

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y SATISFACCIÓN DE LOS
USUARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN COSTA RICA

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la
Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Economía para optar al
grado y título de Maestría Profesional en Economía con énfasis en Economía
de la Salud y las Políticas Sociales

PAMELA MARIA JIMENEZ FONTANA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2010

Dedicatoria

A mis padres.

Agradecimientos

Agradezco al profesor Juan Rafael Vargas por abrirme las puertas del Posgrado.

Al profesor Arodys Robles por su constante apoyo para la realización de este proyecto.

A la profesora Yanira Xirinach por su tiempo durante el Posgrado.

Al personal del IICE por permitirme el espacio de crecer profesionalmente.

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Economía de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Economía de la Salud y las

Políticas Sociales”



Magister Victoria Hall Ramírez

**Representante de la Decana
Sistema de Estudios de Posgrado**



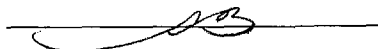
Magister Yanira Xirinachs Salazar

Profesora Guía



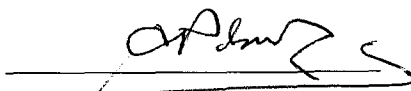
Dr. Juan Rafael Vargas Brenes

Lector



Magister Arturo Herrera Barquero

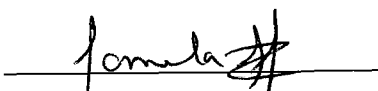
Lector



Magister Carlos Palma Rodríguez

Representante del Director

Programa de Posgrado en Economía



Pamela María Jiménez Fontana

Sustentante

Tabla de Contenidos

RESUMEN	VI
ABSTRACT.....	VII
LISTA DE TABLAS	VIII
LISTA DE GRÁFICOS	IX
INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMA.....	1
OBJETIVO GENERAL	1
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	1
LIMITACIONES	2
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	2
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. ANTECEDENTES SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA.....	6
1.2. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LOS SERVICIOS DE SALUD	7
1.2.1. <i>Importancia de la Satisfacción.....</i>	<i>7</i>
1.2.2. <i>Dimensiones de la Satisfacción.....</i>	<i>8</i>
1.2.3. <i>Determinantes de la satisfacción</i>	<i>9</i>
1.3. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.....	12
1.3.1. <i>Importancia de la Autopercepción del Estado de Salud.....</i>	<i>12</i>
1.3.2. <i>Dimensiones de la Autopercepción del Estado de Salud</i>	<i>13</i>
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	15
3.2. SUJETO Y POBLACIÓN	15
3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN	15
3.3.1. <i>ÁMBITO DE LA ENCUESTA</i>	<i>15</i>
3.3.2. <i>DISEÑO MUESTRAL</i>	<i>16</i>
3.3.3. <i>TAMAÑO DE LA MUESTRA.....</i>	<i>16</i>
3.3.4. <i>RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</i>	<i>16</i>
3.3.5. <i>CONSTRUCCIÓN DE PARES.....</i>	<i>16</i>
3.3.6. <i>PREGUNTAS DE LA ENCUESTA.....</i>	<i>18</i>
3.4. MÉTODOS	19
3.4.1. <i>Índice de Satisfacción</i>	<i>19</i>
3.4.2. <i>Regresión binaria logística.....</i>	<i>20</i>
3.5.1. <i>Instrumentación</i>	<i>24</i>
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE DATOS.....	25
4.1. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS	25
4.2. ÍNDICE DE SATISFACCIÓN	26
4.3. ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN	28
4.3.1. <i>Satisfacción según modelos de gestión</i>	<i>29</i>
4.3.2. <i>Satisfacción según estado de salud.....</i>	<i>30</i>
4.4. MODELOS ANIDADOS-REGRESIÓN LOGÍSTICA	33
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.....	43
CAPÍTULO VI RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA CITADA.....	46
ANEXOS.....	49

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción del estado de salud y la satisfacción de los usuarios de la atención primaria de dos modelos de gestión en Costa Rica

Métodos: Trabajo de corte transversal y explicativo. El análisis utiliza la Encuesta sobre los Servicios y Gastos de Salud de la Familia efectuada por el Proyecto de investigación en Farmacoeconomía del Centro Centroamericano de Población en el 2008. En la encuesta se realizan parejas de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, donde cada par posee características socioeconómicas similares, pero difieren en la gestión. El diseño de estudio consta de dos etapas. Primero se construye el Índice de Satisfacción utilizando métodos multivariantes. Luego se procede a la utilización de una regresión binaria logística para relacionar la satisfacción de los usuarios con la percepción del estado de salud, variables sociodemográficas, e institucionales.

Resultados: La mayoría de los usuarios de las cooperativas se sienten más satisfechos que los usuarios de la CCSS; sin embargo, los usuarios de la CCSS se perciben más saludables. El colesterol y la edad son variables significativas que explican parte de la satisfacción de los usuarios.

Conclusiones: Tres cooperativas mostraron poseer una mayor probabilidad de tener buenos niveles de satisfacción en comparación con sus respectivos pares administrados por la CCSS. Se demostró como un modelo de gestión con mayores incentivos para funcionar eficientemente logra usuarios más satisfechos con el servicio.

Palabras Clave: economía de la salud, atención primaria de salud, necesidades y demandas de servicios de salud, satisfacción del paciente, estado de salud, y modelos logísticos

ABSTRACT

Objective: The goal of this study is to examine the perception of health status and patient satisfaction of the Primary Health Care in Costa Rica.

Methods: The study is cross-sectional explanatory. The study uses a national survey for the analysis. The analysis uses the Survey on Health Services and Expenditures conducted by the University of Costa Rica in 2008 that compares the service of CCSS and the cooperatives. The study design consists of two stages. First, creation Satisfaction Index using multivariate methods. The second step is a binary logistic regression to relate user satisfaction with perception of health status, sociodemographic variables, and institutional.

Results: Most of the users of the cooperatives are more satisfied than users of CCSS, but the users of CCSS feel healthier. Cholesterol and age are significantly variables that explain part of the user satisfaction.

Conclusions: Three cooperatives have shown a greater chance of having good levels of satisfaction compared with their peers administered by the CCSS. It showed a model with greater incentives to operate efficiently manages users more satisfied with the service.

Keywords: *Primary Health Care, Health Economics, Multivariate Analysis, Factor Analysis.*

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Definición de distritos por par	18
Tabla 2: Definición de Variables	23
Tabla 3: Resumen del Modelo 1.1	33
Tabla 4: Variables en la Regresión del Modelo 1.1.....	33
Tabla 5: Resumen del Modelo 1.2.....	34
Tabla 6: Variables en el Modelo 1.2.....	34
Tabla 7: Resumen Modelo 1.3.....	35
Tabla 8: Variables en el Modelo 1.3.....	35
Tabla 9: Resumen Modelo 1.4.....	36
Tabla 10: Variables Modelo 1.4	36
Tabla 11: Resumen del Modelo 2.1	37
Tabla 12: Variables Modelo 2.1	37
Tabla 13: Resumen del Modelo 2.2.....	38
Tabla 14: Variables del Modelo 2.2.....	38
Tabla 15: Resumen del Modelo 2.3.....	38
Tabla 16: Variables del Modelo 2.3.....	39
Tabla 17: Resumen del Modelo 2.4.....	39
Tabla 18: Variables del Modelo 2.4.....	39
Tabla 19: Resumen del Modelo 2.5.....	40
Tabla 20: Variables del Modelo 2.5.....	40
Tabla 21: Resumen del Modelo 2.6.....	41
Tabla 22: Variables en el Modelo 2.6.....	41

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Porcentaje de personas que utilizan los EBAIS controlado por edad	25
Gráfico 2: Gráfico de Sedimentación	27
Gráfico 3: Histograma del Índice de Satisfacción	27
Gráfico 4: Porcentaje de satisfacción de los usuarios de los EBAIS según modelo de gestión	30
Gráfico 5: Índice de Satisfacción según percepción del estado de salud.....	31
Gráfico 6: Percepción del estado de salud según administración.....	32

Introducción

El análisis de la satisfacción puede resultar controversial dada su naturaleza subjetiva. Sin embargo, la satisfacción puede ser un instrumento para explicar los comportamientos humanos y sus reacciones ante diferentes situaciones. El trabajo que se presenta a continuación trata sobre la satisfacción de los pacientes de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud y su relación con la auto-percepción del estado de salud en Costa Rica.

En Costa Rica existen algunos estudios sobre la satisfacción de las personas con los servicios de salud, pero dado que es un tema novedoso en el país la investigación se encuentra incipiente (Morera Salas, y otros 2009). La importancia de la satisfacción se basa en que el sistema de salud costarricense es clave para el desarrollo de la economía, el país “produce” trabajadores saludables y por ende productivos (*ceteris paribus*).

Problema

¿Cómo se relaciona la percepción del estado de salud y la satisfacción de los usuarios con la calidad en la prestación de servicios de salud?

Objetivo general

Analizar la percepción del estado de salud y la satisfacción de los usuarios de los EBAIS de dos modelos de gestión en Costa Rica para el 2008.

Objetivos específicos

- Estudiar el grado de satisfacción de los pacientes de los centros de salud
- Comparar la percepción del estado de salud declarado por los usuarios entre los EBAIS
- Confrontar la percepción del estado de salud y los niveles de satisfacción obtenidos en cada centro de salud.

Limitaciones

El estudio analiza la percepción sobre el estado de salud recopilado a través de la encuesta. En la investigación no se analiza el estado de salud *per se* de los pacientes de los EBAIS. Por lo tanto, al evaluar enfermedades como la diabetes, se analiza la percepción del usuario sobre la patología en su estado de salud; no se utilizó información clínica para determinar si efectivamente el paciente padecía de esta condición o la gravedad de la misma.

El análisis de satisfacción y percepción del estado de salud se realiza solamente para las cooperativas y sus respectivos pares. El sistema de compra de servicios de salud de la CCSS se ha concentrado solamente en el Área Metropolitana, por lo que el estudio no tiene representación nacional.

Justificación de la Investigación

En los últimos treinta años se ha observado un especial interés del sector sanitario por la economía de la salud, principalmente en el área de políticas públicas. Lo anterior se debe a que el desarrollo económico no se logra sin oportunidades sociales y una cobertura en salud exitosa (Collazo Herrera, y otros 2002). Según Amartya Sen (1999), la salud es necesaria para un desarrollo integral, y no se debe considerar un simple instrumento para llegar al desarrollo. La economía de la salud integra conceptos, teorías, modelos económicos y médicos, con el fin de analizar la producción, financiamiento, distribución, y consumo de servicios de salud (Arredondo 1999). La economía de la salud no solo pretende resolver los problemas de qué, cómo, y para quién producir en el sector salud; también realiza evaluaciones y desarrolla regulaciones, instrumentos, y estrategias para resolver un sinnúmero de problemas y eventualidades que debe enfrentar esta ciencia. (Ortun Rubio y Meneu de Guillerna 2006)

La satisfacción de los usuarios se encuentra muy relacionada con la economía de la salud, dado que se ha convertido en un criterio clave para la evaluación de la calidad de los servicios de salud (Young, Meterko y Desai 2000). Este tipo de evaluaciones se han utilizado para proveer de información al sector público y privado; es decir, la información es relevante para los compradores de servicios de salud y proveedores (Young, Meterko y Desai 2000). La satisfacción de los pacientes es de vital importancia para la toma de decisiones de políticas de salud, dado que toma en cuenta la perspectiva del usuario del servicio de salud. Sixma y otros (1998) consideran que la evaluación de la satisfacción de los pacientes sustituye las auditorías institucionales.

El concepto de salud implica subjetividad, y su determinación implica contemplar también factores no clínicos (Gallegos Carrillo, y otros 2006). La autopercepción de salud recoge elementos sociales que los indicadores regulares no consiguen, como la influencia de la edad, sexo, y educación (Zimmer, y otros 2000). Analizar los factores asociados de la salud reportada por los usuarios, permite ampliar las perspectivas para la identificación de necesidades en salud y la evaluación de los programas e intervenciones dirigidas a un grupo poblacional (Gallegos Carrillo, y otros 2006).

En el caso de Costa Rica, los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud son uno de los pilares más importantes del sistema de salud costarricense. Los EBAIS formaron parte de una reorganización del sistema de salud con un nivel de cobertura a zonas donde los servicios de salud no habían llegado antes de la Reforma¹ (Rosero Bixby 2004). Comprender las actitudes y percepciones de los usuarios sirve de insumo para los tomadores de decisiones.

En Costa Rica se han realizado estudios comparativos sobre los EBAIS en términos de: índices de cobertura, mortalidad, costos, esperanza de vida, y desempeño (Cercone, Briceño y Gauri 2005) (Macq y Martiny 2006) (Rodríguez y Bustelo 2008) (Muiser, Herring y Vargas s.f.). La percepción de la salud también ha sido estudiada, pero son pocas las

¹ La Reforma del Sector Salud en Costa Rica inicia en 1995 con la readecuación del modelo de atención y la asignación de recursos financieros.

publicaciones que se han hecho al respecto. En el país se han estudiado los determinantes y las diferencias de la percepción de la salud a nivel regional (Morera Salas, y otros 2009). La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2006) ha sido el principal instrumento que ha permitido el estudio de la percepción del estado de salud y la satisfacción, dado que hasta el momento es la única encuesta nacional sobre salud cuyos resultados se han publicados. En el primer informe de los resultados de la ENSA, Hernández y Saenz (2006) muestran indicadores nacionales sobre la percepción del estado de salud y la satisfacción de los usuarios con el servicio.

Dado que en Costa Rica los EBAIS no están administrados exclusivamente por el gobierno, es importante la evaluación de la calidad entre los diferentes modelos de gestión. Lo anterior no se debe llevar a cabo solo con fines comparativos, la calidad del servicio influye de manera directa sobre la salud de los usuarios. Siempre se debe recordar que el bienestar de la sociedad es la razón de ser de los servicios de salud, se debe mejorar las condiciones de salud y crear salud mediante la prevención. Por lo anterior, es de suma importancia conocer cual esquema de gestión obtiene mejores resultados (McCauley y Salter 1995).

El análisis de la percepción y satisfacción en los usuarios que asisten a los EBAIS es novedoso en Costa Rica, dado que todos los estudios publicados hasta el momento se han realizado a nivel nacional o regional; mientras que la presente investigación utiliza una encuesta a nivel de EBAIS, encuesta PAREO². Esta encuesta es de carácter exploratorio, dado que los resultados que se obtendrán al analizar las variables que explican la auto-percepción de salud y la satisfacción de los servicios, permitirían obtener un panorama más claro que pudieran utilizarse para realizar reformas o implementar programas de salud de acuerdo con las necesidades y actitudes de la población en estudio.

En la primera parte del trabajo se realiza una revisión bibliografía sobre las teorías de satisfacción de los pacientes, la autopercepción del estado de salud, y los factores que explican estos elementos. El objetivo de esta sección es obtener una referencia sobre cuáles

² Encuesta sobre los Servicios y Gastos de la Salud de la Familia efectuada por el Proyecto de Investigación en Farmacoeconomía de la Universidad de Costa Rica.

han sido las experiencias internacionales con estudios similares, y determinar cuáles variables son relevantes a incluir.

En la segunda sección del trabajo se presenta la metodología que se utiliza para el procesamiento de la información. Finalmente en la última sección se presenta el análisis de datos que incluye una descripción de la información y los resultados obtenidos.

Capítulo I. Marco Teórico

1.1. Antecedentes Sistema de Salud de Costa Rica

El sistema actual de salud costarricense es el resultado de un proceso complejo, cuya formación inicia en 1922 con la creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública. La reforma del Sistema de Salud consistió en fortalecer la capacidad de gestión en la administración y servicios de salud, en todo ámbito y nivel (Campos, y otros 2004). El fortalecimiento se justifica por la crisis del modelo de atención, problemas organizacionales, altos costos, insatisfacción de los usuarios y funcionarios, problemas de gestión y poca eficacia en el sistema. La modernización busca un mejor uso y asignación de los recursos tomando en cuenta el costo de oportunidad sanitaria, pero siempre garantizando calidad en la gestión administrativa y en la prestación de servicios. El nuevo modelo de atención plantea alternativas en la prestación y administración de servicio. El servicio no se enfoca hacia el individuo, sino hacia la familia, la comunidad y el ambiente (Salas Chaves y Castillo Martínez 2003).

En Costa Rica, existe una red de servicios de salud dividida en siete regiones: Central Sur, Central Norte, Huetar Norte, Huetar Atlántica, Pacífico Central, Chorotega, y Brunca. Cada región está dividida en áreas de salud. El área de salud es un espacio-población, es decir, existe un territorio geográfico y grupos sociales que conviven en esta zona según condiciones de vida dadas. (Salas Chaves y Castillo Martínez 2003) Las áreas de salud están compuestas por varios Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y la cantidad de EBAIS por Área de Salud dependen del tamaño de la población que la compone.

Cada EBAIS cuenta con un médico general, un auxiliar de enfermería, y un asistente técnico de atención primaria. El modelo está planteado para que los centros de salud atiendan entre 3,500 y 5,000 habitantes. La mayoría de los EBAIS cuentan con un equipo de apoyo que comparten entre los EBAIS del Área de Salud. El equipo de apoyo está compuesto por: médico de familia, enfermera profesional, odontólogo, farmacéutico, trabajadora social, y microbiólogo. Los EBAIS forman parte del nivel primario de atención

de la CCSS, los cual atienden los servicios básicos de salud, además, se encargan de la promoción y prevención de la salud, curación y rehabilitación de complejidad leve. Los niveles secundario y terciario de atención corresponden a la prestación de servicios de mayor complejidad y especialidad, como las clínicas, hospitales generales, especializados, y nacionales. (Salas Chaves y Castillo Martínez 2003)

1.2. Satisfacción de los Pacientes con los Servicios de Salud

1.2.1. Importancia de la Satisfacción

“Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y (...) la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. (...) la insatisfacción se relaciona con el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias” (Mira y Aranaz 2000, 11)

El análisis de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud ha desarrollado gran importancia para la gestión de los servicios y la toma decisiones en este sector (Biedma Velázquez y Serrano del Rosal 2007). La investigación sobre satisfacción de los usuarios ha evolucionado conforme se realizan más estudios en la materia. Inicialmente, el tema de satisfacción era abordado exclusivamente por los proveedores de salud, dado que se consideraba que por su experiencia y conocimientos, eran los agentes adecuados para establecer las necesidades de salud de los pacientes. A partir de los años setenta, los investigadores consideran que la mejor forma de cumplir con las expectativas de los pacientes es acudir directamente a ellos, para conocer sus expectativas y necesidades. (Diaz 2002). Se evidencia en la literatura, la importancia de un papel activo de los pacientes, con el fin de incluir su perspectiva en la toma de decisiones en salud (Mira y Aranaz 2000).

La estrecha relación entre satisfacción de los usuarios y la calidad de los servicios ha sido confirmada en numerosos estudios (Biedma Velázquez y Serrano del Rosal 2007). (Young, Meterko y Desai 2000) (Zastowny, Roghmann y Hengst, Satisfaction with Medical Care: Replications and Theoretic Reevaluation 1983) (Barrasa y Aibar 2003). Por lo anterior, los centros de salud se han preocupado no solo por satisfacer las necesidades en salud, sino también las expectativas de los pacientes (Mira y Aranaz 2000). Díaz (2002) considera al paciente como el centro de los servicios y su nivel de satisfacción se vuelve un indicador clave para la calidad asistencial.

1.2.2. Dimensiones de la Satisfacción

La definición de satisfacción dependerá del objetivo inicial del estudio. Zastowny y otros (1983) realizaron una revisión sistemática sobre los estudios de satisfacción en salud. Los autores identifican que existen cinco tipos de estudios que buscan relacionar la satisfacción de los pacientes con algún otro constructo. La primera clase de estudio relaciona la satisfacción con la calidad de la atención, prestación de servicios, y costos. El segundo tipo de investigación identificado por Zastowny y otros (1983) relaciona satisfacción con la interacción paciente-proveedor, el tercero analiza la satisfacción de los pacientes de poblaciones especiales como familias de bajos ingresos, adultos mayores, o familias con niños discapacitados (Zastowny, Roghmann y Hengst 1983) (Young, Meterko y Desai 2000). El cuarto tipo de estudio de satisfacción se relaciona con la selección de proveedores en salud. Finalmente, el último analiza el impacto de la satisfacción de los pacientes en factores estructurales.

La mayoría de los estudios sobre la satisfacción del paciente se ubican en alguna categoría explicada por Zastowny y otros (1983), aunque en varios casos se ha logrado incluir más de una categoría haciendo aún más completo el análisis. Por ejemplo, Ware y Snyder (1975) en su investigación *Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services*, identificaron cuatro dimensiones sobre las actitudes de los pacientes: conducta del médico, disponibilidad de los servicios, seguimiento de la atención, y acceso a los servicios. El estudio de Ware y Snyder (1975) incluye los elementos sobre las relaciones

paciente-proveedor y la calidad del servicio. Zastowny y otros (1989) en el estudio *Patient Satisfaction and the Use of Health Services* analizan la satisfacción de los pacientes desde dos perspectivas: considerando la satisfacción como un resultado de conductas y elementos propios del paciente que posee previo a entrar en contacto con el servicio (*income*), también determinan la satisfacción como un resultado de las experiencias vividas al entrar en contacto con los servicios (*outcome*).

Mira y Aranaz (2000) engloban todas las dimensiones de satisfacción de Zastowny y otros (1983), definiendo el constructo como un *“un concepto multidimensional cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (...) más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades”* (Mira y Aranaz 2000, 10). Barrasa y Aibar (2003) definen satisfacción como una variable multidimensional, se caracteriza por ser difícil de medir, además varía según las diferentes situaciones y personas. Los autores lo relacionan con factores como: el estilo de vida, las experiencias previas y los valores del individuo y de la sociedad.

1.2.3. Determinantes de la satisfacción

“(...) La decisión de un paciente de acudir a una consulta médica vendría condicionada por: la necesidad o urgencia de curarse que experimenta (...), la calidad profesional y humana que el paciente atribuye al médico, la presión de sus familiares para que busque ayuda médica o para que acuda a esa consulta en concreto, la percepción de control que tiene el paciente y que hace que piense que puede ir, el balance de costes y beneficios que intuye pueden producirse al acudir a la consulta y, finalmente, el nivel de satisfacción cuando se trata de un paciente que ya conoce a ese médico.” (Mira y Aranaz 2000, 11)

La asistencia a los centros de salud no se debe exclusivamente por la necesidad de curación o alivio de una enfermedad. Mira y Aranaz (2000) explican que existen factores más allá de la necesidad puramente física de salud. Los comentarios de otros pacientes sobre el trato de

un médico influyen en la decisión de un paciente de asistir al centro de salud. En general, la influencia del medio social sobre el paciente es un elemento clave sobre la satisfacción de los pacientes. Zastowny y otros (1983) explican que las variables sociodemográficas se deben incluir independientemente del tipo de estudio. En la mayoría de los casos muestran gran parte del comportamiento y satisfacción de un individuo.

▫ Características de Pacientes

En la mayor parte de los estudios de satisfacción se puede encontrar el uso de las características de los pacientes para evaluar la satisfacción. Las principales variables incluidas en este tipo de estudio son: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, estado civil, y estado de salud. Sin embargo, según Mira y Aranaz (2000) los resultados de la relación de estas variables y la satisfacción han sido contradictorios. Los autores explican que existe una ligera tendencia a encontrar que las personas de mayor edad se encuentran más satisfechas con los servicios, pero no son los resultados comunes en todas las investigaciones (Biedma Velázquez y Serrano del Rosal 2007) (Hall, y otros 1990).

Mira y Aranaz (2000) confirman que en cambio, si existe un acuerdo respecto a la satisfacción según género, ya que se ha confirmado que las mujeres valoran de forma más positiva los servicios de salud, expresando sentirse más satisfechas con la atención (Young, Meterko y Desai 2000) (Linn 1975) (Sixma, Spreeuwenberg y van der Pasch 1998). Biedma y otros (2007) en su investigación *¿Existe relación entre satisfacción del paciente y género del médico?* confirman que el sexo del médico es la variable externa a los sistemas de salud que más influye en la satisfacción del paciente.

La mayoría de las investigaciones sobre la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, definen la percepción del estado de salud como una variable predictiva de la satisfacción; sin embargo, los resultados no siempre han mostrado esta relación (Mira y Aranaz 2000) (Young, Meterko y Desai 2000) (Zastowny, Roghmann y Cafferata 1989) (Sixma, Spreeuwenberg y van der Pasch 1998). Por lo anterior, según Mira y Aranaz (2000), se ha argumentado que un paciente con una enfermedad crónica se puede mostrar

insatisfecho con la prestación del servicio debido a su estado de salud, o más bien encontrarse satisfecho con el servicio dado que aprecia más la atención por su estado de salud (Mira y Aranaz 2000) (Hall, y otros 1990).

“Lo que sí parece suceder es que el nivel de satisfacción que relata el paciente se debe más a su estado de salud tras el tratamiento que a la mejoría que haya logrado con el mismo, y que la satisfacción previa del paciente es un buen predictor del nivel de calidad de vida que el paciente alcanza tras el tratamiento” (Mira y Aranaz 2000, 12)

La importancia de las características de los pacientes en un análisis de satisfacción se debe que no se debe atribuir los resultados de la satisfacción completamente a los proveedores del servicio. Young y otros (2000) explican que no se debe castigar a las organizaciones de salud por factores ajenos a su control, como lo son la edad y el perfil epidemiológico.

▫ Características de los Proveedores

La literatura sobre satisfacción recalca la importancia sobre la interacción médico-paciente durante la prestación del servicio de salud, dado que la confianza que el médico le transmite a su paciente funciona como un indicador de satisfacción (Mira y Aranaz 2000). Las principales interacciones médico paciente son: sensibilidad del médico, satisfacción propia del médico, duración de la consulta, tiempo de consulta, comunicación, actividad del médico durante la consulta, y calidad del diagnóstico (Mira y Aranaz 2000) (Sixma, Spreeuwenberg y van der Pasch 1998) (Ware y Snyder 1975) (Zastowny, Roghmann y Hengst, Satisfaction with Medical Care: Replications and Theoretic Reevaluation 1983).

El uso de las características del proveedor para los análisis de satisfacción no se basa exclusivamente en la relación médico paciente, se contemplan otras características globales. Young y otros (2000) consideran en un análisis de satisfacción las características institucionales de un hospital. Algunos de los factores incluidos por Young son: el tamaño del centro de salud, si el hospital participa en la educación de medicina (academia), y la localización del centro de salud. Los resultados del estudio de Young y otros (2000) fueron

significativos solamente para la variable tamaño del centro de salud. Por lo tanto, las características del proveedor dependerán del contexto en que se ubique el centro de salud. Se encontraron características desde la confianza que se percibe del médico hasta la cantidad de recurso humanos y capital.

1.3. Autopercepción del Estado de Salud

1.3.1. Importancia de la Autopercepción del Estado de Salud

De acuerdo a Zimmer y otros (2000) la medición de la autopercepción de la salud es un instrumento eficaz para conocer el estado de salud global de un paciente. Las autoevaluaciones no son solamente indicadores sobre un estado de salud objetivo, más bien pretenden abarcar una serie de factores asociados actitudes y percepciones que los indicadores tradicionales no logran captar. (Zimmer, y otros 2000)

Mossey y Shapiro (1982) brindan evidencia empírica sobre como las autoevaluaciones del estado de salud son mejores instrumentos para predecir la mortalidad de los pacientes, en comparación con los expedientes de salud. Mossey y Shapiro (1982) sugieren que la forma de percibir la salud propia se encuentra muy relacionada con los resultados que vaya a obtener el estado de salud. Los autores fueron los pioneros en los estudios de autoevaluación de la salud. Esto resultados han sido confirmados posteriormente en estudios epidemiológicos sobre la autopercepción de la salud como predictor de la mortalidad (Idler y Kasl 1991).

Los estudios iniciales sobre autopercepción de la salud se enfocaban en la diferencia entre la salud objetiva y la salud subjetiva. En los últimos veinte años, los científicos se preocupan más por validar los estudios de autopercepción del estado de salud utilizando exámenes físicos como criterios externos (Idler y Kasl 1991).

Los adultos mayores son las poblaciones cuya autopercepción del estado de salud ha sido más investigada. Según Idler y Kasl (1991) se ha encontrado un optimismo irreal sobre el

estado de salud declarado por los adultos mayores. La prevalencia de enfermedades crónicas en estas poblaciones es un hecho. Pese a lo anterior, a menos que estas enfermedades provoquen severas discapacidades, los adultos mayores no internalizan la enfermedad sin temer un deterioro en la calidad de vida. Lo anterior sucede porque la población considera la prevalencia de enfermedades crónicas como una característica intrínseca de su edad. (Idler y Kasl 1991)

Rosenthal y Shannon (1996) establecen cinco argumentos que justifican la utilización de las autoevaluaciones en salud, en comparación con los métodos tradicionales. Primero, las percepciones de los pacientes pueden ser más sensibles a diferencias en distintas formas de prestar la atención en salud. Segundo, las percepciones de los pacientes capturan las mejoras de la implementación de un nuevo modelo. Tercero, basados en el principio de autonomía, los pacientes competentes tienen el derecho de decidir lo que mejor les conviene. También, la evidencia empírica sugiere que las percepciones de los pacientes podrían estar directamente relacionadas a otros indicadores de calidad y son confiables. Finalmente, las percepciones de los pacientes sobre la atención y su satisfacción se encuentran directamente relacionadas con las decisiones de buscar atención médica, cambiar de proveedor, y cumplir con ciertas recomendaciones de tratamiento. Por lo tanto, un paciente insatisfecho, es más probable que obtenga peores resultados en salud. (Rosenthal y Shannon 1996)

1.3.2. Dimensiones de la Autopercepción del Estado de Salud

Zimmer y otros (2000) establecen cinco dimensiones para medir la autopercepción del estado de salud aplicable a diferentes entornos. La inclusión de dimensiones demográficas y socioeconómicas son esperables, dado que la literatura ha demostrado que son factores influyentes en la salud (Zimmer, y otros 2000) (Rosenthal y Shannon 1996) (Goldman, y otros 2002). En la dimensión demográfica las principales variables incluidas son edad, sexo, y tipo de residencia (urbana/rural). En el caso de la dimensión socioeconómica se incluye: acceso a los servicios de salud y educación. Las otras tres dimensiones son: indicadores de salud, redes, y estilos de vida. La primera utiliza

mediciones de discapacidades y enfermedades crónicas según el perfil epidemiológico de la población. Lo anterior busca establecer un indicador sobre las severidades de las enfermedades y discapacidades del paciente. Lo que respecta a la dimensión denominada redes, consiste en el conjunto de características de estados psicológicos que son determinantes para el estado de salud. Las variables incluidas en esta dimensión son el estado civil, número de descendientes vivos, y vivir con algún familiar o descendiente adulto. Finalmente, la dimensión sobre estilos de vida que afecta la salud se basa en determinar comportamientos como el fumado y el consumo de bebidas alcohólicas.

La autopercepción del estado de salud de un paciente refleja un estado multidimensional que describe la forma en como el paciente considera su propio bienestar global. Lo anterior es la principal ventaja de este indicador, dado que va más allá de la salud física y mental, abarcando una salud integral. Sin embargo, es importante tomar en cuenta, que la autopercepción de salud es subjetiva y se encuentra relacionada con otras variables expuestas anteriormente. Por lo tanto, el diseño metodológico del estudio debe tomar en cuentas todas estas dimensiones para evitar correlaciones espurias.

Capítulo II. Marco Metodológico

3.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo es de carácter explicativo, dado que buscar establecer causas de eventos y comportamientos sobre los usuarios de los EBAIS. La investigación posee elementos exploratorios debido a que como se mencionó en el capítulo anterior, el tema ha sido investigado en Costa Rica, pero es la primera vez que se realiza un estudio en los EBAIS con información diseñada exclusivamente para estos.

El componente descriptivo se establece cuando se analizan previamente los antecedentes y estructura de los EBAIS, y los organismos que lo conforman. Finalmente, dado que lo que se busca es conocer la calidad del servicio mediante la satisfacción de los usuarios, tomando en cuenta la percepción del estado de salud, se necesita conocer las condiciones sociodemográficas de cada variable.

3.2. Sujeto y Población

Sujeto: Usuarios que asisten a los EBAIS de la muestra seleccionada

Población: 508 pacientes mayores a 15 años que asistieron al EBAIS durante el 2008

3.3. Fuentes de Información

El trabajo utiliza la Encuesta sobre los Servicios y Gastos de Salud de la Familia (PAREO) efectuada por el Proyecto de Investigación Farmacoeconomía del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica en el año 2008. La presente investigación utilizó los datos de esta encuesta, pero no fue parte del diseño y trabajo de campo de la Encuesta sobre los Servicios y Gastos de Salud de la Familia³.

3.3.1. Ámbito de la Encuesta

La encuesta PAREO cubre el conjunto de personas que residen en viviendas familiares

³ Ver <http://www.ccp.ucr.ac.cr/farmacoeconomia>

principales. La encuesta se realizó en el área donde se encuentran las cooperativas y los lugares de comparación (ubicación de los pares), solamente dentro del Gran Área Metropolitana (Sáenz, 2008). La encuesta no cubrió áreas de salud cubiertas por la Universidad de Costa Rica, mediante el Programa de Atención Integral en Salud, ni ASEMECO.

3.3.2. Diseño Muestral

El tipo de muestreo es bietápico estratificado, lo que quiere decir que se realizan dos etapas. Las unidades de la primera etapa son las secciones censales, tomando como referencia el Censo del 2000 efectuado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Las unidades de la segunda etapa son las viviendas de las familias principales. Las personas a las que se les realizó la encuesta son todos miembros de la familia, o para poblaciones específicas cuando así fuese necesario. En el caso de menores de edad, si estos no son capaces de contestar, responderá el encargado (Sáenz, 2008).

3.3.3. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue de 504 viviendas, pero solo fue posible obtener información completa para 502 casos (Sáenz, 2008).

3.3.4. Recolección de la información

La información se recopiló en forma de entrevistas directa a las personas de los hogares de la muestra, manteniendo un enlace con una sola persona mayor de 18 años para tener mejor fluidez y congruencia en las respuestas. En el caso de que algún miembro del hogar no se encontrara, se contactaba para una re-entrevista, o vía telefónica para completar la información. (Sáenz, 2008)

3.3.5. Construcción de Pares

La referencia para escoger los Pares de EBAIS fue el Índice de Desarrollo Humano (IDS) elaborado por el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). La construcción de pares se

basa en encontrar áreas de salud con características socioeconómicas similares, pero cuya administración del servicio de salud primaria (EBAIS) difiera, cooperativa y CCSS: El Índice de Desarrollo Humano toma como universo los cantones y distritos político-administrativos del territorio Nacional. El Índice posee cuatro dimensiones: Economía, Participación Social, Salud, y Educación.⁴

“Se identificó la presencia de las cooperativas de salud, a partir de un listado suministrado por la CCSS en el que se ubican las áreas de salud cubiertas por las cooperativas que se encuentran en las provincias de Heredia y San José, con el valor del IDS se buscó un distrito similar en la misma zona geográfica. Esto con el fin de reconocer semejanzas no sólo respecto al índice sino también similitudes geográficas, culturales y de acceso a los lugares entrevistados; por lo que se eliminaron los distritos que no pertenecían a esas dos provincias y se realizó un ordenamiento según IDS. Por ejemplo para la cooperativa de Barva se busco qué distritos de la provincia de Heredia tenían características similares, y se obtuvo que los distritos de San Rafael eran sus pares, y así sucesivamente para el resto de las cooperativas.” (Sáenz, 2008)

En el siguiente listado se presenta la muestra según índice de desarrollo social y la relación que tienen entre sí, si es un distrito cubierto con cooperativas o no.

⁴ Ver <http://www.mideplan.go.cr/sides/social/indx10.htm>

Tabla 1: Definición de distritos por par

Provincia/Cantón/Distrito	Distrito	Economía	Participación	Salud	Educación	IDS	Relación
10104	Catedral	37,6	21,5	87,7	92,0	71,8	Pareo Coopesalud
10105	Zapote	41,0	23,9	87,1	93,4	73,9	Pareo Coopesalud
10106	San Francisco de Dos Ríos	46,1	24,2	90,6	89,5	75,4	Área de Salud Santa Ana-Coopesana
10109	Pavas	39,4	17,6	77,5	79,8	64,4	Área de Salud Pavas-Coopesalud
10110	Hatillo	23,1	17,6	79,3	82,4	60,8	Pareo Coopesain
10111	San Sebastián	25,7	19,4	80,6	77,9	61,2	Área de Salud Coopesain
10201	Escazú	89,9	32,3	83,1	91,7	89,6	Pareo Coopesana
10203	San Rafael	100,0	31,4	91,4	84,5	92,8	Pareo Coopesana
10301	Desamparados	18,2	20,8	82,4	83,8	61,6	Área de Salud Pavas-Coopesalud
10305	San Antonio	35,1	25,7	84,3	96,5	72,8	Área de Salud Pavas-Coopesalud
10801	Guadalupe	41,3	22,2	87,7	92,4	73,3	Pareo Coopesain
10802	San Francisco	40,3	29,9	81,1	97,7	75,0	Pareo Coopesain
10803	Calle Blancos	33,5	23,8	85,6	78,1	66,4	Pareo Coopesain
10901	Santa Ana	76,2	43,1	87,9	81,0	86,9	Área de Salud Santa Ana-Coopesana
10904	Uruca	40,5	33,9	78,4	83,1	71,0	Área de Salud Santa Ana-Coopesana
10905	Piedades	42,4	42,1	82,8	86,2	76,4	Área de Salud Santa Ana-Coopesana
11001	Alajuelita	22,4	21,4	80,6	92,8	65,3	Pareo Coopesalud
11301	San Juan Tibás	39,2	23,4	91,7	89,2	73,3	Área de Salud Coopesain
11303	Anselmo Llorente Tibás	46,6	26,8	84,9	89,5	74,6	Área de Salud Coopesain
11402	San Jerónimo	16,6	26,6	85,6	77,7	62,1	Pareo Coopesalud
11403	Trinidad	28,1	21,5	78,8	91,5	66,1	Pareo Coopesalud
11801	Curridabat	55,1	27,7	86,3	79,6	74,9	Pareo Coopesalud
40101	Heredia	43,2	23,8	91,3	84,3	73,1	Pareo Coopesiba
40201	Barva	32,6	48,6	85,1	90,9	77,5	Área de Salud Barva Coopesiba
40202	San Pedro	22,6	32,5	79,2	60,3	58,4	Área de Salud Barva Coopesiba
40203	San Pablo	25,9	43,5	84,2	78,9	70,0	Área de Salud Barva Coopesiba
40204	San Roque	40,6	45,0	93,7	75,6	76,8	Área de Salud Barva Coopesiba
40205	Santa Lucía	52,5	36,8	92,5	68,1	75,3	Área de Salud Barva Coopesiba
40501	San Rafael	35,5	31,0	84,2	93,6	73,6	Pareo Coopesiba
40502	San Josecito	29,7	21,6	80,3	85,2	65,2	Pareo Coopesiba
40503	Santiago	30,1	27,3	84,1	77,2	65,8	Pareo Coopesiba
40901	San Pablo Heredia	37,3	36,2	81,8	87,1	73,0	Área de Salud Barva Coopesiba

3.3.6. Preguntas de la encuesta

La encuesta consta de 17 módulos. A continuación se presentan los módulos que son de interés para el presente trabajo:

- Datos Sociodemográficos: se consultó a todos los miembros del hogar
- Educación: se preguntó a los mayores de 2 años.
- Percepción y Satisfacción de los Servicios de Salud: se consultó a los mayores de 15 años
- Estado de Salud y Calidad de Vida: preguntas dirigidas a toda la familia

Respecto al módulo de Percepción y Satisfacción de los Servicios de Salud solo los miembros de la familia mayores a 15 años contestaron las preguntas, obteniendo un total de

508 usuarios que contestaron las preguntas. En el anexo 1 se presentan en detalle las preguntas de este módulo. Las preguntas son de carácter cualitativo y las posibles respuestas son seis categorías: Excelente, Buena, Regular, Mala, Muy Mala, y No sé. Sin embargo, se eliminaron los casos “No sé” dado que distorsionaba la distribución de las respuestas de las preguntas y en la mayoría fueron personas que en todas las preguntas contestaron “No sé” y no aportan a la investigación.

En lo que respecta sobre el módulo de salud, se utilizó solo la pregunta cualitativa directa: “¿Cómo considera su salud en el último año?”, donde existían cinco posibles respuestas: Muy bueno, bueno, Regular, Malo, y Muy Malo.

3.4. Métodos

El estudio consta de dos etapas, primero se construye un índice de satisfacción con base a las preguntas de este módulo, y en una segunda parte se realiza una regresión binaria logística para determinar el efecto de cada variable en el Índice. Se utilizó el paquete estadístico SPSS para el análisis.

3.4.1. Índice de Satisfacción

El estudio crea un índice de satisfacción a partir de 15 preguntas de la encuesta especificadas en el anexo 1. La construcción del índice consta de tres etapas que se detallan a continuación.

▫ Análisis de Confiabilidad

Se calcula el Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad de las preguntas de satisfacción, esta estadístico promedia todas las correlaciones de las preguntas para determinar si efectivamente se relacionan. El Alfa de Cronbach toma valores entre 0 y 1, mide la homogeneidad de las preguntas de la encuesta, en este caso el Índice de Satisfacción que se pretende construir.

▫ Análisis de Factores Exploratorio

El análisis de factores exploratorio es un tipo de análisis de factores de correlaciones. Spearman y Pearson fueron los científicos que iniciaron los estudios del análisis de factores

de correlaciones (AFC). Los primeros estudios que utilizaron esta metodología fueron los análisis de inteligencia. De acuerdo a González López-Valcárcel (González López-Valcárcel 1991) se puede considerar el análisis de factores como un método de reducción de la dimensión, dado que “*el espacio p-dimensional de las variables se reduce (...) a un espacio m-dimensional de factores*”. Lo anterior significa que el análisis pretende explicar las correlaciones de un conjunto de variables, mediante las correlaciones de un conjunto más pequeño de variables o factores. El punto de inicio del AFC es la matriz de correlaciones observada entre p variables, y de la hipótesis que las correlaciones no son al azar, sino que obedece a similitudes entre las variables. Por lo tanto, el objetivo del AFC es identificar estos factores.

De acuerdo a González López-Valcárcel (González López-Valcárcel 1991) el análisis factorial realiza dos supuestos, primero supone que los factores comunes están distribuidos independientemente y las variables aleatorias normales. El segundo supuesto es que los factores únicos o residuos son independientes de los factores comunes e independientes entre sí (González López-Valcárcel 1991). Los criterios que se utilizan para la validación de instrumentos son el porcentaje de varianza explicada por el factor y el gráfico de sedimentación.

▫ *Construcción del Índice de Satisfacción*

Una vez confirmada la validez y confiabilidad del instrumento se crea el Índice de Satisfacción utilizando una metodología similar a la del Índice de Desarrollo Humano⁵ de Naciones Unidas.

3.4.2. Regresión binaria logística

Las variables categóricas se componen por una serie de características que forman una categoría pero no representan una escala numérica (Ávila 2006). Las variables binarias representan un subconjunto de las variables categóricas y son aquellas que solo pueden constituir dos posibles valores. Los modelos lineales presentan algunos problemas que se

⁵ Ver <http://hdr.undp.org/es/estadisticas/indices/idh/>

presentaran más adelante para la estimación de variables binarias, por lo que lo más adecuado es utilizar modelos no-lineales diseñados especialmente para variables binarias como lo son el modelo Logit y Probit (Juan, Kizys y Manzanedo s.f.). La presente sección se encuentra basada en los trabajos de Juan, Kizys, y Manzanedo titulado “Regresión Binaria Logística” (Juan, Kizys y María s.f.) y el libro de William H. Greene “Análisis Econométrico” (Green 2002).

Dado que la variable dependiente solo puede tomar dos valores, posee la siguiente forma:

$$E(Y) = 0 \cdot P(Y = 0) + 1 \cdot P(Y = 1) = P(Y = 1) \quad (1)$$

Utilizando un modelo de regresión lineal múltiple:

$$Y = \beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + u \quad (2)$$

Utilizando el supuesto que $E(u) = 0$ y suponiendo que los valores de las observaciones son conocidos se obtiene:

$$E(Y) = P(Y = 1) = \beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k = Y - u \quad (3)$$

$$Y = P(Y = 1) - u \quad (4)$$

Por lo anterior, se puede observar que la variable dependiente binaria se puede expresar la probabilidad de éxito más una perturbación. Sin embargo, siguiendo a Greene y otros (Green 2002), este modelo presenta varios problemas:

- La perturbación “u” no es una variable aleatoria continua en el modelo, sino que es aleatoria discreta y no se distribuye normalmente, lo cual crea problemas en el momento de la estimación y definición de los intervalos de confianza.
- El error “u” presenta heterocedasticidad, es decir, la varianza de “u” no es constante, por lo que los estimadores no serán eficientes.
- Las predicciones del modelo no son realmente probabilidades dado que no se pueden restringir al intervalo [0,1], lo cual produce varianzas negativas y probabilidades imposibles.

El objetivo de utilizar modelos no-lineales es evitar las inconsistencias expuestas anteriormente. El modelo que se utiliza en estos casos posee la siguiente forma:

$$Y = f(\beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k) + u \quad (5)$$

Donde la variable binaria dependiente es una función que depende de una expresión lineal, y se cumple lo siguiente:

$$E(Y) = P(Y = 1) = f(\beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k) \quad (6)$$

En el caso específico del presente trabajo, se utiliza un modelo Logit con la siguiente función:

$$Y = f(z) = \frac{e^{(z)}}{1+e^{(z)}} = P(Y = 1) \quad (7)$$

Donde
$$z = \beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k, \quad (8)$$

Por lo que:
$$P(Y = 1) = \frac{e^{(\beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k)}}{1+e^{(\beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k)}} \quad (9)$$

Un elemento importante de los modelos Logit consiste en que no se puede interpretar directamente las estimaciones de los parámetros β , lo que suele ser más fácil para la interpretación son los signos de los parámetros, con el fin de obtener una idea de cómo estos afectan la variable dependiente.

3.5. Variables

Tabla 2: Definición de Variables

Variable	Tipo de Variable	Codificación
Intrínsecas del usuario		
<i>Sexo</i>	Variable dicotómica	1: hombre 0: mujer
<i>Edad</i>	Variable dicotómica	1: 40-59 años 0: 60 años o más
Características socioeconómicas		
<i>Nivel educativo</i>	Variable categórica	1: Primaria 2: Secundaria 0: Universidad
<i>Estado civil</i>	Variable categórica	1: Soltero 2: Casado o Unión Libre 3: Divorciado o Separado 0: Viudo
Salud		
<i>Salud (¿Cómo considera su estado de salud)</i>	Variable dicotómica	1: Excelente o bueno 0: Regular o malo
<i>Hipertensión arterial elevada</i>	Variable dicotómica	1: Tiene enfermedad 0: No tiene enfermedad
<i>Colesterol elevado</i>	Variable dicotómica	1: Tiene enfermedad 0: No tiene enfermedad
<i>Diabetes</i>	Variable dicotómica	1: Tiene enfermedad 0: No tiene enfermedad
Cooperativa		
<i>Cooperativadic</i>	Variable dicotómica	1: Lugar de consulta es un EBAIS administrado por una cooperativa 0: Lugar de consulta es un EBAIS administrado por la CCSS
<i>Coopesain</i>	Variable dicotómica	1: Lugar de consulta Coopesain 0: Lugar de consulta par Coopesain (CCSS)
<i>Coopesiba</i>	Variable dicotómica	1: Lugar de consulta Coopesiba 0: Lugar de consulta par Coopesiba (CCSS)
<i>Coopesana</i>	Variable dicotómica	1: Lugar de consulta Coopesana 0: Lugar de consulta par Coopesana (CCSS)
<i>Coopesalud</i>	Variable dicotómica	1: Lugar de consulta Coopesalud 0: Lugar de consulta par Coopesalud (CCSS)

La variable dependiente como se ha mencionado durante el trabajo es un índice de satisfacción de los usuarios, donde 1 representa usuarios Satisfechos (Satisfacción excelente. buena) y 0 significa usuarios insatisfechos (Satisfacción regular. mala).

El diseño de la Encuesta no permitió obtener una muestra mayor de personas que asisten a los EB̄AIS, por lo que en algunas cooperativas el número de usuarios que se logró entrevistar y cumpliera con los requisitos fue reducido (Ver Anexo 2).

3.5.1. Instrumentación

Modelos Anidados

El objetivo de estos modelos es combinar los factores por niveles para determinar la mejor forma de ajustar el modelo. Se pretende incluir cuatro niveles en la regresión: variables intrínsecas del usuario, características socioeconómicas, salud, y modelo de gestión.

En la primera etapa se realizan cuatro pasos sin excluir ninguna variable.

ETAPA 1

Paso 1

$$\text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{1i}\text{Edad}_i + \beta_{2i}\text{Sexo}_i \quad (10)$$

Paso 2

$$\text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{1i}\text{Edad}_i + \beta_{2i}\text{Sexo}_i + \beta_{3i}\text{Estado Civil}_i + \beta_{4i}\text{Educacion} \quad (11)$$

Paso 3

$$\begin{aligned} \text{Satisfaccion}_i = \\ \alpha_i + \beta_{1i}\text{Edad}_i + \beta_{2i}\text{Sexo}_i + \beta_{3i}\text{Estado Civil}_i + \beta_{4i}\text{Educacion} + \beta_{5i}\text{Salud}_i + \beta_{6i}\text{Colesterol}_i + \beta_{7i}\text{Diabetes}_i + \\ \beta_{8i}\text{Hipertension}_i \end{aligned} \quad (12)$$

Paso 4

$$\begin{aligned} \text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{1i}\text{Edad}_i + \beta_{2i}\text{Sexo}_i + \beta_{3i}\text{Estado Civil}_i + \beta_{4i}\text{Educacion} + \beta_{5i}\text{Salud}_i + \beta_{6i}\text{Colesterol}_i + \\ \beta_{7i}\text{Diabetes}_i + \beta_{8i}\text{Hipertension}_i + \beta_{9i}\text{Cooperativadic}_i \end{aligned} \quad (13)$$

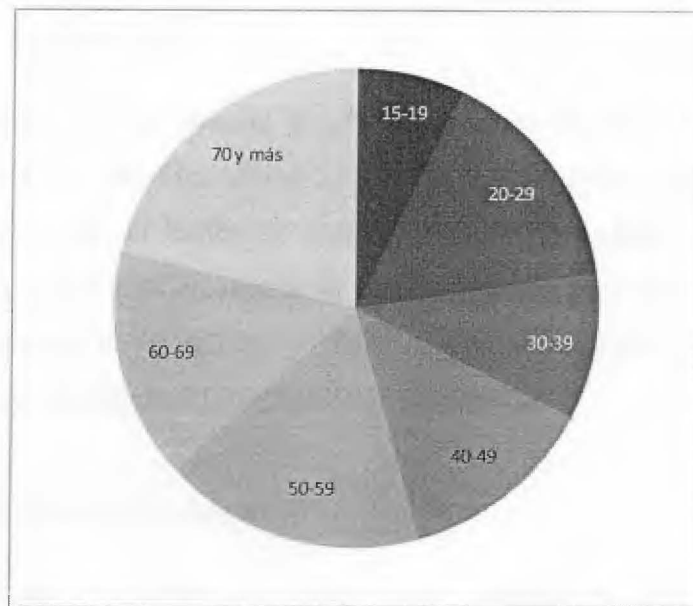
Después de realizar el modelo anterior, en una segunda etapa se van eliminando variables según el ajuste y los coeficientes de significancia. En estas etapas se utiliza la variable dicotómica si la persona pertenece o no a una cooperativa; finalmente se sustituye esta variable por las cuatro variables dicotómicas de cada cooperativa particular, con el objetivo de realizar inferencia individualmente. Se utilizan los resultados del modelo con mejor ajuste.

Capítulo III. Análisis de Datos

4.1. Descripción de los datos

Un 60% de la población son mujeres, lo cual refleja que las mujeres tienden a visitar con más frecuencia los centros de salud. Como se observa en el gráfico 1, un 68% de las personas que visitan los EBAIS son mayores a 40 años, por lo que se decidió restringir a este grupo etario el análisis, obteniendo un total de 343 usuarios que asistieron en el último año al EBAIS. Además, los adultos mayores representan aproximadamente el 50% de la población que utiliza el servicio.

Gráfico 1: Porcentaje de personas que utilizan los EBAIS controlado por edad



Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

A nivel educativo, las personas con primaria aprobada o menos representan el 50% de la población, mientras que los que poseen algún nivel universitario representan el 20%. Aunque los EBAIS son accesibles para toda la población, son más utilizados por personas con niveles socioeconómicos más bajos. Las personas con niveles educativos mayores, usualmente gozan de trabajos con mejores salarios y deciden asistir a la consulta privada,

pero también se ha observado una tendencia de falta de asistencia de personas de clase media-alta a los EBAIS por una conceptualización de que estos servicios son para personas de escasos recursos, y por lo tanto deciden asistir directamente a los hospitales (Rodríguez y Bustelo 2008).

El 60% de la población se encontraba casada al momento de la entrevista, un 10% se encontraba en viudez, y un 14% solteros. La mayor parte de las personas viudas son mujeres, lo cual coincide con el proceso de envejecimiento.

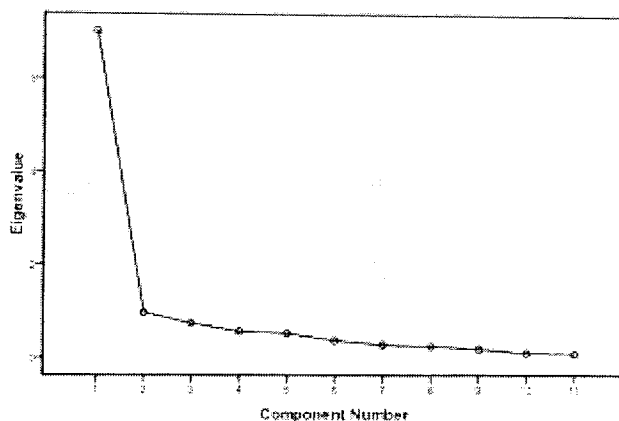
4.2. Índice de Satisfacción

▫ *Análisis de Confiabilidad*

Al realizar el análisis de confiabilidad el alfa de cronbach fue de 0.93. Este resultado es bastante alto e indica que todas las preguntas de satisfacción de la encuesta se relacionan, y resulta confiable construir el Índice de Satisfacción. En el análisis de confiabilidad, se determinó que las preguntas “Cercanía de la casa”, “Trámite para acceder a especialistas”, “Tiempo de espera para ser atendido” y “Facilidad para conseguir cita” resultaba mejor eliminarlas dado que aumentaba la confiabilidad del estudio.

▫ *-Análisis de Factores Exploratorio*

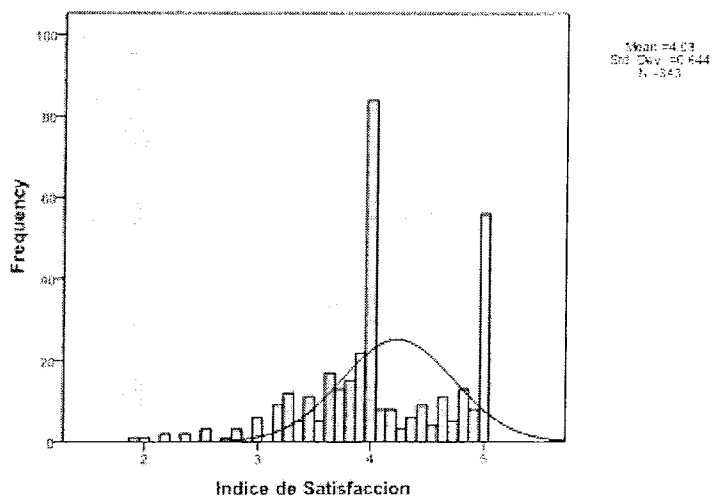
Al realizar el análisis de factores, el primer factor explica un 63% de la varianza del conjunto de ítems, por lo que se puede deducir que el instrumento construido es confiable. El gráfico 2 de sedimentación (*scree plot*) confirma la existencia de unidimensionalidad, por lo que se puede construir un Índice a partir de estas preguntas.

Gráfico 2: Gráfico de Sedimentación

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

□ *Construcción del Índice de Satisfacción*

La distribución del Índice se observa en el gráfico 3.

Gráfico 3: Histograma del Índice de Satisfacción

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

El gráfico 3 muestra como la distribución del Índice no es normal dado que la mayoría de las respuestas se concentraron en los niveles más altos, refiriéndose a una buena satisfacción. Además, dado que fueron muy pocas las respuestas de que el servicio era

“muy malo”, el Índice se concentra más en los niveles más altos. Dada la distribución del Índice se decidió agrupar las respuestas convirtiendo al Índice de Satisfacción en una variable dicotómica, donde 1 es que el servicio es malo-regular y 5 el servicio es bueno-excelente.

4.3. Análisis de Satisfacción

Los resultados del Índice mostraron que solo el 16% de la población consideraba que el servicio de salud prestado en el EBAIS era regular o malo. Por lo que, se percibió a nivel general una buena satisfacción con los servicios de salud. No hubo ninguna respuesta que calificara el servicio como “muy malo”.

Al relacionar los resultados del Índice con las variables socioeconómicas, se encontraron algunos resultados que coinciden con la teoría. Sin embargo, es importante recordar que no se ha llegado a un consenso sobre los resultados sobre satisfacción con los servicios de salud y la percepción del estado de salud dado que el contexto social marca una diferencia para los pacientes.

En términos generales, por sexo se determinó que un 87% de los hombres consideraba que el servicio era bueno o excelente, mientras que solo un 80% de las mujeres lo calificaron de esta forma. Lo anterior, probablemente se debe a que las mujeres exigen una mejor atención, dado que usualmente son las que más asisten a los EBAIS.

El Índice de Satisfacción según estado civil mostró que las personas divorciadas o separadas se encontraban más insatisfechas con el servicio, mientras que los casados o en unión libre se encontraban más satisfechos.

Respecto al nivel educativo se encontró que las personas más satisfechas con el servicio fueron los que poseían primaria o menos, ya que de esta población un 30% considera el servicio del EBAIS como muy bueno, mientras que solo un 23% de las personas con un nivel universitario se expresaron de igual forma sobre la atención. Estos resultados

coinciden con la teoría, por que las personas con mayores niveles educativos son los que se encuentran más disconformes con el sistema público, mientras que las personas de niveles educativos con un menor nivel de exigencia con los servicios públicos.

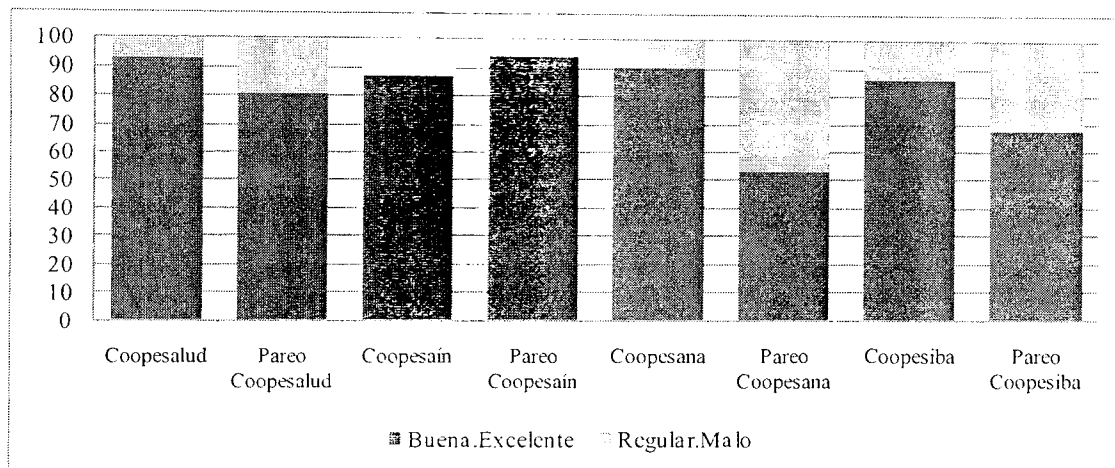
4.3.1. Satisfacción según modelos de gestión

En el Gráfico 4 se puede observar que el nivel de satisfacción de los usuarios de Coopesalud, Coopesiba, y Coopesana es mayor a los niveles de satisfacción de sus respectivos pares administrados por la CCSS. El caso de Coopesana llama la atención dado que la diferencia de satisfacción entre la Cooperativa y su par de la CCSS es muy grande.

Coopesaín fue la única cooperativa cuyos resultados de satisfacción no fueron los esperados, dado que es mayor la proporción de pacientes satisfechos en su par de la CCSS. Durante el período de la encuesta, Coopesaín enfrentó problemas con la Contraloría General de la República y la Caja Costarricense del Seguro Social por temas de presupuesto, y se procedió a eliminar del servicio de la Cooperativa la atención de segundo nivel⁶. Lo anterior, podría ser una explicación a la diferencia en los niveles de satisfacción en comparación con su par de la CCSS. Los pacientes de Coopesaín probablemente se encontraban disconformes con el servicio porque ahora debían acudir a Hospitales en lugar de asistir a la Cooperativa que se encuentra cerca de la vivienda, para la realización de Rayos X, por ejemplo.

⁶ Ver http://www.nacion.com/ln_ee/2008/enero_07/pais1339428.html.

Gráfico 4: Porcentaje de satisfacción de los usuarios de los EB AIS según modelo de gestión



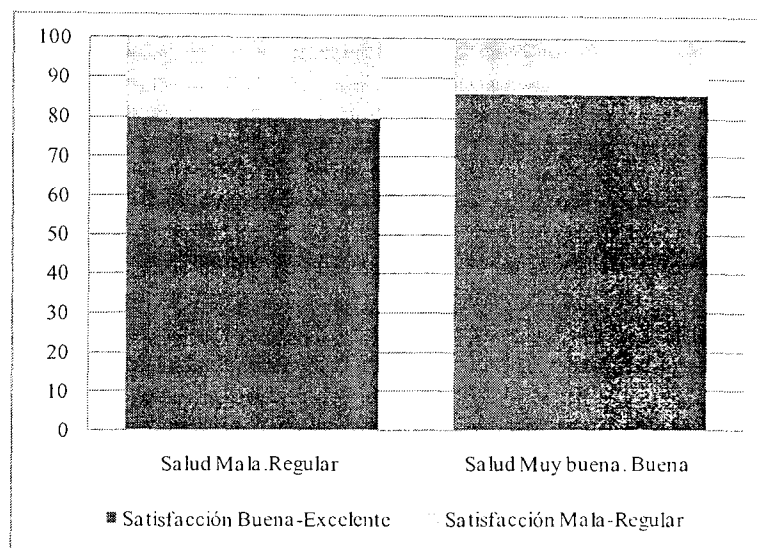
Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

En el Anexo 3 se puede observar la proporción de usuarios satisfechos según modelo de gestión, controlando por las principales variables socioeconómicas. Se puede observar que solo en el caso de la proporción de usuarios satisfechos en unión libre es mayor en la CCSS en comparación con las cooperativas. Esta información permite tener una idea de cuáles son las posibles variables independientes que expliquen el modelo logístico. Claramente, el objetivo es realizar la comparación de los “pares” entre cada Cooperativa y su par; sin embargo, permite tener una idea general de las relación entre la satisfacción y el resto de variables socioeconómicas. Entre las variables que más destacan por las diferencias en las proporciones de satisfacción son: colesterol elevado, estado civil, y secundaria.

4.3.2. Satisfacción según estado de salud

El nivel de satisfacción según percepción del estado de salud mostró que las personas que percibían estar más saludables, se encontraban más satisfechos con el servicio, tal como se muestra en el gráfico 5.

Gráfico 5: Índice de Satisfacción según percepción del estado de salud



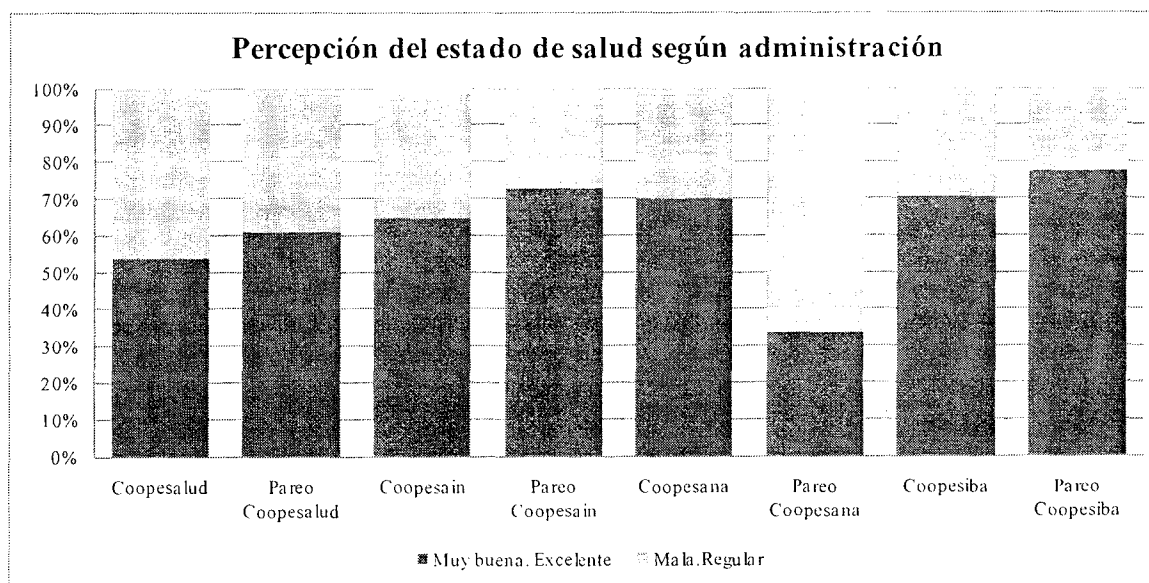
Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF. 2008.

En lo que respecta a la edad, se determinó que los adultos mayores de 60 años se encontraban más satisfechos con el servicio, a pesar de que este grupo etario percibe su estado de salud un poco más deteriorado que las personas entre 40 y 59 años. Inclusive, en el caso de las enfermedades crónicas que son padecidas principalmente por personas mayores de 60 años, se determinó que las personas que no poseen diabetes, colesterol elevado, e hipertensión arterial consideran tener un mejor estado de salud que las personas que si poseen algunas de estas enfermedades. Por lo tanto, se podría considerar que a pesar de que las pacientes poseen algún tipo enfermedad crónica y perciben su salud un poco más deteriorada, se encuentran satisfechos con el servicio debido a que son conscientes que requieren mayor atención en salud.

Un fenómeno similar ocurre al analizar la percepción del estado de salud según el estado civil, donde el 24% de las personas en unión libre o casados consideran que su estado de salud es muy bueno, mientras que sólo el 13% de los divorciados o separados expresaron poseer un nivel de salud muy bueno. Estos resultados coinciden con el análisis de bienestar subjetivo realizado por Ruut Veenhoven, R. (Veenhoven s.f.) donde en las sociedades occidentales, el estar casado o con lazos íntimos es más relevante para la felicidad, lo cual incide en el estado de salud de las personas.

En el gráfico 6 se puede observar que la percepción del estado de salud por EBAIS mostró un comportamiento muy singular, dado que en la mayoría de las parejas, los pares administrados por la CCSS poseen una mayor proporción de pacientes que consideran su estado de salud *excelente.bueno*, en comparación con los EBAIS de las cooperativas. Por ejemplo, un 54% de los usuarios que asisten a los EBAIS administrado por Coopesalud consideraron estar saludables (estado de salud muy bueno-bueno), mientras que los pacientes del Par Coopesalud administrado por la CCSS un 61% expresó esta saludable. El único par que no se encontró este comportamiento fue el caso de Coopesana; sin embargo, cuando se analizó las diferencias por niveles de satisfacción de este par, la cooperativa Coopesana mostraba tener una proporción grande de usuarios satisfechos en comparación con su par de la CCSS.

Gráfico 6: Percepción del estado de salud según administración



Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Los resultados encontrados en este apartado son un indicador de calidad y satisfacción, dado que es posible que aunque la mayoría de las cooperativas estén brindando un buen servicio a nivel de gestión, los usuarios perciben que su estado de salud no ha mejorado o sus padecimientos no han sido aliviados.

4.4. Modelos anidados-Regresión Logística

A continuación se presenta los resultados del modelo anidado utilizando las salidas del paquete estadístico SPSS 17.

PRIMER MODELO

Modelo 1.1

$$\text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{1i} \text{Edad}_i + \beta_{2i} \text{Sexo}_i \quad (14)$$

Tabla 3: Resumen del Modelo 1.1

-2 Razon de verosimilitud	R Cuadrado de Coxy Snell	R cuadrado de Nagelkerke
301,03	0,01	0,02

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Tabla 4: Variables en la Regresión del Modelo 1.1

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sexo	0,39	0,31	1,60	1,00	0,21	1,48
Edad	-0,44	0,30	2,26	1,00	0,13	0,64
Constant	1,71	0,24	48,65	1,00	0,00	5,52

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

En esta etapa solo la “constante” resultó significativa. Sin embargo, es importante en un modelo posterior mantener las variables sexo y edad dado que pueden resultar relaciones importantes con otras variables como la salud. Al observar los signos de los coeficientes de las variables llama la atención que el coeficiente β_{1i} asociado a la edad es negativo, lo cual implica que la probabilidad de que las personas mayores a los 60 años se encuentren satisfechas es mayor que las personas de 40-49 años⁷. Lo anterior expresado de forma más coloquial significa que “los adultos mayores se encuentran más satisfechos que las personas

⁷ Recordar: Edad: 0= 60 más / 1= 40-49

más jóvenes”. El resultado anterior era esperable dadas la frecuencia con que asisten estas personas a los servicios de atención primaria y además coincide con la tendencia empírica expuesta por Biedma y otros (2007).

Modelo 1.2

$$\text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{1i}\text{Edad}_i + \beta_{2i}\text{Sexo}_i + \beta_{3i}\text{Estado Civil}_i + \beta_{4i}\text{Educacion}_i \quad (15)$$

Tabla 5: Resumen del Modelo 1.2

-2 Razon de verosimilitud	R Cuadrado de Coxy Snell	R cuadrado de Nagelkerke
297,18	0,02	0,04

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Tabla 6: Variables en el Modelo 1.2

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sexo	0,29	0,32	0,81	1,00	0,37	1,34
Edad	-0,41	0,32	1,64	1,00	0,20	0,67
Educación			1,12	2,00	0,57	
Educación(1)	-0,06	0,41	0,02	1,00	0,88	0,94
Educación(2)	-0,38	0,42	0,80	1,00	0,37	0,69
Estadocivil			2,31	3,00	0,51	
Estadocivil(1)	-0,05	0,59	0,01	1,00	0,93	0,95
Estadocivil(2)	0,37	0,51	0,50	1,00	0,48	1,44
Estadocivil(3)	-0,22	0,64	0,12	1,00	0,73	0,80
Constante	1,67	0,56	8,96	1,00	0,00	5,33

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Al igual que la etapa anterior, solo la constante es significativa, los valores p de las variables *Educación* y *Estado Civil* son muy altos. Por lo que se puede señalar que estas no son variables explicativas del modelo.

Modelo 1.3

$$\text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{1i}\text{Edad}_i + \beta_{2i}\text{Sexo}_i + \beta_{3i}\text{Estado Civil}_i + \beta_{4i}\text{Educacion}_i + \beta_{5i}\text{Salud}_i + \beta_{6i}\text{Colesterol}_i + \beta_{7i}\text{Diabetes}_i + \beta_{8i}\text{Hipertension}_i \quad (16)$$

Tabla 7: Resumen Modelo 1.3

-2 Razon de verosimilitud	R Cuadrado de Coxy Snell	R cuadrado de Nagelkerke
289,12	0,04	0,08

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF. 20

Tabla 8: Variables en el Modelo 1.3

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sexo	0,29	0,33	0,77	1,00	0,38	1,33
Edad	-0,43	0,33	1,64	1,00	0,20	0,65
Educación			1,74	2,00	0,42	
Educación(1)	-0,06	0,42	0,02	1,00	0,89	0,94
Educación(2)	-0,47	0,43	1,19	1,00	0,28	0,62
Estadocivil			2,30	3,00	0,51	
Estadocivil(1)	0,02	0,61	0,00	1,00	0,97	1,02
Estadocivil(2)	0,44	0,53	0,72	1,00	0,40	1,56
Estadocivil(3)	-0,13	0,67	0,04	1,00	0,84	0,88
Hipertension(1)	0,52	0,33	2,47	1,00	0,12	1,67
Colesterol(1)	-0,68	0,34	4,07	1,00	0,04	0,51
Diabetes(1)	-0,15	0,42	0,14	1,00	0,71	0,86
Salud(1)	0,43	0,31	1,94	1,00	0,16	1,54
Constante	1,41	0,65	4,67	1,00	0,03	4,10

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Al introducir las variables de salud, se puede observar que el *Colesterol* es muy significativo en el modelo, dado que posee un valor p menor a 0,05, a pesar de que el modelo posee muchas variables que generan ruido y no son significativas.

Modelo 1.4

$$\text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{1i}\text{Edad}_i + \beta_{2i}\text{Sexo}_i + \beta_{3i}\text{Estado Civil}_i + \beta_{4i}\text{Educacion}_i + \beta_{5i}\text{Salud}_i + \beta_{6i}\text{Colesterol}_i + \beta_{7i}\text{Diabetes}_i + \beta_{8i}\text{Hipertension}_i + \beta_{9i}\text{Cooperativadic}_i \quad (15)$$

Tabla 9: Resumen Modelo 1.4

-2 Razon de verosimilitud	R Cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
278.64	0,07	0,12

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Tabla 10: Variables Modelo 1.4

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sexo	0.28	0,33	0,70	1,00	0,40	1.32
Edad	-0.53	0.34	2,40	1,00	0,12	0.59
Educación			1,84	2,00	0,40	
Educación(1)	-0,23	0,43	0,28	1,00	0,60	0,80
Educación(2)	-0,57	0,44	1,67	1,00	0,20	0,56
Estadocivil			2,52	3,00	0,47	
Estadocivil(1)	0,02	0,62	0,00	1,00	0,97	1,02
Estadocivil(2)	0,43	0,53	0,65	1,00	0,42	1,53
Estadocivil(3)	-0,24	0,68	0,13	1,00	0,72	0,78
Hipertensión	0,55	0,34	2,64	1,00	0,10	1,74
Colesterol	-0,74	0,35	4,54	1,00	0,03	0,48
Diabetes	-0,08	0,43	0,03	1,00	0,86	0,93
Salud	0,48	0,32	2,28	1,00	0,13	1,61
Cooperativadic	1,01	0,32	9,96	1,00	0,00	2,73
Constante	1,10	0,68	2,62	1,00	0,11	3,01

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Finalmente, al incorporar la variable dicotómica si la persona pertenece a un EBAIS administrado por Cooperativa o por la CCSS resultó muy significativa con un valores p de 0,00; lo cual era un resultado esperado y deseable. Este resultado significa que existen diferencias significativas en la satisfacción si la persona es atendida por un modelo de gestión aproximado a un sistema *privado* como lo es una Cooperativa. Sin embargo, dado que los servicios que prestan las Cooperativas poseen diseños diferentes e inclusive diferencias en los niveles de atención, no se deben realizar generalizaciones entre todas las Cooperativas con el modelo de la CCSS.

A continuación se realiza un segundo modelo de la regresión binaria logística, pero eliminando en las etapas las variables que del todo no resultan significativas.

SEGUNDO MODELO

En el modelo anterior, los valores p de la variable *estado civil* resultaron poco significativos, por lo que se decidió iniciar este modelo incluyendo solo: sexo, edad, y educación. Las variables sexo y edad se mantienen hasta depurar el resto de variables dado que al ser características intrínsecas de la persona puede que existan relaciones interesantes con otras variables como la salud.

Modelo 2.1

$$\text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{1i}\text{Edad}_i + \beta_{2i}\text{Sexo}_i + \beta_{3i}\text{Educacion}_i \quad (16)$$

Tabla 11: Resumen del Modelo 2.1

-2 Razon de verosimilitud	R Cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
299.96	0.02	0.03

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF. 2008.

Tabla 12: Variables Modelo 2.1

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sexo	0.39	0.31	1,58	1,00	0,21	1,48
Edad	-0.39	0.31	1,64	1,00	0,20	0,68
Educación			1,09	2,00	0,58	
Educación(1)	0.03	0,40	0,01	1,00	0,93	1,03
Educación(2)	-0,31	0,42	0,54	1,00	0,46	0,74
Constante	1,76	0,41	18,34	1,00	0,00	5,81

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF. 2008

La razón de verosimilitud (*log likelihood*) en este modelo posee un mejor ajuste en comparación de cuando se incorporaba el *estado civil*, aunque los valores p aún no son significativos ni al 10%. La única categoría que presenta un “mejor panorama” es si el usuario posee secundaria completa o incompleta. Se realizó una regresión igual a la anterior, solo que substituyendo la variable *educación* por una variable dicotómica *secundaria* si la persona posee secundaria completa o incompleta igual a 1, o 0 en otro caso.

Modelo 2.2

$$\text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{1i}\text{Edad}_i + \beta_{2i}\text{Sexo}_i + \beta_{3i}\text{Secundaria}_i \quad (17)$$

Tabla 13: Resumen del Modelo 2.2

-2 Razon de verosimilitud	R Cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
299,97	0,02	0.03

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Tabla 14: Variables del Modelo 2.2

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sexo	0,39	0,31	1,58	1,00	0,21	1,48
Edad	-0,40	0,30	1,74	1,00	0,19	0,67
Secundaria	0,33	0,31	1,09	1,00	0,30	1,39

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Al incluir exclusivamente la variable educación, llama la atención que el coeficiente de significancia se reduce para la variable Edad.

Modelo 2.3

A continuación se incluyen las variables de salud en el modelo anterior.

$$\text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{1i}\text{Edad}_i + \beta_{2i}\text{Sexo}_i + \beta_{5i}\text{Secundaria}_i + \beta_{5i}\text{Salud}_i + \beta_{6i}\text{Colesterol}_i + \beta_{7i}\text{Diabetes}_i + \beta_{8i}\text{Hipertension}_i \quad (18)$$

Tabla 15: Resumen del Modelo 2.3

-2 Razon de verosimilitud	R Cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
292,18	0,04	0.06

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Tabla 16: Variables del Modelo 2.3

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Sexo	0,38	0,32	1,40	1,00	0,24	1,46
Edad	-0,41	0,31	1,76	1,00	0,19	0,66
Secundaria	0,43	0,32	1,79	1,00	0,18	1,54
Hipertensión	0,45	0,32	1,95	1,00	0,16	1,57
Colesterol	-0,65	0,33	3,80	1,00	0,05	0,52
Diabetes	-0,20	0,40	0,26	1,00	0,61	0,82
Salud	0,45	0,31	2,18	1,00	0,14	1,57
Constante	1,19	0,44	7,28	1,00	0,01	3,29

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

A partir de esta etapa se procedió a eliminar las variables menos significativas hasta obtener el mejor modelo posible. El orden en que se eliminaron las variables no significativas fueron: *sexo*, *diabetes*, *hipertensión*, *secundaria*, y *salud*. Por lo que el modelo resultante fue el siguiente:

Modelo 2.4

Tabla 17: Resumen del Modelo 2.4

-2 Razon de verosimilitud	R Cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
299,24	0,02	0,03

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Tabla 18: Variables del Modelo 2.4

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Edad	-0,55	0,30	3,40	1,00	0,07	0,58
Colesterol	-0,58	0,31	3,53	1,00	0,06	0,56
Constante	2,10	0,26	66,78	1,00	0,00	8,19

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Después de depurar en el modelo las variables de salud, se obtuvo solo la variable colesterol como significativa relacionada con la salud. Las personas que poseen colesterol elevado se encuentran más insatisfechas con el servicio de salud.

Modelo 2.5

En este modelo se incluye la variable de gestión. Al incluirle la variable dicotómica de pertenencia o no a una Cooperativa se obtiene un modelo con un menor ajuste, pero mejores valores p, dado que ahora las tres variables son significativas al 5%. Los coeficientes de la *edad* y el *colesterol* poseen signo negativo indicando que los usuarios mayores a 60 años y además las personas que no poseen colesterol elevado se relacionan con mayor niveles de satisfacción. El coeficiente *Cooperativadic* indica una mayor satisfacción los usuarios que son atendidos por una Cooperativa, en comparación con los usuarios que son atendidos por un EBAIS administrado por la CCSS.

Tabla 19: Resumen del Modelo 2.5

-2 Razon de verosimilitud	R Cuadrado de Coxy Snell	R cuadrado de Nagelkerke
289,38	0,05	0,08

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Tabla 20: Variables del Modelo 2.5

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Edad	-0,67	0,31	4,73	1,00	0,03	0,51
Colesterol	-0,63	0,32	3,93	1,00	0,05	0,54
Cooperativadic	0,95	0,31	9,39	1,00	0,00	2,59
Constante	1,74	0,28	39,22	1,00	0,00	5,69

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Modelo 2.6

Finalmente se sustituye la variable *cooperativadic* por las cuatro variables dicotómica sobre la pertenencia a cada Cooperativa. El resultado se muestra en las tablas 21 y 22.

$$\text{Satisfaccion}_i = \alpha_i + \beta_{11}\text{Edad}_i + \beta_{61}\text{Colesterol}_i + \beta_{91}\text{Coopesalud}_i + \beta_{91}\text{Coopesana}_i + \beta_{91}\text{Coopesiba}_i + \beta_{91}\text{Coopesain}_i \quad (19)$$

Tabla 21: Resumen del Modelo 2.6

-2 Razon de verosimilitud	R Cuadrado de Coxy Snell	R cuadrado de Nagelkerke
288,44	0,05	0,08

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Tabla 22: Variables en el Modelo 2.6

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Edad	-0,65	0,31	4,47	1,00	0,03	0,52
Colesterol	-0,61	0,32	3,64	1,00	0,06	0,54
Coopesalud	1,26	0,51	6,19	1,00	0,01	3,53
Coopesain	0,66	0,58	1,32	1,00	0,25	1,94
Coopesana	1,05	0,64	2,65	1,00	0,10	2,85
Coopesiba	0,79	0,44	3,19	1,00	0,07	2,19
Constante	1,73	0,28	38,42	1,00	0,00	5,61

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008.

Los coeficientes de las cuatro cooperativas son positivos, por lo que se mantiene la relación de pertenecer a un EBAIS administrado por una cooperativa significa mayor satisfacción en comparación con el caso contrario. Sin embargo, como se observa en la tabla 22, el valor p de la variable *Coopesain* es mayor a 0.10, por lo que esta variable dicotómica no es significativa. Sin embargo, el caso de *Coopesain* es bastante particular, dado que existen dos factores que pueden explicar la falta de significancia. Primero se había mencionado los problemas políticos que esta cooperativa enfrentó en el momento de la encuesta, y segundo

es de las parejas de EBASIS con los tamaños más pequeños de muestra, lo cual hace aún más difícil que la variable resulte significativa.

Los resultados son los esperados según la revisión bibliográfica y se escogió el modelo con mejor ajuste. La edad, el colesterol, y la gestión son variables que afectan la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

Capítulo V. Conclusiones

El presente trabajo establece una relación entre la satisfacción de los usuarios de los EBASIS y el modelo de gestión. La revisión bibliográfica que se realizó previa al análisis de datos es clara que antes de adjudicar una responsabilidad –positiva o negativa- a la administración de los servicios de salud, es importante “aislar” los efectos de otras variables que pueden resultar ser explicativas para la satisfacción. En el trabajo se encontraron resultados similares con estudios empíricos en otros países.

En el análisis fueron significativas variables de tres de los cuatro niveles del modelo anidado. Respecto al primer nivel del modelo anidado sobre variables intrínsecas del usuario, la edad resultó significativa, donde los adultos mayores se encuentran más satisfechos que las personas entre 40 y 59 años. Lo anterior fue un resultado esperable dado que las personas adultas mayores son las que visitan más los servicios de Atención Primaria. Según el I Informe del Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor⁸, las personas de 60 años o más consideran clave reunirse con frecuencia, consolidar vínculos fortaleciendo las redes sociales. Por lo anterior, las visitas al EBASIS por parte de los adultos mayores se pueden considerar como un espacio de socialización que forma parte de sus redes de apoyo, más que un lugar de prestación de servicios de salud. Al ser los EBASIS un lugar de encuentro para las personas adultas mayores, lo esperable era que estos consideraran estar más satisfechos con el servicio, en comparación con las personas más jóvenes.

En cuanto al segundo nivel del modelo anidado, sobre variables socioeconómicas ninguna variable resultó significativa. Esto es un buen indicador dado que el diseño de la encuesta pretendía establecer pares lo más similares posibles en cuanto a condiciones socioeconómicas mediante el Índice de Desarrollo Social. Por lo tanto, al no encontrar diferencias significativas por estado civil y nivel educativo sugiere que no existen diferencias socioeconómicas significativas entre cada pareja.

⁸ Fernández, X y Robles, A. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. 2008.

La percepción del estado de salud es una variable determinante sobre la satisfacción. En el cuarto nivel del modelo anidado se analizaron cuatro variables relacionadas con la percepción de la salud, sin embargo, solo el colesterol resultó significativa. Se encontró que poseer un nivel de colesterol elevado incide negativamente en la satisfacción. Esto resulta razonable dado que los pacientes con niveles elevados de colesterol probablemente asocian su visita al EBAIS con “regañños” por parte del médico sobre el peso y un cambio en la dieta; es decir, un cambio en el estilo de vida.

Respecto al nivel de gestión, se determinó que Coopeasana, Coopesiba, y Coopesalud tienen mayor probabilidad de tener buenos niveles de satisfacción en comparación con sus respectivos pares administrados por la CCSS. Por lo tanto, resulta necesario profundizar estos temas de investigación para determinar si las Cooperativas tienen mayores incentivos para funcionar eficientemente. Coopesaín fue la cooperativa con un comportamiento diferente al tener una proporción de usuarios satisfechos menor que su par de la CCSS. Sin embargo, en el modelo anidado Coopesaín fue la única cooperativa cuya diferencia en satisfacción respecto a su par no fue significativa.

Las diferencias en satisfacción encontradas pueden estar asociadas a diferentes factores. Sin embargo, en el análisis descriptivo se encontró que los usuarios de la mayoría de Cooperativas perciben tener un estado de salud menor en comparación con los usuarios de la CCSS. La satisfacción en este estudio estaba relacionada con: acceso, confianza, interacción con el personal, y tiempo; por lo tanto, los resultados sugieren que estas dimensiones son la fortaleza de las cooperativas, pero en la autopercepción de salud los pares de la CCSS tienen usuarios que perciben tener un mejor estado de salud.

La principal limitación del trabajo fue la disponibilidad de información. La muestra, una vez aplicados los criterios de selección del estudio, es relativamente pequeña. La segunda limitante de la información fue que se intentó incluir información sobre los recursos humanos y físicos de los EBAIS utilizando los “Perfiles del Proveedor” publicado por la Caja Costarricense del Seguro Social, sin embargo, esta información no se pudo obtener oportunamente.

Capítulo VI Recomendaciones

El estudio realiza la mejor aproximación con los datos disponibles sobre variables explicativas de la satisfacción. Para efectos de los tomadores de políticas, es importante darle un seguimiento de gestión y resultados a los EBAIS de ambos modelos con el fin de comparar los sistemas tomando en cuenta todas las características institucionales, epidemiológicas, y sociodemográficas que permitan determinar el motivo de las diferencias de satisfacción y percepción del estado de salud que se encontraron en la presente investigación. La investigación presenta la existencia de diferencias de satisfacción y salud entre ambos sistemas, sin embargo, con la información disponible no es posible recomendar cual sistema es mejor en términos de calidad.

A pesar de que los usuarios de las cooperativas se encuentran más satisfechos, dado que se perciben como menos saludables, puede ser una señal de que la atención (acomodación, facilidades, estructura, entre otros) es buena pero no se solucionan o alivian los problemas de salud de los pacientes. Por lo anterior, se recomienda en un estudio posterior realizar un modelo multinivel para determinar los factores que explican las diferencias en la percepción del estado de salud y satisfacción de los usuarios de los EBAIS incorporando características institucionales como el recurso humano y el tamaño del centro de salud. Estadísticas de gestión y resultados disponibles al público permitirían realizar un modelo más específico y detallado sobre las diferencias en calidad de los modelos de gestión.

“La satisfacción es la única señal de la sinceridad del placer”

A. Gide

Bibliografía Citada

- Arredondo, Armando. «¿Qué es y qué está haciendo la economía de la salud?» *Revista de Economía* (Universidad Nacional Mayor de San Marcos) 4 (1999): 143-159.
- Ávila, Hector. *Introducción a la metodología de la Investigación*. Edición electrónica, Texto completo en www.eumed.net/libros/2006c/203/, 2006.
- Barrasa, Ignacio, y Carlos Aibar. «Revisión distemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001.» *Revista Calidad Asistencial* 18, n° 7 (2003): 580-90.
- Biedma Velázquez, Lourdes. y Rafael Serrano del Rosal. «¿Existe relación entre satisfacción del paciente y género del médico?» *Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía*. 2007. <http://hdl.handle.net/10261/2055> (último acceso: 5 de Diciembre de 2009).
- Campos, Fernando, Adriana Gutiérrez, Fanian Mora, y Juan Ramirez. *Propuesta Mejoramiento de la Gestión Administrativa para el Núcleo EBAIS de Barrio Pinto*. Universidad de Costa Rica, 2004.
- Cercone, James, Rodrigo Briceño, y Varun Gauri. *Contratación de Servicios de Atención Primaria de Salud -El caso de Costa Rica*. Vol. 60, de *Innovaciones en el Sistema de Salud de América Central*, de Gerard M. La Forgia, 125-151. Washington: Banco Mundial, 2005.
- Collazo Herrera, Manuel, Justo Cárdenas Rodríguez, Roxana González López, Miyar Abreu Rolando, y Cosme Casulo Jorge. «La economía de la salud: ¿debe ser interés para el campo sanitario?» *Revista Panamericana de Salud Pública* 12, n° 5 (2002).
- Díaz, Rocío. «Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios.» *Revista Calidad ASistencial* 17 (2002): 22-9.
- Gallegos Carrillo, Katía, Carmen García Peña, Carlos Durán Muñoz, Hortensia Reyes, y Luis Durán Arenas. «Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México.» *Revista Saúde Pública* 40, n° 5 (2006): 792-801.
- Goldman, Noreen, I-fen Lin, Maxine Weinstein, y Yu-Husuan Lin. «Evaluating the quality of self-reports of hypertension and diabetes.» *Office of Population Research Princeton University* 3 (2002).
- González López-Valcárcel, Beatriz. *Análisis Multivariante. Aplicación al ámbito sanitario*. Barcelona: SG Editores, 1991.
- Green, Willian. *Análisis Econométrico*. Prentice Hall, 2002.
- Hall, Judith, Michael Feldstein, Marsha Fretwell, John Rowe, y Arnold Epstein. «Older Patients' Health Status and Satisfaction with Medical Care in an HMO Population.» *Medical Care* 28, n° 3 (1990): 261-270.
- Idler, Ellen, y Stanislav Kasl. «Health perceptins and Survival: do global evaluations of health status really predict mortality?» *Journal of Gerontology* 46, n° 2 (1991): S55-65.
- Juan, Alejandro, Renatas Kizys, y Manzanedo María. «Regresión Binaria Logística.» (UOC).
- Juan, Ángel, Renatas Kizys, y Luis María Manzanedo. «Regresión Binaria Logística.» UOC.
- Linn, Lawrence. «Factors Associated with Patient Evaluation of Health Care.» *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 53, n° 4 (1975): 531-548.
- Luke, Douglas. *Multilevel Modeling*. California: Sage Publications, 2004.

- Macq, Jean, y Patrick Martiny. «Análisis Comparativo del Contexto y la Contratación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención.» En *La Contratación de Servicios de Salud Privados en el Primer Nivel de Atención*, de Jean Macq y Patrick Martiny, 66-75. Bélgica: CAPRUBPRIV, 2006.
- McCauley, A., y C Salter. «Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes.» Editado por John Hopkins School of Public Health. *Population Information Program J*, nº 41 (1995).
- Mira, JJ, y J Aranaz. «La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria.» *Medicina Clínica* 114, nº 3 (2000): 26-33.
- Morera Salas, Melvin, Amada Aparicio Llanos, Patricia Barber Pérez, Yanira Xirinachs Salazar, Karla Hernandez Viilafuerte, y Juan Rafael Vargas Brenes. «Determinantes y diferencias del estado de salud entre regiones de Costa Rica.» *Población y Salud en Mesoamérica* 7, nº 1 (Julio-Diciembre 2009): 1-12.
- Mossey, Jana, y Evelyn Shapiro. «Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly.» *American Journal of Public Health* 72, nº 8 (1982): 800-808.
- Muiser, Jorine, Andrew Herring, y Juan Rafael Vargas. «Entendiendo Diez Años de Estancamiento en el Esfuerzo de Costa Rica para Alcanzar la Cobertura Universal.» *Bienestar y Política Social* 4, nº 2: 53-79.
- Ortun Rubio, Vicente, y Ricard Meneu de Guillerna. «Impacto de la economía en la política y gestión sanitaria.» *Revista Española de Salud Pública* 80, nº 5 (2006): 491-504.
- Rodriguez, Adolfo, y Celeste Bustelo. *Compra de Servicios de Salud en Costa Rica*. Chile: CEPAL, 2008.
- Rosenthal, Gary, y Sarah Shannon. «The use of patient perceptions in the evaluation of health care delivery systems.» *Medical Care* 35, nº 11 (1996): NS58-NS68.
- Rosero Bixby, Luis. «Evaluación del impacto de la reforma del sector salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental.» *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2004: 94-103.
- Sáenz, Inés. «Informe Metodológico Encuesta sobre los Servicios y Gastos de Salud de la Familia. PAREO.» San José, 2008.
- Salas Chaves, Álvaro, y Alcira Castillo Martínez. «Fundamentos Conceptuales y Operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención de la Salud: Módulo I.» CENDEISS-CCSS, 2003.
- Sen, Amartya. «La salud en el desarrollo.» *Bulletin of the World Health Organization* 77, nº 8 (1999): 619-623.
- Shortell, Stephen, William Richardson, James LoGerfo, Paula Diehr, Barbara Weaver, y Kathy Green. «The relationships among dimensions of health services in two provider systems: a casual model of approach.» *Journal of Health and Social Behavior* 18, nº 2 (1977): 139-159.
- Sixma, Herman, Peter M Spreeuwenberg, y Marja A. A. van der Pasch. «Patient Satisfaction with General Practitioner: A Two-Level Analysis.» *Medical Care* (Lippincott Williams & Wilkins) 36, nº 2 (Febrero 1998): 212-229.
- Veenhoven, Ruut. «Calidad de vida y bienestar subjetivo en México.» En *Lo que sabemos de la felicidad*, de Leon Garduno Estrada, Bertha Salinas Amescua y Mariano Rojas Herrera.
- Ware, John, y Mary Snyder. «Dimensions of Patient Attitudes Regarding doctors and Medical Care Services.» *Medical Care* 13, nº 8 (1975): 669-682.

- Young, Gary J, Mark Meterko, y Kamal R Desai. «Patient Satisfaction with Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics.» *Medical Care* (Lippincott Williams & Wilkins) 38, n° 3 (Marzo 2000): 325-334.
- Zastowny, Thomas, Klaus Roghmann, y Acco Hengst. «Satisfaction with Medical Care: Replications and Theoretic Reevaluation.» *Medical Care* 21, n° 3 (March 1983): 294-322.
- Zastowny, Thomas, Klaus Roghmann, y Gail Cafferata. «Patient Satisfaction and the Use of Health Services. Explorations in Casuality.» *Medical Care* 27, n° 7 (Julio 1989): 705-723.
- Zimmer, Zachary, Josefina Natividad, Hui-Sheng Lin, y Napaporn Chayovan. «A Cross-National Examination of the Determinants of Self-Assessed Health.» *Journal of Health and Social Behavior* 41, n° 4 (2000): 465-481.

Anexos

ANEXO 1

Preguntas sobre Satisfacción de la Encuesta de Ingresos y Gastos de la Familia

MODULO 4-2			
PERCEPCION Y SASTIFACCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD			
	JEFE	2	3
7. En relación con los siguientes aspectos relacionados con el EBAIS o la Cooperativa de Salud al que Usted le corresponde asistir dígame si los considera: 1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala 6. No sé			
1. Cercanía de su casa			
2. Facilidad para conseguir cita			
3. Horario de atención			
4. Trato del personal secretarial			
5. Trato del personal de enfermería			
6. Trato del personal médico			
7. Tiempo dedicado por médico a la consulta con Ud.			
8. Confianza y seguridad en el médico (a)			
9. Confianza y seguridad en el enfermero(a)			
10. Tiempo de espera para ser atendido			
11. Equipo y medios tecnológicos del centro			
12. Trámite para acceder a especialistas			
13. Calidad de la atención en general			
14. Duración entrega medicamentos			
15. Calidad de los medicamentos			
16. Explicación sobre su enfermedad o padecimiento			
17. Explicación sobre los medicamentos que le recetaron			
18. Explicación sobre como debe toma/ingerir/aplicar los medicamentos			
19. Otros no mencionados anteriormente			

Anexo 2

Frecuencia absoluta de usuarios
entrevistados por EBAIS

EBAIS	Usuarios
Coopesalud	65
Pareo Coopesalud	72
Coopesain	31
Pareo Coopesain	33
Coopesana	30
Pareo Coopesana	15
Coopesiba	57
Pareo Coopesiba	40
TOTAL	343

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF. 2008.

ANEXO 3

**Porcentaje de los usuarios de los EBAIS
satisfechos controlado por edad y modelo de
gestión**

	COOPERATIVA	CCSS
EDAD		
<i>60 o más</i>	92.4	81.1
<i>40-59</i>	85.7	72.3
<i>hombre</i>	91.7	82.1
<i>mujer</i>	87.4	74.2
<i>soltero</i>	92.3	65.2
<i>casado</i>	87.7	82.3
<i>viudo</i>	94.1	73.7
<i>separado</i>	100.0	40.0
<i>divorciado</i>	85.7	62.5
<i>unión libre</i>	85.7	100.0
EDUCACION		
<i>primaria</i>	88.0	82.4
<i>secundaria</i>	90.4	67.4
<i>universidad</i>	90.3	80.0
SALUD		
<i>mala.regular</i>	83.6	75.0
<i>buena.excelente</i>	92.2	78.9
COLESTEROL		
<i>si</i>	90.9	64.6
<i>no</i>	88.3	83.0
DIABETES		
<i>si</i>	90.0	69.2
<i>no</i>	88.9	79.1
HIPERTENSION		
<i>si</i>	92.4	79.2
<i>no</i>	86.5	75.9

Fuente: Elaboración propia con datos de la EIGF, 2008

Anexo 4

EBAIS	Tamaño Muestra
Coopesalud	65
Pareo Coopesalud	72
Coopesaín	31
Pareo Coopesaín	33
Coopesana	30
Pareo Coopesana	15
Coopesiba	57
Pareo Coopesiba	40
Total	343