

# LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS DOS MODELOS DE ASISTENCIA PRIMARIA VIGENTES EN ANDALUCIA\*

Ana Delgado Sánchez<sup>1</sup>/ L. A. López Fernández<sup>2</sup>/ J. D. Luna del Castillo<sup>3</sup>

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. Facultad de Medicina. Granada

## Resumen

Se estudia las diferencias en la satisfacción de los usuarios de centros de salud, de ambulatorios y de consultorios, y las características del usuario, de la organización y de los médicos que se relacionan con la satisfacción con la asistencia sanitaria.

Se eligió una muestra de usuarios de las ciudades andaluzas de Granada, Málaga y Sevilla con un  $\alpha = 5\%$ ,  $\beta = 10\%$  y  $d = 11\%$ . Las variables de cada nivel se recogieron mediante tres cuestionarios.

Se encontró mayor satisfacción entre usuarios de centros de salud que en los de ambulatorios y consultorios siendo los valores respectivos de 62,4, 58,2 y 60,6 diferentes entre sí con una  $p < 0,01$ . Las variables asociadas con más fuerza a la satisfacción en centros de salud son las del médico y de la organización, por lo que varias son susceptibles de mejora para incrementar la satisfacción de los usuarios. Por el contrario en ambulatorios y consultorios las variables más influyentes son las del usuario, las cuales no son modificables desde los servicios de salud.

**Palabras clave:** Satisfacción del usuario. Control de calidad. Atención primaria. Modelos de organización.

## USER SATISFACTION WITH THE TWO MODELS OF PRIMARY HEALTH CARE UTILIZED IN ANDALUSIA (SPAIN)

### Summary

A study was completed to investigate if any differences are observed in user satisfaction with health care centres, polyclinics and solo-practice, furthermore to identify user, organizational characteristics and doctors as variables that relate to user satisfaction in health care.

A sample of users was chosen from the Andalusian cities of Granada, Málaga and Sevilla with an  $\alpha = 5\%$ ,  $\beta = 10\%$  and  $d = 11\%$ . The variables were collected through the use of three questionnaires.

Greater satisfaction was found between health care centre users than with polyclinics and solo-practice, with values being 62.4, 58.2 and 60.6 with a  $p < 0.001$ .

The variables more strongly associated with user satisfaction in health care centres are those related with doctors and organization characteristics. Therefore several are capable of improvement in order to increase user satisfaction. On the contrary in polyclinics and solo-practice the most influential variables are those related with the user characteristics, which are not modifiable by the health services intervention.

**Key words:** User satisfaction. Quality control. Primary health care. Organization models.

## Introducción

La satisfacción de los usuarios con la atención médica es concebida como una medida de control de calidad<sup>1</sup> por lo que su estudio y valoración es importante para la gestión y el trabajo de los profesionales de los servicios de salud, con la perspectiva de conseguir una mejor adaptación a las necesidades y deseos de los pacientes.

Autores como Vuori<sup>2</sup>, Howell<sup>3</sup>, Ware<sup>4</sup>, Fleming<sup>5</sup>, Suñol<sup>6</sup>, y otros, además de la OMS<sup>7</sup>, han señalado la importancia y la pertinencia de introducir la satisfacción de los usuarios con los servicios como parte y complemento de otras actividades de control de calidad.

En nuestro trabajo vamos a considerar la satisfacción como una actitud; como la mayor parte de los autores Linder-Pelz la define como «una actitud

*Correspondencia:* Ana Delgado. Cármenes la Muralla, 59. 18011 Granada.

Este artículo fue recibido el 3 de febrero de 1992 y fue aceptado tras revisión el 7 de diciembre de 1992.

\*Proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias.

positiva de los individuos sobre las diferentes dimensiones de la atención médica»<sup>8</sup>.

El objetivo principal de conocer la satisfacción de los usuarios es obtener información para llevar a cabo una intervención que permita mejorar los servicios de salud. Con este fin es de gran interés conocer qué características de la organización y del proveedor condicionan una mayor o menor satisfacción, para planificar, como señala Stoner, un cambio organizacional de cara a aumentar la eficacia de la organización.

Bajo este planteamiento, han sido numerosos los autores<sup>9-15</sup> que han pretendido identificar qué variables de la organización y del médico influyen en la satisfacción de los usuarios, bajo la hipótesis, confirmada en numerosos casos, de que estos factores ejercen una fuerte influencia en la satisfacción.

Una importante parte de la abundante literatura sobre la satisfacción, se ha centrado en el estudio de las características de los usuarios que influyen en ella<sup>16-22</sup>, señalando las variables que conviene medir en los pacientes para poder evaluar, sin factores de confusión, la relevancia de las variables del médico y de la organización.

Por estas razones, hemos diseñado un modelo de estudio con tres niveles, en primer lugar el *contexto organizacional* con sus características, destacando entre ellas el modelo de atención, es decir, centros de salud (CS) *versus* ambulatorios y consultorios (A-C); en segundo lugar, el *médico*, que ocupa un lugar intermedio y relevante entre usuarios y servicios, con sus factores asociados; y por último, el *usuario* y sus características.

Los objetivos de este trabajo son dos: primero conocer si existe diferente grado de satisfacción entre los usuarios atendidos en CS y los atendidos en A-C; y segundo, identificar las características del usuario, del médico y de la organización que se relacionan con mayores niveles de satisfacción del usuario.

## Material y métodos

La población de referencia del estudio son los usuarios mayores de 18 años de Granada, Málaga y Sevilla. Las poblaciones de referencia de médicos y centros de nivel primario (ambulatorios, consultorios y centros de salud) tienen igual ámbito geográfico. Se realizó un muestreo por conglomerados, polietápico en una primera fase en la organización, en segunda fase en el médico y una última fase en el usuario. para  $\alpha = 5\%$ ,  $\beta = 10\%$  y  $d = 11\%$ . Tras muestrear organizaciones y médicos dentro de ellas,

la muestra de los usuarios se obtuvo recogiendo cada día de la semana el nombre y domicilio de diez usuarios por cada médico, mediante números aleatorios. La distribución en la muestra según tipos de organización quedó en diez CS, diez C y seis A; de los médicos 40 fueron de CS, 27 de C y 19 de A; y los usuarios 400 eran de CS, 270, de C y 190 de A.

De la organización se miden las siguientes variables: *tipo de centro*, con las posibles respuestas de CS, A y C; tres dimensiones del *clima de la organización*, cuyas escalas han sido validadas en nuestro medio<sup>23</sup>, estas dimensiones son la *cohesión* (sentimiento de pertenencia a un grupo), la *cooperación* (apoyo mutuo o disposición a ayudarse entre los trabajadores) y *vida social* (atmósfera grupal amistosa e informal). El *tiempo de espera*, medido en minutos antes de entrar en la consulta la última vez que el paciente estuvo en el médico; *tiempo de consulta por enfermo* de la consulta a demanda, medida en minutos; *recursos humanos*: número de médicos generales, pediatras y enfermeras que trabajan con los anteriores; *número de cartillas* asignadas al conjunto de médicos de la institución; *Pacre*, o relación entre el número de cartillas dividido por el número de recursos humanos, y *número de servicios* que se ofertan: considerando si la institución cuenta o no con un total de 12 servicios entre los que se incluyen consulta de planificación familiar, de control de embarazos, de crónicos, de trabajador social, radiología, analítica, etc...

Del médico se miden las siguientes variables: *edad*, *sexo*, *especialidad* si es vía MIR o no y cuál es, *tiempo de práctica profesional*, incluyendo tiempo de especialización y descontando período de desempleo, *cita de enfermos*, si el médico se cita enfermos en la consulta asistencial para verlos más detenidamente (excluyendo los enfermos incluidos en programas de salud); *enfermos al día*: número medio de enfermos al día de consulta a demanda, *usa historia clínica*: si el médico escribe en un documento lo que le cuenta el paciente, el diagnóstico y el tratamiento; *satisfacción del médico en el trabajo*; y *tensión relacionada con el trabajo*: que se refleja en el cansancio, la responsabilidad percibida y el estrés laboral, ambas dimensiones corresponden a una escala de satisfacción con el trabajo validada en nuestro país<sup>24</sup>.

Del usuario se estudian las siguientes variables independientes: la *satisfacción vital*: si el sujeto está o no satisfecho con su vida, la *edad*, el *sexo*, el *estado civil*, el *nivel cultural* y la *situación laboral*, según las clasificaciones utilizadas por el Instituto Nacional de Estadística<sup>25</sup>; *nivel socioeconómico*: según la clase social a partir de la última ocupación del cabeza de familia, usando la propuesta de Domingo

**Tabla 1. Variables del usuario, del médico y de la organización. Andalucía, 1989**

Usuario	Médico	Organización
Satisfacción vital	Edad	Cohesión
Edad	Sexo	Cooperación
Sexo	Especialidad	Vida social
Estado civil	Tiempo de práctica	Tiempo de espera
	Cita enfermos	Tiempo de consulta por enfermo
Nivel cultural		Recursos humanos
Nivel socio-económico	Enfermos al día	Número de cartillas
Situación laboral	Usa historia clínica	Pacientes (nº cartillas/nº recursos humanos)
Frecuencia asistencia	Satisfacción en el trabajo	Número servicios que se ofertan
Continuidad	Tensión en el trabajo	
Accesibilidad geográfica		

Salvany<sup>26</sup>; *frecuencia de asistencia al centro*: número de veces que el encuestado ha contactado con los servicios en los últimos tres meses; *continuidad*: tiempo en meses que el paciente lleva con la cartilla asignada al mismo médico; y *accesibilidad geográfica*: minutos que el encuestado tarda en llegar al centro asistencial en su medio habitual de transporte o a pie, si es como suele desplazarse (tabla 1).

La variable dependiente es la *satisfacción del usuario* con los servicios considerando la misma integrada por las tres dimensiones propuestas por Hulka<sup>27,28</sup>, que son *cualidades personales* del médico, *competencia profesional* del mismo, y aspectos de acceso-comodidad de los servicios que hemos denominado *accesibilidad*. Cada dimensión se midió con seis ítems (anexo).

Para recoger las variables bajo estudio en cada nivel de análisis, se utilizaron tres cuestionarios cuya metodología se describe en la tabla 2.

#### Métodos estadísticos

En una primera fase se procedió al estudio de la fiabilidad de la escala mediante los coeficientes de correlación de Pearson ítem-ítem, ítem-dimensión e ítem-escala; usando el  $\alpha$  de Cronbach<sup>29</sup> y aplicando la técnica de Edwards<sup>30</sup> para asegurar la capacidad discriminante de cada ítem. Tal proceso de validación no es objetivo de este trabajo, por lo cual, no pasamos a un estudio en detalle de él.

Con objeto de estudiar si existen diferencias entre los niveles de satisfacción de los usuarios de CS, de A y de C se realiza, para la escala y para cada una de las dimensiones, un análisis de la varianza de una vía, que si daba significativo nos llevaba a hacer comparaciones por parejas entre CS, A y C siguiendo el método de Bonferroni.

**Tabla 2. Metodología seguida para la realización de los tres cuestionarios. Andalucía, 1989.**

	Organización	Médico	Usuario
Encuestador	Investigador	—	Alumnos Psicología
Administración	Dirigido	Autoadministrado	Dirigido
Lugar	Institución	—	Domicilio
Escala	—	Tipo Likert	Tipo Likert
Fecha	Abril-Mayo 89	Abril-Mayo 89	Abril-Junio 89
Prueba piloto	—	Sí	Sí

En el estudio de qué variables se relacionaban con la satisfacción, se usó el coeficiente de correlación de Pearson (previa nube de puntos para descartar no linealidad) en el caso de que las variables fueran cuantitativas. En el caso de caracteres cualitativos se hicieron sucesivos análisis de la varianza con el mismo esquema anteriormente citado. Debido a que un análisis detallado de variables que podían asociarse con la satisfacción no se encontraron diferencias manifiestamente significativas entre A y C se procedió en el análisis definitivo de la relación entre variables y satisfacción a considerar ambas instituciones de manera conjunta (A-C), por lo que todo el análisis univariante se refiere a CS por un lado y A-C por otro.

Por último y con objeto de ver si seguían existiendo diferencias significativas entre CS y A-C, desquitando el efecto de otras variables que se correlacionaban con la satisfacción y que también daban diferencias significativas entre CS y A-C, se usó un regresión múltiple en la que se obligaba a entrar a estas variables en una primera fase y se veía si la variable *tipo de centro* seguía dando significativa después. Las variables que eran dicotómicas u ordinales fueron introducidas en el modelo mediante variables de paja.

En todos los análisis se usaron métodos paramétricos, debido al tamaño de la muestra con la que trabajamos, así como que, en los casos más simples, (por ejemplo, el del coeficiente de la correlación de Pearson y el de Spearman) los resultados fueron iguales, a nivel de la milésima.

#### Resultados

La tasa de respuesta en los cuestionarios de la organización y de los médicos fue del 100%; la de usuarios fue del 85,6%. Una vez analizadas las no respuestas en cuanto a edad y sexo, se observó que éstas se distribuían igual que las respuestas.

Sin entrar en profundidad en el análisis de fiabi-

**Tabla 3. Media y desviación típica de los valores de satisfacción global y con las tres dimensiones. Andalucía, 1989**

	Centro salud (n=400)	Ambulatorios (n=190)	Consultorios (n=170)	Significación
Satisfacción global	62,4±7,7	58,2±8,4	60,6±7,3	p<0,001
Cualidades personales	22,6±3,3	21,1±3,7	21,1±3,4	p<0,001
Competencia profesional	20,2±3,3	19,4±3,4	19,5±3,2	NS
Accesibilidad	19,6±3,5	17,6±3,6	20,2±2,8	p<0,001

**Tabla 4. Correlación de variables cuantitativas del usuario con la satisfacción global y sus dimensiones en centros de salud y en ambulatorios y consultorios. Andalucía, 1989**

Variable		Cualidades personales	Competencia profesional	Accesibilidad	Satisfacción global
Satisfacción vital	CS	NS	+	+	+
	A-C	NS	NS	+	+
Edad	CS	*	*	*	*
	A-C	*	*	*	*
Frecuencia asistencia	CS	+	+	+	+
	A-C	+	+	NS	+
Continuidad	CS	NS	NS	NS	NS
	A-C	+	*	*	*
Accesibilidad	CS	NS	NS	+	+
	A-C	NS	NS	*	+

+ 0,001 &lt; p &lt; 0,1

\* p &lt; 0,001

lidad de la escala de satisfacción, diremos que todos los coeficientes de correlación (item-item, item-escala e item-dimensión), tuvieron valores significativamente distintos de cero. El  $\alpha$  de Cronbach osciló entre 0,58 y 0,73 según la dimensión. La técnica de Edwards confirmó la capacidad discriminativa de todos los ítems.

En la muestra de usuarios (860), la edad media fue 47,7 ( $\pm$  16,87) años; las mujeres (66,3%) eran el doble que los hombres; el 63% no tenían estudios o solo tenían estudios primarios; el 77,8% eran trabajadores cualificados y semicualificados; el 37,1% eran amas de casa, el 20,1% jubilados y el 29,8% estaban trabajando. La frecuencia de asistencia en los tres últimos meses fue de 4,7 ( $\pm$  5,18) visitas; la continuidad con la asistencia médica fue de 48,5 ( $\pm$  45,65) meses; y la accesibilidad geográfica de 12,3 ( $\pm$  9,58) minutos.

En la muestra de médicos el 32,3% eran médicos de familia y el 11% de otra especialidad; la edad media fue 42,77 ( $\pm$  11,43) años; los hombres eran el 67,4%; el número de enfermos al día era de 55,92 ( $\pm$  25,8); el 50% de los médicos utilizaban historias clínicas.

En la muestra de centros de atención primaria (CS y A-C) el tiempo de espera medio era de 40 ( $\pm$

34) minutos; el tiempo de consulta por enfermo era de 3,7 ( $\pm$  2,3) minutos; la media de cartillas por institución era casi de 13.000; y de 12 tipos de servicios estudiados, la media de ofertados por las instituciones estudiadas fue 5,8 ( $\pm$  3,4).

Comparando las muestras de usuarios de CS y A-C existieron diferencias en el nivel cultural y en el nivel socio-económico, que eran más bajas entre los usuarios de CS. La accesibilidad era mejor para los usuarios de CS y la continuidad menor.

Ambas muestras de médicos (CS y A-C) diferían en edad, siendo más jóvenes los de CS. El número de enfermos al día era menos de la mitad en CS (32,2) que en A-C; para satisfacción y tensión en el trabajo no se alcanzaron diferencias significativas, aunque ambas eran superiores en los médicos de los CS; las médicas eran el doble en CS (45%) que en A-C; así mismo la proporción de médicos que usaban historia clínica en CS (95%) era significativamente superior a la de A-C (15%). El 82,6% de los médicos de A-C no tenían ninguna especialidad, mientras que el 70% de los médicos de CS eran especialistas en medicina familiar.

En las dos muestras por separado de CS y A-C, el tiempo de consulta por enfermo era de 6,2 y 2,2

**Tabla 5. Comparación de medidas de variables cualitativas del usuario con la satisfacción global y sus dimensiones en centros de salud y en ambulatorios y consultorios. Andalucía, 1989**

Variable		Cualidades personales	Competencia profesional	Accesibilidad	Satisfacción global
Sexo	CS	NS	NS	NS	NS
	A-C	NS	NS	NS	NS
Estado civil	CS	*	NS	NS	+
	A-C	*	*	*	*
Nivel cultural	CS	+	+	NS	+
	A-C	*	*	*	*
Nivel socio-económico	CS	*	NS	NS	NS
	A-C	NS	NS	NS	NS
Situación laboral	CS	NS	+	+	*
	A-C	*	*	*	*

+ 0,001 < p < 0,1

\* p < 0,001

**Tabla 6. Correlación de variables cuantitativas del médico con la satisfacción global del usuario y sus dimensiones en centros de salud y en ambulatorios y consultorios. Andalucía, 1989**

Variable		Cualidades personales	Competencia profesional	Accesibilidad	Satisfacción global
Edad	CS	+	NS	NS	NS
	A-C	NS	NS	+	NS
Cita enfermos	CS	NS	NS	+	+
	A-C	NS	NS	NS	NS
Tiempo práctica	CS	+	NS	NS	NS
	A-C	NS	NS	+	NS
Nº enfermos/día	CS	+	+	*	*
	A-C	NS	+	*	+
Satisfacción en el trabajo	CS	+	+	+	*
	A-C	+	NS	NS	NS
Tensión en el trabajo	CS	+	+	*	+
	A-C	NS	NS	+	NS

+ 0,001 < p < 0,1

\* p < 0,001

minutos respectivamente; la relación entre número de cartillas y número de recursos humanos (variable denominada *pacre*, en nuestro estudio) era de 350 en CS y de 538 en A-C; y el número de servicios ofertados por CS fue de 9,2 mientras que en A-C fue de 3,7.

La satisfacción de los usuarios fue superior en los CS que en los A ( $p < 0,001$ ) y que en los C ( $p < 0,01$ ). También fue mayor en los C que en los A ( $p < 0,01$ ) ( $F_{exp} = 17,18$ ;  $g.l. = 2,857$ ). Para la dimensión de cualidades personales la satisfacción de los usua-

rios fue superior en CS que en A ( $p < 0,001$ ) y que en C ( $p < 0,001$ ) no existiendo diferencia entre A y C ( $F_{exp} = 19,49$ ;  $g.l. = 2,857$ ). Con respecto a la dimensión de competencia profesional no aparecían diferencias en los tres tipos de organización estudiada ( $F_{exp} = 6,61$ ;  $g.l. = 2,857$ ). Por último por la dimensión de accesibilidad, la satisfacción de los usuarios fue igual para CS y para C, sin embargo fue superior para CS que para A ( $p < 0,001$ ) y para C que para A ( $p < 0,001$ ) ( $F_{exp} = 27,28$ ;  $g.l. = 2,857$ ) (tabla 3).

**Tabla 7. Comparación de medidas de variables cualitativas del médico con la satisfacción global y sus dimensiones, en centros de salud y en ambulatorios y consultorios. Andalucía, 1989.**

Variable		Cualidades personales	Competencia profesional	Accesibilidad	Satisfacción global
Sexo	CS	+	+	NS	+
	A-C	NS	NS	NS	NS
Uso historia clínica	CS	*	*	+	*
	A-C	*	*	NS	+
Especialidad	CS	NS	NS	*	+
	A-C	NS	+	NS	NS

+ 0,001 < p < 0,1

\* p < 0,001

Estas diferencias en la satisfacción encontradas en el análisis univariado, se mantuvieron al controlar, mediante una regresión múltiple, las diferentes distribuciones de las variables nivel cultural y nivel socio-económico entre los usuarios de CS y de A-C. Los resultados de este estudio de regresión se han comunicado en lugar aparte.

Al analizar las variables del usuario que se relacionan con la satisfacción del mismo con los servicios (tabla 4) se ve que la edad es la variable que lo hace con más fuerza y positivamente siendo los coeficientes más elevados en A-C. La frecuencia de asistencia se asocia positivamente de forma significativa con la satisfacción global solo en CS. En A-C la continuidad guarda una correlación positiva con la satisfacción y sus dimensiones.

En cuanto a las variables cualitativas del usuario (tabla 5) cabe destacar que existen, como ocurría con las cuantitativas, relaciones más fuertes y más frecuentes entre las mismas y la satisfacción de los usuarios de A-C que de CS. Los solteros, los del nivel cultural alto, los de clase social alta y los que trabajan frente a jubilados y amas de casa son los menos satisfechos.

Respecto a las variables de médico y su relación con la satisfacción del usuario (tabla 6), cabe destacar que la edad del médico, si él mismo se cita enfermos, y su tiempo de práctica no tienen una relación estadísticamente significativa con la satisfacción del usuario, pero en los tres casos los coeficientes son negativos. El número de enfermos al día se relaciona negativamente con la satisfacción y de forma significativa con la dimensión de accesibilidad. Tanto la satisfacción en el trabajo de los médicos como la tensión laboral de los mismos dan coeficientes mayores en su relación con la satisfacción del usuario en CS, siendo éstos positivos.

En la tabla 7 se aprecia que, si el médico usa o no historia clínica se relaciona fuertemente con la satis-

facción con las cualidades personales y la competencia profesional, tanto en CS como en A-C. Las diferencias de satisfacción cuando el médico es especialista solo llegan a ser significativas con la dimensión de accesibilidad en CS.

En relación a la organización (Tabla 8) se observa que entre las dimensiones del clima organizacional, la cohesión y la cooperación dan una relación significativa y positiva solo con la dimensión de accesibilidad en CS. El tiempo de espera da coeficientes elevados y negativos con la dimensión de accesibilidad y con la satisfacción global. El tiempo de consulta por enfermo se acerca a la significación con un coeficiente en CS y A-c.

El número de cartillas influye con coeficiente negativo en la satisfacción y con más fuerza en A-C. La Pacre lo hace de igual modo pero alcanzando la significación solo en CS. El número de servicios que oferta la institución se correlacionan significativamente con la dimensión de accesibilidad, siendo de signo positivo con CS y negativo con A-C.

## Discusión

El estudio se ha centrado en médicos y usuarios de los servicios de atención primaria de tres ciudades andaluzas, por lo que es razonable pensar que las conclusiones son aplicables al ámbito urbano y no al rural, ya que son muy importantes las diferencias entre ambos medios asistenciales.

El instrumento diseñado para medir la satisfacción de los usuarios puede ser considerado suficientemente fiable en cuanto a la homogeneidad de la escala y subescalas y los coeficientes  $\alpha$  de Cronbach se encuentran dentro de los márgenes aceptados en la literatura<sup>31-34</sup>.

Las variables elegidas lo han sido por dos moti-

**Tabla 8. Correlación de variables cuantitativas de la organización con la satisfacción global y sus dimensiones en centros de salud y en ambulatorios y consultorios. Andalucía, 1989**

Variable		Cualidades personales	Competencia profesional	Accesibilidad	Satisfacción global
Cohesión	CS	NS	NS	*	NS
	A-C	NS	NS	+	NS
Cooperación	CS	+	+	*	NS
	A-C	NS	NS	+	NS
Vida social	CS	NS	NS	+	+
	A-C	NS	NS	NS	NS
Tiempo de espera	CS	NS	NS	*	*
	A-C	NS	+	*	*
Tiempo consulta/enf.	CS	+	NS	NS	NS
	A-C	+	NS	NS	NS
Recursos humanos	CS	NS	+	NS	NS
	A-C	NS	NS	+	NS
Nº cartillas	CS	+	+	NS	+
	A-C	*	+	+	*
Pacre	CS	*	*	+	*
	A-C	NS	NS	NS	NS
Nº servicios	CS	NS	NS	*	+
	A-C	NS	NS	*	+

+ 0,001 < p < 0,1

\* p < 0,001

vos, el primero es su aparición en la bibliografía como variables asociadas en mayor o menor grado con la satisfacción del usuario, esta consideración afecta fundamentalmente a las variables del usuario y a algunas del médico y la organización. En segundo lugar realizamos una Técnica de Grupo Nominal con la participación de ocho expertos en atención primaria, con el objeto de identificar una serie de características de la organización que diferenciarán a los dos modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía (CS y A-C) y que pudieran influir en la satisfacción del usuario; la aplicación de dicha Técnica dio como resultado un listado de variables que fueron introducidas en el estudio cuando su recogida resultó viable.

A la hora de interpretar la información descriptiva debe tenerse en cuenta que es una muestra de usuarios y no de población, lo que explica que la proporción de mujeres sea el doble que la de hombres<sup>35</sup>; a la alta frecuencia de asistencia, ya que es más probable que formen parte de la muestra hiperutilizadores que frecuentadores normales. No obstante estas características de los usuarios actúan de igual modo entre los diferentes centros<sup>36</sup>.

Los usuarios de CS se diferencian de los de A-C en el nivel cultural y en socio-económico, lo que no es de extrañar al haberse desarrollado la reforma de la asistencia primaria fundamentalmente en los ámbitos urbanos previamente peor dotados de recursos sanitarios, que eran las barriadas suburbanas de las ciudades andaluzas. Este aspecto nos obliga a controlar dichas variables ya que en nuestro estudio la satisfacción de los usuarios aumenta conforme desciende el nivel cultural y el socio-económico.

Las muestras de médicos son diferentes en ambos modelos asistenciales, consecuencia buscada por el propio proceso de reforma. También son diferentes el tiempo de consulta por paciente, la utilización o no de historia clínica y el número de servicios que ofrece el establecimiento sanitario, aspectos todos ellos expresión de los esfuerzos que tiene planteados el nuevo modelo asistencial.

El resultado más importante de nuestro estudio ha sido encontrar una mayor satisfacción entre los usuarios de CS que entre los de A y C, resultado que se mantiene al controlar las variables que diferencian a ambas muestras de usuarios mediante un modelo de regresión múltiple. Este mismo resultado

se ha producido en otros estudios realizados en nuestro país<sup>37,38</sup>.

El tipo de variables que están relacionados con la satisfacción de los usuarios son diferentes en los A-C que en los CS. En los A-C son fundamentalmente variables del usuario (y que son no modificables), mientras que en el caso de los CS se identifican muchas variables modificables, como son el uso o no de historias clínicas, la satisfacción en el trabajo de los médicos, la frecuencia de asistencia, etc., que están más fuertemente asociadas con la satisfacción de los pacientes.

Muchas de estas variables podrían ser objeto de estudios específicos, utilizando sobre todo di-

seños de tipo longitudinal que son más consistentes para valorar las asociaciones. Llama la atención de forma especial la asociación entre el género del médico y la satisfacción de los usuarios, lo cual puede ser origen también de estudios subsiguientes..

En conclusión, los CS parecen ser organizaciones sanitarias que generan mayor satisfacción en los usuarios que el modelo tradicional de A-C, y las variables que están asociadas más fuertemente en los primeros podrían ser gestionadas o modificadas, con lo que probablemente se seguiría aumentando la satisfacción de los usuarios en el nuevo modelo asistencial.

#### Anexo: Cuestionario de Satisfacción del Usuario

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El médico se toma interés por lo que el enfermo cuenta					
2. El médico siempre acierta con la enfermedad del enfermo					
3. La consulta del médico queda cerca de mi domicilio					
4. El enfermo recibe poca información sobre su estado de salud					
5. Muchos médicos recetan medicinas que el enfermo no necesita					
6. La sala de espera de la consulta es cómoda y agradable					
7. Las explicaciones del médico no son claras ni comprensibles					
8. Los médicos se equivocan a menudo					
9. El horario de consulta del médico debería ser más flexible					
10. El médico es amable y respetuoso con los enfermos					
11. Los médicos de hoy en día están bien preparados					
12. El tiempo de espera antes de entrar en la consulta es demasiado largo					
13. Los médicos no dejan al enfermo explicar lo que pasa					
14. En casos de urgencia siempre hay médicos disponibles					
15. El médico pone mucho cuidado en examinar al enfermo					
16. Los enfermos se curan mejor si el médico es cariñoso					
17. Las consultas son tan pequeñas que cuesta moverse en ellas					
18. Los médicos nunca reconocen que no saben lo que tiene el enfermo					

La dimensión de Competencia profesional está medida mediante las preguntas 2,5,8,11,15, y 18 la de Cualidades personales con la 1,4,7,10,13, y 16; la Accesibilidad con la 3,6,9,12,14 y 17.

## Bibliografía

1. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol. I. Michigan: Health Administration Press, 1980.
2. Vuori HV. *Valoración de la calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología*. Ginebra: WHO Public Health in Europe. nQ L6. 1982.
3. Howell JR, Osterweis M, Huntley RR. Curing and caring. A proposed method for self-assessment in primary care organizations. *J Commun Health* 1976; 4: 56-7.
4. Ware JE, Davies AR. Patients' perspectives on the quality of medical care. *J Fam Pract* 1988; 26: 489-90.
5. Fleming GU. Hospital structure and consumer satisfaction. *Health Sev Res* 1981; 16: 43-63.
6. Suñol R, Pacheco MV, Delgado R et al. El estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los programas de control de calidad. *Control de Calidad asistencial*, 1987; 2: 15-22.
7. OMS. *The principles of quality assurance*. Barcelona: EURO Reports and Studies. n° 94. 1983.
8. Linder Pelz. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16: 577-82.
9. Chester SA, Warren SE, Wolley FR. A comparison of family practice clinics and free-standing emergency centers: organizational characteristics, process of care and patient satisfaction. *J Fam Pract* 1986; 23: 377-82.
10. Dutton DB, Gomby D, Fowles J. Satisfaction with children's medical care in six different ambulatory settings. *Med Care* 1985; 23: 894-912.
11. Greenley JR, Schoenherr RA. Organization effects on client satisfaction with humaneness of service. *J Health Soc Behav* 1981; 22: 2-18.
12. Linn LS, Cope DW, Leake B. The effect on gender and training of residents on satisfaction rating by patients. *J Med Educ* 1984; 59: 964-6.
13. Linn LS, Brook RH, Clark VA, et al. Physician and patient satisfaction as factors related to the organization medicine groups practices. *Med Care* 1985; 23: 1171-8.
14. Ross CE, Mirowsky J, Duff RS. Physician status characteristics and client satisfaction in two types of medical practice. *J Health Soc Behav* 1982; 23: 317-29.
15. Weisman CS, Nathanson CA. Professional satisfaction and client outcomes. A comparative organizational analysis. *Med Care* 1985; 23: 1179-92.
16. Fincham SE, Wertheimer AI. Predictors of patients satisfaction in a Health Maintenance organization. *J Health Care Marketing* 1986; 6: 5-11.
17. Kisker EE. The effectiveness of family planning clinics in serving adolescents. *Family Planing Perspectives* 1984; 16: 212-8.
18. Krol RA, Nordlund DJ. Patient-satisfaction data and resident' physician-patient skills. *J Fam Pract* 1983; 17: 144-9.
19. Mateos C, Criado A, Martínez J. Análisis del grado de satisfacción de la población atendida en el centro de salud Huerta de la Reina de Córdoba. *Atención Primaria* 1988; 5: 192-6.
20. Rodríguez Legido C. *Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica*. Junta de Andalucía: Serie monográfica 2. 1984.
21. Pascoe GC, Aitkisson C. The evaluating ranking scale. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 335-47.
22. Roberts RE, Attkisson CC. Assessing client satisfaction among hispanics. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 401-13.
23. López-Fernández LA, Sánchez Cantalejo E, Calzas A, Siles D, Sevilla E, Oleaga I. Elaboración de un cuestionario para el estudio del clima organizacional de los centros de salud. *Atención Primaria* 1988; 5: 531-5.
24. Aranaz J, Mira JJ, Rodríguez J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad de los hospitales. *Todo Hospital* 1988; 47: 53-60.
25. Instituto Nacional de Estadística. *Padrón municipal de habitantes*. Madrid 1988.
26. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la «Clase social» basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria* 1989; 3: 320-6.
27. Hulka BS, Kupper LL, Daly MB, Cassel JC, Schoen F. Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: a community perspective. *Med Care* 1975; 8: 648-58.
28. Hulka BS, Zyzanski SJ. Validation of a patient satisfaction scale. Theory, methods and practice. *Med Care* 1982; 6: 649-53.
29. Cronbach LS. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
30. Briones G. *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. Trillas, México. 1982. cap 12.
31. Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behav Med* 1986; 9: 389-99.
32. Zimmerman RS. The dental appointment and patient behavior. Differences in patient and practitioners preferences, patient satisfaction and adherence. *Med Care* 1988; 26: 401-14.
33. Chapko MK, Berguer M, Green K et al. Development and validation of a measure of dental patient satisfaction. *Med Care* 1985; 23: 39-49.
34. Whorton JW, Moore AB. Summative scale for measuring community satisfaction. *Social indicators research* 1984; 3: 297-307.
35. Fitzpatrick R, Hoprons A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness* 1983; 5: 297-311.
36. Murray JP. A comparison of patient satisfaction among prepaid and free-for service patients. *J Fam Pract* 1987; 24: 203-7.
37. Bretones J, Sánchez JE. Construcción y validación de una muestra de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Atención Primaria* 1987; 6: 312-6.
38. García Sánchez I. Enhance access to primary health assistance: motive of creater patients' satisfaction? London. School of Higyene and Tropical Medicine MSC Community Medicine. 1987.

