar, los pacientes que tenían una valoración positiva de un organismo se situaban a la izquierda del eje y en caso contrario a la derecha. Pero lo interesante es observar que dentro de estos grupos, el gobierno, las compañías telefónicas y los medios de comunicación se sitúan sistemáticamente en zonas de mayor confianza que otros organismos. Es el mismo

caso que los centros de salud y los hospitales públicos, que sistemáticamente presentan valoraciones de menor confianza.

El segundo eje recoge en cierta manera la opinión sobre la corrección del trabajo en organismos de gestión pública y privada. Se observa que a valores positivos del segundo eje se sitúan las valoraciones negativas de los organismos públicos (centros de salud, hospitales públicos y gobierno) y las valoraciones positivas de los organismos de gestión privada (bancos, compañías telefónicas y compañías farmacéuticas). En contra en las posiciones negativas del eje se sitúan las valoraciones positivas hacia los organismos de gestión pública (gobierno, hospitales y centros de salud) y las valoraciones negativas hacia los organismos privados (compañías farmacéuticas y bancos). Se observa que los pacientes que creen que los centros de salud y los hospitales no hacen correctamente su trabajo se alejan mucho de la consideración negativa de otros organismos de gestión pública como pueden ser el gobierno o las universidades. En el caso contrario, no existen tales diferencias entre los diferentes organismos privados, que están próximos entre sí.

En cuanto a las variables ilustrativas observamos que los pacientes con edades intermedias confían poco en que estos organismos están haciendo bien su trabajo, En contra, los pacientes de edades más elevadas y más jóvenes se muestran más confiados en el trabajo de los organismos. En el segundo eje se observa que los pacientes más jóvenes confían en mayor grado en la gestión privada de los diferentes organismos (se muestran más críticos hacia los organismos públicos) en contra de los pacientes de edades superiores que confían más en el trabajo realizado por organizaciones públicas (se muestran más desconfiados hacia la corrección del trabajo realizado por organismos de gestión pública). Tanto los pacientes catalanes como los pacientes españoles muestran el mismo nivel de confianza en que los organismos están haciendo de forma correcta su trabajo, aunque los catalanes se muestran más críticos hacia los organismos privados y menos hacia los organismos públicos. En contra, los pacientes españoles tienden a ser más críticos hacía los organismos públicos.

10.5. Resultados. Confianza en que un organismo tomará la decisión correcta para solucionar un problema de calidad o seguridad en alguno de sus productos.

La pregunta referente a la confianza que tenían los encuestados en que un organismo sería capaz de corregir algún problema de seguridad o calidad, contemplaba las siguientes opciones, cada una fue codificada con la letra que se presenta a continuación:

- a. Gobierno. Codificación: A
- b. Compañías de aviación. Codificación: B
- c. Hospitales públicos. Codificación: C
- d. Compañías farmacéuticas. Codificación: D
- e. Bancos. Codificación: E
- f. RENFE. Codificación: F
- g. Universidades. Codificación: G
- h. Medios de comunicación. Codificación: H
- i. Centros de salud o atención primaria públicos. Codificación: I
- j. Compañías de teléfonos. Codificación: J

Como en el anterior grupo de preguntas el paciente sólo podía contestar que confiaba (+) o que no confiaba (-).

Una vez descompuesta la variabilidad de las 10 dimensiones (10 preguntas x (2-1) respuestas posibles), observamos que sólo con 2 dimensiones podíamos explicar el 51.34% de la dispersión total y con 3 ejes el 59.81%.

A continuación se presenta el gráfico de las dos primeras dimensiones (51.34%), con la representación de cada una de las categorías.

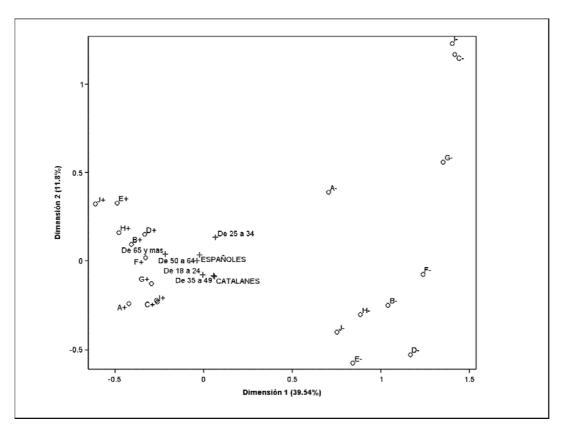


Gráfico 15 Gráfico de correspondencias múltiples. ¿Tomarán la decisión correcta para solucionar un problema de calidad o seguridad?

El análisis de este conjunto de preguntas tuvo un resultado muy parecido al análisis anterior (pregunta 21). Se observó que el primer eje representaba la confianza en que cada uno de los elementos era capaz de corregir sus errores de calidad o seguridad. Se comprobó que todas las categorías que tenían una valoración negativa de la capacidad de reacción se sitúan por encima del cero en la primera dimensión. En cuánto a la segunda dimensión, el eje vertical, clasificaba los diferentes organismos según la confianza positiva o negativa que los pacientes tenían ante la gestión pública del organismo. Aunque la interpretación de los ejes era idéntica se debe estudiar el orden en que están distribuidos los puntos y observar que la nube de puntos está más dispersa que en el punto anterior, por lo tanto las disimilitudes son de mayor importancia.

Dentro del primer eje, se observó claramente que los organismos se clasifican según la confianza que el encuestado había registrado. Las opiniones negativas se clasifican en la parte positiva del eje y los registros que denotaban confianza en que los organismos tomarían las decisiones correctas ante un problema de calidad o seguridad en la parte negativa del eje (valores por debajo del cero). No obstante se observó que dentro de cada

grupo existía un cierto orden que se repetía en ambos grupos, como en casos anteriores. La valoración hacia las compañías telefónicas, gobierno y bancos estaban a la izquierda del grupo (los pacientes tenían mayor confianza en su capacidad de tomar decisiones). En contra, existía un grupo de organismos que aparecían en ambos grupos a la derecha de la nube de puntos, este es el caso por ejemplo de los centros de salud, las universidades y los hospitales públicos (en este caso los pacientes confían menos que en otros organismos en que tomarían la decisión correcta si tuvieran un problema de calidad o seguridad).

En el segundo eje, como se ha comentado anteriormente, se recoge en cierto modo la opinión sobre la confianza en la toma de decisiones de esta índole entre organismos de gestión pública y privada. Se observó que en valores positivos del segundo eje se sitúan las valoraciones críticas de los organismos públicos (centros de salud, hospitales públicos y universidades) y las valoraciones positivas de los organismos de gestión privada (bancos, compañías telefónicas y medios de comunicación). En contra, en las posiciones negativas del eje se sitúan las valoraciones positivas hacia los organismos de gestión pública (gobierno, hospitales y centros de salud) y las valoraciones negativas hacia los organismos privados (compañías farmacéuticas y bancos). Los pacientes que creían que los centros de salud y los hospitales no tomarían la decisión correcta se alejan mucho de la consideración negativa de otros organismos de gestión pública como pudieran ser el gobierno o las universidades, por lo tanto confiaban menos como organismos públicos. Las valoraciones negativas tenían muy marcada la diferenciación entre organismos públicos y privados. Por el contrario, los pacientes que confiaron en las correcciones de los diferentes organismos no diferenciaban tanto entre organismos públicos y privados.

En cuanto a las variables ilustrativas observamos que los pacientes con edades comprendidas entre los 25 y 49 años confían poco en que estos organismos tomarían las medidas correctas ante un problema de calidad o seguridad. En contra, los pacientes de edades más elevadas se mostraron más confíados en que tomarían las decisiones adecuadas. En el segundo eje se observó que los pacientes de edades más avanzadas se clasificaban en posturas más críticas hacia los organismos públicos. Los jóvenes se clasificaban en las posturas más críticas a los organismos privados, excepto los pacientes de 25 a 34 años que rompían la tendencia y se situaban en posiciones de desconfianza hacia las empresas públicas. Tanto los pacientes catalanes como los pacientes españoles registraban el mismo nivel de confianza (los catalanes eran algo más críticos en cuanto a la capacidad de tomar

decisiones correctas), aunque los catalanes se mostraron más críticos hacia los organismos privados y menos hacia los organismos públicos, en contra de los pacientes españoles que tendían a ser más críticos con los organismos públicos y menos con los organismos privados.

10.6. Resultado. Confianza en que un colectivo está haciendo el trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades sanitarias de los pacientes

La pregunta referente a la confianza hacia un colectivo según éste estaba realizando de forma responsable su trabajo, contemplaba las siguientes opciones, cada una fue codificada con la letra que se presenta a continuación:

- a. Enfermeras. Codificación A
- b. Médicos de atención sanitaria o de cabecera. Codificación B
- c. Dentistas. Codificación C
- d. Farmacéuticos. Codificación D
- e. Médicos de hospital público. Codificación E
- f. Compañías farmacéuticas. Codificación F
- g. Gobierno de la Comunidad Autónoma. Codificación G
- h. Gobierno español. Codificación H
- i. Mutuas. Codificación I

El paciente podía contestar una de las tres respuestas posibles: *mucho (COD +), algo (COD) o nada (COD-)*.

Una vez descompuesta la variabilidad de las 18 dimensiones (9 preguntas x (3-1) respuestas posibles), se observó que sólo con 2 dimensiones podíamos explicar el 32.66% de la dispersión total y con 3 ejes el 40.05%.

A continuación se presenta el gráfico de las dos primeras dimensiones (32.66%), con la representación de cada una de las categorías.

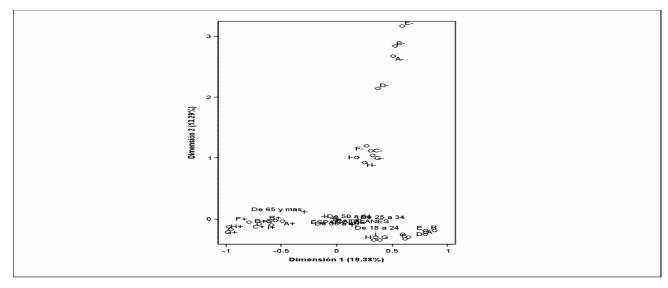


Gráfico 16 Gráfico de correspondencias múltiples. ¿Confía que hacen el trabajo de forma responsable?

El primer eje discriminaba bien entre los pacientes que indicaron confiar en que los diferentes colectivos hacían su trabajo de forma responsable y entre los que indicaban alguna confianza o ninguna. El segundo eje diferenciaba dos aspectos, en primer lugar diferenciaba la postura más crítica (ninguna confianza) ante las posturas menos críticas (mucha o alguna confianza) y en segundo lugar, de entre los pacientes que tenían poca confianza, diferenciaba a los profesionales que daban asistencia personalizada de los que no.

En el primer eje se observó que aparte de la diferenciación entre los diferentes grupos que se observa claramente, había cierto orden entre las diferentes categorías de respuestas. Por ejemplo, tanto en el grupo donde la percepción era de mucha confianza como en los grupos de alguna o ninguna confianza, los médicos de hospitales, los médicos de atención sanitaria y las enfermeras se posicionaban en la derecha del grupo y por lo tanto en general se desconfiaba más de estos colectivos. Por el contrario existían colectivos que gozaban de mayor confianza por parte de los pacientes, como era el caso del gobierno central, el gobierno de la comunidad autónoma y las compañías farmacéuticas.

En el segundo eje, en primer lugar y de forma más evidente se observa la diferenciación del grupo al que no se le otorga ninguna confianza. Fijándonos en la distribución de los diferentes colectivos, sobretodo en el caso del grupo de categorías donde no se registra ninguna confianza, se observa que los médicos tanto de hospitales como de atención

primaria y las enfermeras tienen una localización superior a otros colectivos que no interaccionan con el paciente.

A partir del análisis de las variables ilustrativas, podemos decir que a mayor edad más confianza se registra y a menor edad más crítico con los diferentes colectivos. En cuánto al segundo eje, se observa que los pacientes más jóvenes se asocian más con los colectivos que no interaccionan con los pacientes (gobierno central y autonómico, mutuas, etc.), en cambio los pacientes de edades avanzadas se asocian más a los médicos de hospital, atención sanitaria y a las enfermeras.

10.7. Resultados. Confianza en que un colectivo intenta hacer el bien a la sociedad.

La pregunta referente a la confianza en que los diferentes colectivos intentaban hacer el bien a la sociedad, contemplaba las siguientes opciones, cada una fue codificada con la letra que se presenta a continuación:

- a. Periodistas. Codificación A
- b. Políticos. Codificación B
- c. Médicos de atención primaria o cabecera. Codificación C
- d. Médicos de hospital. Codificación D
- e. Abogados. Codificación E
- f. Economistas. Codificación F
- g. Profesores de educción básica y bachiller. Codificación G
- h. Profesores de universidad. Codificación H
- i. Científicos. Codificación I

Como en la anterior pregunta, cada paciente podía responder que confiaba mucho, algo o nada; se utilizó la misma codificación que en el caso anterior.

Una vez descompuesta la variabilidad de las 18 dimensiones (9 preguntas x (3-1) respuestas posibles), se observó que sólo con 2 dimensiones podíamos explicar el 33.07% de la dispersión total y con 3 ejes el 40.94%.

A continuación se presenta el gráfico de las dos primeras dimensiones (33.07%), con la representación de cada una de las categorías.

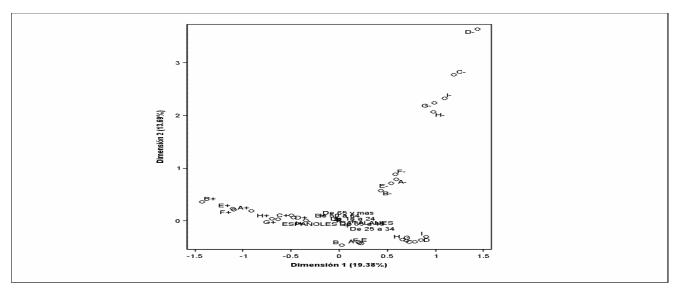


Gráfico 17 Gráfico de correspondencias múltiples. ¿Confía que procuran el bien para la sociedad?

Las conclusiones a las que llegamos después del análisis gráfico de la pregunta 24 son parecidas a las alcanzadas en el análisis anterior. El primer eje de la descomposición clasificaba las categorías que registraban mucha confianza de las que registraban alguna o ninguna confianza. Era el segundo eje el que clasificaba las opiniones entre alguna y ninguna confianza. Aparte se observaba que el segundo eje, para los pacientes que registraban poca confianza en que los diferentes colectivos intentaran hacer el bien a la sociedad, clasificaba las diferentes profesiones de las que se relacionan más a menos en la asistencia sanitaria.

Tal y como se comprobó en los apartados anteriores, los médicos de hospitales y los de los centros de salud gozaban de menor confianza por los pacientes que otros colectivos como los políticos, economistas y abogados. Al grupo de médicos en esta ocasión también se les debía añadir los científicos y los profesores de universidades.

En cuanto a las variables ilustrativas se observó que los pacientes jóvenes desconfiaban más que los pacientes de edades más avanzadas en que los diferentes colectivos intentaban hacer el bien a la sociedad. También se observó que los catalanes eran más desconfiados que los españoles.

11. Conclusiones

En este documento se analiza estadísticamente el resultado de la encuesta realizada a un total de 3010 pacientes (Programa de opinión pública en salud. Universidad de Harvard). En el cuestionario se registraban diferentes aspectos sociodemográficos (sexo, edad, procedencia, etc.) y diferentes aspectos referentes a la organización, conocimiento, financiación y confianza que el encuestado presenta hacia el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Se recogió un conjunto de preguntas referentes a la financiación de la sanidad. Éstas planteaban diferentes escenarios donde se pagaría por recibir los servicios sanitarios. En este análisis interesaba estudiar el grado de acuerdo con estas medidas y describir las diferentes asociaciones con otros factores recogidos. Concretamente se cuestionaba el grado de acuerdo hacia la implantación de algunas medidas directas (donde hipotéticamente el paciente debería pagar una cantidad de dinero determinada por un servicio concreto) y algunas medidas indirectas (donde hipotéticamente al paciente se le cobrarían unos impuestos para gozar de los servicios sanitarios).

Los pacientes recogieron su desacuerdo mayoritario al pago por las prestaciones sanitarias excepto en el caso de aumentar los impuestos del tabaco y el alcohol, donde el 76.25% registró su aprobación. Se comprobó que existía una cantidad elevada de factores que mostraba dependencia de cada una de las medidas planteadas (no obstante, se contrastaba de forma individual sin tener en cuenta los otros factores recogidos). Se ajustó un modelo para cada una de las medidas propuestas. En cada uno de los modelos iniciales se introdujo todos los factores recogidos y se eliminaban aquellos que presentaban menor asociación. La *edad*, el *género*, el hecho de contratar una *mutua* y la convicción de que la mejor solución era que *el Estado obtuviera el dinero por otras vías*, eran los factores que se asociaban con las medidas propuestas bajo un modelo donde se tenía en cuenta todos los factores recogidos.

Otros factores que entraron en los modelos fueron el conocimiento del SNS y la relación de confianza con el médico. Para todas las propuestas se observó que la edad era un factor

significativo y se observaba que a mayor edad, mayor era el grado de acuerdo. En cuanto al género, se detectó que las mujeres estaban en mayor frecuencia en desacuerdo, cuando se planteaban los modelos para las medidas no directas. En cambio no se detectaban diferencias cuando se planteaban medidas directas de pago. La falta de conocimiento del SNS era un indicador del grado de desacuerdo. También lo eran los pacientes que registraban tener un grado de salud malo o muy malo. Los pacientes que no tenían un seguro privado de salud registraban, en mayor magnitud su desacuerdo, que los que sí lo poseían.

Con el objetivo de estudiar todo el grupo de medidas desde un punto de vista homogéneo y no ajustando un modelo para cada una de las medidas, se estudió la correlación de este grupo de medidas con los aspectos sociodemográficos para alcanzar conclusiones más generales. Los resultados indicaron que la medida indirecta del IRPF era la que caracterizaba mejor el acuerdo/desacuerdo de todo el conjunto de las medidas propuestas. En contra, el grado de acuerdo/desacuerdo de las 3 medidas directas propuestas representaba escasamente el grado de acuerdo/desacuerdo general. En el grupo de variables sociodemográficas se estudiaron el género, la edad y la procedencia de los pacientes, observándose que el género y la edad eran los factores más representativos de las características sociodemográficas. Las mujeres mostraban su desacuerdo en todas las medidas a la excepción del aumento de los impuestos del tabaco y el alcohol, aunque los hombres mostraban su desacuerdo en mayor magnitud que ellas. El género y la edad se asociaban de forma especial con las medidas indirectas de pago y en menor magnitud con las medidas directas.

Otro de los objetivos de la explotación de los datos era contrastar si existían diferentes visiones del SNS entre hombres y mujeres. Existía una representación algo superior de mujeres (53.22%) que de hombres. Tras el análisis de las asociaciones individuales y el ajuste de un modelo discriminador se concluyó que existían evidencias suficientes para considerar que hombres y mujeres tenían una visión diferente del SNS. Las mujeres presentaban un grado de desacuerdo superior al de los hombres en todas las cuestiones que implicaban un desembolso económico. Por ejemplo, presentaban mayor grado de desacuerdo en el pago de tarifas o aumento de impuestos por acceder a la sanidad y en menor frecuencia que los hombres tenían contratado un seguro médico. Ellas se mostraron más insatisfechas que los hombres en cuanto al funcionamiento de la sanidad y declararon darle un peso superior a la calidad de la asistencia y al tiempo de visitas que los hombres. En

cuanto al conocimiento, se registraba una diferencia importante con los hombres; ellas declaraban conocer en menor medida la organización y financiación del SNS. En contra, ellas declararon conocer en mayor medida el nombre del médico de cabecera, pero registraban desconocer la organización y financiación del SNS y los nombres de el/la consejero/a de sanidad de su comunidad autónoma y de la Ministra de Sanidad.

El grado de conocimiento hacia el SNS que el paciente indicó fue otro de los puntos estudiados con profundidad. Se utilizó para el análisis de estos factores el análisis de correspondencias múltiples, que graficaba en un plano todas las preguntas relacionadas, graficando las categorías parecidas próximas entre sí y las categorías diferentes distantes entre sí. De esta forma se observó que el eje principal ordenaba las categorías de menor a mayor conocimiento, situando las categorías que preguntaban directamente el grado de conocimiento en los extremos del eje. Los pacientes que registraban que tanto los hospitales públicos como los centros de atención primaria eran financiados por la Seguridad Social y por el Gobierno Central se situaban cerca de las categorías que registraban un grado de conocimiento bajo, en contra de los que creían que estos centros eran financiados por el Gobierno de la Comunidad Autónoma, que se situaban próximos a las categorías de un conocimiento elevado.

Por otro lado existían las preguntas referentes a los nombres de la ministra, consejero autonómico y médicos de cabecera. Se observó, como era de esperar, que los pacientes que registraban que conocían el nombre de estas personas tenían un grado de conocimiento superior al de los que indicaron que no lo conocían. No obstante se observó que el hecho de conocer el nombre del médico de cabecera no implicaba necesariamente un conocimiento elevado de la organización y financiación del SNS, situándose esta categoría más próxima a las categorías de poco conocimiento.

El segundo eje del plano diferenciaba entre los diferentes organismos que podían financiar el SNS. En este punto se observó que la mayoría de los pacientes, independientemente del grado de conocimiento, imputaban la financiación al Gobierno de la Comunidad Autónoma, aunque en ocasiones las categorías de conocimiento se aproximaban a los que imputaban a la Seguridad Social la financiación. Los que imputaban la financiación al Gobierno Central se alejaban mucho del grado de conocimiento general, sobretodo de los que indicaban tener un grado de conocimiento alto o muy alto. Se ilustró el grado de conocimiento con la

variable edad y la procedencia del paciente. El grado de conocimiento crecía con la edad, pero lo hacía hasta los 64 años ya que para los pacientes de edades superiores se registraba un grado de conocimiento parecido a los de edades comprendidas entre los 18 y 34 años. En cuanto a la procedencia de los pacientes se registraron situaciones parecidas, aunque los catalanes declararon un grado de conocimiento sensiblemente inferior al de los españoles.

El grado de salud que percibía el paciente de si mismo fue uno de los puntos más estudiados en este análisis estadístico. A cada paciente se le preguntó como percibía su salud, pudiendo registrar una de las cuatro siguientes respuestas: muy bueno, bueno, malo o muy malo.

En una primera fase del estudio se analizó el estado de salud agrupando los pacientes que indicaban un estado malo o muy malo (9.53%) y los que registraban un estado de salud bueno o muy bueno (90.47%). En una segunda fase se estudió el grado de salud respetando las cuatro categorías iniciales. Tras el análisis agrupado de las respuestas se concluyó claramente que los factores que se asociaban más a un grado de salud malo o muy malo eran la edad avanzada y el hecho de registrar una minusvalía o enfermedad crónica, a su vez estos factores se asociaban entre ellos (los pacientes de edades avanzadas eran lo que registraban mayor proporción de minusvalía).

Otros factores que se asociaban a un estado de salud malo o muy malo eran el género (las mujeres registraban una salud inferior a los hombres), el grado de conocimiento y la confianza hacia diferentes colectivos (los pacientes con una salud mala o muy mala confiaban en los farmacéuticos, compañías farmacéuticas, economistas y abogados, en cambio desconfiaban del Gobierno, mutuas y especialmente de los médicos de Hospital y atención primaria).

Al estudiar el grado de salud con todas las categorías: muy malo (1.30%), malo (8.22%), bueno (67.90%) y muy bueno (22.57%), se optó por ajustar un modelo donde se tuvieran en cuenta las asociaciones internas de los factores. El modelo final explicaba el estado de salud en función de las interacción entre la edad y el grado de acuerdo con la medida de pagar 2€ por visita, la interacción entre la edad y el hecho de indicar una minusvalía, la interacción entre la preocupación por no alcanzar la mejor asistencia sanitaria por falta de dinero y la confianza en los economistas, el hecho de contratar un seguro de salud privado y la confianza hacia los médicos de hospital. La edad avanzada y estar en desacuerdo con la

medida eran indicadores de un grado de salud inferior. Ésta relación era más intensa de lo esperado para los pacientes jóvenes que no estaban de acuerdo con la medida. Éstos se clasificaban en grados de salud inferior que los pacientes de otros grupos de edad que también estaban en contra.

La minusvalía era un factor determinante en el momento de predecir la salud percibida por el paciente. Al añadir la edad a la minusvalía se comprobaba que, para pacientes de 18 a 34 años y para los de 65 años o más, tenía un efecto mayor que para los pacientes de edades intermedias. Se comprobó que cuanto menor era la confianza hacia los economistas, menor era el grado de salud, excepto para los pacientes que indicaron que no les preocupaba nada no tener la mejor asistencia por no poder pagarla. En el caso que el paciente registrara que le preocupaba algo y que no confiaba nada en los economistas, tendía a clasificarse en un grado de salud negativo, en mayor probabilidad incluso que los pacientes que tampoco confiaban nada e indicaban preocuparles mucho no poder tener asistencia por no poder pagarla.

Por último, comentar la interacción que relacionaba tener un seguro privado de salud y la confianza en el médico. En este caso se observaba como valoración general que los pacientes que no tenían un seguro privado de salud tenían un grado de salud inferior y los pacientes que confiaban poco en los médicos de hospital también, pero era cuando se combinaban los dos factores (ninguna confianza en el médico y no tener seguro privado) que los pacientes tenían más probabilidad de la esperada en clasificarse en grados negativos de salud. Teniendo en cuenta la procedencia del paciente, el modelo cambiaba sensiblemente. En el modelo ajustado para los pacientes de procedencia catalana no entraba la interacción entre la confianza a los médicos de hospitales y el hecho de tener un seguro privado. Éstos factores no influían en el estado de salud de los pacientes catalanes. En el caso de los pacientes no catalanes dejaba de tener efecto la interacción entre la confianza en los economistas y el hecho de no poder tener una asistencia correcta por no poder pagarla.

El último punto que se estudió fue la confianza de los pacientes frente el SNS. Este estudio se abordó desde el análisis independiente de las diferentes preguntas que cuestionaban la confianza. En un primer análisis se estudiaron los diferentes aspectos que envolvían al médico de cabecera, concluyéndose que los pacientes confiaban que el médico tenía tiempo para contestar las dudas que los pacientes les plantean y que éste les recetará las pruebas

diagnósticas y tratamiento sin tener en cuenta el coste de los mismos; por el contrario, confiaban poco en la preparación del médico, el respeto que les tiene y que les pueda ofrecer la mejor atención sanitaria posible. En otro análisis se estudió la confianza en que los diferentes organismos y colectivos que constituyen el SNS hacen bien su trabajo. Como conclusión de este análisis se comprobó que los pacientes creían sistemáticamente que el Gobierno, las compañías telefónicas y los medios de comunicación hacían bien su trabajo en contra de la opinión hacia los hospitales públicos y centros de salud, donde se registraba una confianza inferior en que realizaran correctamente su trabajo.

En el siguiente punto se estudió la confianza en que los diferentes organismos tomarían las decisiones correctas en el momento que se detectara un problema de seguridad o calidad en alguno de sus productos o servicios. En este caso los pacientes tenían mayor confianza en que entidades como el Gobierno, las compañías telefónicas y los bancos tomaran las decisiones correctas que lo hicieran los hospitales públicos, los centros de salud o las universidades.

En el análisis referente a la confianza en que los diferentes organismos hacían su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades sanitarias, se llegaron a conclusiones parecidas. Los pacientes registraron un nivel de desconfianza a colectivos de médicos de hospital, de atención sanitaria y enfermeras superior a la que mostraron hacia el Gobierno central, el Gobierno de la Comunidad Autónoma y las compañías farmacéuticas. En el último punto se analizó la confianza sobre si los diferentes colectivos intentaban hacer el bien a la sociedad. En este caso se observó que los pacientes confiaban en que los políticos, abogados y economistas intentaban hacer el bien a la sociedad en mayor magnitud que los médicos de hospitales, centros de salud, profesores de universidad o científicos. Por lo tanto, en todos los estudios de confianza se observaron las mismas conclusiones; los médicos de hospital y de centros de atención sanitaria tenían una valoración negativa, desconfiando de que hicieran el trabajo correctamente, que tomaran las decisiones correctas, que realizaran el trabajo de forma responsable o que intentaran hacer el bien a la sociedad.

12. Apéndices

12.1. Anexo I. Cuestionario.

ESTUDIO DE CONFIANZA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

FUNDACION BIBLIOTECA JOSEP LAPORTE – "PROGRAMA DE OPINION PUBLICA EN SALUD" DE LA UNIVERSIDAD DE HARVARD

Cuestionario

La **finalidad** del presente estudio realizado conjuntamente por el centro de investigación Fundación Biblioteca Josep Laporte y la Universidad de Harvard con la colaboración de la Generalitat de Catalunya (SOLO EN ENTREVISTAS EN CATALUNYA) y patrocinado por la Fundación Sanofi Aventis es la de **valorar la opinión y la confianza** que tienen los ciudadanos españoles con su sistema sanitario, así como el grado de satisfacción y la experiencia obtenida con la atención sanitaria que ha recibido. Esta encuesta es anónima y los resultados de la misma, que serán tratados de forma confidencial, permitirán mejorar el funcionamiento de la sanidad en su Comunidad Autónoma y en el Estado español.

ma,	que	Scrain	แลเลนบร	uc	Torrita	Cormucincia	, perminan	mejorar
ciona	amient	o de la s	sanidad er	su (Comunic	dad Autónom	a y en el Esta	ido españ
			uáles son l io español		os probl	emas más in	nportantes qu	e tiene el
	á	a						
	k	D						

2. Para usted, ¿cuál es la medida más importante que el Gobierno puede adoptar
para mejorar la atención sanitaria en España?

- 3. En nuestro país, ¿cree usted que la cantidad de dinero empleada en atención sanitaria es excesiva, insuficiente o más o menos la adecuada? --
 - Excesiva
 - Insuficiente
 - Más o menos la adecuada

a.....

- No lo sabe
- No contesta
- 3a. (Para aquellas personas que han respondido insuficiente en la pregunta 3)--(Si cree que el país debería gastar mas dinero en atención sanitaria), ¿debería ese dinero proceder de un aumento de los impuestos o el Gobierno debe obtener ese dinero de otras áreas o partidas del presupuesto?
 - Aumentar los impuestos
 - Obtener el dinero de otras áreas
 - No lo sabe
 - No contesta

Ahora nos gustaría preguntarle algunas cuestiones relativas al funcionamiento del sistema sanitario español.

- 4. ¿Conoce usted como está organizado y financiado el Sistema Nacional de Salud de España? ¿Diría usted que lo conoce mucho, lo conoce bastante, lo conoce poco, o no los conoce nada?
 - Lo conoce mucho
 - Lo conoce bastante
 - Lo conoce poco
 - No lo conoce nada
 - No lo sabe
 - No contesta

- 5. Teniendo en cuenta el Hospital público al que iría como paciente si usted tuviera un problema de salud o necesitara atención hospitalaria, ¿quién cree usted que financiaría o pagaría la atención recibida en ese Hospital? [LEER LAS OPCIONES DE RESPUESTA]
- El Gobierno de la Comunidad Autónoma en la que vive a través de su Consejería de Sanidad
- El Gobierno central a través del Ministerio de Sanidad y Consumo
- La Seguridad Social
- No lo sabe
- No contesta
- 6. 6. Teniendo en cuenta el centro de salud o de atención primaria al que usted iría si tuviera un problema de salud, ¿quién cree usted que financiaría o pagaría la atención recibida en ese centro? [LEER LAS OPCIONES DE RESPUESTA]
- La Seguridad Social
- El Gobierno central a través del Ministerio de Sanidad y Consumo
- El Gobierno de la Comunidad Autónoma en la que vive a través de su Consejería de Sanidad
- No lo sabe
- No contesta
- 7. ¿Cree usted que los médicos de atención primaria **encuentran limitaciones** por parte del Gobierno o de los gestores de la sanidad para ofrecerles toda la asistencia que usted puede necesitar?
 - Si encuentran limitaciones
 - No encuentran limitaciones
 - No lo sabe
 - No contesta

Algunas personas dicen que, en el futuro, el Sistema Nacional de Salud de España no tendrá suficiente dinero para pagar toda la atención sanitaria que la población necesita

8. Si el Gobierno no tuviera suficiente dinero para pagar todos los servicios de atención sanitaria necesarios en España. ¿Estaría usted de acuerdo o en desacuerdo con qué el Gobierno pidiera a las personas atendidas que pagaran [INSERTAR ITEM]? ¿Y [INSERTAR SIGUIENTE ITEM Y ASI SUCESIVAMENTE PARA 8a, 8b, 8c, 8d, 8e y 8f]

- a. 1 euro por receta médica
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No lo sabe
 - No contesta
- b. 2 euros por una visita al medico de atención primaria o de cabecera
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No lo sabe
 - No contesta
- c. 10 euros por estancia hospitalaria
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No lo sabe
 - No contesta
- d. Aumentar los impuestos directos o del IRPF
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No lo sabe
 - No contesta

- e. Aumentar los impuestos del alcohol y el tabaco
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No lo sabe
 - No contesta
- f. Aumentar los impuestos de la electricidad y la gasolina
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - No lo sabe
 - No contesta
- 9. En general, ¿usted diría que su estado de salud es muy bueno, bueno, malo o muy malo?
 - Muy bueno
 - Bueno
 - Malo
 - Muy malo
 - No lo sabe
 - No contesta
- 10. ¿En la actualidad tiene alguna incapacidad, minusvalía o enfermedad crónica que le impida participar plenamente en el trabajo, la escuela, el trabajo doméstico o en otras actividades? --
 - Si
 - No
 - No lo sabe
 - No contesta
- 11. En conjunto, ¿cuál es su grado de satisfacción con los servicios médicos y sanitarios que usted y su familia han utilizado el último año? ¿Diría que está muy satisfecho, algo satisfecho, algo insatisfecho o muy insatisfecho?--
 - Muy satisfecho
 - · Algo satisfecho
 - Algo insatisfecho

- Muy insatisfecho
- No lo sabe
- No contesta
- 12. ¿Cuánto le preocupan a usted las siguientes situaciones (LEER CADA ITEM 12a, 12b y 12c)

12a. que no pueda tener la atención médica que necesita porque no pueda pagarla?

- o Muy preocupado
- o Algo preocupado
- Nada preocupado

12b. que sus padres, abuelos o esposo/a no puedan acceder a una residencia para personas mayores si la necesitan?

- Muy preocupado
- o Algo preocupado
- Nada preocupado

12c. tener que esperar mucho tiempo para una visita a un médico en caso de necesitar verlo por una necesidad no urgente?

- Muy preocupado
- o Algo preocupado
- o Nada preocupado
- 13. Pensando en el médico de cabecera o de atención primaria al que usted acude cuándo tiene un problema de salud, ¿cuánto CONFIA en qué su medico de cabecera o de atención primaria.... [INSERTAR ITEM 13a, 13b, 13c, 13d, 13e, 13f, 13g, 13h, 13i y 13j DE FORMA ALEATORIZADA]
 - k. Confía usted que hará todo lo posible porque usted reciba toda la atención sanitaria que precisa?
 - Mucho
 - Algo
 - Poco
 - Nada
 - No lo sabe
 - No contesta
 - 1. Confía usted que le informará de todas las pruebas diagnósticas y tratamientos disponibles?
 - Mucho
 - Algo
 - Poco
 - Nada
 - No lo sabe
 - No contesta
 - m. Confía usted que lo enviará a la consulta de un especialista cuando usted lo necesite?
 - Mucho
 - Algo
 - Poco
 - Nada

- No lo sabe
- No contesta
- n. Confía usted que le indicará o recetará todas las pruebas diagnósticas o tratamientos que necesite sin considerar el coste de los mismos?
 - Mucho
 - Algo
 - Poco
 - Nada
 - No lo sabe
 - No contesta
- o. Confía usted que le ofrecerá la mejor atención sanitaria posible?
 - Mucho
 - Algo
 - Poco
 - Nada
 - No lo sabe
 - No contesta
- p. Confía usted que tiene la mejor preparación y conocimientos médicos?
 - Mucho
 - Algo
 - Poco
 - Nada
 - No lo sabe
 - No contesta
- q. Confía usted que sabe comunicarse de forma que usted pueda entender todos los consejos que él le da?
 - Mucho
 - Algo
 - Poco
 - Nada
 - No lo sabe
 - No contesta
- r. Confía usted que sabe escucharle atentamente?

- Mucho
- Algo
- Poco
- Nada
- No lo sabe
- No contesta
- s. Confía usted que tiene tiempo de responder a todas sus preguntas?
 - Mucho
 - Algo
 - Poco
 - Nada
 - No lo sabe
 - No contesta

t. Confía usted que le resp	peta?
 Much Algo Poco Nada No lo No co 	sabe
14. En general, ¿usted diría que médico de cabecera o de a	ue CONFIA mucho, algo, poco o nada en su atención primaria?
 Sí, mucho Algo Poco Nada No lo sabe No contesta 	
15. ¿Sabe cuál es el nombre (LEER 15 ^a , 15b y 15c):
15a. de su médico/a de cabece	era o de atención primaria?
Sí lo seNo lo seNo contesta	
15b. del consejero/a de sanidad d	e su Comunidad Autónoma?

15c. del Ministro/a de sanidad en el Gobierno del Presidente Rodríguez Zapatero?

• Sí lo se

Sí lo seNo lo se

No contesta

- No lo se
- No contesta

16. Le voy a leer una lista de cosas que pueden o no influir en la decisión de una persona para elegir el centro público al que acudir para una consulta médica por problemas de salud. Por favor, dígame si es muy importante, algo importante o nada importante la influencia de cada una de ellas en su decisión cuando elige donde ir

MI AI

NΙ

[ROTAR ITEMS]

- La calidad de la atención médica recibida
- · Los servicios y equipamientos avanzados tecnológicamente
- Su ubicación y localización (cercanía al domicilio y facilidad de acceso)
- El poco tiempo de espera desde que solicita la visita hasta que lo recibe el médico
- El tiempo dedicado por el médico (tiempo que duró la consulta)
- La relación de confianza que tiene con el médico
- 17. Si necesitase ver a un especialista ¿Cree que **tendría acceso** a alguno sin tener que estar en lista de espera mucho tiempo?--
 - Sí
 - No.
 - No lo se
 - No contesta
- 18. ¿Diría qué usted y los miembros de su hogar, tienen acceso a la tecnología sanitaria más moderna?--
 - Tienen acceso
 - No tienen acceso
 - No lo sabe

- No contesta
- 19. ¿Tiene usted contratado algún seguro sanitario privado o pertenece a alguna mutua de seguro sanitario?--
 - Si
 - No
 - No lo sabe
 - No contesta
- 20. En su población o lugar de residencia, ¿Cree que hay demasiados médicos, muy pocos médicos o una cantidad más o menos adecuada de médicos?--
 - Demasiados médicos
 - Muy pocos médicos
 - Más o menos la cantidad adecuada
 - No lo se
 - No contesta

21. ¿Cree usted que (LEA CADA ITEM, ejemplo: el Gobierno) hacen bien o mal su trabajo?

[ROTAR]

- Gobierno
- Compañías de aviación
- Hospitales públicos
- Compañías farmacéuticas
- Bancos
- RENFE
- Universidades
- Medios de comunicación
- Centros de salud o de atención primaria públicos
- Compañías de teléfonos
- 22. Si (LEA CADA ITEM, ejemplo: el Gobierno) tiene un problema en la calidad o seguridad de uno de sus productos o servicios, ¿confía usted que tomarán la decisión correcta para corregirlo?

[ROTAR]

- Gobierno
- Compañías de aviación
- Hospitales públicos
- Compañías farmacéuticas
- Bancos
- RENFE
- Universidades
- Medios de comunicación
- Centros de salud o de atención primaria públicos
- Compañías de teléfonos
- 23. ¿Cuánto confía usted en que (LEA CADA ITEM, ejemplo: las enfermeras) están haciendo su trabajo de forma responsable respondiendo a las necesidades de atención sanitaria de los pacientes? ¿Diría usted que confía mucho, algo o nada?

[ROTAR]

Enfermeras

- Médicos de atención primaria o de cabecera
- Dentistas
- Farmacéuticos
- Médicos de Hospital público
- Compañías farmacéuticas
- Gobierno de su Comunidad Autónoma
- Gobierno español
- Mutuas o compañías privadas de seguros médicos
- 24. ¿Cuánto confía usted en que [LEA CADA ITEM, ejemplo: los periodistas) procuren hacer el bien para la sociedad? ¿Diría usted que confía mucho, algo o nada en que lo hacen?

[ROTAR]

- Periodistas
- Políticos
- Médicos de atención primaria o de cabecera
- Médicos de Hospital
- Abogados
- Economistas
- Profesores de educación básica y bachiller
- Profesores de universidad
- Científicos

P25. ¿Sabe usted cuáles sus derechos como paciente?

- Si
- No
- Ns
- Nc

P25. ¿Conoce usted alguna carta derechos de los pacientes?

- Si
- No
- Ns
- Nc

12.2. Anexo II. Formatos

A continuación se expondrán los formatos definidos en el proceso de gestión de datos para las variables que contenía la base de datos original.

Formato: provincia

Valor	Descripción	
1	ALAVA	
2	ALBACETE	
3	ALICANTE	
4	ALMERIA	
5	AVILA	
6	BADAJOZ	
7	BALEARES	
8	BARCELONA	
9	BURGOS	
10	CACERES	
11	CADIZ	
12	CASTELLON	
13	CIUDAD REAL	
14	CORDOBA	
15	LA CORUÑA	
16	CUENCA	
17	GERONA	
18	GRANADA	
19	GUADALAJARA	
20	GUIPUZCOA (S SEBASTIAN)	
21	HUELVA	
22	HUESCA	
23	JAEN	
24	LEON	
25	LERIDA	
26	LA RIOJA (LOGROÑO)	
27	LUGO	
28	MADRID	
29	MALAGA	
30	MURCIA	

Formato: provincia

Valor	Descripción		
31	NAVARRA		
32	ORENSE		
33	OVIEDO (ASTURIAS)		
34	PALENCIA		
35	LAS PALMAS		
36	PONTEVEDRA		
37	SALAMANCA		
38	SANTA CRUZ DE TENERIFE		
39	SANTANDER (CANTABRIA)		
40	SEGOVIA		
41	SEVILLA		
42	SORIA		
43	TARRAGONA		
44	TERUEL		
45	TOLEDO		
46	VALENCIA		
47	VALLADOLID		
48	VIZCAYA (BILBAO)		
49	ZAMORA		
50	ZARAGOZA		
51	CEUTA		
52	MELILLA		

Formato: región

Valor	Descripción		
1	AMB		
2	Catalana-Aragonesa		
3	Levante		
4	Andalucía		
5	AMM		
6	Centro		
7	Norte		
8	Noreste		
9	Canarias		
10	Ceuta y Melilla		

Formato: tammuni

Descripción
Menos de 1.00
De 1.001 a 2.000
De 2.001 a 3.000
De 3.001 a 5.000
De 5.001 a 10.000
De 10.001 a 30.000
De 30.001 a 50.000
De 50.001 a 100.000
De 100.001 a 200.000
De 200.001 a 500.000
Mas de 500.000

Formato: ccaa

Valor	Descripción	
1	Andalucía	
2	Aragón	
3	Asturias	
4	Baleares	
5	Canarias	
6	Cantabria	
7	Cast Mancha	
8	Cast León	
9	Catalunya	
10	Valencia	
11	Extremadura	
12	Galicia	
13	Madrid	
14	Murcia	
15	Navarra	
16	País Vasco	
17	Rioja	

Formato: tamccaa

Valor	Descripción
1	Menos de 10.000
2	De 10.001 a 50.000
3	De 50.001 a 250.000
4	Mas de 250.000

Formato: sexo

Valor		Descripción
1	Hombre	
2	Mujer	

Formato: edadc

Valor	Descripción
1	De 18 a 24
2	De 25 a 34
3	De 35 a 49
4	De 50 a 64
5	De 65 y mas

Formato: problemas

Valor	Descripción
1	El poco tiempo que dispone el medico para atender al paciente
3	La espera en urgencias
4	La falta de atención al paciente
6	La falta de médicos
7	La falta de medios (Hospitales, aparatos,)
8	La falta de personal sanitario
9	La financiación
10	La lentitud
11	La mala atención al paciente
12	La gasificación
13	La organización
14	Las listas de espera
16	Las listas de espera para hacerse pruebas

Formato: problemas

Valor	Descripción
17	Las listas de espera para las citas / al medico de cabecera
18	Las listas de espera para las operaciones
19	Las listas de espera para los especialistas
96	Todo va bien / Ninguno
97	Nada mas
98	Otros
99	N.s./N.c.

Formato: soluciones

Valor	Descripción
1	Poner más médicos
2	Invertir más dinero
3	Más Hospitales / Centros
4	Más personal
5	Más recursos / Medios
6	Quitar las listas de espera
7	Mejor administración / Ahorro / No despilfarrar
8	Ampliar los horarios de los ambulatorios
9	Mejor trato / Atención
10	Más enfermeras
11	Controlar más a los médicos
12	Ampliar instalaciones / más quirófanos / más camas
17	Mayor rapidez en la atención médica
18	Mejorar la formación constante de los médicos
20	Todo tipo de ayudas a los pacientes (económicas, estructura
97	Nada / Ninguno
98	Otros
99	Ns/Nc

Formato: dinero

Valor		Descripción	
1	EXCESIVA		
2	INSUFICIENTE		

Formato: dinero

Valor	Descripción
3	MAS O MENOS LA ADECUADA
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p03a

Valor	Descripción	
1	AUMENTAR LOS IMPUESTOS	
2	OBTENER DINERO DE OTRAS AREAS	
8	NO LO SABE	
9	NO CONTESTA	

Formato: p04a

Valor		Descripción
1	MUCHO	
2	BASTANTE	
3	POCO	
4	NADA	
8	NO LO SABE	
9	NO CONTESTA	

Formato: p05a

Valor	Descripción	
1	EL GOBIERNO DE LA C. AUTONOMA	
2	EL GOBIERNO CENTRAL	
3	LA SEGURIDAD SOCIAL	
8	NO LO SABE	
9	NO CONTESTA	

Formato: p06a

Valor	Descripción
1	LA SEGURIDAD SOCIAL
2	EL GOBIERNO CENTRAL

Formato: p06a

Valor	Descripción
3	EL GOBIERNO DE LA C. AUTONOMA
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p07a

Valor	Descripción
1	SI
2	NO
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p08a

Valor	Descripción
1	DE ACUERDO
2	EN DESACUERDO
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p09

Valor	Descripción
1	MUY BUENO
2	BUENO
3	MALO
4	MUY MALO
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p10a

Valor	Descripción
1	SI
2	NO
8	NO LO SABE

Formato: p10a

Valor	Descripción
9	NO CONTESTA

Formato: p11a

Valor	Descripción
1	MUY SATISFECHO
2	ALGO SATISFECHO
3	ALGO INSATISFECHO
4	MUY INSATISFECHO
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p12a

Valor	Descripción
1	MUY PREOCUPADO
2	ALGO PREOCUPADO
3	NADA PREOCUPADO
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p13a

Valor	Descripción	
1	MUCHO	
2	ALGO	
3	POCO	
4	NADA	
8	NO LO SABE	
9	NO CONTESTA	

Formato: p14a

Valor	Descripción
1	SI. MUCHO

Formato: p14a

,	Valor	Descripción
,	2	ALGO
	3	POCO
	4	NADA
	8	NO LO SABE
	9	NO CONTESTA

Formato: p15a

Valor	Descripción
1	SI LO SE
2	NO LO SE
9	NO CONTESTA

Formato: p16a

Valor	Descripción
1	MUY IMPORTANTE
2	ALGO IMPORTANTE
3	NADA IMPORTANTE
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p17a

Valor	Descripción
1	SI
2	NO
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p18a

Valor	Descripción
1	TIENEN ACCESO
2	NO TIENEN ACCESO
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p20a

Valor	Descripción
1	DEMASIADOS MEDICOS
2	MUY POCOS MEDICOS
3	MAS O MENOS LA CANTIDAD ADECUADA
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p21a

Valor	Descripción
1	BIEN
2	MAL
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p22a

Valor	Descripción
1	SI
2	NO
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

Formato: p23a

Valor	Descripción
1	MUCHO
2	ALGO
3	NADA
8	NO LO SABE
9	NO CONTESTA

A continuación se expondrán los formatos definidos en el proceso de gestión de datos para las variables se generaron en el análisis.

Formato: p08as

Valor	Descripción
1	DE_ACUERDO
2	EN_DESACUERDO

Formato: edad2c

Valor	Descripción
1	_18_64
2	_65_y_mas

Formato: p09ca

Valor	Descripción
1	BUENO_O_MUY_BUENO
2	MALO O MUY MALO

Formato: sn

Valor	Descripción
1	SI
2	NO

Formato: ns

Valor	Descripción
0	NO
1	SI