



GRADO EN ECONOMÍA
CURSO ACADÉMICO 2019/2020

TRABAJO FIN DE GRADO

**LA SATISFACCIÓN CIUDADANA CON LOS
SERVICIOS SANITARIOS: ANÁLISIS DE LAS
DIFERENCIAS ENTRE CCAA**

**CITIZEN SATISFACTION WITH HEALTH
SERVICES: ANALYSIS OF THE DIFFERENCES
BETWEEN CCAA**

AUTOR: ÓSCAR PRIETO RUBIO

TUTOR: MARCOS FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

DICIEMBRE de 2019

Índice general

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN.	
2.1. Satisfacción con los servicios públicos.....	9
2.2. Sistema sanitario español.....	11
3. DATOS Y METODOLOGÍA.....	13
4. RESULTADOS.	
4.1. Diferencias entre CCAA en la satisfacción con el sistema sanitario....	16
4.1.1. Satisfacción con el sistema sanitario.....	16
4.1.2. Valoración general del funcionamiento del sistema sanitario.....	22
4.1.3. Valoración de la atención primaria.....	25
4.2. Índice General de Satisfacción.....	27
4.3. Gasto en sanidad y satisfacción con el sistema sanitario.....	29
4.3.1. Gasto en sanidad por CCAA.....	29
4.3.2. Correlación entre gasto sanitario y satisfacción.....	31
4.4. Satisfacción con la sanidad y preferencia por el sistema sanitario público.....	33
4.4.1. Indicadores de preferencia por el sistema público.....	33
4.5. Relación existente entre satisfacción y grado de preferencia por el sistema sanitario público.....	39
5. CONCLUSIONES.....	42
6. BIBLIOGRAFÍA.....	44

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1. Satisfacción ciudadana con el tiempo dedicado por el médico a cada enfermo.....	17
Gráfico 1. Satisfacción ciudadana con el tiempo dedicado por el médico a cada enfermo.....	17
Tabla 2. Satisfacción ciudadana con el conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario.....	18
Gráfico 2. Satisfacción ciudadana con el conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario.....	19
Tabla 3. Satisfacción ciudadana con la confianza y seguridad que transmite el médico.....	20
Gráfico 3. Satisfacción ciudadana con la confianza y seguridad que transmite el médico.....	20
Tabla 4. Satisfacción ciudadana con la información recibida sobre su problema de salud.....	21
Gráfico 4. Satisfacción ciudadana con la información recibida sobre su problema de salud.....	22
Tabla 5. Porcentaje de ciudadanos que afirman que el sistema sanitario funciona bastante bien.....	23
Gráfico 5. Porcentaje de ciudadanos que afirman que el sistema sanitario funciona bastante bien.....	23
Tabla 6. Suma de los porcentajes de ciudadanos que afirman que el sistema sanitario funciona bastante bien y bien.....	24
Gráfico 6. Suma de los porcentajes de ciudadanos que afirman que el sistema sanitario funciona bastante bien y bien.....	25
Tabla 7. Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en atención primaria.....	26
Gráfico 7. Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en atención primaria.....	26
Tabla 8. Índice General de Satisfacción. Ranking de CCAA según las puntuaciones obtenidas en los tres primeros indicadores para los años 2010-2016.....	28
Gráfico 8. Índice General de Satisfacción. Ranking de CCAA según las puntuaciones obtenidas en los tres primeros indicadores para el año 2010.....	28
Gráfico 9. Índice General de Satisfacción. Ranking de CCAA según las puntuaciones obtenidas en los tres primeros indicadores para el año 2016.....	29

Tabla 9. Gasto per cápita en sanidad por CCAA.....	30
Gráfico 10. Gasto per cápita en sanidad por CCAA.....	30
Gráfico 11. Correlación entre el IGS (Índice General de Satisfacción) y el gasto per cápita para el año 2010, desglosado por CCAA.....	32
Gráfico 12. Correlación entre el IGS (Índice General de Satisfacción) y el gasto per cápita para el año 2016, desglosado por CCAA.....	32
Tabla 10. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en atención primaria.....	33
Gráfico 13. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en atención primaria.....	34
Tabla 11. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en consultas de atención especializada.....	35
Gráfico 14. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en consultas de atención especializada.....	35
Tabla 12. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en hospitalización.....	36
Gráfico 15. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en hospitalización.....	37
Tabla 13. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en atención urgente.....	38
Gráfico 16. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en atención urgente.....	38
Tabla 14. Indicador sintético de preferencia por el sistema sanitario público.....	39
Gráfico 17. Correlación entre el grado de preferencia por el sistema público y el IGS para el año 2010.....	40
Gráfico 18. Correlación entre el grado de preferencia por el sistema público y el IGS para el año 2016.....	41

RESUMEN

A lo largo de la historia, los servicios sanitarios y, por ende, los desajustes producidos en los mismos, como por ejemplo problemas en la organización y falta de atención al paciente, han sido objeto de estudio para diversos autores. Con esta motivación, este trabajo analiza dos cuestiones: por un lado, la evolución de la satisfacción ciudadana con la sanidad por CCAA; y por otro lado, si la satisfacción con la sanidad es mayor cuanto mayor son los recursos que destina una CCAA a este servicio.

En cuanto al procedimiento analítico seguido, en primer lugar, se analizan una serie de indicadores de satisfacción con el objetivo de poder observar su evolución en el período 2010-2016. Posteriormente, se crea un indicador con los datos obtenidos en los tres primeros indicadores de satisfacción denominado Índice General de Satisfacción (IGS) y se analiza la posición de las CCAA españolas en dicho indicador, así como su evolución. Finalmente, se realiza un estudio sobre la relación existente entre una serie de variables: primero, entre la satisfacción (medido por el IGS) y el gasto per cápita en sanidad por comunidad autónoma; y después, entre el grado de preferencia por el sistema sanitario público y la satisfacción. El período de análisis de nuestro estudio se corresponde con los años 2010 y 2016 (para todos los indicadores), donde podemos observar las variaciones producidas. La elección de este período se debe a que no dispongo de datos posteriores a 2016, y además, en estos años se analizan los efectos de la crisis. La sanidad, en nuestro marco de análisis, ha experimentado un crecimiento importante en la mayoría de comunidades autónomas españolas.

La principal aportación a este trabajo es el análisis sobre el incremento de la satisfacción ciudadana en las comunidades autónomas españolas con los servicios sanitarios. Además, se afirma que el incremento de la satisfacción está relacionado directamente con la mejora de los recursos.

ABSTRACT

Throughout history, health services and, therefore, the mismatches produced in them, such as problems in the organization and lack of patient care, have been studied for various authors. With this motivation, this paper analyzes two issues: on the one hand, the evolution of citizen satisfaction with health cares by Autonomous Communities; and on the other hand, if the satisfaction with health is greater, the greater the resources allocated by an Autonomous Community to this service.

According to the process followed, first, a series of satisfaction indicators are analyzed in order to be able to observe their evolution in the period 2010-2016. Subsequently, an indicator is created with the data obtained in the first three satisfaction indicators called General Satisfaction Indicator and the position of the Spanish Autonomous Communities in said indicator is analyzed, as well as their evolution. Finally, a study is carried out on the relation between a series of variables: first, between satisfaction (measured by the General Satisfaction Indicator) and per capita expenditure on health care by autonomous community; and then, between the degree of preference for the public health system and satisfaction. The analysis period of our study corresponds to the years 2010 and 2016 (for all indicators), where we can observe the variations produced. The choice of this period is due to the fact that I do not have data after 2016, and in addition, in these years the effects of the crisis are analyzed. Health, in our analysis framework, has experienced significant growth in most Spanish autonomous communities.

The main contribution to this work is the analysis of the increase in citizen satisfaction in the Spanish autonomous communities with health services. In addition, it is stated that the increase in satisfaction is directly related to the improvement of resources.

1. Introducción

La sanidad en España es un servicio público que está bien valorado tradicionalmente por los ciudadanos. La población española no sitúa a los servicios sanitarios entre uno de los principales problemas de nuestro país, ya que tiene una opinión positiva acerca de este servicio debido a su buen funcionamiento. Se sitúa por detrás de problemas como el paro, la corrupción y el fraude, la política y los problemas de índole económica (CIS, 2018). Es importante analizar el sistema sanitario español desde la perspectiva de la satisfacción de los ciudadanos, ya que la opinión depende de las características del servicio, las cuales pueden ser el trato del personal y la eficacia de los tratamientos. La sanidad en nuestro país se organiza mediante un sistema descentralizado en el que las competencias las tienen las CCAA, de ahí que puedan existir diferencias importantes entre las comunidades autónomas españolas en la calidad del sistema sanitario y en la satisfacción con el mismo. Además, en la última década, la crisis y las políticas de austeridad han podido afectar a la calidad del servicio sanitario, y esto ha podido incidir directamente en la satisfacción ciudadana con el servicio, aunque de manera diferente en cada una de las comunidades (Macía y Moncho, 2007). Y, con todo ello, cabe señalar la relevancia de analizar si existen diferencias entre la satisfacción con el sistema sanitario en unas CCAA, cómo han ido evolucionando esas diferencias a lo largo de los años, a qué factores pueden deberse y qué consecuencias pueden tener, siendo precisamente éstos los objetivos de mi trabajo. En este trabajo se llevará a cabo la realización de un estudio detallado de la satisfacción con el servicio sanitario y del sistema sanitario español a través de las opiniones de los ciudadanos. En las últimas décadas y en especial en situaciones desfavorables, la sanidad y la satisfacción ciudadana con ésta han sido objeto de estudio por parte de numerosos autores, destacando Macía y Moncho (2007). Concretamente, los desajustes que ha sufrido la sanidad se han visto repercutidos por los ciclos económicos, ya que en épocas de recesión económica la inversión en este servicio disminuía, ocurriendo lo contrario en épocas de expansión económica.

La principal motivación de este ensayo es realizar un estudio acerca de las diferencias en la satisfacción, como indicador de la calidad. Este análisis puede resultar interesante porque la sanidad es uno de los servicios públicos más importantes en el día a día como afirman Van de Walle y Van Ryzin (2011) en su estudio. Por lo que, ante la existencia de inconvenientes, se debe profundizar en los problemas detectados para poder encontrar una solución eficiente y resolutive.

Los objetivos principales de este trabajo son los siguientes: primero, llevar a cabo un estudio de la satisfacción ciudadana con la sanidad por CCAA; segundo, realizar un análisis detallado sobre si las CCAA con un mayor gasto per cápita en sanidad muestran una mayor satisfacción con este servicio, observándolo en el Índice General de Satisfacción creado a partir de la síntesis de una serie de indicadores disponibles; y por último, estudiar si las CCAA que muestran una mayor satisfacción en el IGS, experimentan un alto grado de preferencia por el sistema sanitario público. Los indicadores estudiados atienden a recursos económicos y sociales y a la satisfacción, confeccionando cada tabla con datos de los años 2010 y 2016, además de una columna con la tasa de variación porcentual entre esos años.

Este trabajo se estructura de la siguiente forma, en la segunda sección y tras esta introducción, basándome en estudios que han llevado a cabo diversos autores, analizo la literatura existente sobre la sanidad en nuestro país, atendiendo a la satisfacción general con los servicios públicos y al estudio del sistema sanitario español en relación a otros países seleccionados. En la tercera sección, realizo un apartado denominado datos y metodología donde se explicará detenida y detalladamente cada uno de los indicadores con lo que se trabajará en este ensayo y cómo se han confeccionado. En este apartado se llevará a cabo una división clara y concisa de estos indicadores, estudiando principalmente una serie de indicadores que atienden al grado de preferencia de los ciudadanos por el sistema sanitario público y además, un indicador relacionado con los recursos económicos. A continuación, en el apartado de resultados se describen detenidamente los datos correspondientes a cada indicador seleccionado, a partir de una serie de tablas y gráficos; además, se realizará un estudio detallado de dos gráficos de dispersión, el primero relacionará el gasto per cápita con el IGS (Índice General de Satisfacción) y el segundo relacionará el propio IGS con el grado de preferencia por el sistema público. Tras la consecución de cada una de las tablas y gráficos, se iniciará un estudio de las variaciones y desajustes de cada indicador, con sus respectivas causas. Y finalmente, el trabajo se completa con una sección dedicada a las conclusiones.

2. Estado de la cuestión

Esta sección consta de dos apartados. El primero lleva a cabo una síntesis de la literatura que ha analizado, con carácter general, la satisfacción con los servicios públicos realizando una distinción entre evaluaciones objetivas y subjetivas (Van Dooren y Van de Walle, 2008), y también efectuando un estudio de los mecanismos que se relacionan con la satisfacción ciudadana (Van de Walle, 2017). El segundo, por su parte, indaga más concretamente en las características del sistema sanitario español (Macía y Moncho, 2007), completándose con una comparación del gasto en salud entre España y una serie de países europeos seleccionados, con datos obtenidos del ensayo de Bernal Delgado et al. (2018) y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018).

2.1. Satisfacción con los servicios públicos

Existe una valoración principal en el ámbito de los servicios públicos, como es la diferencia entre evaluaciones subjetivas y objetivas de los ciudadanos, Van Dooren y Van de Walle (2008) afirman en su ensayo que la literatura de desempeño a menudo hace la distinción entre medidas objetivas y subjetivas (OCDE, 2006). En este caso, estos dos autores se basan en un ejemplo que se puede identificar con mi trabajo en dos ámbitos: el primero es el estudio de indicadores de satisfacción, los cuales podemos englobar en el apartado de “medidas subjetivas” ya que éstos se basan en la opinión ciudadana acerca de los servicios sanitarios; mientras que el segundo es el estudio de indicadores basados en los recursos, los cuales se pueden adjuntar al grupo de “medidas objetivas” debido a que son datos reales obtenidos mediante estudios específicos. Este ejemplo se basa en dos casos, cada uno de ellos englobado en un apartado (uno en la subjetividad y otro en la objetividad). El primero explica que el miedo de los ciudadanos a la delincuencia es “subjetivo” porque es una opinión de cada individuo, mientras que las estadísticas acerca de los delitos realizados se consideran “objetivas” ya que es un dato real. La utilidad de los enfoques objetivos y subjetivos es un debate clásico en la medición social (Van Dooren y Van de Walle, 2008). Estos autores escriben sobre si los ciudadanos son partidarios de la privatización de la asistencia social o de aceptar los recortes del gasto social cuando perciben que los programas no son efectivos. Siguiendo con el apartado de evaluaciones objetivas y subjetivas, Van de Walle (2017) se centra también en el estudio de esta parte, afirmando que las evaluaciones subjetivas de un servicio público (como, por ejemplo, la satisfacción) no reflejan necesariamente las características objetivas o el desempeño de ese servicio (Van Ryzin, 2004; 2008); además, los índices de satisfacción están influenciados por factores distintos a la calidad del servicio (Van Ryzin e Immerwahr, 2004; Orr y West, 2007). Esta explicación significa que las mejoras en la calidad del servicio no se reflejarán siempre en una mayor satisfacción (Stipak, 1979; Kelly y Swindell, 2002). Van de Walle (2017) define las evaluaciones subjetivas como juicios agregados del proceso de servicio experimentado y del resultado del servicio, además afirma que un hallazgo particular en la literatura es que los diferentes servicios existentes reciben diferentes niveles de satisfacción por parte de los ciudadanos dependiendo de los resultados que producen, y se ha sugerido que esto se relaciona directamente con la simpatía o devoción que tienen esos ciudadanos hacia el servicio del que hablemos (Van de Walle, 2017). En

general, la satisfacción con cualquier servicio público depende de las características del mismo, como la heterogeneidad de los servicios ofrecidos y la naturalidad del contacto. La satisfacción depende de mucho más que el desempeño del servicio (Kelly, 2005); no obstante, las evaluaciones subjetivas son útiles porque proporcionan información importante a los encargados de la formulación de políticas y a los administradores, ya que indican que algo puede estar mal y de esta manera podrían corregirlo (Van de Walle, 2017). Según lo descrito por Frei y Stutzer (2002), el análisis de las opiniones expresadas por los ciudadanos (evaluaciones subjetivas) además de proporcionar una mayor comprensión de los mecanismos que influyen en el bienestar subjetivo, contribuiría a mejorar la calidad de las instituciones y el capital social.

En relación a la satisfacción ciudadana, Van de Walle y Van Ryzin (2011) afirman que las encuestas acerca de la satisfacción de los ciudadanos con los servicios públicos se han generalizado, y los resultados de éstas se utilizan cada vez más para reorganizar los servicios, asignar presupuestos y responsabilizar a los gerentes, por lo que las encuestas están adquiriendo gran relevancia. Además, estos autores explican que el orden de las preguntas en una encuesta de ciudadanos tiene cierta importancia, ya que genera efectos importantes en la satisfacción informada con servicios públicos específicos y en la satisfacción general de los ciudadanos. Asimismo, las correlaciones de las calificaciones de servicios públicos específicos con la satisfacción general también tienen cierta sensibilidad al orden de las preguntas, lo que puede considerarse una limitación. En cuanto a los mecanismos, Van de Walle (2017) realiza en su trabajo una interesante explicación acerca de la satisfacción con los servicios públicos, afirmando que ésta puede considerarse como un fenómeno que combina expectativas puestas en el tema tratado, actitudes adoptadas y experiencias previas. La satisfacción de la cual se obtiene información puede estar relacionada con las actitudes que tienen los ciudadanos hacia el gobierno, como puede ser la confianza en el gobierno, por lo que no sólo debe verse como un reflejo de la experiencia de éstos con la calidad del servicio.

Para concluir, Van de Walle (2017) afirma que la satisfacción con los servicios públicos puede ser estudiada a diferentes niveles. En su nivel más básico, uno puede observar las cualidades de un servicio público para ver cómo la calidad del servicio se traduce en satisfacción con el mismo. Un enfoque en este nivel básico les permite a los profesionales utilizar sus conocimientos sobre gestión de servicios privados y consultoría para identificar impulsores de satisfacción, insatisfacción y segmentación (Van de Walle, 2017). También se puede ampliar la percepción acerca de la prestación al incorporar opiniones y expectativas anteriores sobre el servicio para ver cómo influyen en la satisfacción posterior. Finalmente, Van de Walle (2017) afirma que se puede explorar si la satisfacción y la insatisfacción con los servicios se extienden a las actitudes hacia el sistema de gobierno, como la confianza en el gobierno o el agrado con la forma en que funciona éste.

2.2. Sistema sanitario español

La Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril permitió el cambio del modelo de Seguridad Social al modelo actual de Sistema Nacional de Salud (SNS), financiado con impuestos y de cobertura prácticamente universal. *“El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley”* (BOE, 1986). En cuanto a los sistemas sanitarios de otros países europeos, existen dos modelos: el primero denominado modelo Beveridge que posee características similares al Sistema Nacional de Salud desarrollado en España; y el segundo denominado modelo Bismarck, el cual tiene características similares al sistema de Seguridad Social que regía anteriormente en nuestro país. El primer modelo mencionado se desarrolla en países europeos como Reino Unido, Portugal, Italia y la propia España, entre otros, mientras que el segundo modelo se desarrolla en países como Alemania, Francia y Suiza (Macía y Moncho, 2007). Desde la fecha de implantación de la Ley General de Sanidad se han producido grandes cambios en el sistema que concluyeron en el año 2002 con la descentralización total de competencias sanitarias en las CCAA. La descentralización pretende acercar al ciudadano la gestión de los servicios de salud y el órgano de cohesión inter autonómico, denominado Consejo Interterritorial del SNS, organismo que debe garantizar *“los principios de igualdad en toda la nación española en materia de prestaciones sanitarias, profesionales sanitarios, farmacia, investigación sanitaria, sistemas de información, calidad del sistema sanitario, planes integrales, acciones conjuntas en salud pública y participación de los ciudadanos y profesionales”* (Macía y Moncho, 2007). La regulación nacional de las competencias en materia de salud se realiza desde el mencionado Consejo Interterritorial del SNS, el cual es un organismo que además de garantizar los principios mencionados anteriormente, agrupa a los máximos responsables de cada comunidad en materia de salud y tiene la responsabilidad de evitar las desigualdades en servicios sanitarios dentro del territorio nacional (Macía y Moncho, 2007). Un aspecto característico de la mejora en los servicios sanitarios es el fenómeno de la descentralización, el cual llegó a completarse en España en el año 2002, como hemos mencionado anteriormente. Los autores Bernal-Delgado et al. (2018) afirman que la descentralización de los servicios sanitarios y atención de la salud se completó en ese año, aunque durante la última década este proceso ya logró consolidarse y las CCAA gozaron de una mayor capacidad de planificación, regulación y, sobre todo, autonomía financiera; y además, este fenómeno provocó un crecimiento desigual y desproporcionado del gasto en salud en cada una de las CCAA, lo cual dio lugar a dificultades para sostener los presupuestos en el momento que los ingresos fiscales se desplomaron durante la crisis económica. Como consecuencia de este desequilibrio, el Gobierno adoptó el Programa de Estabilidad para el Reino de España, cuyo principal objetivo en el sector de la salud fue *“la reducción de la participación pública del gasto en salud, del 6,5% del PIB en 2010 al 5,1% en 2015”* (Ministerio de Finanzas, 2010), y el Parlamento de España aprobó el RDL 16/2012 sobre medidas para asegurar la sostenibilidad del sistema de salud y la Ley Orgánica 2/2012 sobre Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. Tras la aprobación de estas disposiciones legales, el Ministerio de Finanzas asumió el control financiero y las decisiones sobre el paquete complementario de beneficios (Bernal-Delgado et al., 2018). Estos autores señalan

que el Ministerio de Finanzas diseñó dos fondos para cubrir las necesidades de gastos de las CCAA: 1) el Fondo de Liquidez, creado como mecanismo temporal para avalar los vencimientos de la deuda de las CCAA; y 2) el Fondo para el Financiamiento de los Pagos de Proveedores, que permite a las CCAA cancelar las obligaciones pendientes con los proveedores. Además, desde 2015, el acceso a créditos adicionales está vinculado a las medidas adoptadas por parte de las CCAA para controlar el gasto en atención de salud (Bernal-Delgado et. al., 2018). En el documento realizado por estos autores se expone que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como los Departamentos de Salud de las 17 CCAA, tienen la responsabilidad recopilar, diseñar y llevar a cabo el mantenimiento de las fuentes de datos que permiten el monitoreo de todo lo relacionado con la salud. En los últimos años, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las CCAA han estado buscando un enfoque más integrado con el fin de proporcionar información más completa, significativa y procesable: *“como consecuencia de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003, el MSSSI estableció el llamado Sistema de Información para el SNS (IS-SNS)”* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Los principales usuarios del IS-SNS son las autoridades sanitarias, los profesionales, los ciudadanos y las organizaciones civiles; además, es administrado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad bajo el mandato del Consejo Interterritorial. En 2015 se publicó un nuevo reglamento (RD 69/2015) destinado a registrar toda la actividad desarrollada en la atención especializada, el cual mejoró la recopilación de información sobre las hospitalizaciones y la atención de emergencia brindada en ambulatorios, hospitales, residencias... (Bernal-Delgado et. al., 2018).

Un indicador importante para valorar si la sanidad española ha avanzado positivamente estos últimos años es la esperanza de vida. En 2014, la esperanza de vida llegó a 83,2 años, siendo la más alta de todos los países pertenecientes a la Unión Europea (UE) y por encima de la media de la UE de 80,9 años (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Bernal-Delgado et al. (2018), mediante los datos obtenidos en Eurostat, afirman que el crecimiento de la esperanza de vida entre 2010 y 2014 ha sido similar en España y en la UE, con un aumento del 1 % para los hombres mientras que el aumento para las mujeres fue ligeramente menor (0,2 % en España y 0,5 % en la UE). Por lo que teniendo en cuenta todos estos datos, la esperanza de vida y su incremento en nuestro país es un elemento que indica que el sistema, implantado en los años 80, ha funcionado bien.

3. Datos y metodología

El presente estudio se basará en el análisis de las diferencias entre las CCAA españolas mediante una serie de indicadores de satisfacción con la sanidad. Tras ello, se analiza la correlación entre los recursos dedicados a sanidad, estudiado a partir del indicador gasto per cápita en sanidad por CCAA, y la satisfacción. El objetivo es responder a la pregunta de si las CCAA que dedican más recursos a la sanidad tienen mejores resultados de satisfacción ciudadana. Posteriormente, se analiza la correlación entre satisfacción y preferencia por el sistema público, cuyo objetivo es analizar si una mayor satisfacción se correlaciona con que un mayor porcentaje de los ciudadanos efectivamente prefiera apostar por la provisión pública del servicio. Con todo esto, explico y analizo la satisfacción ciudadana con el sistema sanitario español atendiendo a la división por CCAA. El marco de análisis de los indicadores estudiados en el presente ensayo abarca desde el año 2010 hasta el año 2016. La selección de este período se justifica por la aplicación de políticas de austeridad, las cuales tienen como objetivo principal reducir el gasto y 2010 es el año en el que se empiezan a implementar estas políticas; añadiendo que es un período que considero suficientemente amplio como para detectar posibles consecuencias de estas políticas sobre la satisfacción. Además, el año 2016 es el último año para el que dispongo de datos de todos los indicadores. Cabe destacar que el objetivo principal del ensayo es el análisis de la satisfacción con el sistema sanitario por CCAA, lo cual se estudiará para el período mencionado. En este apartado de datos y metodología se estudiará con detalle cómo se ha elaborado cada uno de los indicadores y su composición.

En este trabajo, a la hora de estudiar la satisfacción de los ciudadanos españoles con la sanidad, se han seleccionado una serie de indicadores obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE), que según este organismo tienen el objetivo de obtener información sobre la percepción de los ciudadanos acerca del funcionamiento del sistema sanitario, y en este ensayo me centro principalmente en los indicadores de satisfacción, que estudian y analizan puntuaciones y opiniones en forma de porcentaje realizadas por los ciudadanos. Es necesario explicar que en cada una de las tablas del ensayo se ha confeccionado una columna denominada variación porcentual 2016-2010, la cual se consigue restando el valor correspondiente al año 2016 menos el valor correspondiente al año 2010 y todo ello dividido por el valor del año 2010. El dato obtenido se multiplica por 100, con el objetivo de que el resultado final aparezca como porcentaje. Este cálculo se realiza para analizar la variación, por CCAA, en cada uno de los indicadores del ensayo en el período 2010-2016.

El primer indicador, denominado “SATISFACCIÓN: PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL BARÓMETRO SANITARIO 2018”, analiza la evaluación de los ciudadanos sobre cuatro registros sanitarios para los años 2010 y 2016: tiempo dedicado por el médico a cada enfermo, conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario, confianza y seguridad que transmite el médico e información recibida sobre su problema de salud. Este indicador mide la satisfacción de los ciudadanos con cada una de las ramas mencionadas anteriormente y se valora del 1 al 10. El segundo indicador, denominado “PORCENTAJE DE PERSONAS QUE OPINAN QUE EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BIEN O BASTANTE BIEN”, estudia el porcentaje de ciudadanos que consideran que la sanidad funciona correctamente mediante dos

posibles respuestas: bien o bastante bien, para ello analizo dos variantes del indicador: en la primera, considero los porcentajes sobre las opiniones ciudadanas que indican que en general “funciona bastante bien”; y la segunda, ofrece la suma de la primera (“funciona bastante bien”) con los porcentajes de opiniones ciudadanas que afirman que “funciona bien”, a partir de un cálculo propio derivado de la suma de los porcentajes obtenidos en el INE acerca de esas respuestas. Este indicador, al ser datos porcentuales, se mide del 0% al 100%. El tercer indicador, “PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE CONSIDERA QUE HA RECIBIDO UNA ATENCIÓN BUENA O MUY BUENA EN ATENCIÓN PRIMARIA”, (teniendo en cuenta como definición de atención primaria aquella asistencia sanitaria esencial para todos los ciudadanos suministrada por infraestructuras sociales, como pueden ser los centros de salud repartidos por las ciudades, y cuyo coste es soportado por la comunidad y el país), analiza el porcentaje de ciudadanos que, en su opinión, han recibido un trato positivo en este ámbito. Se mide del 0% al 100% porque está expresado en porcentaje.

Cabe destacar que después del análisis de los tres primeros indicadores que estudian el grado de preferencia de los ciudadanos por el sistema sanitario público se confecciona un indicador propio con los datos de esos indicadores mencionados anteriormente, denominado: “ÍNDICE GENERAL DE SATISFACCIÓN” (en adelante, IGS). Es un indicador de cálculo propio, que mide de manera sintética cuáles son las CCAA donde los ciudadanos están más satisfechos con la sanidad. Se calcula para sintetizar toda la información anterior en un único indicador, que es el que posteriormente correlaciono con el gasto en sanidad y con el porcentaje de ciudadanos que opta por la sanidad pública. Este indicador se elabora de la siguiente manera: en primer lugar, se han ordenado de mayor a menor las puntuaciones o porcentajes para los años 2010-2016 de cada una de las siete tablas correspondientes a los tres primeros indicadores de satisfacción; posteriormente, se han asignado unos valores (en cada una de las siete tablas) a cada CCAA en función de la posición, dando el valor 19 a la comunidad situada en primera posición, el valor 18 a la comunidad situada en segunda posición y así sucesivamente hasta llegar a la comunidad que ocupa la última posición del ranking, a la que se le asigna el valor 1. Finalmente, una vez asignados todos los valores a las CCAA, se ha llevado a cabo la suma de esos valores para cada comunidad, por lo que de esta manera llegamos a las puntuaciones finales para cada CCAA. Se mide a través de puntos, del 0 al 133. La puntuación máxima que puede sacar una CCAA en cada uno de los indicadores es 19, por lo que si una CCAA sacara 19 puntos en cada indicador (teniendo en cuenta que el total de tablas analizadas son siete) el valor máximo al que puede llegar sería 133. De esta manera, valores más altos en este índice implicarán mayor satisfacción de la ciudadanía de esa CCAA con su sistema sanitario, y viceversa con valores más bajos.

Posteriormente analizo un indicador de recursos, denominado: “GASTO PER CÁPITA EN SANIDAD POR CCAA”, el cual examina los recursos económicos dedicados a sanidad en relación al número de habitantes, es decir, los recursos que recibe de media cada habitante en cada CCAA; con este indicador analizo la posible relación entre el gasto en sanidad y la satisfacción, por CCAA. Esto es, un mayor (o menor) gasto como causa de una mayor (o menor) satisfacción. Este indicador se ha conseguido mediante el cálculo de la división entre el gasto total en sanidad (obtenido del Análisis de Presupuestos Sanitarios de las CCAA 2018) y el número de habitantes

de cada CCAA (obtenido del apartado Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo (2853), correspondiente al Instituto Nacional de Estadística). Este indicador toma un valor máximo de 1.750 € por habitante y nos permite analizar los recursos económicos destinados a sanidad que recibe de media cada habitante en cada CCAA. Con estos datos se confecciona un indicador que muestra la relación existente entre el IGS y el gasto per cápita por CCAA para los años 2010 y 2016. Se realiza un gráfico de dispersión relacionando el IGS (Índice General de Satisfacción) con el gasto per cápita en sanidad con el objetivo de analizar la correlación existente entre ellos. La variable denominada gasto per cápita se sitúa en el eje X mientras que la variable nombrada IGS se sitúa en el eje Y, y cada CCAA constituye una observación. La lógica de este análisis es estudiar la correlación entre los indicadores de satisfacción (resumidos en el IGS) y el indicador de recursos para los años 2010 y 2016, realizando un gráfico para cada año y su correspondiente comparación. A continuación, se analiza un indicador de preferencia por el sistema sanitario público que posteriormente analizo si es una consecuencia de la satisfacción, denominado: “PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE OPTARÍAN POR LA PROVISIÓN PÚBLICA EN ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA, HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN URGENTE”, estudia el porcentaje de ciudadanos que elegiría el servicio público en cada una de las cuatro ramas anteriores en lugar de la provisión privada. Está formado por cuatro tablas y cuatro gráficos, correspondiéndose cada una de ellas con un ámbito sanitario. Se mide del 0% al 100% ya que son datos porcentuales. Una vez confeccionado este indicador, se realiza un indicador adicional (cálculo propio) que se denomina grado de preferencia por el sistema público, y en el cual aparece la media de los porcentajes por CCAA para los años 2010 y 2016 de las cuatro tablas analizadas en el indicador porcentaje de encuestados que optarían por la provisión pública en atención primaria, atención especializada, hospitalización y atención urgente. La medición se realiza del 0% al 100% ya que son porcentajes. Finalmente, se correlaciona el IGS con el grado de preferencia por el sistema público mediante un gráfico de dispersión para cada año (2010 y 2016), situándose el IGS en el eje X, mientras que el grado de preferencia se sitúa en el eje Y. Tiene como objetivo llevar a cabo un estudio detallado de la correlación existente entre los datos de los dos indicadores.

4. Resultados

A continuación, se lleva a cabo un análisis de los indicadores descritos en la sección previa, analizando los datos y las variaciones correspondientes experimentadas en cada CCAA.

4.1. Diferencias entre CCAA en la satisfacción con el sistema sanitario.

En cuanto al grupo de indicadores que miden el grado de preferencia de los ciudadanos por el sistema sanitario público está compuesto por cuatro, los cuales se analizarán a continuación con sus respectivas tablas y gráficos.

4.1.1. Satisfacción con el sistema sanitario

El primer indicador es: Satisfacción: puntuación obtenida en el Barómetro Sanitario 2018, el cual lo forman cuatro dimensiones con sus respectivos gráficos para cada una de ellas, destacando en cada apartado las explicaciones más relevantes y de mayor interés.

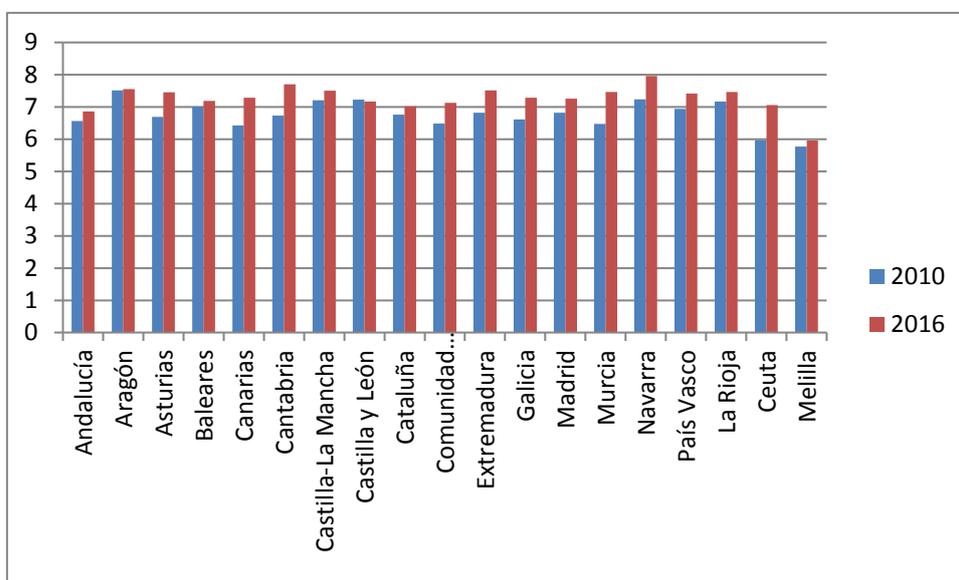
La tabla 1 y el gráfico 1 muestran los datos correspondientes a la primera dimensión de este indicador: la satisfacción ciudadana con el tiempo dedicado por el médico a cada enfermo. Podemos observar cómo en el año 2010 las CCAA que obtuvieron unas mejores puntuaciones fueron Aragón, Castilla y León y Navarra, mientras que las CCAA con peores calificaciones fueron Canarias, Ceuta y Melilla. En general, la evolución de todas las comunidades ha sido positiva entre los años 2010 y 2016, excepto Castilla y León (que experimenta una variación porcentual negativa del 0,83%). Las CCAA que han experimentado un mayor crecimiento han sido Cantabria, Murcia y Ceuta. En el año 2016, las CCAA con mejores calificaciones fueron Aragón, Cantabria, Extremadura y Navarra, mientras que las zonas con calificaciones más bajas fueron Andalucía, Cataluña, Ceuta y Melilla.

Tabla 1. Satisfacción ciudadana con el tiempo dedicado por el médico a cada enfermo.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	6,56	6,86	4,57
Aragón	7,51	7,55	0,53
Asturias	6,69	7,45	11,36
Baleares	7,01	7,19	2,57
Canarias	6,42	7,29	13,55
Cantabria	6,73	7,70	14,41
Castilla-La Mancha	7,21	7,50	4,02
Castilla y León	7,23	7,17	-0,83
Cataluña	6,76	7,02	3,85
C. Valenciana	6,48	7,13	10,03
Extremadura	6,82	7,51	10,12
Galicia	6,61	7,29	10,29
Madrid	6,82	7,26	6,45
Murcia	6,47	7,46	15,30
Navarra	7,24	7,96	9,94
País Vasco	6,94	7,41	6,77
La Rioja	7,17	7,46	4,04
Ceuta	5,97	7,06	18,26
Melilla	5,77	5,96	3,29
TOTAL	6,76	7,19	6,36

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 1. Satisfacción ciudadana con el tiempo dedicado por el médico a cada enfermo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

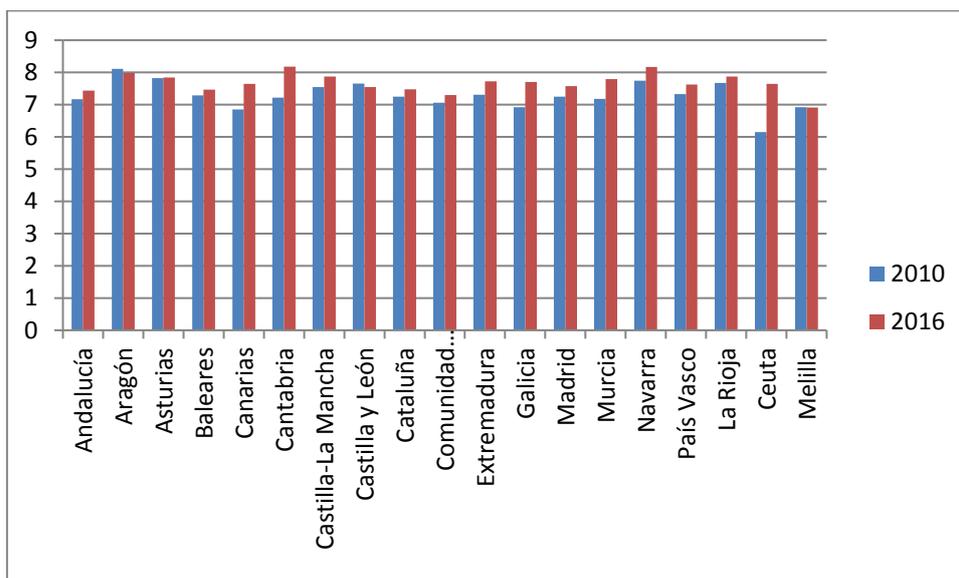
La tabla 2 y el gráfico 2 muestran los datos correspondientes a la segunda dimensión de este indicador: la satisfacción ciudadana con el conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud del usuario, donde podemos observar cómo en el año 2010 las comunidades autónomas que registraron unas mejores puntuaciones fueron Aragón, Asturias, Navarra y La Rioja, mientras que las CCAA con peores calificaciones fueron Canarias, Ceuta y Melilla, coincidiendo estos datos con los estudios en la tabla y gráfico anterior. La evolución de todas las comunidades ha sido positiva entre los años 2010 y 2016, exceptuando tres casos: Aragón (-1,60 %), Castilla y León (-1,31 %) y Melilla (-0,14 %). Las CCAA que han experimentado un mayor crecimiento han sido Canarias, Cantabria, Galicia y Ceuta. En el año 2016, las CCAA con mejores calificaciones fueron Aragón, Cantabria, Navarra y La Rioja, mientras que las zonas con calificaciones más bajas fueron Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Melilla.

Tabla 2. Satisfacción ciudadana con el conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	7,17	7,44	3,77
Aragón	8,11	7,98	-1,60
Asturias	7,82	7,84	0,26
Baleares	7,29	7,47	2,47
Canarias	6,85	7,64	11,53
Cantabria	7,22	8,18	13,30
Castilla-La Mancha	7,55	7,87	4,24
Castilla y León	7,65	7,55	-1,31
Cataluña	7,25	7,48	3,17
C. Valenciana	7,06	7,30	3,40
Extremadura	7,31	7,72	5,61
Galicia	6,92	7,70	11,27
Madrid	7,25	7,57	4,41
Murcia	7,18	7,79	8,50
Navarra	7,74	8,17	5,56
País Vasco	7,33	7,62	3,96
La Rioja	7,67	7,87	2,61
Ceuta	6,15	7,64	24,23
Melilla	6,92	6,91	-0,14
TOTAL	7,26	7,57	4,27

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 2. Satisfacción ciudadana con el conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

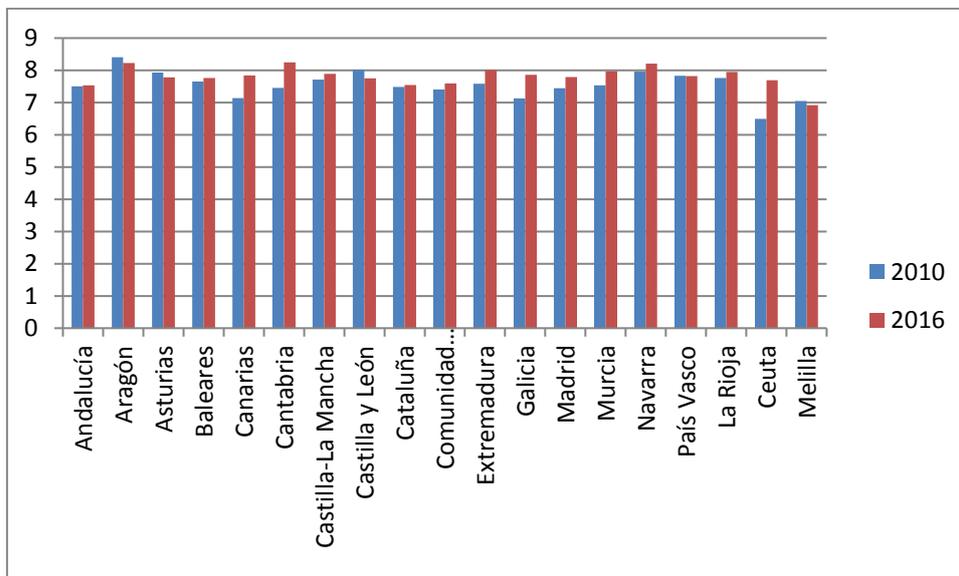
La tabla 3 y el gráfico 3 muestran los datos correspondientes a la tercera dimensión de este indicador: la satisfacción ciudadana con la confianza y seguridad que transmite el médico. Podemos analizar cómo en el primer año de nuestro estudio (año 2010) las comunidades que registraron mejores calificaciones fueron Aragón, Castilla y León y Navarra, mientras que las CCAA con peores calificaciones fueron Canarias, Galicia, Ceuta y Melilla. La mayoría de comunidades han experimentado una variación positiva entre los años 2010 y 2016, exceptuando Aragón, Asturias, Castilla y León, País Vasco y Melilla, de las cuales destaca Castilla y León con un dato del -3,37 %. Las CCAA que han estudiado un mayor crecimiento han sido Canarias, Cantabria, Galicia y Ceuta, ya que en el año 2016 sus puntuaciones fueron superiores a las registradas en 2010. En el año 2016, las comunidades con mejores calificaciones fueron Aragón, Cantabria, Extremadura y Navarra, mientras que las zonas con calificaciones más bajas fueron Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Melilla.

Tabla 3. Satisfacción ciudadana con la confianza y seguridad que transmite el médico.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	7,50	7,53	0,40
Aragón	8,41	8,23	-2,14
Asturias	7,93	7,78	-1,89
Baleares	7,65	7,76	1,44
Canarias	7,14	7,84	9,80
Cantabria	7,45	8,25	10,74
Castilla-La Mancha	7,71	7,89	2,33
Castilla y León	8,02	7,75	-3,37
Cataluña	7,48	7,54	0,80
C. Valenciana	7,40	7,59	2,57
Extremadura	7,58	8,01	5,67
Galicia	7,13	7,86	10,24
Madrid	7,44	7,79	4,70
Murcia	7,53	7,97	5,84
Navarra	7,96	8,21	3,14
País Vasco	7,83	7,82	-0,13
La Rioja	7,76	7,95	2,45
Ceuta	6,49	7,69	18,49
Melilla	7,05	6,92	-1,84
TOTAL	7,54	7,73	2,52

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 3. Satisfacción ciudadana con la confianza y seguridad que transmite el médico.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

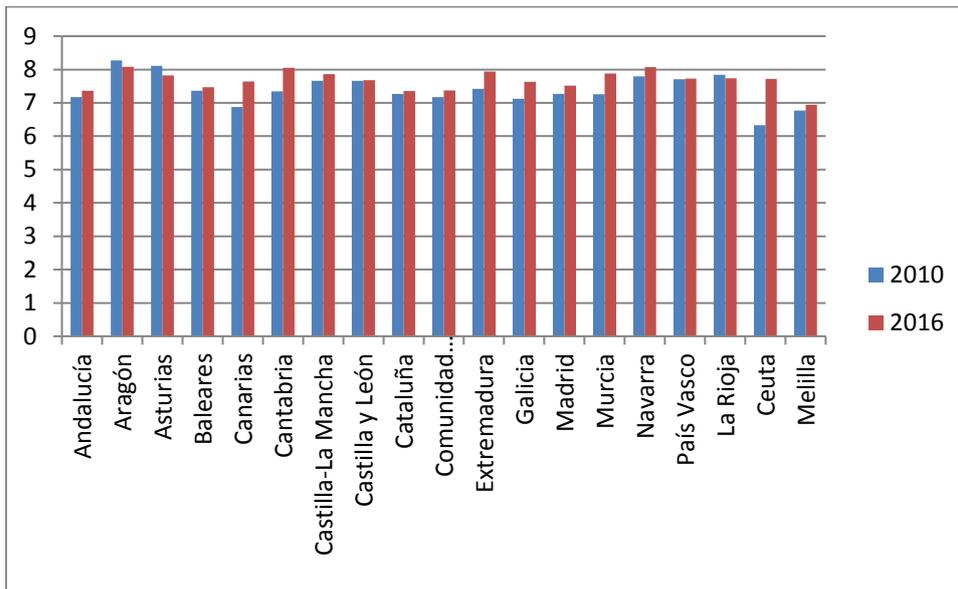
La tabla 4 y el gráfico 4 muestran los datos correspondientes a la cuarta dimensión de este indicador: la satisfacción ciudadana con la información recibida sobre su problema de salud. Podemos destacar que en el año 2010 las CCAA que obtuvieron unas mejores puntuaciones fueron Aragón, Asturias, Navarra y La Rioja, mientras que los lugares con peores registros fueron Andalucía, Comunidad Valenciana, Ceuta y Melilla. Generalmente, la evolución de todas las CCAA ha sido positiva entre los años 2010 y 2016, exceptuando los casos de Aragón, La Rioja y Asturias. Las CCAA que han estudiado un mayor crecimiento han sido Canarias, Cantabria y Ceuta. En el año 2016, las CCAA con mejores calificaciones fueron Aragón, Cantabria, Extremadura y Navarra, mientras que las comunidades con calificaciones más bajas fueron Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Melilla.

Tabla 4. Satisfacción ciudadana con la información recibida sobre su problema de salud.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	7,17	7,36	2,65
Aragón	8,27	8,08	-2,30
Asturias	8,11	7,82	-3,58
Baleares	7,36	7,47	1,49
Canarias	6,88	7,64	11,05
Cantabria	7,34	8,05	9,67
Castilla-La Mancha	7,66	7,86	2,61
Castilla y León	7,66	7,68	0,26
Cataluña	7,27	7,35	1,10
C. Valenciana	7,17	7,37	2,79
Extremadura	7,42	7,94	7,01
Galicia	7,12	7,63	7,16
Madrid	7,27	7,52	3,44
Murcia	7,26	7,88	8,54
Navarra	7,79	8,07	3,59
País Vasco	7,71	7,73	0,26
La Rioja	7,84	7,74	-1,28
Ceuta	6,33	7,72	21,96
Melilla	6,77	6,94	2,51
TOTAL	7,34	7,55	2,86

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 4. Satisfacción ciudadana con la información recibida sobre su problema de salud.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

4.1.2. Valoración general del funcionamiento del sistema sanitario.

En el segundo indicador denominado porcentaje de personas que opinan que el sistema sanitario funciona bien o bastante bien, analizaremos principalmente dos dimensiones: la primera ofrece los porcentajes sobre las opiniones ciudadanas que reflejan que en general funciona bastante bien; y la segunda ofrece la suma de la primera tabla (funciona bastante bien) con los porcentajes sobre las opiniones ciudadanas que afirman que funciona bien.

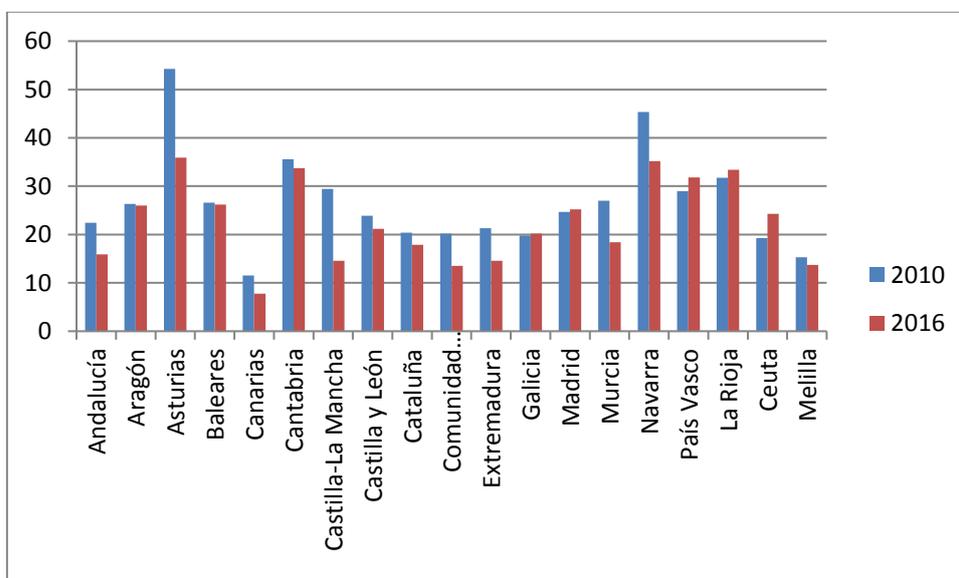
La tabla 5 y el gráfico 5 muestran los datos correspondientes a la primera dimensión de este indicador: el porcentaje de ciudadanos que afirman que el sistema sanitario funciona bastante bien. Podemos observar cómo en el año 2010 las CCAA que obtuvieron unos altos porcentajes en este indicador fueron Asturias, Cantabria y Navarra, mientras que las CCAA con porcentajes más bajos fueron Canarias, Comunidad Valenciana, Galicia, Ceuta y Melilla. La mayoría de CCAA obtuvieron variaciones porcentuales negativas entre estos años, destacando los casos de Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana. En el año 2016, las comunidades con porcentajes más altos fueron Asturias, Cantabria, Navarra, y La Rioja, mientras que las zonas con datos más bajos fueron Canarias, Comunidad Valenciana y Melilla.

Tabla 5. Porcentaje de ciudadanos que afirman que el sistema sanitario funciona bastante bien.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	22,44	15,90	-29,14
Aragón	26,31	26,00	-1,18
Asturias	54,29	35,90	-33,87
Baleares	26,59	26,20	-1,47
Canarias	11,55	7,80	-32,47
Cantabria	35,58	33,70	-5,28
Castilla-La Mancha	29,40	14,60	-50,34
Castilla y León	23,90	21,20	-11,30
Cataluña	20,40	17,90	-12,25
C. Valenciana	20,21	13,50	-33,20
Extremadura	21,30	14,60	-31,46
Galicia	19,77	20,20	2,18
Madrid	24,67	25,20	2,15
Murcia	26,98	18,40	-31,80
Navarra	45,33	35,20	-22,35
País Vasco	28,98	31,80	9,73
La Rioja	31,73	33,40	5,26
Ceuta	19,24	24,30	26,30
Melilla	15,29	13,70	-10,40
TOTAL	23,86	19,80	-17,02

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 5. Porcentaje de ciudadanos que afirman que el sistema sanitario funciona bastante bien.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

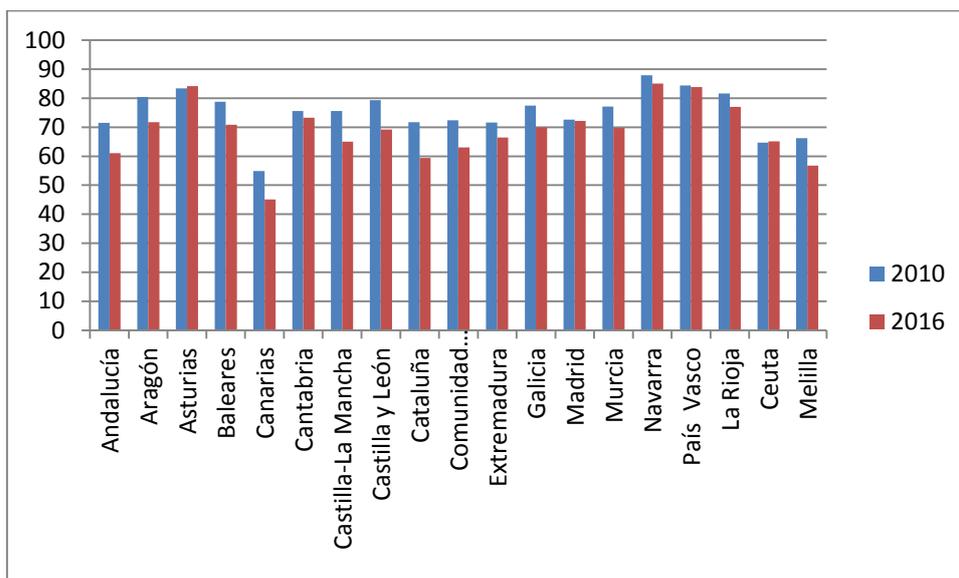
La tabla 6 y el gráfico 6 muestran los datos correspondientes a la segunda dimensión de este indicador: la suma de los porcentajes de ciudadanos que afirman que el sistema sanitario funciona bastante bien y bien. Podemos afirmar cómo en el año 2010 las CCAA que registraron unos altos porcentajes en este indicador fueron Aragón, Asturias, Navarra, País Vasco y La Rioja, mientras que las CCAA con porcentajes más bajos fueron Canarias, Cataluña, Extremadura, Ceuta y Melilla. La mayoría de comunidades obtuvieron variaciones porcentuales negativas entre estos años, destacando los casos de Andalucía, Canarias, Cataluña y Melilla. En el año 2016, las comunidades que registraron unos porcentajes más altos fueron Asturias, Navarra, País Vasco y La Rioja, mientras que las zonas con datos más bajos fueron Canarias, Cataluña y Melilla.

Tabla 6. Suma de los porcentajes de ciudadanos que afirman que el sistema sanitario funciona bastante bien y bien.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	71,47	61,00	-14,65
Aragón	80,39	71,70	-10,81
Asturias	83,43	84,20	0,92
Baleares	78,81	70,80	-10,16
Canarias	54,86	45,10	-17,79
Cantabria	75,55	73,30	-2,98
Castilla-La Mancha	75,59	65,00	-14,01
Castilla y León	79,27	69,20	-12,70
Cataluña	71,75	59,40	-17,21
C. Valenciana	72,37	63,00	-12,95
Extremadura	71,59	66,40	-7,25
Galicia	77,50	70,00	-9,68
Madrid	72,61	72,20	-0,56
Murcia	77,09	69,80	-9,46
Navarra	87,88	85,10	-3,16
País Vasco	84,38	83,80	-0,69
La Rioja	81,63	77,00	-5,67
Ceuta	64,71	65,10	0,60
Melilla	66,27	56,80	-14,29
TOTAL	73,88	66,10	-10,53

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 6. Suma de los porcentajes de ciudadanos que afirman que el sistema sanitario funciona bastante bien y bien.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

4.1.3. Valoración de la atención primaria.

El tercer indicador denominado porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en atención primaria, se basa únicamente en el estudio de la atención primaria ya que es el ámbito más utilizado y transitado por parte de los habitantes.

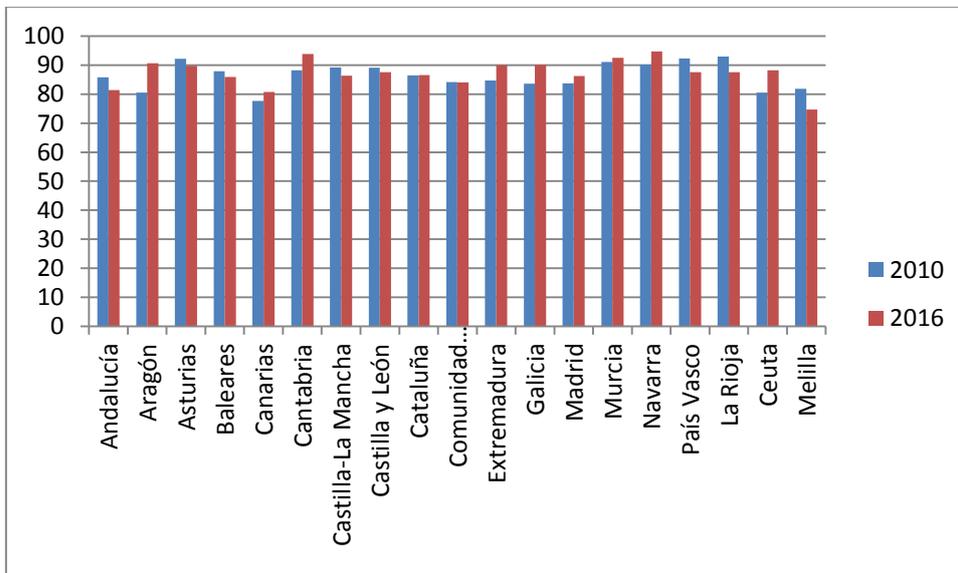
La tabla 7 y el gráfico 7 muestran los datos correspondientes al indicador denominado: porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en atención primaria. Podemos observar cómo en el año 2010 las CCAA que obtuvieron unas mejores puntuaciones fueron Asturias, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja, mientras que las comunidades con peores puntuaciones fueron Aragón, Canarias, Ceuta y Melilla. La evolución de numerosas comunidades ha sido positiva entre los años 2010 y 2016, exceptuando casos como Andalucía, País Vasco, La Rioja y Melilla, cuatro de las comunidades que experimentaron un descenso en sus porcentajes. En el año 2016, las CCAA con mejores porcentajes fueron Aragón, Cantabria, Murcia y Navarra, mientras que las zonas con datos más bajos fueron Andalucía, Canarias, Comunidad Valenciana y Melilla.

Tabla 7. Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en atención primaria.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	85,84	81,40	-5,17
Aragón	80,50	90,60	12,54
Asturias	92,22	89,80	-2,62
Baleares	87,88	85,90	-2,25
Canarias	77,65	80,70	3,93
Cantabria	88,22	93,90	6,44
Castilla-La Mancha	89,22	86,40	-3,16
Castilla y León	89,16	87,60	-1,75
Cataluña	86,49	86,60	0,13
C. Valenciana	84,12	84,10	-0,02
Extremadura	84,71	90,00	6,24
Galicia	83,58	90,10	7,80
Madrid	83,72	86,20	2,96
Murcia	91,09	92,50	1,55
Navarra	90,23	94,70	4,95
País Vasco	92,33	87,60	-5,12
La Rioja	92,93	87,60	-5,74
Ceuta	80,56	88,20	9,48
Melilla	81,88	74,70	-8,77
TOTAL	86,27	86,00	-0,31

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 7. Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en atención primaria.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

4.2. Índice General de Satisfacción.

Una vez realizadas las explicaciones de las tablas y gráficos correspondientes a cada uno de los tres primeros indicadores de satisfacción, se lleva a cabo la confección del indicador sintético denominado: IGS (Índice General de Satisfacción), a partir del ranking de CCAA según las puntuaciones obtenidas en los indicadores descritos en el apartado previo para los años 2010 y 2016.

En la tabla 8 y los gráficos 8 y 9 podemos observar cuáles son las comunidades que reciben mejores puntuaciones y porcentajes por parte de los ciudadanos. Destacan los casos de Navarra, Cantabria y Aragón en el año 2016, mientras que en el año 2010 las CCAA con puntuaciones más altas son Navarra, Asturias y La Rioja, comunidades donde los ciudadanos están más satisfechos con los servicios sanitarios. Los indicadores del apartado anterior están en general bastante correlacionados, ya que las CCAA que puntúan bien en uno, en general, puntúan bien en los demás. En el caso contrario, existen comunidades donde los ciudadanos no están satisfechos con los servicios sanitarios, destacando Comunidad Valenciana, Andalucía y Melilla para el año 2016, y Melilla, Canarias y Ceuta para el año 2010. Finalmente, existen zonas como País Vasco, Extremadura y Asturias que en los datos correspondientes al año 2016 no se encuentran liderando este ranking de comunidades en las cuales los ciudadanos están más satisfechos con los servicios sanitarios. Al contrario ocurre en el año 2010, ya que Asturias y País Vasco si se encuentran en las posiciones altas de este ranking. Cabe destacar que CCAA como Asturias, La Rioja, País Vasco y Castilla y León han perdido posiciones entre estos años, mientras que Cantabria, Murcia, Extremadura y Galicia han ganado posiciones. Podemos diferenciar las CCAA mediante grupos: las comunidades que muestran una satisfacción muy alta con el sistema sanitario son aquellas con valores del IGS por encima de 100, como Navarra, Asturias, La Rioja, País Vasco, Aragón y Castilla y León en 2010, mientras que en 2016 son Navarra, Cantabria y Aragón. Posteriormente, las CCAA con satisfacción alta ya que su puntuación se encuentra entre 81 y 100 son Castilla-La Mancha y Baleares en 2010, y Asturias, La Rioja, Murcia, Extremadura y País Vasco en 2016. Los lugares con satisfacción media (puntuación entre 61 y 80) en el año 2010 son Cantabria, Murcia y Extremadura, y en 2016 Castilla-La Mancha y Galicia. Entre las comunidades con una satisfacción baja, considerando una puntuación entre 41 y 60, se encuentran Madrid, Cataluña y Andalucía en 2010, y en 2016 Madrid, Ceuta, Castilla y León, Baleares y Canarias. Finalmente, las zonas con una puntuación menor de 40 se consideran como CCAA con satisfacción muy baja, por lo que destacamos en 2010 numerosas comunidades como Comunidad Valenciana, Galicia, Melilla, Canarias y Ceuta, y en el año 2016 destacan Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía y Melilla. En esta diferenciación cabe destacar una serie de casos que llaman la atención. En primer lugar, Cantabria pasa de situarse en la novena posición en el año 2010 a colocarse en segunda posición en 2016, por lo que destaca la mejora en la satisfacción de sus ciudadanos. Posteriormente, la comunidad autónoma de Ceuta que se situaba en última posición en el año 2010, experimenta un incremento importante pasando a ser en 2016 la CCAA número 12 del ranking. Otra comunidad que experimenta un gran crecimiento en cuanto a la satisfacción con el sistema sanitario es Galicia, ya que pasa de ocupar el puesto número 16 en el año 2010 a situarse en décima posición en 2016. Para finalizar, comunidades como Andalucía,

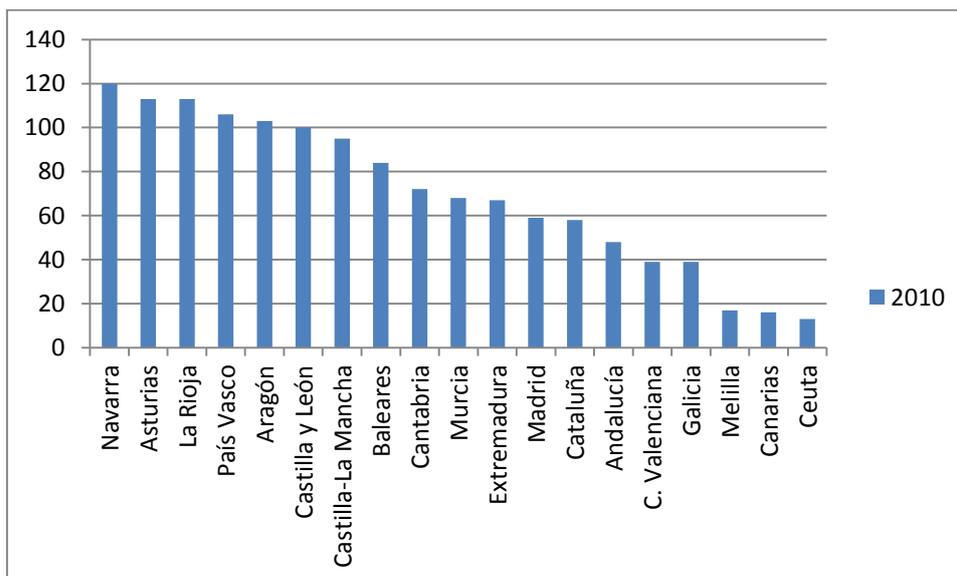
Baleares y País Vasco, entre otras, han experimentado una caída en el ranking del IGS debido al descenso de sus puntuaciones.

Tabla 8. Índice General de Satisfacción. Ranking de CCAA según las puntuaciones obtenidas en los tres primeros indicadores para los años 2010-2016.

IGS	2010	IGS	2016
Navarra	120	Navarra	128
Asturias	113	Cantabria	123
La Rioja	113	Aragón	113
País Vasco	106	Asturias	97
Aragón	103	La Rioja	95
Castilla y León	100	Murcia	92
Castilla-La Mancha	95	Extremadura	86
Baleares	84	País Vasco	82
Cantabria	72	Castilla-La Mancha	76
Murcia	68	Galicia	74
Extremadura	67	Madrid	60
Madrid	59	Ceuta	58
Cataluña	58	Castilla y León	57
Andalucía	48	Baleares	54
Comunidad Valenciana	39	Canarias	43
Galicia	39	Cataluña	31
Melilla	17	Comunidad Valenciana	26
Canarias	16	Andalucía	23
Ceuta	13	Melilla	10

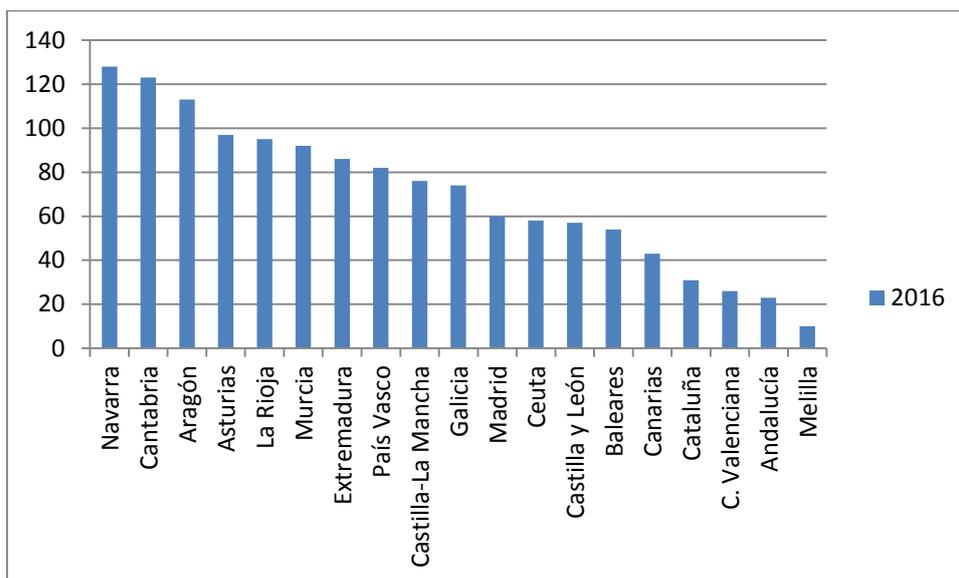
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las siete tablas correspondientes a los indicadores de satisfacción.

Gráfico 8. Índice General de Satisfacción. Ranking de CCAA según las puntuaciones obtenidas en los tres primeros indicadores para el año 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 8.

Gráfico 9. Índice General de Satisfacción. Ranking de CCAA según las puntuaciones obtenidas en los tres primeros indicadores para el año 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 8.

4.3. Gasto en sanidad y satisfacción con el sistema sanitario.

4.3.1. Gasto en sanidad por CCAA

A continuación aparece un indicador denominado: Gasto per cápita en sanidad por CCAA. En cuanto a su análisis, está compuesto por una tabla y un gráfico (al igual que los demás indicadores) y su correspondiente explicación.

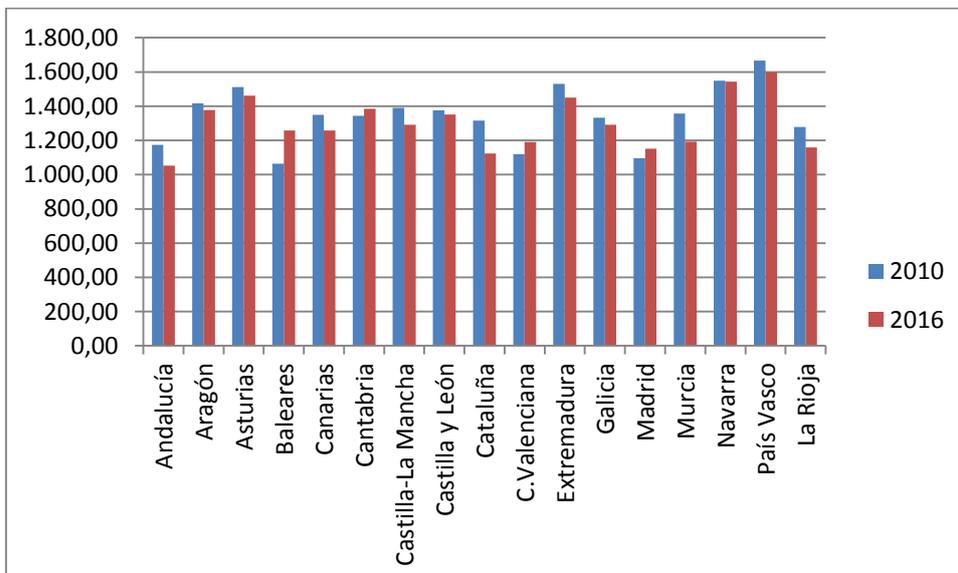
Teniendo en cuenta los datos de la tabla 9 y el gráfico 10, los cuales muestran el gasto per cápita en sanidad por CCAA en los años 2010 y 2016, podemos observar cómo en el año 2010 las CCAA que llevaron a cabo un mayor gasto per cápita fueron Asturias, Extremadura, Navarra y País Vasco, mientras que las zonas con peores registros fueron Andalucía, Baleares, Comunidad Valenciana y La Rioja. Generalmente, la evolución de todas las CCAA ha sido negativa entre los años 2010 y 2016, exceptuando los casos de Baleares, Cantabria, Comunidad Valenciana y Madrid, destaca el caso de Baleares que registra una cifra de 18,22 %. En el año 2016, las CCAA con mayores datos de gasto per cápita fueron Asturias, Extremadura, Navarra y País Vasco, mientras que las comunidades con datos más bajos fueron Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia y La Rioja.

Tabla 9. Gasto per cápita en sanidad por CCAA.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	1.173,9	1.052,2	-10,37
Aragón	1.416,1	1.377,3	-2,74
Asturias	1.512,4	1.461,0	-3,40
Baleares	1.063,5	1.257,3	18,22
Canarias	1.348,5	1.257,4	-6,76
Cantabria	1.343,9	1.383,9	2,98
Castilla-La Mancha	1.390,8	1.290,9	-7,18
Castilla y León	1.374,7	1.351,7	-1,67
Cataluña	1.316,2	1.123,7	-14,63
C. Valenciana	1.119,0	1.191,3	6,46
Extremadura	1.530,1	1.449,9	-5,24
Galicia	1.332,8	1.292,4	-3,03
Madrid	1.096,3	1.151,9	5,07
Murcia	1.357,6	1.192,1	-12,19
Navarra	1.549,2	1.542,8	-0,41
País Vasco	1.666,5	1.597,2	-4,16
La Rioja	1.277,7	1.158,5	-9,33

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 10. Gasto per cápita en sanidad por CCAA.

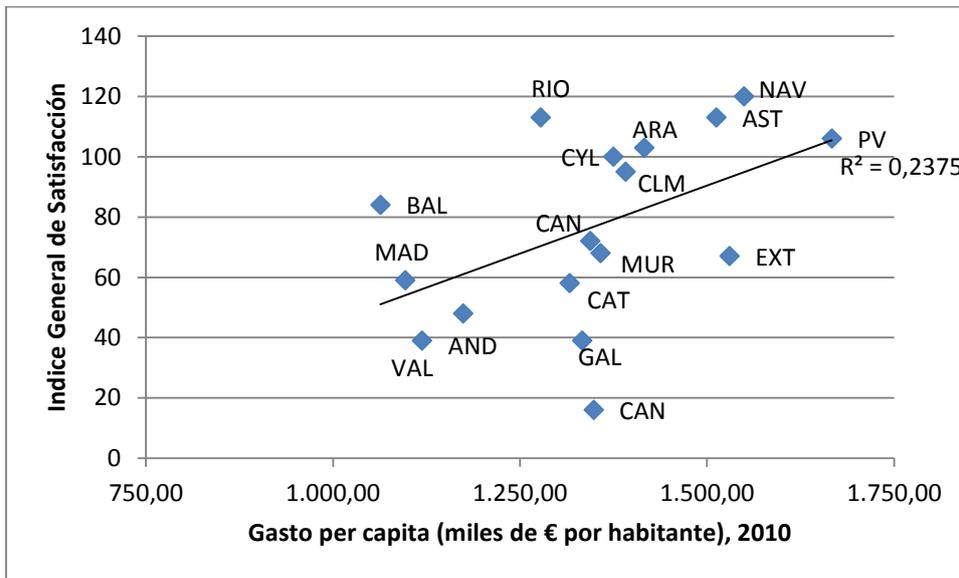


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

4.3.2. Correlación entre gasto sanitario y satisfacción.

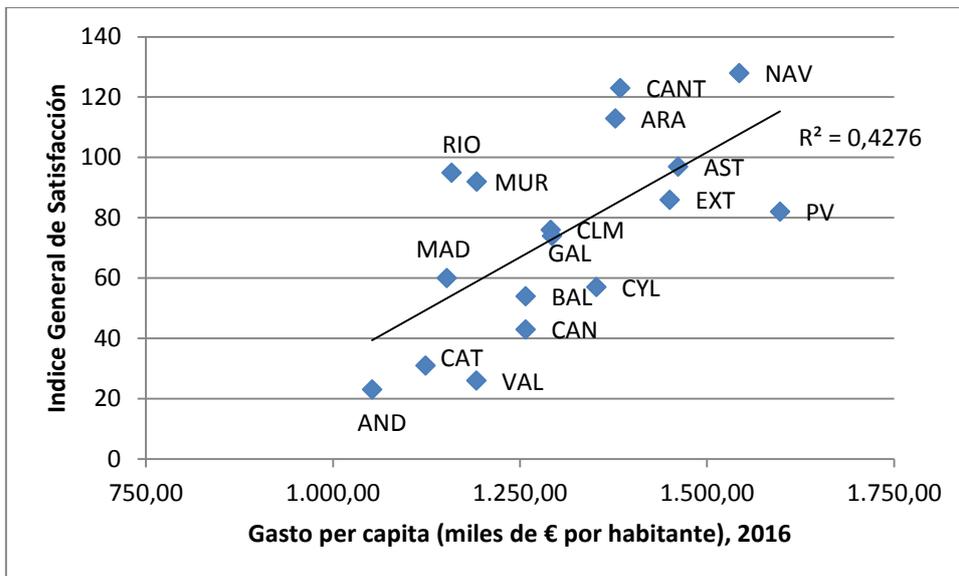
El gráfico 11 muestra la relación existente entre el IGS y el gasto per cápita para el año 2010 por CCAA, mientras que el gráfico 12 estudia la relación entre las variables nombradas para el año 2016. Podemos observar que existe correlación positiva entre las variables analizadas, a mayor gasto, mayor satisfacción, con carácter general. La correlación existente es moderada, es decir, no es despreciable. Esto lo vemos a partir del R^2 , cuyo valor es de 0,237 para el año 2010 y 0,427 para el año 2016, implica que alrededor del 23% de la variabilidad de la satisfacción se explica por variabilidad en el gasto, cuyo porcentaje es menor que en el año 2016 donde el valor es de 42%, lo cual se considera una correlación importante. En cuanto a los datos por CCAA, no todas las comunidades que ocupan un puesto privilegiado en el ranking tienen unas cifras altas en gasto per cápita, estos casos son los de Cantabria y Aragón, ya que estas dos comunidades ocupan el segundo y tercer puesto en la clasificación del IGS respectivamente y existen lugares que ocupando puestos inferiores en el ranking poseen un gasto per cápita mayor, como son Asturias, Extremadura y País Vasco. Cabe destacar el caso de Navarra ya que es la comunidad autónoma que lidera el ranking de satisfacción y además es uno de los lugares junto con el País Vasco que mayor gasto per cápita realizan en el año 2016, mientras que en el año 2010, Navarra y Asturias lideran el ranking de puntuaciones y son dos de las comunidades que mayor gasto per cápita realizan. País Vasco destaca por ser la comunidad autónoma española con un mayor gasto per cápita en el año 2016 (1.597,20 €), pero se encuentra en una posición intermedia dentro del ranking del IGS, ya que la satisfacción de sus habitantes con la sanidad no es muy buena. En comparación con el año 2010, disminuyó su gasto per cápita en sanidad, por lo que también perdió posiciones en el ranking. Existen ciertas comunidades como Castilla-La Mancha, Galicia, Castilla y León, Baleares y Canarias que se encuentran en posiciones intermedias en el apartado de satisfacción y sus gastos per cápita también son intermedios en la tabla y el gráfico en comparación con País Vasco y Navarra (CCAA con un mayor gasto) y con Andalucía y Cataluña (CCAA con un menor gasto). Finalmente, cabe destacar los casos de Andalucía, Cataluña y Valencia ya que son las comunidades que ocupan los últimos puestos del ranking de IGS y además se encuentran en los últimos puestos de la tabla de gasto per cápita.

Grafico 11. Correlación entre el IGS y el gasto per cápita para el año 2010, desglosado por CCAA.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la tabla 8 y 9.

Grafico 12. Correlación entre el IGS y el gasto per cápita para el año 2016, desglosado por CCAA.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la tabla 8 y 9.

4.4. Satisfacción con la sanidad y preferencia por el sistema sanitario público.

4.4.1. Indicadores de preferencia por el sistema público.

El indicador de preferencia por el sistema sanitario público, cuya denominación es porcentaje de encuestados que optarían por la provisión pública en atención primaria, atención especializada, hospitalización y atención urgente, se basa en el estudio de cuatro dimensiones atendiendo cada una de ellas a los ámbitos mencionados anteriormente, los cuales son: atención primaria, atención especializada, hospitalización y atención urgente, respectivamente.

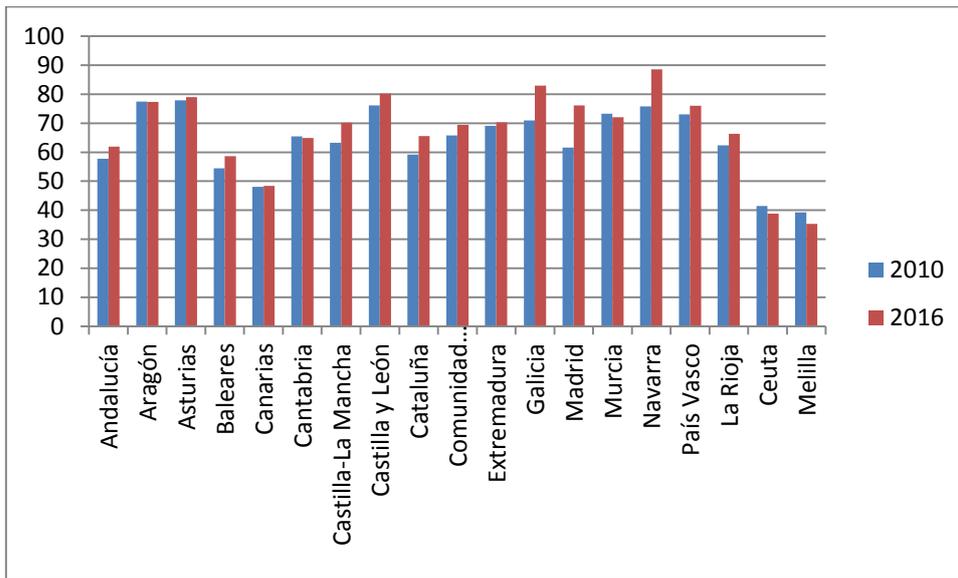
En la tabla 10 y el gráfico 13, cuyos datos se corresponden con el porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en atención primaria, podemos observar como en el año 2010 las CCAA que obtuvieron unos porcentajes más altos fueron Aragón, Asturias, Castilla y León y Navarra, mientras que las CCAA con peores porcentajes fueron Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla. En general, la evolución de todas las comunidades ha sido positiva entre los años 2010 y 2016, exceptuando los casos de Aragón, Cantabria, Murcia, Ceuta y Melilla. En el año 2016, las CCAA con mejores porcentajes fueron Aragón, Asturias, Castilla y León, Galicia y Madrid, mientras que las zonas con datos más bajos fueron Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla.

Tabla 10. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en atención primaria.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	57,73	61,90	7,22
Aragón	77,49	77,30	-0,25
Asturias	77,92	79,00	1,39
Baleares	54,44	58,60	7,64
Canarias	48,03	48,40	0,77
Cantabria	65,43	64,90	-0,81
Castilla-La Mancha	63,26	70,20	10,97
Castilla y León	76,09	80,20	5,40
Cataluña	59,22	65,60	10,77
C. Valenciana	65,80	69,40	5,47
Extremadura	69,13	70,30	1,69
Galicia	70,91	83,00	17,05
Madrid	61,59	76,10	23,56
Murcia	73,30	72,10	-1,64
Navarra	75,80	88,60	16,89
País Vasco	73,05	76,00	4,04
La Rioja	62,33	66,30	6,37
Ceuta	41,50	38,80	-6,51
Melilla	39,22	35,30	-9,99
TOTAL	63,86	69,60	8,99

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 13. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en atención primaria.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

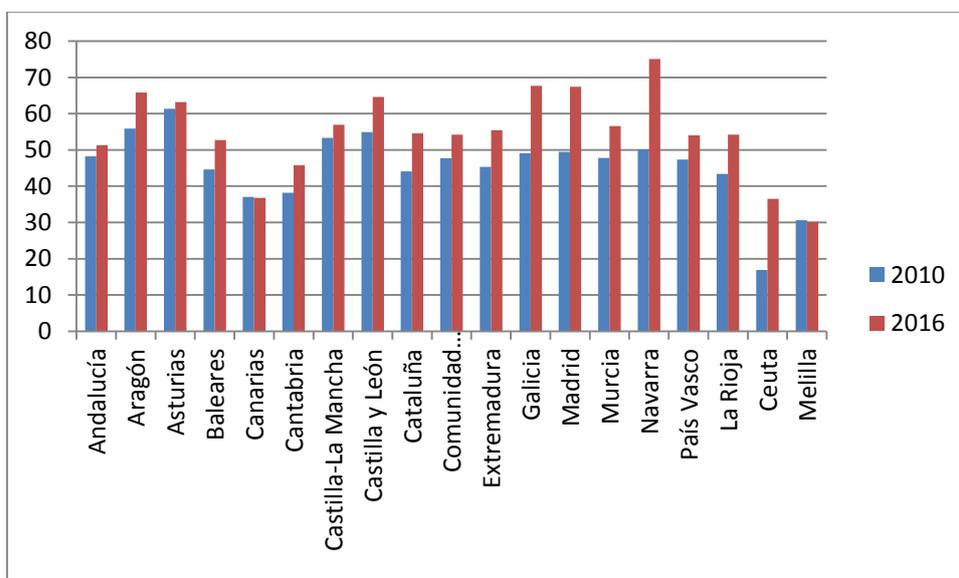
La tabla 11 y el gráfico 14 muestran los datos correspondientes al porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en consultas de atención especializada, donde podemos observar que en el año 2010 las comunidades autónomas que registraron unos porcentajes más altos fueron Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha y Castilla y León, mientras que las CCAA con porcentajes más bajos fueron Canarias, Cantabria, Ceuta y Melilla, destacando el dato de Ceuta con un 16,88 %. La evolución de todas las comunidades ha sido positiva entre los años 2010 y 2016, exceptuando los casos de Canarias y Melilla, las cuales registran un -0,57 % y -1,27 % respectivamente. En el año 2016, las CCAA con mejores porcentajes fueron Aragón, Galicia, Madrid y Navarra, mientras que las zonas con porcentajes más bajos fueron Canarias, Cantabria, Ceuta y Melilla.

Tabla 11. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en consultas de atención especializada.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	48,25	51,30	6,32
Aragón	55,84	65,80	17,84
Asturias	61,34	63,20	3,03
Baleares	44,63	52,70	18,08
Canarias	37,01	36,80	-0,57
Cantabria	38,22	45,80	19,83
Castilla-La Mancha	53,30	56,90	6,75
Castilla y León	54,93	64,60	17,60
Cataluña	44,08	54,60	23,87
C. Valenciana	47,66	54,20	13,72
Extremadura	45,36	55,40	22,13
Galicia	49,09	67,70	37,91
Madrid	49,48	67,40	36,22
Murcia	47,77	56,60	18,48
Navarra	50,18	75,10	49,66
País Vasco	47,35	54,00	14,04
La Rioja	43,37	54,20	24,97
Ceuta	16,88	36,50	116,23
Melilla	30,59	30,20	-1,27
TOTAL	47,97	57,00	18,82

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 14. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en consultas de atención especializada.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

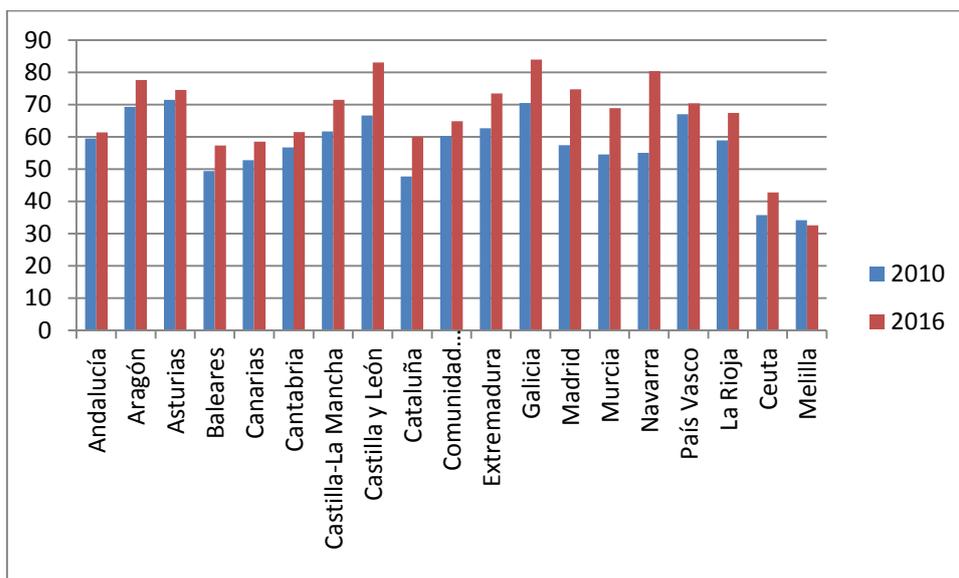
En la tabla 12 y el gráfico 15, cuyos datos se corresponden con el porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en hospitalización, podemos analizar como en el primer año de nuestro estudio (año 2010) las comunidades que registraron mejores porcentajes fueron Aragón, Asturias, Galicia y País Vasco, mientras que las CCAA con peores registros fueron Baleares, Cataluña, Ceuta y Melilla. Todas las comunidades han experimentado un crecimiento positivo entre los años 2010 y 2016, exceptuando el caso de Melilla, cuyo dato es -4,45 %. En el año 2016, las comunidades con porcentajes más altos fueron Aragón, Castilla y León, Galicia y Madrid, mientras que las zonas con porcentajes más bajos fueron Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla.

Tabla 12. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en hospitalización.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	59,54	61,40	3,12
Aragón	69,29	77,60	11,99
Asturias	71,47	74,60	4,38
Baleares	49,38	57,30	16,04
Canarias	52,76	58,50	10,88
Cantabria	56,72	61,50	8,43
Castilla-La Mancha	61,70	71,50	15,88
Castilla y León	66,65	83,10	24,68
Cataluña	47,67	60,00	25,87
C. Valenciana	60,27	64,90	7,68
Extremadura	62,65	73,50	17,32
Galicia	70,46	84,00	19,22
Madrid	57,45	74,80	30,20
Murcia	54,54	68,90	26,33
Navarra	55,02	80,40	46,13
País Vasco	67,00	70,40	5,07
La Rioja	58,95	67,40	14,33
Ceuta	35,70	42,80	19,89
Melilla	34,12	32,60	-4,45
TOTAL	58,79	68,10	15,84

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 15. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en hospitalización.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

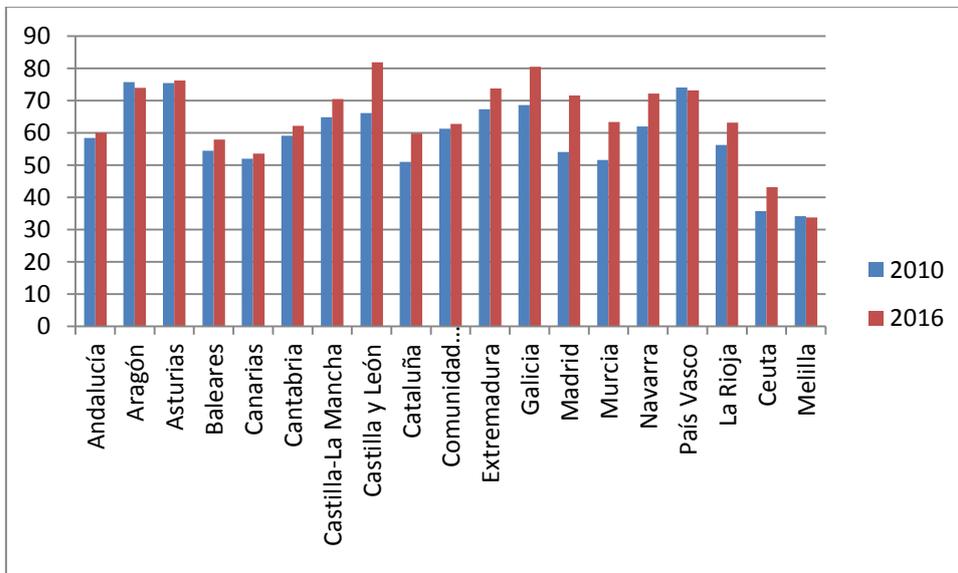
Atendiendo a la tabla 13 y el gráfico 16, las cuales muestran el porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en atención urgente, podemos destacar que en el año 2010 las CCAA que obtuvieron unos altos porcentajes fueron Aragón, Asturias, Galicia y País Vasco, mientras que los lugares con peores registros fueron Canarias, Cataluña, Murcia, Ceuta y Melilla. Generalmente, la evolución de todas las CCAA ha sido positiva entre los años 2010 y 2016, exceptuando los casos de Aragón, País Vasco y Melilla, ya que éstas han experimentado un descenso en sus porcentajes. En el año 2016, las CCAA con porcentajes más altos fueron Aragón, Asturias, Castilla y León y Galicia, mientras que las comunidades con porcentajes más bajos fueron Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta y Melilla.

Tabla 13. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en atención urgente.

	2010	2016	Variación 2010-2016 (en %)
Andalucía	58,37	60,00	2,79
Aragón	75,73	74,00	-2,28
Asturias	75,46	76,20	0,98
Baleares	54,44	57,90	6,36
Canarias	51,96	53,60	3,16
Cantabria	59,14	62,20	5,17
Castilla-La Mancha	64,84	70,50	8,73
Castilla y León	66,18	81,90	23,75
Cataluña	50,99	59,80	17,28
C. Valenciana	61,31	62,80	2,43
Extremadura	67,28	73,80	9,69
Galicia	68,64	80,50	17,28
Madrid	54,09	71,60	32,37
Murcia	51,60	63,40	22,87
Navarra	61,95	72,20	16,55
País Vasco	74,05	73,20	-1,15
La Rioja	56,21	63,20	12,44
Ceuta	35,70	43,20	21,01
Melilla	34,12	33,70	-1,23
TOTAL	59,60	66,40	11,41

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

Gráfico 16. Porcentaje de encuestados que optaría por la provisión pública en atención urgente.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el INE.

En la tabla 14 podemos observar un indicador sintético de preferencia por el sistema sanitario público, calculado a partir de la media de los cuatro indicadores descritos previamente para los años 2010-2016. Cabe destacar que en el año 2010 las

comunidades con los porcentajes medios más altos fueron Asturias, Aragón y Castilla y León, mientras que en 2016 fueron Castilla y León, Galicia y Navarra. En cuanto a las zonas con porcentajes más bajos, en el año 2010 destacan Baleares, Cataluña y Ceuta, y en el año 2016 Canarias, Ceuta y Melilla.

Tabla 14. Indicador sintético de preferencia por el sistema sanitario público.

	2010	2016
Andalucía	55,97	58,65
Aragón	69,58	73,67
Asturias	71,54	73,25
Baleares	50,72	56,62
Canarias	47,44	49,32
Cantabria	54,87	58,60
Castilla-La Mancha	60,77	67,27
Castilla y León	65,96	77,45
Cataluña	50,49	60,00
C. Valenciana	58,76	62,82
Extremadura	61,10	68,25
Galicia	64,77	78,80
Madrid	55,65	72,47
Murcia	56,80	65,25
Navarra	60,73	79,07
País Vasco	65,36	68,40
La Rioja	55,21	62,77
Ceuta	32,44	40,32
Melilla	34,51	32,95

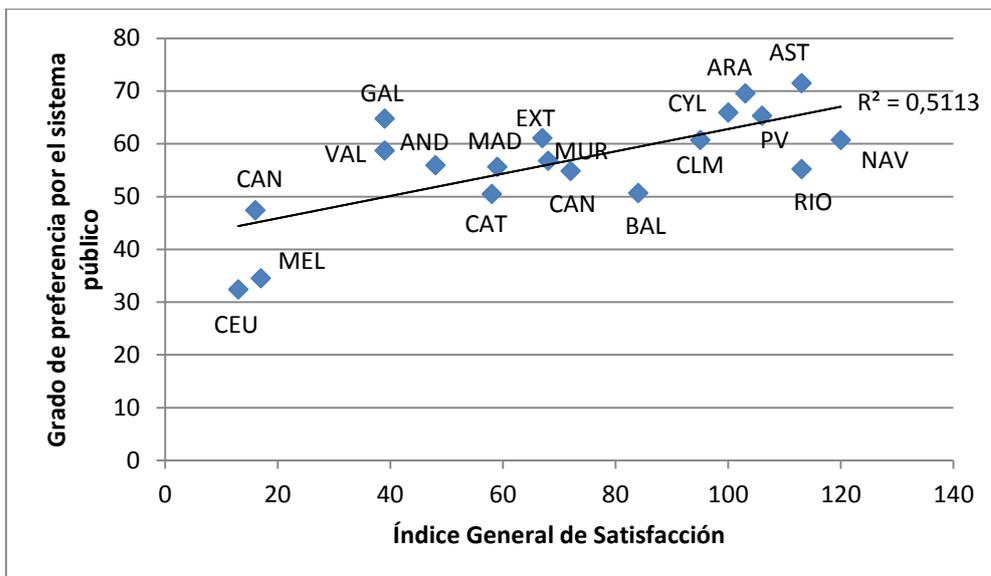
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las cuatro tablas correspondientes a los indicadores de preferencia por el sistema público.

4.5. Relación existente entre satisfacción y preferencia por el sistema sanitario público.

El gráfico 17 muestra la relación existente entre el grado de preferencia por el sistema público y el IGS para el año 2010 por CCAA, mientras que el gráfico 18 estudia la relación entre las variables nombradas para el año 2016. Podemos observar que existe correlación positiva entre las variables analizadas, a mayor satisfacción, mayor preferencia por el sistema público. La correlación existente es moderada, es decir, no es despreciable. Esto lo vemos a partir del R^2 , cuyo valor es de 0,511 para 2010 y 0,317 para 2016, lo que implica que alrededor del 51% (en 2010) y 31% (en 2016) de la variabilidad de la preferencia por el sistema público se explica por variabilidad en la satisfacción. En cuanto a los datos por CCAA, no todas las comunidades que ocupan un puesto privilegiado en el ranking del IGS tienen unas cifras altas en cuanto a la elección de la provisión pública, este caso es el de Cantabria, ya que esta comunidad en el año 2016 ocupa el segundo puesto en la clasificación del IGS y su grado de preferencia por el sistema sanitario público es relativamente bajo. Podemos destacar que Cantabria en el año 2010 ocupaba un puesto intermedio en el ranking del IGS, y como se menciona anteriormente, en el año 2016 ocupa el segundo puesto, por lo que ha experimentado un crecimiento notable. Existen zonas que ocupando puestos intermedios en el ranking del IGS poseen medias porcentuales altas en este estudio, como son Castilla y León, Galicia y Madrid para el año 2016, mientras que en el año

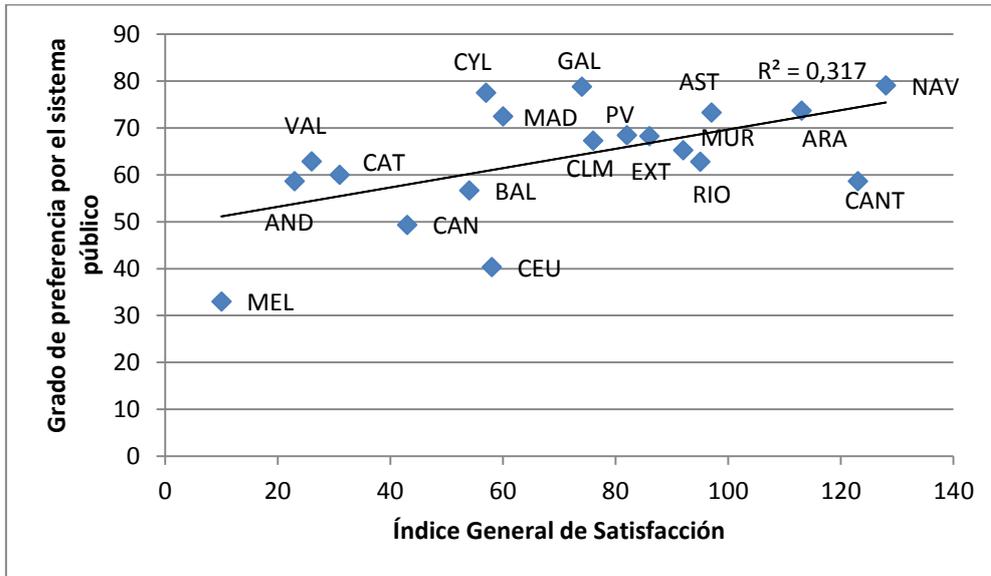
2010 coincide que las CCAA con puestos altos en el ranking IGS poseen porcentajes elevados, como Aragón, Asturias, Castilla y León y País Vasco. Cabe destacar el caso de Navarra, ya que es la comunidad autónoma que lidera el ranking de satisfacción y además es el lugar que posee el grado de preferencia por el sistema público más alto en el año 2016, mientras que en 2010 lidera el ranking IGS pero se encuentra en posiciones intermedias en la variable que estudia el grado de preferencia por el sistema público. Ciertas comunidades como Castilla-La Mancha, Extremadura y Murcia se encuentran en posiciones intermedias en el apartado de satisfacción y también ocupan puestos intermedios en la tabla que muestra el grado de preferencia. Podemos observar cómo Andalucía, Comunidad Valenciana y Cataluña a pesar de tener unas puntuaciones bajas en el IGS, poseen datos intermedios en la elección de la provisión pública. Finalmente, cabe destacar los casos de Melilla, Canarias y Ceuta ya que son las comunidades que ocupan los últimos puestos del ranking de IGS y además se encuentran en los últimos puestos de la tabla del grado de preferencia por la sanidad pública.

Grafico 17. Correlación entre el grado de preferencia por el sistema público y el IGS en 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la tabla 14 y la tabla 8.

Grafico 18. Correlación entre el grado de preferencia por el sistema público y el IGS en 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la tabla 14 y la tabla 8.

5. Conclusiones

El análisis del sistema sanitario español desde la perspectiva de los habitantes y su satisfacción acerca del servicio es importante para conocer si el trabajo se está desempeñando de forma correcta. Las evaluaciones subjetivas son importantes para conocer la situación actual del servicio y llevar a cabo correcciones, en el caso de que fuera necesario.

Los objetivos principales de este trabajo han sido los siguientes: primero, llevar a cabo un estudio de la satisfacción ciudadana con la sanidad por CCAA y, a partir de ello, calcular un índice sintético que muestre la situación general de la satisfacción ciudadana con el sistema sanitario en cada CCAA resumido en un único valor; segundo, realizar un análisis detallado sobre si las CCAA con un mayor gasto per cápita en sanidad muestran una mayor satisfacción con este servicio, observándolo en el Índice General de Satisfacción creado a partir de la síntesis de una serie de indicadores disponibles; y por último, estudiar si las CCAA que muestran una mayor satisfacción en el IGS, experimentan un mayor grado de preferencia por el sistema sanitario público.

La satisfacción ciudadana con las diferentes ramas de la sanidad ha evolucionado positivamente a lo largo de los años, esto se puede observar en todos los indicadores analizados en el ensayo. Generalmente, los valores que encontramos en los indicadores son altos y se incrementan entre los años 2010 y 2016, exceptuando algunos casos como las dimensiones analizadas en el indicador valoración general del funcionamiento del sistema sanitario, ya que sus valores disminuyen entre los años de estudio y experimentan tasas de variación negativas. En cuanto al IGS, se divide en grupos en función de las valoraciones obtenidas, los cuales son: satisfacción muy alta puntuaciones por encima de 100, satisfacción alta entre 81 y 100, satisfacción media entre 61 y 80, satisfacción baja entre 41 y 60 y, por último, satisfacción muy baja por debajo de 40. A pesar de que la mayoría de CCAA experimentan cambios en este indicador en los años de estudio, cabe destacar una serie de casos: la comunidad de Navarra se sitúa en el grupo de satisfacción muy alta en 2010 y 2016; Cantabria en el año 2010 se situó en el grupo de satisfacción media, mientras que en 2016 pasó a formar parte del grupo de satisfacción muy alta; y la comunidad de Castilla y León pasó de situarse en 2010 en el grupo de satisfacción muy alta a colocarse en 2016 en el grupo de satisfacción baja. Posteriormente, el estudio realizado sobre la relación entre el gasto per cápita y la satisfacción nos indica que estas dos variables experimentan correlación positiva ya que a mayor gasto mayor satisfacción en las CCAA, con carácter general. De ahí que en el año 2010 un 23% de la variabilidad de la satisfacción se explica por variabilidad en el gasto, mientras que en 2016 la cifra asciende al 42%. Finalmente, se analiza la relación entre satisfacción y grado de preferencia por el sistema sanitario público. Existe correlación positiva entre las dos variables analizadas, por lo que generalmente a mayor satisfacción, mayor preferencia por el sistema público. En 2010 un 51% de la variabilidad de la preferencia por el sistema público se explica por variabilidad en la satisfacción mientras que en 2016 la cifra desciende al 31%. Este resultado nos da coherencia al análisis y refuerza el interés de utilizar indicadores de satisfacción. Cabe destacar que no siempre a mayor gasto habrá mayor satisfacción y mayor preferencia por lo público. Tiende a ser así,

pero existen circunstancias particulares que afirman lo contrario, como por ejemplo: que el gasto no se esté destinando adecuadamente o que las expectativas de los ciudadanos al valorar la satisfacción sean muy elevadas.

Los resultados obtenidos en el presente ensayo implican que la sanidad en España ha evolucionado positivamente en todos los aspectos. Puedo afirmar que la sanidad pública parece haber resistido bastante bien a la crisis, al menos en términos de satisfacción y preferencia ciudadana por el sistema público. Aunque los presupuestos se han reducido en el período 2010-2016, la mayor parte de indicadores de satisfacción y la preferencia por el sistema público se han mantenido elevados. Esto puede deberse al buen funcionamiento actual de la sanidad, ya que experimenta avances importantes y una mejor organización en todas sus infraestructuras. Como recomendación, ya que el gasto por habitante se observa correlacionado positivamente con la satisfacción, considero interesante que se destine un mayor gasto per cápita en sanidad. No obstante, mi estudio se basa en una correlación, lo cual no quiere decir necesariamente que haya una relación causa-efecto (que por aumentar el gasto vaya a aumentar automáticamente la satisfacción). Además, gran parte de los ciudadanos prefieren acudir al sistema sanitario público, aumentándose el porcentaje en numerosas comunidades entre 2010 y 2016, esto puede deberse al buen trato y funcionamiento de la sanidad pública. Por otro lado, y mencionando la correlación positiva entre satisfacción y preferencia por el sistema público, sería interesante destacar que si se apuesta por mantener el apoyo ciudadano y la legitimidad del sistema sanitario público, mantener alta y si cabe mejorar la satisfacción puede ser fundamental.

6. Bibliografía

BERNAL-DELGADO, E.; GARCÍA-ARMESTO, S.; OLIVA, J.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, F.I.; REPULLO, J.R.; PEÑA-LONGBARDO, L.M.; RIDAO-LÓPEZ, M. & HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. (2018): Spain: Health System Review. *Health Systems in Transition*, Vol. 20, No. 2, 2018. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf?ua=1

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (1986): BOE, Legislación consolidada, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Jefatura del Estado, BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. Referencia: BOE-A-1986-10499. Título III, Capítulos I y II. [Consulta 16-10-2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

CABALLERO, P. (2018): Análisis de los presupuestos sanitarios de las CC.AA. 2018, ¿y la financiación para cuándo? *Federación de sanidad y sectores sociosanitarios de CC.OO.* Septiembre 2018. Disponible en: <http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/30/2417374-Informe analisis de los presupuestos sanitarios por CCAA 2018.pdf>

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS (2018): Barómetro de Febrero 2018, 01/02/2018. Banco de datos, catálogo de encuestas, relación de estudios por tema. CIS. [Consulta 10-10-2019]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/open/cm/ES/2_bancodatos/estudios/listaTematico.jsp?tema=106&todos=si

EUROSTAT (2017): Population and Social Conditions. Luxembourg, Eurostat. [Consulta 23-10-2019]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

FREI, B. S.; STUTZER, A. (2002): What Can Economists Learn from Happiness Research? *Journal of Economic Literature*, vol. XL, pp. 402-435.

INE (2019): Barómetro Sanitario. Sociedad, Salud. Instituto Nacional de Estadística. [Consulta 30-10-2019]. Disponible en: www.ine.es

INE (2019): Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Sociedad, Salud. Instituto Nacional de Estadística. [Consulta 29-10-2019]. Disponible en: www.ine.es

INE (2019): Padrón. Población por municipios. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo. [Consulta 31-10-2019]. Disponible en: www.ine.es

KELLY, J.M.; SWINDELL, D. (2002): A multi-indicator approach to municipal service evaluation: correlating performance measurement and citizen satisfaction across jurisdictions. *Public Administration Review*, vol. 62 (5), pp. 610-21.

KELLY, J.M. (2005): The dilemma of the unsatisfied customer in a market model of public administration. *Public Administration Review*, vol. 65 (1), pp. 76-84.

MACIA, M. L.; MONCHO, J. (2007): Sistema Nacional de Salud Español. Características y Análisis. *Revista Electrónica Semestral de Enfermería*, ISSN 1695-6141, Nº10, Administración-Gestión-Calidad. Universidad de Alicante. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/256/260>

MINISTERIO DE FINANZAS (2010): Stability Programme Update, Kingdom of Spain, 2012–2015 (page 47). Madrid, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Disponible en: http://www.thespanisheconomy.com/stfls/tse/ficheros/2013/noviembre/Stability_Programme_2019_2022_en.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014): Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consulta 4-10-2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2017): National Health System Key Indicators. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consulta 8-10-2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>

OCDE (2006): Issues in Output Measurement for Government at a Glance. Paris: OECD. [Consulta 23-10-2019]. Disponible en: <http://www.oecd.org/sdd/na/37417214.pdf>

ORR, M.; WEST, D.M. (2007): Citizen evaluations of local police: personal experience or symbolic attitudes? *Administration & Society*, vol. 38 (6), pp. 649-668. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0095399706293989>

STIPAK, B. (1979): Citizen satisfaction with urban services: potential misuse as a performance indicator. *Public Administration Review*, vol. 39 (1), pp. 46-52. Disponible en: <https://www.istor.org/stable/3110378>

VAN DE WALLE, S.; VAN RYZIN G.G. (2011): The order of questions in a survey on citizen satisfaction with public services: lessons from a Split-Ballot experiment. *Public administration*, vol. 89 (4), pp. 1436-1450. December 2011. Disponible en: <https://www.academia.edu/2220161>

VAN DE WALLE, S. (2017): Explaining Citizen Satisfaction and Dissatisfaction with Public Services. University of KU Leuven. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1057/978-1-137-55269-3_11

VAN DOOREN, W.; VAN DE WALLE, S. (2008): *International Review of Administrative Sciences* 2008; 74; 531. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020852308098466>

VAN RYZIN, G.G. (2004): Expectations, performance and citizen satisfaction with urban services. *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 23 (3), pp. 433–448. Disponible en: <https://www.istor.org/stable/3326260>

VAN RYZIN, G. G., MUZZIO, D., IMMERWAHR, S., GULICK, L., & MARTINEZ, E. (2004): Drivers and consequences of citizen satisfaction: An application of the American customer satisfaction index model to New York City. *Public Administration Review*, vol. 64 (3), pp. 331-341. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1540-6210.2004.00377.x>

VAN RYZIN, G.G. (2008): Citizen perceptions of road smoothness: evidence from New York with implications for comparative performance measurement. *International Review of Administrative Sciences*, vol. 74 (4), pp. 575–588. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020852308098469>