

Atención telefónica y calidad percibida en los servicios sanitarios de atención primaria en España

Bruno González-Cacheda

Universidade de Vigo  

Óscar Briones-Gamarra

Universidade de Vigo  

Enrique José Varela-Álvarez

Universidade de Vigo  

<https://dx.doi.org/10.5209/cgap.97055>

Recibido: 09/7/2024 • Aceptado: 24/11/2024

ES Resumen. La presente investigación persigue un **doble objetivo**, por un lado, analizar de forma comparada el nivel de calidad percibida respecto a los servicios de atención primaria de tipo presencial y telefónico en España durante la pandemia por COVID-19; por otra parte, estudiar los determinantes sociales y demográficos que pueden influir en el nivel de satisfacción relativo a los servicios sanitarios prestados a través de consulta telefónica. A tal fin, utilizamos el Barómetro Sanitario 3357 (primera oleada) elaborado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2022). La información asociada a las variables de estudio que configuran nuestro modelo ha sido analizada de forma descriptiva e inferencial a través de un análisis de regresión ordinal. Los resultados, interpretados siguiendo las dimensiones que articulan el modelo SERVPERF, indican un nivel más bajo de la consulta telefónica en las categorías de seguridad, fiabilidad, empatía y capacidad de respuesta. Además, las personas atendidas por vía telefónica presentan un menor nivel de satisfacción; sin embargo, no encontramos relación entre las variables sociodemográficas y el nivel de satisfacción con la consulta telefónica. Como conclusión, debemos señalar los riesgos que presenta la expansión y el incremento de la modalidad de consulta telefónica en los servicios de atención primaria y su impacto negativo en términos de despersonalización y calidad.

Palabras clave: atención telefónica; atención presencial; calidad percibida; atención primaria.

EN Telephone attention and perceived quality in primary health care services in Spain

EN Abstract. The present study has a twofold objective. On the one hand, we analyze in a comparative way the level of perceived quality with respect to face-to-face and telephone primary care services in Spain during the COVID-19 pandemic. On the other hand, we studied the social and demographic determinants that may influence the level of satisfaction regarding telephone consultation. To this end, we used the Health Barometer 3357 (first wave) prepared by the Sociological Research Center (CIS) (2022). The information associated with the study variables that make up our model was analyzed descriptively and inferentially by means of ordinal regression analysis. The results, interpreted following the dimensions that articulate the SERVPERF model, indicate a lower level of telephone consultation in the categories of safety, reliability, empathy and responsiveness. In addition, patients attended by telephone have a lower level of satisfaction. However, we found no relationship between sociodemographic variables and the level of satisfaction with the telephone consultation. In conclusion, we must point out the risks presented by the expansion and increase of the telephone consultation modality in primary care services and its negative impact in terms of depersonalization and quality.

Keywords: telephonic care; face-to-face care; perceived quality; primary care

Sumario: 1. Introducción. 2. Gestión pública y servicios públicos en el siglo XXI: elementos conceptuales. 2.1. La idea de calidad aplicada a los servicios públicos de salud. 3. Material y método. 4. Resultados de la investigación. 5. Discusión. 6. Conclusión. 7. Referencias bibliográficas. Biografía de los autores.

Cómo citar: González-Cacheda, B.; Briones-Gamarra, Ó.; Varela-Álvarez, E. J. (2024). Atención telefónica y calidad percibida en los servicios sanitarios de atención primaria en España, en *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública* 11(2), e97009. <https://dx.doi.org/10.5209/cgap.97055>

1. Introducción

La pandemia, declarada por OMS el 11 de marzo del año 2020 motivada por la rápida expansión de las personas contagiadas por COVID-19, trajo consigo una serie de recomendaciones dirigidas a las autoridades sanitarias estatales para la adopción de medidas y protocolos para la vigilancia y el control de la enfermedad. En España, la adopción de medidas por parte de las autoridades estatales se materializó en la aprobación de un Real Decreto de estado de alarma el 14 de marzo que implicó férreas medidas de confinamiento y de paralización y cierre de las actividades sociales y económicas consideradas como no esenciales (Varela, Briones y González-Cacheda, 2024). Más allá del impacto que la pandemia y las medidas adoptadas por las distintas administraciones tuvieron sobre un amplio espectro de sectores sociales y económicos, en el presente trabajo nos centraremos en los servicios sanitarios de atención primaria. De modo general, podemos señalar que la COVID-19 alteró profundamente el funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto. Sin embargo, el momento más delicado aparece asociado a la primera ola de la pandemia. En ese punto, el nivel de contagios y la saturación de los servicios hospitalarios y las UCIs amenazaron con colapsar el sistema sanitario en su conjunto (Varela, Briones y González-Cacheda, 2023).

En este contexto, los servicios de atención sufrieron profundos cambios organizativos y asistenciales. En diversos estados europeos, tal y como señalan Ares-Blanco et al. (2021:2), “se tomaron medidas que afectaban a la cobertura sanitaria, el sistema de financiación, la remuneración de los proveedores sanitarios, el acceso de las pacientes a las pruebas y a la atención”. En particular, debemos señalar que la vía de acceso a los servicios de atención primaria pasó a ser telefónica en la mayoría de los países europeos, especialmente en Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Francia e Italia (Ares-Blanco et al., 2021). De este modo, en España, la puerta de entrada del sistema sanitario modificó su accesibilidad y la forma de abordar las demandas y necesidades de las pacientes como consecuencia de la situación epidemiológica (de Nicolás et al., 2020). Así, los centros de atención primaria reconfiguraron el modelo de interacción y servicio limitando la modalidad presencial como medida de protección y seguridad (Martínez-Pillado et al., 2022).

Por lo tanto, para sortear las limitaciones impuestas a la interacción personal se establecieron sistemas telemáticos y telefónicos que permitieron combinar la seguridad de pacientes y profesionales con la prestación del servicio médico de atención primaria (Vidal-Alaball y Camps-Vilà, 2021; Tranche et al., 2021). De esta forma, la asistencia telefónica se generalizó en España¹ y la atención presencial de procesos no relacionados con el COVID-19 cayó de forma drástica, manteniéndose la presencialidad para el seguimiento de los embarazos o la vacunación infantil. En relación con la gestión de la COVID-19, la atención primaria al comienzo de la segunda ola ha jugado un papel relevante en los sistemas sanitarios de las diferentes comunidades autónomas en España. Las labores de trazabilidad, testeo y el estudio de contacto durante la pandemia han sido asumidas por los equipos de atención primaria, hecho que ha impactado en un incremento en la sobrecarga de este servicio (Varela, Briones y González-Cacheda, 2023; Ares-Blanco et al., 2021; Bellmunt et al., 2020).

Sin embargo, la fatiga, el estrés y la vulnerabilidad evidenciado por el sistema de atención primaria durante la pandemia por COVID-19 tiene en realidad sus causas profundas en un largo y continuado proceso de precarización y recorte de recursos (Heras-Mosteiro et al., 2016). Como subrayan Batalla et al. (2020) la gestión de la pandemia ha constatado la falta de liderazgo y vulnerabilidad relacionada con la infradotación de recursos materiales y humanos agravada fundamentalmente a raíz de la crisis iniciada en el año 2008. El largo período de deterioro y recorte en los recursos sanitarios comprendido entre el año 2009 y el 2018 ha sido denominado por algunos analistas como la “década perdida” (Amnistía Internacional, 2020). Los datos que ilustran esta afirmación son elocuentes: entre el año 2009 y el 2018 la inversión pública sanitaria en el conjunto del estado se encogió un 11,21%. Esta tendencia muestra una mayor intensidad respecto a la inversión en atención primaria, con una caída del 13,10% según datos del Ministerio de Sanidad (Amnistía Internacional, 2020).

En este contexto, los cambios forzados por la COVID-19 relacionados con la implantación de sistemas telemáticos y la expansión de la atención telefónica son considerados por algunos autores como una oportunidad para la mejora de la entrada al sistema sanitario. Así, Tranche et al. (2021) consideran que dichos instrumentos pueden resultar potencialmente positivos para aumentar la personalización y el tiempo de consulta en función de la situación de cada paciente. En el mismo sentido, Arroyo y Díaz (2021) señalan la oportunidad para mejorar el grado de autonomía de la asistencia en remoto para personas con enfermedades crónicas o en situación de dependencia funcional. Del mismo modo, Lamata (2017) subraya la oportunidad que ofrecen los dispositivos como la telefonía móvil para la atención domiciliaria. Según esta investigación, y aunque la asistencia en remoto no está libre de riesgos, su correcta gestión podría reducir sobrecargas y reducir desplazamientos. Además, en un escenario marcado por la escasez de recursos, las herramientas

¹ La pandemia ejerció de acelerante en la expansión de las consultas telefónicas en los servicios de Atención Primaria. Sin embargo, la extensión de la consulta telefónica es previa a la aparición de la COVID-19 (Vidal-Alaball y Camps-Vilà, 2021). Como ejemplo, Modroño et al. (2016) señalan que el 16% de las consultas realizadas en un consultorio de Atención Primaria de ámbito urbano en el año 2015 fueron ejecutadas a través del teléfono. Tras la pandemia su utilización ha aumentado en España.

de telemedicina tendrían la potencialidad de reducir los costes del servicio (Vidal-Alaball et al., 2020). Por contra, las diversas modalidades de atención en remoto entre las que se encuentra la telefónica presentan el riesgo de deshumanizar y despersonalizar la atención sanitaria como consecuencia de un incremento del aislamiento social (Fernández et al, 2022; Arroyo y Díaz, 2021), trayendo a primera línea el concepto de “macdonalización” de la sociedad, acuñado por Ritzer (1996). Respecto al contexto específico que nos ocupa caracterizado en las anteriores líneas, Arroyo y Díaz (2021) presuponen un deterioro de la calidad en la asistencia de la atención primaria ejecutada de forma telefónica durante la pandemia por COVID-19 como consecuencia de la improvisación de los cambios y la precariedad y el estrés del personal sanitario.

Debemos señalar la ausencia de estudios empíricos que nos permitan conocer el impacto ocasionado sobre la calidad percibida como consecuencia de la implantación del modelo de interacción telefónico en la atención primaria en España durante la pandemia de la COVID-19. Respecto a la escasa literatura publicada debemos mencionar, en primer lugar, a Vidal-Alaball y Camps-Vilà (2021)². En este caso, la investigación apunta a un alto grado de satisfacción de las pacientes. Sin embargo, debemos tener en cuenta que tal afirmación se basa en los resultados procedentes de una encuesta realizada a través de internet y publicados en una nota de prensa. En segundo lugar, nos detendremos en el trabajo de Almalky y Alhaidar (2021) en el que analizan la satisfacción nivel con la “tele-psiquiatría” desde la perspectiva de los pacientes a través de un cuestionario aplicado a 141 pacientes. En este caso, los resultados apuntan a un nivel de satisfacción alto. La investigación no encontró relación entre el nivel de satisfacción y las características sociodemográficas entre las personas consultadas. Para completar el estado de la cuestión, señalaremos la investigación realizada por Zammit et al. (2020) en la que se aportan resultados y conclusiones extraídas a partir de un cuestionario administrado a 100 pacientes de otorrinolaringología entre abril y junio del 2020. Estas serían las siguientes:

“This study showed significant improvement in patient satisfaction and an increased telephone consultation preference through the use of a structured consultation model. The potential benefits in terms of infection control and impact on out-patient work-load may see telephone consultations persist in the post-coronavirus era” (Zammit et al., 2020: 1).

En todo caso, la muestra utilizada y la escasez de investigaciones al respecto nos aconsejan tomar dicha conclusión con prudencia. Para mejorar el conocimiento respecto a esta cuestión en las siguientes líneas, desarrollaremos una investigación que persigue un doble objetivo:

1. analizar de forma comparada (telefónico/presencial) el nivel de calidad de los servicios de atención primaria y los factores clave que intervienen en dicha percepción,
2. analizar los determinantes sociales y demográficos que pueden influir en la satisfacción con la consulta telefónica y en otros factores clave para la correcta interacción en la prestación del servicio.

En el siguiente apartado nos adentraremos en diversos elementos teóricos y conceptuales relevantes a la hora de interpretar y analizar los datos sobre los que se ha realizado la presente investigación.

2. Gestión pública y servicios públicos en el siglo XXI: elementos conceptuales

En el presente apartado abordaremos el marco teórico y conceptual relacionado con nuestro objeto de estudio. Consideramos necesario contextualizar la investigación en el momento evolutivo exacto de los paradigmas de gestión pública. De esta forma, trataremos de establecer el marco general desde el que abordar y analizar la calidad en los servicios públicos sanitarios de atención primaria. A este respecto, cabe recordar que en la gestión pública actual este tipo de servicios se consolidan bajo el rótulo de modelos *neopúblicos* (Denhart y Denhart, 2015; Criado, 2016).

Según Pastor, Sánchez y Mairal (2020: 144) los enfoques teóricos *neopúblicos* tratan de “democratizar la acción pública y recuperar la identidad de los Gobiernos y las administraciones públicas, la esencia de su existencia como instituciones estatales que ejercen el poder público y que gestionan los intereses de toda la sociedad con la finalidad de garantizar las libertades y los derechos de los ciudadanos y de asegurar a cohesión y la inclusión social”. Además, según Belmonte y García (2020), los postulados y la visión de estos nuevos modelos de gestión tratarían de dignificar el papel de las administraciones públicas a través de un retorno al garantismo neweberiano combinado con diversos elementos de la *nueva gestión pública* vinculados a la participación, la transparencia o a la incorporación de soluciones innovadoras vinculadas a la tecnología.

Si nos detenemos en la idea de *nuevo servicio público*, debemos señalar que esta idea se articula mediante una nueva concepción y relación del gobierno, la administración pública y la ciudadanía a través de la modificación de sus roles tradicionales. Se busca, de esta forma, superar la visión que establece el papel de clientes o administrados de la ciudadanía en su relación con las administraciones públicas a través del empoderamiento y la participación. Estas transformaciones no deben minorar la importancia de valores como la eficacia o la eficiencia en la prestación de los servicios públicos, sin embargo, estos principios deben ser articulados bajo las lógicas deliberativa, democrática y del interés público (Osborne, 2020). Se

² En todo caso, la investigación señala que la consulta telefónica es especialmente recomendable en los siguientes casos: “preparación de primeras visitas presenciales, actualizaciones no críticas de planes de medicación, resolución de dudas sobre tratamientos y planes terapéuticos, comunicación de resultados de analíticas y de pruebas con resultados no críticos y en visitas de seguimiento” (Vidal-Alaball y Camps-Vilà, 2021: 1).

busca, en definitiva, poner en valor los servicios públicos revirtiendo incluso modelos de gestión basados en la prestación privatizada superando los modelos tradicionales y *neogerenciales* (Belmonte y García, 2020). En todo caso, la idea de *nuevo servicio público* presenta vasos comunicantes y similitudes con el concepto de *servucción* (Oslzak, 2013). Esta, se centra en la participación de la ciudadanía en el diseño de los servicios públicos y en la producción de los servicios públicos (Peters y Pierre, 2005). También en la extensión de los derechos de unos ciudadanos ante la Administración pública (Criado, 2006). De esta forma, al igual que las corrientes *neopúblicas*, la idea de *servucción* ha intentado superar las deficiencias del modelo burocrático clásico, relacionadas a la hegemonía procedimental y a la despersonalización en la prestación de los servicios (Ramí, 2017).

Junto a esas grandes líneas maestras de los principales paradigmas de gestión pública, se instala en el sector público, desde los años 90 del siglo XX, la idea de incorporar la calidad como enfoque esencial que sitúa a la ciudadanía en un papel principal. Esta calidad, como enfoque incorporado desde los sectores privados principalmente en Estados Unidos por influencia de Japón (“Calidad total”), es precisamente, -en cuanto a la búsqueda constante del alineamiento de los servicios públicos con la ciudadanía Mazzucato y Kattel (2020)-, la causa última de que sea necesario la investigación sobre percepción de la calidad, en nuestro caso centrada en la atención telefónica en los servicios públicos sanitarios.

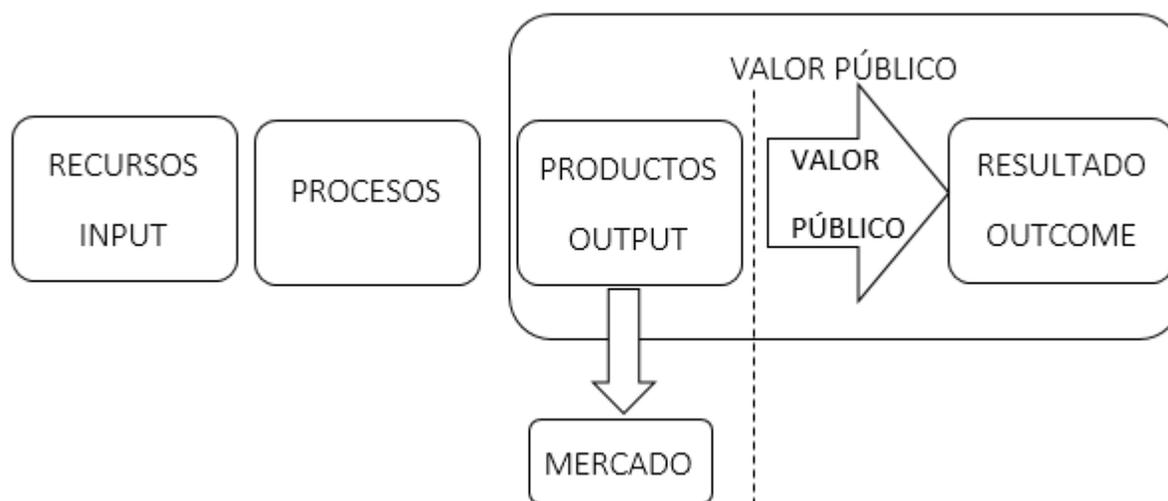
Nos situamos así en un contexto global de exigencia de calidad sobre los servicios públicos por parte de la ciudadanía, como requisito ineludible en la idea actual de los denominados *nuevos servicios públicos* marcados por el hecho de que cada vez está más presente la relación entre el circuito de financiación del sector público (vía impuestos) y el retorno exigido en forma de resultados y calidad (recordemos la vigencia del principio de “legitimación por resultados o rendimientos” (Carrillo, 1996). Siguiendo a Van Ryzin y Del Pino (2009) la ciudadanía parte, en definitiva, de posiciones que entienden que se ha de recibir el mismo nivel de calidad, atención y servicio, que se recibe en el mercado moderno de cualquier servicio privado. Incluso, de hecho, las sociedades actuales son cada vez más críticas con los resultados que la gestión pública genera (Figueroa, 2012), evocando la teoría del efecto multiplicador de los fallos en el sector público y en la desconfianza general que acaban provocando (Downs, 1967).

Denhart y Denhart (2015), como pioneras del concepto de *nuevo servicio público* han introducido al debate la matización entre la idea de servir a la ciudadanía y no la “clientela” (trascendiendo del caduco, individualista y mercantilizado concepto de cliente, más propio del marketing empresarial) y entendiendo que la percepción de calidad atañe a todo tipo de personas, porque el cliente es la sociedad en su conjunto, y no se puede *dejar atrás a nadie*, como podría suceder en un servicio privado. En esta perspectiva, siguiendo a Villoria (1996) si no se produjera una adecuada adaptación del concepto al marco de lo público, nos encontraríamos con el reforzamiento de una peligrosa tendencia para el conjunto del sistema democrático. Esta tendencia es la de la destrucción del ciudadano como depositario del deber y el derecho a la participación en las decisiones esenciales de la sociedad en que vive, y su sustitución por un mero cliente o consumidor de servicios generados por el Estado.

También introduce esta nueva concepción del servicio público la idea de que la responsabilidad no es simple y que por lo tanto el punto de contacto (el “street level bureaucracy”) con la ciudadanía sería el personal público, -en nuestra investigación el personal sanitario fundamentalmente-, como eslabón clave en la transmisión de la calidad. Además, precisamente este nuevo enfoque teórico ponía el acento en la importancia del “trato humano”, superando la obsesión eficientista del antiguo ideario de la Nueva Gestión Pública introducido por Hood (1991), que dejaba fuera de la agenda pública valores como la equidad, la justicia, la representación o la participación (Pollit, 2007; Keating, 1997). En este sentido esta investigación trata de ofrecer criterio a los profesionales sanitarios sobre como ajustar el trato a las personas usuarias de los servicios sanitarios, siguiendo la idea de adaptabilidad de los profesionales a las personas usuarias trabajada por Baltazar y Olimpio (2023) en el ámbito de los servicios sociales.

El aprovechar una “ventana de oportunidad”, como la crisis pandémica de la COVID-19 para consolidar nuevas tecnologías y formas de interacción novedosas con la ciudadanía podría no ser una mala estrategia. De hecho, es una de las formas de entrada de la innovación en sectores con tantas resistencias a innovar como el sector público. No obstante, hay que recordar la idea central de Moore (2008) de que no hay innovación propiamente si no se aporta “valor público”, definido como el valor creado por la Administración pública y el Gobierno mediante servicios, leyes, regulaciones y otras actuaciones. En este sentido, el valor público, siguiendo a Parrado (2023: 23-41), es un fin de las instituciones públicas, supone “el mérito de lo creado y lo sostenido por las Administraciones públicas en nombre del interés general” (Parrado, 2023: 25) y ha de tenerse en cuenta a la hora de estudiar en profundidad los modelos sanitarios que se pueden adaptar a cada país e incluso a cada nivel de Administración (Mateos, 2017).

Precisamente constatar si la atención telefónica aporta o no ese “valor público” es, de alguna manera, elemento central en esta investigación. Y en esa medición serán fundamentales las dimensiones de Moore (2013; 2008) referidas al logro de resultados, la prestación con calidad, la eficiencia o la confianza y la legitimidad.



Flujo de creación de valor público. Imagen extraída de Serra (2014)

Sin embargo, en la línea seguida por este estudio, si lo que se investiga es la diferencia entre la atención presencial y la telefónica, los resultados una vez analizada la bibliografía existente, son muy escasos, lo que refuerza la necesidad de esta línea de investigación.

En un plano estatal, como marco objeto de esta investigación, cabe hacer mención al hecho de que la Administración del Estado ha incorporado la lógica de la calidad desde hace tiempo en sus informes, documentos y webs institucionales (MPTFP, 2017). De hecho, un primer análisis bibliográfico intensivo sobre el tema de investigación permite afirmar que son frecuentes los informes sobre la percepción asociada a la calidad de la asistencia sanitaria recibida (Informes anuales del Sistema Nacional de Salud disponibles *online* desde 1993 (Informes anuales SNS, 2021).

Se puede afirmar, por tanto, en función de las series de estudios de percepción disponibles, que en el caso español se mantiene una buena valoración (e incluso a nivel internacional según el *Global Health Service Monitor*, 2021) y apoyo ciudadano a pesar del deterioro vinculado a las distintas crisis generales del sistema de servicios públicos (Guillén y Luque, 2019) y del empeoramiento del servicio que se ha destacado en la introducción. Además, el propio gasto en sanidad era de forma destacada el que la ciudadanía señalaba como el más importante de entre todos los servicios públicos (nada menos que un 60% de encuestados señalaban este tipo de servicios de entre todos, legitimando su financiación) (IEF, 2013). El sistema sanitario español seguía siendo considerado –hasta hace bien poco– en perspectiva internacional comparada, uno de los mejores del mundo; especialmente si se analiza que el gasto público es menor al de los grandes países de la OCDE (Schütte, Acevedo y Flahault, 2018; Tandon et al., 2010; Rico, Freire y Gérvas, 2007). El Informe Bloomberg llega a catalogar a España como el país más sano del mundo (analizando también hábitos de vida o alimentación) tal y como se muestra en el índice Bloomberg Healthiest Country Index (2019). Veremos en las páginas siguientes, en una foto actual, qué impacto ha tenido en esa percepción de calidad de la sanidad, favorable de entrada aunque pesimista para el futuro (Global Health Service Monitor, 2021), la intensa introducción de la atención telefónica en el servicio sanitario. Una implementación de la atención telefónica que ya venía siendo experimentada, pero que ha recibido una abrupta y “reactiva” aceleración en su implantación con la llegada de la pandemia de la COVID-19 y las restricciones impuestas al contacto presencial.

2.1. La idea de calidad aplicada a los servicios públicos de salud

Partiendo del enfoque teórico manejado en el anterior apartado y de la importancia otorgada a la calidad de los servicios públicos, concretaremos la idea de calidad aplicada a la asistencia médica, si bien algunas categorías pueden ser observadas en estudios similares sobre calidad en asistencia social como los de Socías y Andujar (2023). Así, la concreción del paradigma de *servucción* al ámbito de la atención primaria implicaría los elementos que describiremos a continuación, y cuyo resultado impactaría en la satisfacción de las necesidades de las pacientes (Román, 2012):

1. La participación del paciente en la producción del servicio.
2. La atención del personal sanitario.
3. El soporte físico necesario para la producción del servicio.
4. El servicio sanitario de atención primaria como el resultado de la interacción de los tres elementos señalados con anterioridad.

Señalado lo anterior, y siguiendo a Donabedian (1984), trataremos de medir el resultado de los servicios sanitarios de atención primaria en función del soporte utilizado. De esta forma, determinaremos la satisfacción y los beneficios al paciente o al usuario (que puede no ser un paciente sino un mero usuario realizando una monitorización de su estado físico). La acotación previa de nuestro ámbito de análisis puede

ser completada en base a las ideas de Pedraza et al. (2014) y a las consideraciones de la OMS (2009). Los trabajos mencionados apuntan a la alineación de la calidad de los servicios públicos con factores como la eficiencia, la percepción institucional, los resultados finales y, desde luego, la satisfacción de las necesidades de las personas usuarias en función de sus expectativas (o "calidad extrínseca") (Williams, 1994).

En esta lógica de la calidad, el presente artículo aborda la importancia de la comunicación y el soporte utilizado con las personas usuarias del servicio, trasladando el enfoque de la calidad intraorganizativa (procesos, estructuras internas, flujos de procedimiento, etc.) a la externa. A aspectos aparentemente tan sencillos como el hecho de que la persona atendida entienda lo que le dicen y pueda ser entendida por el profesional público, que habrá de realizar ese mayor esfuerzo de comunicación e interacción (Lovell et al, 2022). Como señalan Fernández et al. (2022), en su caso para la relación telemática, la dificultad de comprensión, el lenguaje técnico o la ausencia de opciones lingüísticas pueden ser algunas de las barreras mencionables también en el caso de la atención telefónica.

Además de las dimensiones clásicas de los cuestionarios sobre calidad más validados, en la literatura que veremos a continuación en detalle, es necesario señalar el impacto en las expectativas y los niveles de satisfacción de otros factores explicativos más "clásicos" en la mayoría de los análisis estadísticos tanto descriptivos como inferenciales: nos referimos a factores como el sexo, el nivel de estudios o la edad de las personas encuestadas. Hemos juzgado necesario, siguiendo autorías especializadas en estudios de percepción de calidad de los servicios públicos como Montaña y Ramírez (2002), incluir estos factores por su potencial capacidad explicativa de las respuestas analizadas.

No obstante, cabe mencionar, que además de los sesgos habituales en cualquier investigación social cuantitativa, es necesario señalar la existencia de factores específicos del sector público que determinan la construcción de la percepción ciudadana sobre los servicios públicos (Montaña y Ramírez, 2002). Entre estos podemos señalar las experiencias propias y ajenas de contacto con el servicio, las distintas necesidades o roles desempeñados (paciente, familiar cercano de un paciente, acompañante...), así como la percepción general de lo público, que en el imaginario colectivo viene dado por una mezcla de actores políticos, Estado, Administraciones públicas y funcionariado en general.

Para el tránsito desde enfoques articulados a través de un mayor nivel de abstracción, como el *nuevo servicio público* o el concepto de *servucción*, a otros más empíricos relacionados con la percepción de la calidad por parte de las pacientes de atención primaria, es necesario aludir a instrumentos de alcance internacional como los modelos SERVQUAL (Parasuraman et al., 1998) y SERVPERF (Cronin and Taylor, 1994). El modelo SERVPERF implica que no se tengan en cuenta las expectativas, sino la experiencia de usuario/a, y es considerado como el más apropiado para medir la calidad percibida, además de aportar fiabilidad por su sencillez a la investigación, entendiendo esta percepción como una percepción evaluativa del rendimiento de los atributos del servicio (Díaz, 2005: 35). Y en el bien entendido que, como tal servicio, el sanitario es un intangible, que no puede ser visto, sentido o gustado, hasta que tenemos que hacer uso del mismo.

Además, hay que recordar el consenso, tanto en los instrumentos metodológicos anteriores como en la literatura sobre el tema (Pedraza et al., 2014), respecto al hecho de que la medición de la calidad ha de hacerse desde un enfoque de multidimensionalidad. Esto es, por tanto, establecer que la calidad percibida responde a diferentes dimensiones, en una agregación de las mismas que nos proporcionan una percepción final de calidad de las personas usuarias sobre la asistencia sanitaria recibida. Esas dimensiones, algunas de las cuales se abordan en el cuestionario SERVPERF (Luna-Pérez, 2017) han sido adaptadas al diseño específico de nuestra investigación articulada sobre una encuesta del CIS y orientada a conocer específicamente el impacto sobre la calidad en los servicios sanitarios de primaria de la atención telefónica. Siguiendo el enfoque multidimensional de calidad, hemos utilizado una serie de variables que tienen su correspondencia con las dimensiones recogidas en los modelos SERVPERF señaladas por autoras como Luna-Pérez (2017: 2), y que veremos en detalle en las páginas siguientes:

- Tangibilidad: las instalaciones físicas, equipos y el aspecto del personal.
- Fiabilidad: habilidad para realizar el servicio prometido en forma fiable y precisa.
- Capacidad de respuesta: disposición para ayudar a la clientela y proporcionar rápido Servicio.
- Seguridad: el conocimiento y la cortesía de las empleadas y su capacidad para inspirar Confianza y seguridad.
- Empatía: el cuidado, la atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes.

Tabla 1. Dimensiones de calidad teóricas y variables de estudio

VARIABLES	DESCRIPCIÓN	DIMENSIONES DE CALIDAD
Modalidad atención	Modalidad de atención médica	Elemento tangible
Satisfacción general	Nivel de satisfacción de la atención médica (últimos 12 meses)	Satisfacción general
Confianza	Confianza y seguridad transmitida por el médico	Seguridad
Tiempo	Tiempo dedicado por staff médico a cada paciente	Capacidad de respuesta
Monitorización	Conocimiento del historial médico y monitorización de los problemas de salud	Fiabilidad
Información	Información recibida respecto al problema médico abordado	Capacidad de respuesta y empatía.

Expresión	Consulta médica telefónica. Puede expresar sus ideas tan bien como en una consulta cara a cara.	Fiabilidad
Comprensión	Consulta médica telefónica. Puede comprender las instrucciones del médico del mismo modo que en una consulta cara a cara	Fiabilidad
Satisfacción telefónica	Grado de satisfacción con la consulta médica a través de teléfono (últimos 12 meses)	Satisfacción general

Fuente. Elaboración propia

Así, podemos observar en la Tabla 1 con un mayor nivel de detalle, las dimensiones de calidad más comúnmente utilizadas y validadas con el respaldo de los cuestionarios SERVQUAL y SERVPERF abordadas en nuestro estudio. De esta forma, las variables recogidas en la Tabla 1 tienen su correspondencia con las dimensiones de análisis abordadas en los modelos de referencia citados³.

Señalados los principales elementos teóricos y conceptuales relacionados con las ideas de servicio público y calidad, trataremos de responder a las siguientes preguntas de investigación relativas a nuestro objeto de estudio y a nuestra unidad de análisis:

- ¿Existen diferencias en la percepción de la calidad por parte de las personas usuarias en los servicios públicos de atención primaria en función del tipo de consulta recibida (telefónica/presencial)?
- ¿Qué factores relacionados con la prestación del servicio podrían intervenir a la hora de determinar la calidad percibida en función del tipo de consulta recibida (telefónica/presencial)?
- ¿Existen determinantes sociales y demográficos que intervengan en la percepción de calidad en los servicios de atención sanitaria telefónica?

3. Material y método

Para responder a las preguntas de investigación planteadas, en las siguientes líneas, hemos desarrollado un análisis empírico basado en el Barómetro Sanitario número 3357 (primera oleada). Este estudio de carácter transversal ha sido realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en colaboración con el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Tiene como "objetivo obtener información sobre la percepción que tienen los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario público y del impacto de las medidas vinculadas a las políticas sanitarias públicas, analizar el conocimiento y las actitudes de la mayoría de los ciudadanos ante problemas de salud" (CIS, 2022: 1). Las entrevistas se han llevado a cabo a través de llamadas a teléfonos fijos y móviles tomando como referencia la población de ambos sexos mayor de edad residente en España. La selección de los individuos se ha llevado a cabo mediante la aplicación de cuotas de sexo y edad. Para la materialización de las entrevistas se ha realizado una selección aleatoria que ha dado como resultado un 33,5% de entrevista a través de teléfono fijo y un 66,5% a través de teléfono móvil realizadas entre el 18 y el 25 de marzo de 2022⁴. El cuestionario, de ámbito estatal, ha tomado como puntos de muestreo 50 provincias y 930 municipios. La primera oleada del Barómetro Sanitario número 3357 tiene representatividad nacional y los resultados obtenidos muestran un corte transversal que refleja la situación de país durante el período, en el cual se han ejecutado las entrevistas. En total, el tamaño de la muestra alcanza las 2.358 encuestas realizadas (N=2.358). El error de muestreo para un nivel de confianza del 95,5% es de $\pm 2,1\%$.

Tabla 2. Variables de estudio

Variable	Descripción	Valores	Min.	Max.
Modalidad atención	Modalidad de atención médica	0=Presencial 1=Telefónica	0	1
Satisfacción general	Nivel de satisfacción de la atención médica (últimos 12 meses)	1=Muy mala 2=Mala 3=Regular 4=Buena 5=Muy buena	1	5
Confianza	Confianza y seguridad transmitida por el médico	1=Totalmente insatisfactoria 10=Totalmente satisfactoria (Escala 1-10)	1	10
Tiempo	Tiempo dedicado por staff médico a cada paciente	1=Totalmente insatisfactoria 10=Totalmente satisfactoria (Escala 1-10)	1	10
Monitorización	Conocimiento del historial médico y monitorización de los problemas de salud	1=Totalmente insatisfactoria 10=Totalmente satisfactoria (Escala 1-10)	1	10

³ En todo caso, debemos aclarar que el modelo construido no sigue un patrón ortodoxo de los modelos SERVPERF y SERVQUAL, ya que ha sido realizado a partir de una encuesta del CIS.

⁴ El cuestionario fue ejecutado con posterioridad al pico de la 6ª ola de COVID-19 en España.

Información	Información recibida respecto al problema médico abordado	1=Totalmente insatisfactoria 10=Totalmente satisfactoria (Escala 1-10)	1	10
Expresión	Consulta médica telefónica. Puede expresar sus ideas tan bien como en una consulta cara a cara.	1=Totalmente de acuerdo 2=De acuerdo 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4=En desacuerdo 5=Totalmente en desacuerdo	1	5
Comprensión	Consulta médica telefónica. Puede comprender las instrucciones del médico del mismo modo que en una consulta cara a cara	1=Totalmente de acuerdo 2=De acuerdo 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4=En desacuerdo 5=Totalmente en desacuerdo	1	5
Satisfacción telefónica	Grado de satisfacción con la consulta médica a través de teléfono (últimos 12 meses)	1=Muy satisfecho 2=Bastante satisfecho 3=Algo satisfecho 4=Poco satisfecho 5=Nada satisfecho	1	5
Sexo		1=Hombre 2=Mujer	1	2
Edad		Entre 18 y 24 años Entre 25 y 34 años Entre 35 y 44 años Entre 45 y 54 años Entre 55 y 64 años Entre 65 y 98 años	18	98
Nivel educativo	Grado educativo alcanzado	1.-Sin estudios 2.-Primaria 3.-Secundaria (1ª fase) 4.-Secundaria (2ª fase) 5.-FP (Superior) 6.-Estudios universitarios	1	6

Fuente. Variables independientes: modalidad, sexo, edad, nivel educativo; Variables dependientes: satisfacción general, confianza, tiempo, monitorización, información, expresión, comprensión, satisfacción telefónica.

Como se puede observar en la Tabla 2, se han seleccionado un total de doce variables de estudio de las cuales ocho recogen información en escalas de cinco y diez niveles respecto a la percepción y satisfacción relativa a la prestación médica en el servicio de atención primaria. La primera de las variables que aparece en la Tabla 2 recoge información de carácter dicotómica respecto a la modalidad de atención médica recibida, telefónica o presencial. Para completar la investigación se han incorporado tres variables predictoras orientadas a analizar el grado de satisfacción con la atención telefónica en los servicios de sanidad primaria. Tal y como aparecen recogidas en la Tabla 1, las variables de carácter social y demográfico reflejan el género, la edad y el nivel de estudios de los individuos que conforman la muestra de estudio.

Para el análisis de la información sintetizada a través de las variables de estudio presentaremos, en primer lugar, diversos estadísticos descriptivos que recogen el porcentaje y las medidas de tendencia central y dispersión relacionadas con los modelos de atención y con la percepción y la satisfacción de las personas consultadas. Además, mostraremos las medidas de tendencia central y dispersión de las variables que muestran información sociodemográfica de tres variables de escala que nos permiten conocer la percepción y la satisfacción con la atención médica realizada a través de dispositivos telefónicos. A continuación, y con el objeto de analizar la relación entre las variables, ejecutaremos un modelo de regresión logística ordinal. De esta forma, en primer lugar, calcularemos la probabilidad para predecir la percepción y satisfacción de la ciudadanía respecto a los servicios de atención primaria en función de su tipología (telefónica y presencial). En segundo lugar, analizaremos y trataremos de predecir los niveles de satisfacción y la percepción relativos a la atención telefónica en función de la edad, el sexo y el nivel de estudios. La significación estadística se estableció en un valor de $p < 0,05$. Para el tratamiento estadístico de las variables de estudio se ha utilizado el paquete Stata 15.

4. Resultados de la investigación

En el presente apartado mostraremos los resultados expresados a través de las variables descritas en el anterior epígrafe. A tal fin, elaboraremos tres tablas que presentan información de carácter descriptivo. Para completar el estudio, y con el objetivo de responder a las preguntas de investigación formuladas, analizaremos la relación entre las diversas variables recogidas en la presente investigación.

Tabla 3. Nivel de satisfacción general en función de la modalidad de atención recibida (telefónica o presencial) (%)

	Presencial	Telefónica
Muy buena	36.1	24.1
Buena	50.7	48.5
Regular	11.1	21.3
Mala	1.1	3.8
Muy mala	1	2.3

Fuente. Elaboración propia

Respecto a la valoración y al grado satisfacción relacionado con las modalidades de atención sanitaria, la Tabla 3 nos muestra una importante diferencia (12%) relativa al nivel de satisfacción a favor de la modalidad presencial. Por contra, podemos observar una cifra sensiblemente superior para la modalidad telefónica para la respuesta “regular” (21,3% frente a 11,1%). Para el resto de los niveles observados, la atención médica presencial presenta también un mayor índice de satisfacción. De esta forma, las proporciones que aparecen en la Tabla 3 dibujan un panorama sensiblemente más favorable a la atención médica presencial.

Tabla 4. Evaluación (escala Likert) de diversos variables clave (confianza, tiempo, monitorización, información) de la atención médica en función de la modalidad (telefónica y presencial) (%)

	Confianza		Tiempo		Monitorización		Información	
	Pres	Tel	Pres	Tel	Pres	Tel	Pres	Tel
1 (Totalmente insatisfactorio)	1.61	4.82	2.37	4.17	2.80	4.65	1.94	4.98
2	0.97	1.77	1.94	4.17	1.08	2.57	1.08	2.25
3	1.18	1.77	2.26	7.06	2.15	2.57	1.72	2.41
4	1.83	3.69	4.84	9.15	3.33	7.38	2.58	4.33
5	5.59	7.06	8.92	13.80	7.85	9.79	6.24	10.27
6	6.34	9.79	9.14	13.96	8.28	12.52	8.17	11.72
7	11.61	16.69	15.70	13.16	10.75	16.69	13.66	16.85
8	22.26	20.55	22.69	17.98	23.33	19.42	22.26	21.19
9	20.65	16.21	13.66	7.38	16.24	11.72	17.31	12.20
10 (Totalmente satisfactorio)	27.96	17.66	18.49	9.15	24.19	12.68	25.05	13.80

Fuente. Elaboración propia. Pres: Presencial. Tel: Telefónica.

Del mismo modo, la Tabla 4 refleja un mayor grado de satisfacción con la modalidad presencial de consulta médica. Este hecho se puede observar a través de los valores que recogen cuatro variables que nos permiten valorar y comparar la calidad del servicio de atención médica presencial y telefónico. En primer lugar, las personas atendidas de forma presencial afirman sentir un mayor nivel de confianza. Además, en relación con el tiempo invertido en la prestación del servicio médico, la percepción de las personas atendidas presencialmente es nuevamente más positiva que la de aquellas contactadas telefónicamente. La tendencia se confirma observando los valores recogidos a través de las variables que nos informan respecto al seguimiento y monitorización de los problemas de salud y a la calidad de la información recibida en la consulta médica. Tal y como se puede observar en la Tabla 3, esta diferencia se manifiesta para las cuatro variables analizadas, de forma especialmente intensa en los niveles extremos de la escala que mide la satisfacción de la ciudadanía.

Tabla 5. Regresión logística ordinal

	Modalidad de atención				
	Coef	SD	Z	95% CI	
Satisfacción general	0.72***	0.10	7.24	0.52	0.92
Confianza	-0.65***	0.09	-7.04	-0.83	-0.47
Tiempo	-0.88***	0.09	-9.51	-1.06	-0.70
Monitorización	-0.72***	0.09	-7.88	-0.90	-0.54
Información	-0.72***	0.09	-7.85	-0.90	-0.54

Fuente. Elaboración propia. Variable independiente: modalidad de atención; Variables dependientes: satisfacción general, confianza, tiempo, monitorización, información, expresión, comprensión.

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Para completar el análisis comparativo relacionado con la percepción y la calidad de la atención médica presencial y telefónica, la Tabla 5 muestra los resultados del análisis de regresión logística ordinal realizado. Los datos que evidencian la relación entre las variables de estudio nos permiten predecir un mayor índice de satisfacción general explícita e implícita (confianza, tiempo, monitorización, información) entre aquellas personas que reciben atención médica presencial. Los resultados muestran un nivel estadísticamente significativo para las cinco variables dependientes analizadas (ver Tabla 5).

Tabla 6. Evaluación de la interacción y satisfacción con la consulta médica telefónica en función de diversas variables sociodemográficas

	Expresión					Comprensión					Satisfacción				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sexo															
Mean	1.5	1.5	1.5	1.6	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.6	1.5	1.6	1.6	1.6	1.5
p50	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
SD	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
iqr	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Edad															
Mean	53.6	51.6	53.2	50.4	46.5	51.9	50.3	61.3	50.7	47.4	53	50.7	48.2	50.6	52.1
p50	54	52	49	51	45	52	51	63	51	47	53	51	48	49	52
SD	14	16	16.8	16.5	15.7	14.9	15.6	17.6	16.9	15.9	14.9	15.8	16.3	16.9	16.3
iqr	21	24	32	25	24	22.5	24	26	26	21	22	22.5	25	28	23.5
Nivel educativo															
Mean	4.6	4.5	4.7	4.5	4.9	4.7	4.6	4.4	4.5	4.7	4.5	4.7	4.7	4.5	4.4
p50	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
SD	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	1.4	1.4	1.5	1.5	1.3	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4
iqr	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3

Fuente. Elaboración propia

Respecto a la relación entre las variables de carácter sociodemográfico examinadas con el grado de satisfacción con la atención telefónica y los elementos clave para el correcta prestación de los servicios sanitarios vinculados a la expresión y a la comprensión no se observan grandes diferencias en la Tabla 6 que muestra diversos estadísticos descriptivos. De esta forma, podemos ver un nivel similar respecto a la capacidad de expresión y comprensión entre los hombres y las mujeres que recibieron atención médica a forma telefónica. Del mismo modo, la percepción respecto a la calidad del servicio es semejante para ambos sexos. La tendencia señalada relativa a la relación entre sexo y las tres variables dependientes observadas se repite para la variable educativa. De esta forma no se observan diferencias importantes en función del nivel de estudios alcanzados. Por último, podemos observar como las personas de menor edad manifiestan una mayor dificultad a la hora de comprender y expresarse en la consulta médica realizada a través de teléfono. Esta diferencia respecto a la edad se reduce para la variable que recoge el nivel de satisfacción relativo a la atención médica telefónica (ver Tabla 6).

Tabla 7. Regresión logística ordinal

	Expresión				Comprensión				Satisfacción			
	Coef	SD	Z	95% CI	Coef	SD	Z	95% CI	Coef	SD	Z	95% CI
Sexo	0.03	0.11	0.28	-0.1 0.2	0.02	0.11	0.79	-0.1 0.2	-0.00	0.10	-0.0	-0.2 0.2
Edad	-0.01*	0.00	-3.44	-0.0 0.0	-0.00	0.00	-1.90	-0.0 0.0	-0.00	0.00	-1.7	-0.0 0.0
Edu	0.02	0.04	0.57	-0.0 0.1	-0.07	0.04	-1.86	-0.1 0.0	-0.07	0.04	-1.8	-0.1 0.0

Fuente. Elaboración propia. Variables independientes: sexo, edad, nivel educativo; Variables dependientes: expresión, comprensión, satisfacción.

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Tal y como podemos observar en la Tabla 7, el análisis de regresión logística ordinal ejecutado muestra únicamente una relación estadísticamente significativa entre las variables edad y expresión. De esta forma, podemos predecir únicamente una mayor probabilidad de insatisfacción entre las personas de menor edad a la hora de expresar sus puntos de vista y necesidades en los servicios de atención médica primaria realizados a través de consulta telefónica.

5. Discusión

La presente investigación ha sido estructurada y articulada a través de un doble objetivo. En primer lugar, hemos tratado de indagar y analizar de forma comparada, la calidad y los factores clave que configuran la

percepción de la ciudadanía respecto a la prestación los servicios consulta médica de atención primaria presencial y telefónica. En segundo lugar, hemos abordado los factores sociales y demográficos que pueden influir en el nivel de satisfacción con el modelo de atención sanitaria telefónica. A través de la determinación de estos objetivos, la investigación trata de mejorar el conocimiento en un ámbito escasamente explorado desde el ámbito de la gestión pública. Los principales hallazgos señalan una serie de limitaciones y desafíos para la implementación de nuevas formas de atención médica en atención primaria vinculadas a las tecnologías de la información y la comunicación. Además, resulta relevante señalar que los resultados de la presente investigación contradicen las afirmaciones presentadas en las escasas y limitadas investigaciones relativas a nuestro objeto de estudio publicadas hasta la fecha (Almalky y Alhaidar, 2021; Vidal-Alaball y Camps-Vilà, 2021; Zammit et al., 2020).

Respecto a la primera pregunta de investigación, los datos presentados en el trabajo recogen, en términos generales, una caída de la calidad en la asistencia médica materializada a través de dispositivos telefónicos. Así, los estadísticos descriptivos recogidos en la Tabla 3, reflejan de forma comparada, una caída de 12 puntos en la valoración más positiva en detrimento de la atención médica telefónica. El incremento de la insatisfacción se deja entrever en el crecimiento de más de un 10% de las personas que valoran la atención recibida a través del canal telefónico como regular. Las tendencias mostradas por los estadísticos descriptivos se ven confirmadas por los resultados asociados al análisis de regresión ordinal ejecutado. Basta con observar las cifras estadísticamente significativas para la variable satisfacción general analizada en función de la tipología de atención médica. Estos resultados nos permiten predecir una mayor nivel de satisfacción entre las personas que son atendidas de forma presencial. En sentido contrario a los resultados presentados por Almalky y Alhaidar (2021), Zammit et al. (2020) y Vidal-Alaball y Camps-Vila (2021), en los que se vinculada la atención telefónica a un alto índice de satisfacción entre las personas, podemos afirmar que esta modalidad de atención médica impacta negativamente en la calidad percibida por parte de la ciudadanía que acude a su centro de atención primaria.

Para concretar los factores específicos que pueden impactar negativamente en la calidad percibida hemos tratado de responder a la segunda pregunta de investigación. A tal fin, hemos partido de la asociación y la vinculación de las variables de estudio que conforman nuestro modelo con los ítems que configuran el modelo SERPERF (Luna-Pérez, 2017; Cronin y Taylor, 1994). En primer lugar, debemos observar como la variable confianza aparece relacionada con la modalidad de atención recibida. Los resultados nos permiten predecir un mayor nivel de confianza entre pacientes atendidos de forma presencial. De esta forma, la atención médica telefónica en los servicios de atención primaria presentaría una menor capacidad para transmitir seguridad y confianza a los usuarios. En el mismo sentido, la percepción del tiempo de duración de la consulta médica es mayor entre las personas que reciben atención presencial. Así, la variable tiempo, relacionada con la capacidad de respuesta de los servicios de atención primaria, aparece asociada a la modalidad de atención presencial. En tercer lugar, la variable analizada recoge información sobre la monitorización y el conocimiento del historial médico del paciente. En este caso, las pruebas estadísticas realizadas nos permiten predecir un mayor nivel de satisfacción entre pacientes que acuden al centro médico. Estos hallazgos muestran una mayor erosión en la fiabilidad transmitida por los servicios de atención médica telefónica. Por último, la información recibida por los pacientes obtiene una mayor probabilidad de presentar resultados inferiores en términos de calidad entre aquellas personas atendidas telefónicamente. Estos resultados sugieren un impacto negativo en la prestación del servicio en términos de empatía y capacidad de respuesta.

El impacto negativo de la atención telefónica mostrado por las variables que conforman el modelo, redundando en una caída de la calidad percibida de los servicios de atención primaria en cada una de las dimensiones del modelo SERPERF analizadas (Luna-Pérez, 2017). Del mismo modo, la variable satisfacción general presenta valores más discretos para la modalidad de atención telefónica. Observados los datos e indicadores, podemos concluir que la modalidad a través de la que se presta la atención médica en los servicios de primaria, importa. En este caso, lejos de aportar “valor público” (Moore, 2008) en términos de calidad, eficiencia, confianza y legitimidad, esta innovación extendida de forma más intensa a raíz de la pandemia de la COVID-19 parece estar degradando los servicios de atención médica en términos de calidad, reduciendo la capacidad de respuesta, los niveles de confianza, seguridad, empatía y fiabilidad. Más allá del contexto COVID-19, el incremento de la consulta telefónica en atención primaria parece una respuesta vinculada al deterioro que vienen sufriendo los servicios sanitarios desde la crisis económico-financiera del año 2008. La precarización y la infradotación en términos de recursos financieros y humanos sufrida a lo largo de la “década perdida” (Amnistía Internacional, 2020; Batalla et al., 2020) ha dado lugar a innovaciones, que como la consulta telefónica, permiten “salir del paso” (Lindblom, 2010) a profesionales y organizaciones públicas, descuidando la calidad de los servicios públicos y dejando en segundo plano los niveles de satisfacción de la ciudadanía.

Los hallazgos y resultados que venimos comentando, sitúan a los servicios de atención primaria en sentido opuesto a las dinámicas y características establecidas prescriptivamente por las teorías vinculadas a los *nuevos servicios públicos* (Belmonte y García, 2020) o por el concepto de *servucción* (Olszak, 2013). Aunque los dispositivos telefónicos contribuyeron a mantener los servicios sanitarios en un contexto de distanciamiento físico como consecuencia de la COVID-19; su expansión y generalización podrían estar agravando los

rasgos de despersonalización que caracterizan al modelo burocrático clásico sobre el que se articulan de forma hegemónica las organizaciones y los servicios públicos. Por otra parte, la puesta en marcha de la atención telefónica en los servicios de atención primaria no se puede desvincular de la visión economicista

vinculada a la *nueva gestión pública* a través de la cual se gestionó el recorte de recursos de los servicios públicos a lo largo de la “*década perdida*”⁵. Sobre la base de los datos manejados, la implementación de los servicios de atención telefónica llevada a cabo en España vinculada debería ser replanteada de forma radical a partir del refuerzo de los sistemas de atención primaria en términos de recursos humanos, al tiempo que se introducen con inteligencia las tecnologías de la información y la comunicación tratando de aprovechar las oportunidades que ofrecen para mejorar la calidad, la eficiencia, la eficacia y la efectividad huyendo de las simplificaciones economicistas (Brugué, 2022; Ramió, 2022). Como señalan Arroyo y Díaz (2021) los dispositivos telefónicos y digitales pueden contribuir a aumentar el grado de autonomía y la asistencia a determinados colectivos. Además, como señala Lamata (2017), aunque la asistencia en remoto conlleva riesgos, los dispositivos telefónicos podrían contribuir a reducir los desplazamientos y determinadas sobrecargas.

Por último, y en conexión con el segundo objetivo de nuestra investigación, se constata un nivel de satisfacción similar con la consulta telefónica independientemente de la edad, el sexo o el nivel educativo. Los resultados coinciden con los hallazgos presentados por Almalky y Alhaidar (2021), y podrían estar relacionados con el nivel de madurez y complejidad de la tecnología telefónica. A diferencia de las tecnologías de comunicación e información digitales, más complejas y recientes, la utilización del teléfono como instrumento de comunicación de masas se remonta a un periodo temporal más dilatado. Para completar el análisis relativo a la asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de satisfacción con la consulta telefónica nos detuvimos en dos variables que contribuyeron a explicar el desempeño en la interacción establecida entre médico y paciente en los servicios sanitarios de atención primaria: expresión y comprensión. En este caso, el análisis estadístico ejecutado señala que las personas más jóvenes manifiestan un mayor grado de limitación del canal telefónico como medio para expresar sus ideas respecto a la modalidad de consulta presencial.

La principal limitación de esta investigación aparece asociada al contexto específico en el que fue desarrollado el trabajo de campo para la elaboración del Barómetro Sanitario 3357. Las entrevistas fueron realizadas con posterioridad al pico de la 6ª ola de la pandemia por COVID-19. Las circunstancias relacionadas con dicho contexto y sus resultados contraintuitivos pueden haber condicionado la respuesta de las personas consultadas. Para superar la limitación señalada, consideramos necesario profundizar en el objeto de estudio abordado a través de futuras investigaciones. Por otro lado, los hallazgos vinculados a la variable sexo presentan las limitaciones intrínsecas al método binario a través del cual se construyó esta categoría en el cuestionario implementado por el CIS.

6. Conclusión

Los hallazgos de la presente investigación muestran una pérdida de calidad de la consulta telefónica en los servicios de atención primaria respecto a la modalidad de presencial. Las personas consultadas exponen un menor nivel de satisfacción general cuando son atendidos a través del teléfono. Además, la percepción de la ciudadanía consultada, indica una caída en los niveles de confianza y una degradación en términos del tiempo de consulta médica, de la monitorización y seguimiento y de la información recibida. Siguiendo el modelo SERPERF, se puede concluir que la expansión de la consulta telefónica impacta negativamente en los niveles de seguridad, fiabilidad, empatía y capacidad de respuesta. Estos resultados pueden incidir en un incremento de la despersonalización en la prestación de los servicios públicos sanitarios. En términos generales, las variables sociodemográficas utilizadas para estudiar el nivel de satisfacción con la consulta telefónica no nos permiten realizar predicciones en función del sexo, la edad o el nivel educativo. Sin embargo, encontramos un mayor nivel de insatisfacción en términos de expresión comunicativa entre las personas de menor edad. Consideramos que el análisis y la interpretación de este hallazgo debe ser abordado a través de futuras investigaciones.

7. Referencias bibliográficas

- Amnistía Internacional (2020). *La década perdida. Mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018*. Amnistía Internacional.
- Almalky, A. y Alhaidar, F. (2021). “Patients’ satisfaction with telepsychiatry services at a University Hospital in Riyadh during the COVID-19 pandemic”, *Cureus*, 13(8). doi: 10.7759/cureus.17307
- Ares-Blanco, S., Astier-Peña, M., Gómez-Bravo, R., Fernández-García, M., y Bueno-Ortiz, J. M. (2021). “El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa”, *Atención Primaria*, 53(8), pp. 102134. doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102134
- Arroyo, M., y Díaz, E. (2021). “Las tecnologías digitales en el ámbito de la salud: brechas sociales, accesibilidad y despersonalización”, *Teknokultura*, 18(2), pp. 95-101. doi.org/10.5209/tekn.75516
- Baltazar M. y Olímpio dos Santos M. (2023). “Metodologías para apoyar la implementación, en el municipio de Évora (Portugal), de políticas de prevención y protección social dirigidas a las Personas Sin Hogar: una experiencia de investigación-acción colaborativa entre la sociedad civil y la universidad”, *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública*, 10(1), pp. e87550.
- Batalla, C., Gene, J., & Mascort, J. (2020). “¿Y la Atención Primaria durante la pandemia?”, *Atención Primaria*, 52(9), pp. 598. doi: 10.1016/j.aprim.2020.10.001

⁵ Debemos recordar que los antecedentes de la implantación de la consulta telefónica son anteriores a la pandemia. Por otro lado, el fin de la pandemia, lejos de marcar un punto y final, ha supuesto un incremento de esta modalidad de atención médica.

- Bellmunt, J., Caylà, J., y Millet, J. (2020). "Estudio de contactos en infectados por SARS-CoV-2. El papel fundamental de la Atención Primaria y de la Salud Pública", *Medicina de Familia, SEMERGEN*, 46, pp. 55-64. doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.001
- Belmonte, I. y García, M. (2020). "Gestión pública y privada: partenariado, cogestión, privatización y recuperación de servicios públicos". En Aldegue, B. y Pástor, G. Dir, *Democracia, Gobierno y Administración Pública Contemporáneas*, Madrid: Tecnos, pp. 224-248.
- Brugué, Q. (2022). *Organizaciones que saben, organizaciones que aprenden*. Madrid: INAP.
- Carrillo, E. (1996). "Legitimidad y modernización de la Administración Pública", *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, pp. 143-152
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2022) *Estudio 3357, Barómetro Sanitario (primera oleada)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). <https://www.cis.es/es/-/avance-de-resultados-del-estudio-3357-barometro-sanitario-2022-primera-oleada-1>
- Criado, I. (2016). "Las Administraciones públicas en la era del gobierno abierto. Gobernanza inteligente para un cambio de paradigma en la gestión pública", *Revista de Estudios Políticos*, (173), pp. 245-275. doi.org/10.18042/cepc/rep.173.07
- Criado, I. (2006). *Barreras para la integración de la Calidad de los Servicios Públicos en la Administración*. Sevilla: Ponencia presentada al Congreso Tecnim@p
- de Nicolás Jiménez, J., Recio, L., Domínguez, M. T. y Cobos, L. (2020) "COVID-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria", *Atención primaria*, 52(8), pp. 588-590. doi: 10.1016/j.aprim.2020.06.002
- Díaz, R. (2005). "La calidad percibida en la sanidad pública", *Revista de Calidad Asistencial*, 20(1), pp. 35-42. [doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74716-X](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74716-X)
- Denhardt, R. y Denhardt, J. (2007). "The New Public Service. Service rather than Steering", *Public Administration Review*, 60(6), pp. 549-559. doi.org/10.1111/0033-3352.00117
- Global Health Service Monitor. (2021). *A Global Advisor Survey*. Ipsos
- Guillén, A. y Luque Balbona, D. (2019). "La opinión pública sobre el sistema sanitario español", *Panorama Social*, 30, pp. 125-143.
- Heras-Mosteiro, J., Otero-García, L., Sanz-Barbero, B., & Aranaz-Andrés, J. (2016). "Percepciones de médicas y médicos de atención primaria de Madrid sobre las medidas de ajuste en el sistema público de salud", *Gaceta Sanitaria*, 30(3), pp. 184-190. doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.02.003
- Instituto de Estudios Fiscales. (2013). *Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2012*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales
- Keating, M. (1997). "Managing for Results in the Public Interest". En Considine, M. Y Painter, M. Eds, *Managerialism: The Great Debate*, Melbourne: Melbourne University Press, pp. 345-357
- Martínez-Pillado, M., Said-Criado, I., Regueiro-Martínez, A., Varela-Durán, M., Boileve, D., Gaspar, O., ... & Briones-Gamarra, Ó. (2022). "Evaluación de los planes de contingencia en la atención a pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos en la pandemia por COVID-19", *Journal of Healthcare Quality Research*, 37(5), pp. 291-298. doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.12.009
- Mateos I. (2017). "El modelo sanitario de la Región Lombardía (1995 - 2012): El sistema transformado", *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública*, 4(2), pp. 169-189.
- Moore, M. (2008). *Gestión estratégica y creación de valor en el sector público*. Barcelona: Editorial Paidós
- Moore, M. (2013). *Recognizing public value*. Boston: Harvard University Press
- Ministerio de Política Territorial y Función Pública. (2019). *Informe sobre percepción ciudadana sobre los servicios públicos*. Madrid: Ministerio de Política Territorial y Función Pública
- Lamata, F. (2017). "Atención Primaria en España: logros y desafíos", *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(3), pp. 164-167.
- Lindblom, C. (2010). "La ciencia de "salir del paso", *Política pública*, (4), pp. 1-15.
- Lovell, D., Dolamore, S. y Collins, H. (2022). "Examining public organization communication misalignments during COVID-19 through the lens of higher education", *Administration & Society*, 54(2), pp. 212-247. doi.org/10.1177/00953997211026949
- Luna-Pérez, F. (2017). "Aplicación del modelo SERVPERF para la medición de la percepción sobre la calidad del servicio de la educación superior", *Eco matemático*, pp. 43-50.
- Osborne, S. (2020). *Public Service Logic: Creating Value for Public Service Users, Citizens, and Society Through Public Service Delivery*. New York: Routledge.
- Oszlak, O. (2013). *Gobierno abierto: hacia un nuevo paradigma de gestión pública*. Red de Gobierno Electrónico de América Latina y el Caribe – Red de Gobierno Electrónico de América Latina y Caribe
- Parrado, S. (2023). *Gestión Pública e Innovación*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Pastor, G., Sánchez, G. y Mairal, P. (2020). "Nuevo servicio público y gobierno abierto: enfoques para democratizar la gestión pública". En Aldegue, B. y Pástor, G. Dir, *Democracia, Gobierno y Administración Pública Contemporáneas*, Madrid: Tecnos, pp. 144-165.
- Peters G. y Pierre, J. (2005). "¿Gobernanza sin gobierno? Replanteándose la Administración Pública", *La Gobernanza Hoy*, 10, pp. 123-144
- Pollitt, C. (2007). "Hacia una "nueva" teoría de la Administración Pública: algunos comentarios sobre la 5ª Conferencia Braibant, de Jocelyne Bourgon", *Revista internacional de ciencias administrativas: revista de administración pública comparada*, 73(1), pp. 39-43.
- Ramió, C. (2022). *Burocracia inteligente: guía para transformar la Administración Pública*. Madrid: Los libros de la Catarata.

- Ramió, C. (2017). *La Administración pública del futuro (horizonte 2050). Instituciones, política, mercado y sociedad de la innovación*. Madrid: Tecnos.
- Ritzer, G. (1996) *La MacDonalizacion de la sociedad (un análisis de la racionalización de la vida cotidiana)*. Barcelona: Ariel Editorial
- Serra, A. (2008). "La gestión para resultados en las organizaciones Públicas". En Longo, F. y Ysa, T. Eds, *Los escenarios de la gestión pública del Siglo XXI*. Barcelona: Escola d'Administració Pública de Catalunya, pp.111-148
- Sociás F. y Andujar J. (2023). "La Estrategia de Apoyos y Cuidados como respuesta a las Necesidades de las Personas Mayores en situación de Dependencia en Chile", *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública*, 10(2), pp. e89221
- SNS (2021). *Informes Anuales del Sistema Nacional de Salud (Desde 2009)*. Colección Informes, estudios e investigación. Ministerio de sanidad. España. Consultado online15/3/2023: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNSAnosanteriores.htm>
- Tranche, S., Martín, R. y Párraga, I. (2021). "El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria", *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), pp. 85-92.
- Varela, E. J., Briones-Gamarra, Ó. y González-Cacheda, B. (2023). "La gobernanza de la salud a partir de la gestión de la evidencia: análisis de la toma de decisiones sanitarias en el caso de la pandemia Covid-19 en Galicia (2020-2022)", *Revista Vasca de Gestión de Personas y Organizaciones Públicas*, (5), pp. 80-105. DOI: 10.47623/ivap-rvvp.06.2023.AB.05
- Varela, E. J., Briones-Gamarra, Ó. y González-Cacheda, B. (2024). "Crisis, COVID-19, evaluación de políticas públicas y las tecnologías de la información y comunicaciones en España, ¿cuál es el problema? El caso de la gestión de los ERTES COVID 19 durante la pandemia". En Tamayo, M. Bazaga, I. y Bermejo, R. Eds, *Evaluación de la Gestión de la pandemia COVID-19 en España*. Valencia: Tirant lo Blanch, pp. 231-271.
- Vidal-Alaball, J., Acosta-Roja, R., Hernández, N., Luque, U., Morrison, D., Pérez, S., ... y Seguí, F. (2020). "Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic", *Atencion primaria*, 52(6), pp. 418-422. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>
- Vidal-Alaball, J. y Camps-Vilà, L. (2021). "Directrices para una buena y segura atención telefónica en época de COVID-19", *Atención Primaria*, 53(4), pp. 101965. doi: 10.1016/j.aprim.2020.12.006
- Villoria, M. (1996). La participación del empleado en la evaluación del desempeño. *Ponencia presentada en las Jornadas Internacionales sobre Evaluación del Rendimiento*. Santiago de Compostela: EGAP. Mimeo
- Zammit, M., Siau, R., Williams, C., & Hussein, A. (2020). "Patient satisfaction from ENT telephone consultations during the coronavirus disease 2019 pandemic", *The Journal of Laryngology & Otology*, 134(11), pp. 992-997. doi.org/10.1017/S0022215120002480

Biografía de los autores

Bruno González Cacheda es profesor del Área de Ciencia Política y de la Administración en la Facultad de Dirección y Xestión Pública de la Universidade de Vigo. Es miembro del Observatorio de Gobernanza G3.

Óscar Briones Gamarra es profesor del Área de Ciencia Política y de la Administración en la Facultad de Dirección y Xestión Pública de la Universidade de Vigo. Es miembro del Observatorio de Gobernanza G3.

Enrique José Varela Álvarez es profesor del Área de Ciencia Política y de la Administración en la Facultad de Dirección y Xestión Pública de la Universidade de Vigo. Es miembro del Observatorio de Gobernanza G3