

Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda

M. Hernán García^a, J.L. Gutiérrez Cuadra^a, C. Lineros González^b, C. Ruiz Barbosa^b y A. Rabadán Asensio^b

Objetivo. Conocer la opinión de los profesionales de los centros de salud (CS) sobre las dimensiones de la calidad que afectan a la satisfacción de los usuarios.

Diseño. Estudio transversal mediante grupos focales (GF).

Emplazamiento. CS de la Bahía de Cádiz y La Janda (BCJ).

Participantes. Se realizaron cuatro GF con personal de los CS. GF1: médicos; GF2: servicios de atención al usuario; GF3: trabajadores sociales; GF4: enfermeras. La selección de los segmentos se realizó según las funciones desempeñadas en el CS.

Método. El análisis se hizo según variables del modelo SERCAL de opinión sobre la calidad del servicio: accesible, confortable, personalizado, garantía y fidelidad. Se utilizó el programa NUDIST, versión N-Vivo.

Resultados. Todas las dimensiones del modelo teórico han sido identificadas por los profesionales como constructoras de la percepción que el usuario tiene de la calidad del servicio. Las visiones de usuarios y profesionales se contraponen y se complementan, generando un modelo susceptible de validación. El acceso, el trato y la solución del problema son variables clave.

Conclusiones. La opinión de los profesionales proporciona información para mejorar el modelo de calidad predefinido.

Es necesario estudiar las diferencias en la opinión entre usuarios y profesionales según los valores e intereses de estos colectivos y el contexto de la atención.

Los profesionales identifican la accesibilidad, el trato y la solución del problema como características que influyen en la opinión que tiene el usuario sobre la calidad del CS.

Palabras clave: Calidad percibida. Satisfacción. Investigación cualitativa. Profesionales.

PATIENTS AND QUALITY OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES. SURVEY OF PRACTITIONERS AT THE BAHÍA DE CÁDIZ AND LA JANDA HEALTH CENTERS

Aim. To report the opinions of practitioners at health centers on dimensions of quality that affect user satisfaction.

Design. Cross-sectional study of focus groups (FG).

Setting. Bahía de Cádiz and La Janda health centers in southwestern Spain.

Participants. We studied 4 FG whose participants were staff members of the two health centers: FG1, physicians; FG2, user satisfaction service staff; FG3, social workers; FG4, nurses. The groups were based on the different functions of staff at the two centers.

Method. The analysis was based on variables in the SERCAL model (an adaptation of the SERVQUAL model for the Spanish health care system) of opinions regarding service quality: access, comfort (tangibles), personalized service (courtesy), competence, and loyalty. The data were analyzed with version N-Vivo of the NUDIST program.

Results. All dimensions of the theoretical model were identified by practitioners as constructs of users' perceptions of service quality. Users' and practitioners' views contrasted with and complemented each other to generate a model that could be validated. Access, personalized service and problem-solving (responsiveness) were key variables.

Conclusions. Practitioners' opinions provided information of use in improving the quality model. Differences in opinion between users and practitioners merit further study based on an understanding of these groups' values and interests, and on the care provision context. Practitioners identified access, personalized service and problem-solving as features that influenced users' opinions of the quality of the health center.

Key words: Perceived quality. Satisfaction. Qualitative research. Practitioners.

English version available at

www.atencionprimaria.com/49.938

A este artículo sigue
un comentario editorial
(pág. 433)

^aEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

^bDistrito Sanitario de la Bahía de Cádiz y La Janda. Cádiz. España.

Correspondencia:
Mariano Hernán García.
Escuela Andaluza de Salud Pública.
Campus Universitario de la Cartuja.
Apdo. de Correos 2070. 18080
Granada. España.
Correo electrónico:
mhernan@easp.es

Esta investigación forma parte
del estudio financiado por el
Fondo de Investigación Sanitaria
n.º 210559900.

Manuscrito aceptado para su
publicación el 27-II-2002.

Introducción

La evaluación de la calidad del servicio y la identificación de los factores críticos determinantes de la satisfacción del usuario son retos de las políticas de orientación hacia el cliente de los servicios de atención primaria de salud (APS)^{1,2}. Los problemas inherentes a la identificación de los atributos de la calidad y la valoración de los servicios desde la perspectiva del usuario se han convertido en un tema de interés para los profesionales, los gestores, los políticos y también para los investigadores³. En la actualidad en el sector sanitario se están experimentando diversos enfoques metodológicos y modelos que explican la calidad del servicio desde la perspectiva del usuario⁴⁻⁶.

Varios autores^{7,8} han descubierto que para el usuario la calidad del servicio no son las acciones y las conductas por sí mismas, sino la manera subjetiva en que éste las percibe e interpreta. La complejidad de medir la calidad del servicio es evidente si tenemos en cuenta su intangibilidad, heterogeneidad y la imposibilidad de separar el momento de la producción y del consumo⁷⁻⁹. Durante los últimos años han aparecido múltiples instrumentos a través de los cuales se intenta medir la satisfacción del paciente como factor fundamental que debe formar parte de los resultados de la asistencia sanitaria^{10,11}. Ésta es una tarea que no está exenta de problemas, como por ejemplo la dificultad para diferenciar entre el proceso de cuidados (el servicio) y sus resultados¹².

Tradicionalmente los estudios para medir la calidad percibida de un servicio se han llevado a cabo a partir del análisis del grado de satisfacción de los usuarios, evolucionando desde los cuestionarios más simples hasta estudios factoriales con una importante base estadística¹²⁻¹⁴. La metodología cualitativa busca una mayor profundización en el fenómeno y en la interpretación de la opinión sobre la calidad.

Entre los instrumentos utilizados en la última década para medir la calidad se encuentra el modelo SERVQUAL¹⁵, que se basa en una definición de la calidad como la diferencia que existe entre las expectativas y la percepción del usuario.

Una de las adaptaciones de este modelo al ámbito de la salud es SERCAL^{4,6}, resultado de distintas investigaciones centradas en evaluar la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios sanitarios y construido a partir de una metodología combinada cualitativa y cuantitativa. Los factores que se valoran de la calidad según SERCAL son *el acceso, el confort, la personalización y la garantía* que se ofrece al paciente, así como *la fidelidad* con el centro sanitario.

Es imprescindible partir de esta visión del paciente para conocer su opinión sobre el servicio, pero no parece posible mejorar la calidad de la atención sin la

participación de los profesionales. Algunos autores^{8,16} consideran que la satisfacción del paciente se apoya en la satisfacción del profesional y en su concepción sobre la calidad del servicio como proveedor del mismo. Una organización no sólo ha de tener en cuenta el grado en el que los intereses de los usuarios han sido atendidos. Si desea mejorar debe también servir a los intereses de los profesionales¹⁷. Bajo esa perspectiva se podría definir la calidad en términos de las decisiones y conductas de los profesionales que se espera que rindan los mayores beneficios para los pacientes.

Por tanto, es de gran interés ver cómo los profesionales perciben los beneficios de la atención y qué acciones consideran que contribuyen a que los pacientes perciban mejor los servicios de APS. De esta manera, relacionar la visión de los usuarios y la perspectiva de los profesionales sobre la calidad puede ser crucial para diseñar los procesos de atención y mejorar sus resultados.

El objetivo del presente trabajo es conocer la opinión de los profesionales sobre la calidad de los servicios de APS. También se pretende confirmar en qué medida las dimensiones definidas en el modelo SERCAL aparecen en la información obtenida.

Métodos

Estudio transversal en el que se utiliza una metodología cualitativa que busca profundizar en la opinión de los profesionales de los centros de salud (CS).

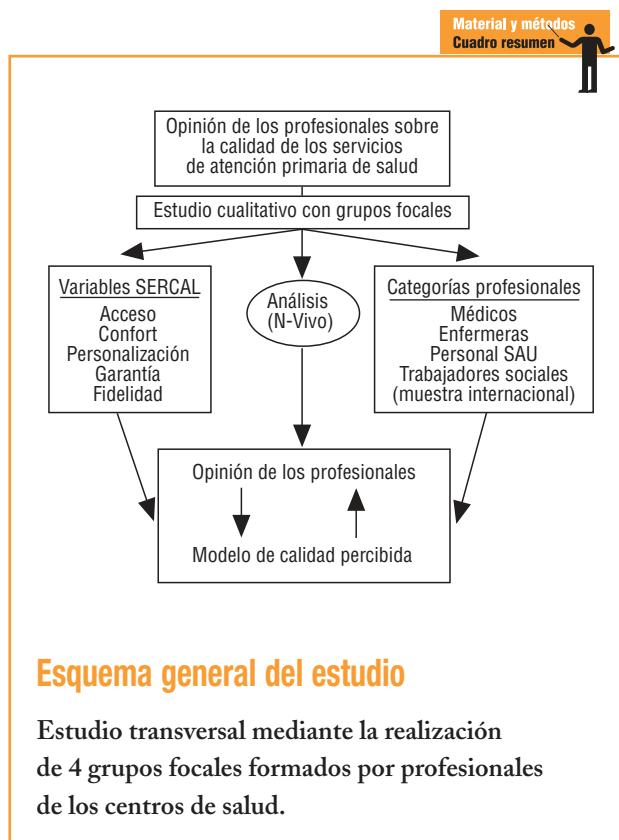
El ámbito de estudio es el de los CS de la Bahía de Cádiz y La Janda.

La información se obtuvo por medio de la técnica de grupos focales (GF), que se fundamenta en la llamada teoría de la profundización¹⁸. Se desarrollaron reuniones con segmentos profesionales, seleccionados de forma intencional, según perfiles homogéneos. La selección de los participantes se realizó atendiendo a las funciones que éstos desempeñan en relación con el usuario en su CS, captando la opinión de todos los perfiles profesionales y la diversidad de perspectivas y visiones sobre la calidad percibida por los usuarios. Se realizaron cuatro grupos focales:

- *Grupo 1*: médicos de familia y pediatras de todos los CS.
- *Grupo 2*: personal del servicio de atención al usuario (SAU), formado por auxiliares de enfermería, celadores y auxiliares administrativos.
- *Grupo 3*: trabajadores sociales.
- *Grupo 4*: enfermeras.

Durante la reunión se desarrolló un guión fijado previamente según las dimensiones del modelo (tabla 1) dotado de la flexibilidad interna suficiente para explorar nuevos aspectos y dimensiones del asunto y respetando las opciones y los términos utilizados por los participantes.

Se buscó la relación entre el modelo y tres tipos de preguntas: ¿Cuál es la visión que tienen los profesionales sobre lo que el paciente percibe como calidad?; ¿cuál es la opinión de los profesionales sobre la calidad del servicio en cada uno de sus CS?; y ¿cuá-



Esquema general del estudio

Estudio transversal mediante la realización de 4 grupos focales formados por profesionales de los centros de salud.

les son los factores que los profesionales consideran más importantes para definir un servicio de calidad pensando en el usuario? La información se analizó utilizando el programa N-Vivo¹⁹, asistente para el análisis de datos cualitativos. Este programa reúne las características y las aplicaciones necesarias para facilitar y sistematizar el análisis de textos, porque se puede aplicar inicialmente para identificar las categorías discursivas en los datos y, posteriormente, para explorar las combinaciones existentes entre ellas, por medio de nodos se facilita la identificación de los elementos textuales redundantes.

La verificación de la redundancia y la obtención de saturación se garantizó por medio del análisis cruzado de la información por

más de un investigador. También se contrastó la información por medio de la selección de elementos redundantes intra e intergrupos.

Resultados

Sobre la accesibilidad del servicio (tabla 2)

El acceso al servicio es una de las dimensiones que los profesionales consultados consideran más importantes para ofrecer un servicio de calidad y sobre las que el acuerdo acerca de su influencia en la percepción del usuario es más notable.

Según los profesionales, los usuarios valoran positivamente la rapidez para acceder al sistema, que se identifica como una característica de la calidad del servicio y que conforma una buena imagen del centro.

Además, los profesionales consideran que existe una percepción diferente de los tiempos de espera según: *a)* que el CS esté ubicado en una zona rural o en una zona urbana; *b)* el motivo por el que se acude al CS, y *c)* el ámbito asistencial implicado en el acto sanitario. Entienden que la valoración de la accesibilidad está relacionada con la concepción que tiene el usuario sobre las funciones que realizan ciertos profesionales (personal de atención al usuario) y las consideran una traba y un freno a su interés principal como paciente, que es ver a su médico.

Los profesionales también identifican que el *acceso telefónico* genera quejas y valoraciones negativas por parte de los usuarios, que son identificadas por los profesionales del SAU como una fuente de tensión y problemas que llegan a afectar a sus condiciones de trabajo, además de ser motivo de enfrentamientos con los usuarios.

Respecto a los *asuntos de trámites*, los profesionales consultados se refieren a la desorientación y falta de coordinación: «ir de un sitio a otro» o que «le hagan dar vueltas».

La agilidad y la rapidez de los trámites y papeleos es uno de los aspectos en los que los profesionales identifican que se debe mejorar; relacionan el exceso de burocracia con la

TABLA 1 Componentes (SERCAL) de calidad del servicio del centro de salud

Servicio accesible

Accesibilidad por transporte público, teléfono, asuntos de trámites y tiempo que tardan en atenderle

Servicio confortable

Comodidad y aspecto del edificio e instalaciones

Servicio personalizado

Disposición de escucha del personal, del centro de salud, amabilidad y coordinación entre servicios y profesionales

Servicio de garantía

Competencia de los profesionales, confianza en el centro de salud, uso de tecnologías y comprensión de la información que proporcionan los médicos

Fidelidad hacia el servicio

TABLA
2

Opinión de los profesionales sobre la calidad de un servicio accesible

Esperas	«Yo creo que la gente valora mucho la rapidez, es decir, que no haya demora» (grupo enfermería)
	«Pero siempre que se hagan las cosas de acuerdo con lo que ellos esperan y dentro de los plazos que ellos creen que son normales, se produce la satisfacción por el servicio recibido» (grupo médicos)
	«Acceder rápidamente al sistema, me da igual lo que sea, me da igual la pijada que sea. Ésa es la calidad» (Grupo servicio de atención al usuario)
Acceso telefónico	«El teléfono es un problema que genera cantidad de... no reclamaciones porque no llegan al punto de reclamar, pero de pegas que tú les ves que se quejan, que es que eso es la orden del día, vamos, lo del teléfono es la orden del día» (grupo servicio de atención al usuario)
	«Lo que más se suele quejar la gente es por el teléfono» (grupo médicos)
Horarios	«Yo he sido usuaria de otro centro con mi hija y veo fatal los horarios tan cuadruplicados. El control del niño sano a las 8:30 h de la mañana. Una madre, o yo seré muy torpe, para poder estar a las 8:30 h de la mañana en el pediatra, se tiene que levantar a las 7:00 h o antes para tener al niño preparado, comida» (grupo trabajadores sociales)
	«Es decir, nosotros, no por nuestra culpa, porque como tenemos que hacer niño sano, electro, vacuna, sacar sangre y todo. Todo está estructurado en horario, pero es que no es un horario adecuado» (grupo enfermería)
	«Yo, la imagen que tengo siempre es que el usuario, o creo como usuario, que el horario está puesto para los profesionales, no para el usuario, ésta es la imagen que yo tengo como usuario» (grupo enfermería)
Trámites	«Muchas veces el usuario tiene la sensación de que entra y entra, no al centro de salud "X", sino que entra en un sistema que no sabe cómo va a salir y además no sabe... como alguien le diga: pues usted tiene que hacerse esto... ¡uy!, pues ya se perdió por completo, se descontroló» (grupo trabajadores sociales)
	«Yo creo que tener al usuario como una pelotita de aquí para allá dentro del mismo centro, eso es desastroso para ellos» (grupo enfermería)

falta de coordinación entre los profesionales y los servicios. También opinan que la falta de formación de los profesionales, sobre todo en el uso de nuevas tecnologías, repercute en el incremento de los trámites y, en muchas ocasiones, «taponan» el sistema.

La espera para ser atendido, tanto para conseguir cita previa, como las colas en el CS, el tiempo en la sala de espera o las demoras en atender el teléfono proporcionan percepciones negativas respecto a la calidad del servicio ofrecido. Por otro lado, cuando el usuario se encuentra con cualidades como la iniciativa, la responsabilidad y el interés del profesional con respecto al problema que le afecta, la percepción de calidad se incrementa.

Sobre el confort del servicio (tabla 3)

Esta dimensión se encuentra estrechamente relacionada con la accesibilidad del centro. En opinión de los profesionales, *el aspecto exterior e interior* de los centros y la accesibilidad conforman la primera imagen que el usuario tiene del CS y son esenciales para crear satisfacción y la imagen de calidad del CS.

Éstos opinan que las condiciones físicas y el confort son relevantes para los usuarios, ya que valoran tanto positiva

como negativamente, según el caso, el entorno físico que rodea a la atención. Los cambios que se producen en este sentido son manifiestamente agradecidos por los pacientes.

La *comodidad de las instalaciones* que afecta a las condiciones de trabajo y a la atención al usuario.

Sobre la personalización del servicio (tabla 4)

Con relación a la *amabilidad*, encontramos las mayores discrepancias entre los grupos. Es identificado en todos los grupos como integrante de la opinión del usuario sobre la calidad, pero interpretamos que la relevancia que se le adjudica difiere en función de la categoría profesional.

Los profesionales coinciden en que los avances conseguidos en este campo en los últimos tiempos son esenciales a la hora de ofrecer un servicio de calidad. Pero los médicos consultados mantienen que lo fundamental para el usuario es la solución a su problema. Según estos profesionales la calidad técnica es lo primordial en el servicio.

En los grupos de enfermeras y trabajadores sociales se destaca que la personalización es un componente central para la calidad. En este último grupo se pone énfasis en la im-

TABLA
3

Opinión de los profesionales sobre la calidad de un servicio confortable

Aspecto	«Todo eso envuelto en una imagen que tú ofreces, no solamente la que tú ofreces en tu propia consulta, sino la que ofrece el centro, si está limpio, si está recién pintado, si se cae eso, si las manchas de la pared estaban la otra vez que vine y está feísimas» (grupo médicos)
	«Ellos, cuando ven que han pintado o algún cambio te lo dicen "uy mira, que habéis puesto esto, mira qué bonito"» (grupo enfermería)
Comodidad	«En mi centro hay muchas personas preocupadas por un buen trato personal, pero si no creas un sistema anterior que facilite el acceso, que facilite con rapidez el que se llegue al centro, que sea cómodo, pues eso lo dificulta» (grupo trabajadores sociales)

**TABLA
4**

**Opinión de los profesionales sobre la calidad
de un servicio personalizado**

Personalización	<p>«En un centro de salud se sigue valorando solamente la calidad técnica pura y dura» (grupo médicos)</p> <p>«La gente perdonaba casi todo: perdonaba que el médico llegara tarde, perdonaba casi todos los problemas; lo que ya no perdonaba era la mala atención, el trato... No, o sea, por ahí ya no pasan, usted no me receta pero si me trata bien no hay problema» (grupo trabajadores sociales)</p> <p>«Cada vez hay más burocracia. La burocracia es otra cosa. Hemos pasado a los ordenadores. Los ordenadores, yo, en algunos aspectos, no veo que me agilicen el trabajo ni me lo resuelvan todo; lo contrario, encima es que no podemos mirar a la gente a la cara» (grupo enfermería)</p>
-----------------	--

portancia que otorga el usuario al trato que recibe del médico: «realmente lo que más se valora es la atención médica». La figura del médico ejerce el papel de agente principal de la calidad y tanto la calidad técnica como el trato son relevantes para los usuarios, y consideran que los aspectos relacionados con el trato al usuario mejorarían con estrategias de formación y la adaptación de las nuevas tecnologías.

Los profesionales identifican como «clientes» no sólo a los usuarios que llegan con un problema de salud, sino también a los acompañantes y a aquellos que son usuarios habituales, cuya principal razón de uso del centro es «pasar el rato». Opinan que lo más relevante para estos pa-

cientes será encontrar un ambiente amable y educado por su parte.

Sobre la garantía de los servicios (tabla 5)

En cuanto a la *coordinación entre profesionales y servicios*, los profesionales expresan que se trata de una dimensión vinculada a otras. La falta de coordinación es en parte responsable de las esperas y el exceso de papeleo, e influye de forma negativa en el trato.

La competencia profesional es un factor secundario a la hora de evaluar la calidad del servicio por el usuario. La capacidad científicotécnica se da por supuesta en el caso de los médicos: la competencia del médico está garantizada; el

**TABLA
5**

**Opinión de los profesionales sobre la calidad
de un servicio de garantía**

Coordinación profesionales y servicios	<p>«Por ejemplo, yo, como usuaria, llego a un sitio y hay dos celadores, que es más o menos lo normal. Si uno se dedica a dar citas por teléfono y otro a atender lo que llega al punto de información al usuario, eso también, digamos, no sé como decirlo, como delimitar más todavía el trabajo. O sea, como organización funciona muy bien, pero también al usuario lo marea en el sentido de que tú te pones a la cola y el otro te dice "no, yo nada más que al teléfono"» (grupo enfermería)</p> <p>«Es decir: ¿qué pasa en primaria?, que se rompe este sistema cuando derivas a un especialista y ya aunque tu atención sea buena el derivar a un especialista significa un tiempo..., otra vez entrar en un proceso burocrático que no siempre funciona bien, una tardanza; entonces esa descoordinación o esa falta de sintonía hace que la calidad se perciba como algo más negativo aunque tú lo hayas prestado bien» (grupo trabajadores sociales)</p>
Competencia	<p>«Yo tengo una placa, esa que pone matrona, y que precisamente hace 10 días asistí a un parto en el centro de salud y la gente me decía, hombre ha asistido un parto, a las horas y saben que soy matrona pero no te valoran, no te creen capaz» (grupo enfermería)</p> <p>«Y, sobre todo, los centros de salud de los pueblos, nos han dicho muchas veces los mismos enfermos jah, pero tú sabes hacer esto!» (grupo enfermería)</p> <p>«Somos los catetos de la sanidad» (grupo enfermería)</p>
Confianza en los profesionales	<p>«Eso los pacientes lo valoran más incluso que la calidad científicotécnica que tenga e incluso los medios que tenga. A un paciente le da igual que el espirómetro sea último modelo, lo que le sirve es quién le da el servicio» (grupo médicos)</p> <p>«Y ellos hablan de su médico, y su médico. Y hablan de su médico. Y su médico que no se lo toquen. Y su médico está hoy en un curso, y van y miran que no está su médico y se van» (grupo médicos)</p>
Confianza en el centro de salud	<p>«Pero, ¿por qué se quejan en el centro de salud y en el especialista no se quejan? Pues porque jamás se le ha dado esa calidad, nunca, nunca. Sin embargo, en el centro de salud, sí» (grupo trabajadores sociales)</p>
Tecnología	<p>«Es que realmente todo lo que es el montaje a nivel informático, por las características propias de la época, no ha ido en paralelo con la educación a la población y eso marca mucho y crea insatisfacción» (grupo trabajadores sociales)</p>
Solución del problema	<p>«Yo, particularmente, creo que el usuario cree que existe una buena calidad si cuando llegan demandando un servicio con un problema salen con él resuelto, en el mínimo tiempo posible, claro» (grupo trabajadores sociales)</p> <p>«El usuario únicamente está satisfecho cuando va a la consulta y el médico le receta la caja de aspirinas que él quiere, porque, a él, el llegar al celador o al administrativo solamente ve un freno que le ponen para él ver al médico» (grupo servicio de atención al usuario)</p> <p>«Y el grado de satisfacción me parece que depende de que quiere salir con su problema resuelto» (grupo médicos)</p> <p>«Pero es que el paciente va a solucionar primero el problema. Le da igual de la forma que sea, pero que se lo solucionen» (grupo servicio de atención al usuario)</p>

TABLA
6Fidelidad
con el servicio

Fidelidad	«Sí, pero eligiendo al personal» (grupo enfermería)
	«Yo, que vivo cerca del centro de salud, si un familiar tiene que ir al centro de salud donde yo estoy, le diría ve a tal persona» (grupo enfermería)
	«Yo estoy de acuerdo con ella, eligiendo al profesional» (grupo enfermería)
	«Yo no, ¿si no estuviera yo?, no. Estando yo le podría decir, mira vete por aquí o a ese médico en concreto que te va a atender» (grupo trabajadores sociales)

objetivo del usuario es que le resuelvan el problema. Por otro lado, los grupos de enfermeras y SAU consideran que su competencia está infravalorada por los usuarios, e incluso por otras categorías profesionales.

También *la confianza* que deposita el usuario en el profesional es considerada como un factor relevante de la calidad. Para los médicos es el aspecto más determinante de la percepción de la calidad y lo comparan con el resto de las categorías.

Los trabajadores sociales opinan que la calidad que ofrece el centro y los esfuerzos por alcanzarla son percibidos por el usuario, y esto provoca, por un lado, un sentimiento de confianza y seguridad que no encuentra en otros ámbitos sanitarios y, por otro, el aumento de su grado de exigencia, por lo que eleva las expectativas respecto al servicio.

Las opiniones acerca del *uso de la tecnología* se relacionan con la influencia negativa que ésta ejerce en otros aspectos que intervienen en la calidad del servicio. En muchas ocasiones suponen más trastornos para el usuario debido a la falta de formación para su utilización por parte de los profesionales o a la escasa complementariedad con métodos anteriores. Nos encontramos con opiniones (trabajadores sociales) que ponen el acento en la escasa formación de los profesionales para su uso, sobre todo en el caso de la informática.

En el grupo de médicos detectan el origen de estas deficiencias en la necesidad de formación de los profesionales del SAU y consideran que el paciente no pone en duda la competencia del médico.

En el caso de los profesionales del SAU destacan los problemas de coordinación entre su servicio y el médico. Se refieren a la función de filtro que realizan entre el paciente y la consulta. Manifiestan que, a pesar de considerar que son los que tienen un mayor conocimiento sobre la atención al usuario, sus opiniones no son tenidas en cuenta.

Las expresiones recogidas en el grupo de enfermeras sostienen que la competencia técnica de los profesionales que trabajan en los CS es, en su opinión, menos apreciada por los profesionales de otros servicios, como los hospitalarios. Éstas manifiestan que existe una visión general acerca de su competencia profesional definida por la escasa cualificación y una indeterminación de sus funciones. Expresan que esta concepción es debida a que «hacen de todo» y no se saben «vender» como profesionales. Creen que debe ha-

ber algún modo de identificarse como enfermeras, de forma que se las distinga del resto de los profesionales, crear un espacio profesional hasta ahora difuso.

Sobre la fidelidad con el servicio recibido (tabla 6)

Con relación a este componente los consultados expresan que sí recomendarían los servicios que ofrece su CS a un familiar o a un amigo. Pero en el caso de que pudieran elegir al profesional que les atendiese, por su amabilidad, su capacidad técnica o su capacidad de escucha, lo que da lugar a que el usuario deposite su confianza en él. Esto pone de manifiesto que lo determinante en la percepción del usuario respecto al servicio que recibe es la actitud y las características del profesional.

Discusión

El GF ayuda a recoger la información de forma extensa y en profundidad. Las limitaciones de esta técnica se corresponden con las de cualquier técnica cualitativa: se utilizan preguntas abiertas aplicables a interpretación o profundización en el *cómo* y el *por qué* de los fenómenos. El interés no es la medición²⁰.

En nuestro caso la segmentación empleada genera suficiente redundancia en los datos y permite alcanzar el grado de saturación necesario para emitir los resultados que se ofrecen como opinión del colectivo de profesionales de APS del ámbito. La información obtenida de cada perfil de participantes no es suficiente para generar resultados por estamentos, ya que se dispone de un grupo por cada segmento profesional, lo que sugiere que otros estudios podrían generar esos resultados a partir del incremento de los grupos según el estamento.

La utilización de un programa asistente como N-Vivo para el análisis de datos cualitativos permitió reducir y hacer más accesible la información disponible, relacionando y agrupando categorías. No obstante, como apuntan otros autores^{19,21}, el uso de estos programas ayuda en las tareas más laboriosas del análisis y tienen muchos beneficios potenciales, aunque es aconsejable alguna cautela en su utilización, ya que en muchos casos se produce un aumento del «poder» de la representatividad, confiriéndoles cierto carácter cuantitativo y de esta manera se alejan de los fundamentos mismos que sustentan una metodología cualitativa²¹.



Como demuestran diferentes estudios, existen diversos métodos para conocer la opinión de los usuarios, y desde cada uno de ellos se puede recoger información susceptible de ser comparada y contrastada^{22,23}. Posteriores estudios similares a éste podrían verificar cuáles son los factores que más contribuyen a la calidad de los servicios ofertados en APS, desde la perspectiva de profesionales y usuarios, utilizando métodos capaces de compararlas²⁴ para reforzar la información obtenida a través de los grupos focales.

Cabe destacar que, según los profesionales consultados (especialmente los médicos), la competencia técnica de los profesionales es considerada por parte del usuario como supuesta o sobreentendida y, por tanto, está garantizada; por ello, aparece en el discurso de forma implícita y adquieren mayor importancia, al menos de forma explícita, otros factores como el acceso a los servicios, el trato que recibe el usuario, el entorno y la confianza depositada en los profesionales.

Asimismo, se considera que la espera y las dificultades en el acceso por parte de los usuarios son justificadas por un exceso de demanda asistencial, que a su vez influye negativamente en el trato al paciente. Uno de los aspectos que no aparece en la información recogida es el tamaño de la institución y la demanda que soporta, que puede ser determinante en la satisfacción de los usuarios²³. Sin duda, es un elemento influyente en la valoración de la calidad, pero el propio diseño de la investigación no nos permite obtener información más extensa sobre ello.

Señalamos la opinión que el grupo del SAU mantiene acerca de que muchos de los problemas que afectan a los usuarios y a su propio trabajo son causados por la falta de medios y escasa capacidad de decisión que tienen en primera línea de atención para intervenir en temas que repercuten en su trabajo. A pesar de ser los más expuestos, desde su punto de vista, para tomar medidas que reviertan en la satisfacción del usuario, no intervienen en la toma de decisiones, que se produce en escalas superiores del organigrama. Esto pone de manifiesto cómo el clima y la satisfacción laboral de los profesionales ejercen un efecto sobre la valoración de la calidad que hacen del servicio que ofrecen a los usuarios²⁵⁻²⁷.

Parece existir cierta relación entre las dimensiones que constituyen la visión del usuario respecto al servicio ofrecido por el CS. Por ejemplo, dimensiones como *confianza, competencia y amabilidad* son apreciadas con relaciones entre sí por las enfermeras consultadas.

También entre los trabajadores sociales se hace especial hincapié en las diferencias jerárquicas que percibe el usuario entre ámbitos asistenciales y entre profesionales, lo que sugiere que el CS es concebido como un sistema cerrado, alejado del resto de ámbitos. Se trata de un sistema más cercano al usuario, el primer nivel en una escala jerárquica en la que el usuario mantiene relaciones de igual a igual. Según estas opiniones, esta jerarquía también es percibida por el usuario entre los profesionales del centro, y el médico se sitúa en lo más alto de la pirámide²⁸.

Lo conocido sobre el tema

- La evaluación de la calidad de los servicios sanitarios desde el punto de vista de los usuarios se ha convertido en la actualidad en un reto para los profesionales.
- Diversos enfoques metodológicos y modelos que explican la calidad desde la perspectiva del usuario están siendo experimentados en el sector sanitario.
- Estudiar la calidad del servicio implica profundizar en la visión de los usuarios y en la de los profesionales.

Qué aporta este estudio

- Las visiones de los usuarios y los profesionales sobre la calidad de los servicios del centro de salud se contraponen y se complementan, y confirman que la percepción de la calidad está compuesta por múltiples factores.
- La accesibilidad y el trato son, según los profesionales, factores que influyen en la percepción de calidad desde la perspectiva del usuario.
- La opinión de los profesionales indica que podría haber relación entre su visión de la calidad del servicio y la de los usuarios.

Como ya se ha observado en otros trabajos, la consecuencia de una mala experiencia con el servicio provoca en el usuario la eliminación de cualquier percepción positiva que haya tenido anteriormente. Una experiencia negativa, en opinión de los profesionales, afectará a la percepción global del servicio^{1,3}.

La información obtenida confirma que la percepción de la calidad está compuesta por múltiples factores, y hemos encontrado que todas las dimensiones del modelo SERCAL han sido identificadas por los profesionales, lo que pone de manifiesto la utilidad de manejar modelos de calidad validados desde la opinión del usuario y contrastarla con la del profesional²⁹⁻³¹.

Conviene considerar que en el discurso no han aparecido, al menos explícitamente, temas como el uso de la tecnología sanitaria y la información que ofrece el médico, que forman parte del modelo teórico, para lo que será necesario realizar investigaciones explicativas posteriores.

Para ulteriores estudios con la aplicación de esta metodología nos parece interesante recomendar que se tenga en cuenta las características concretas de los CS, a diferencia de otros servicios, como por ejemplo los hospitalares³²; la diversidad de usuarios, y las distintas expectativas creadas por cada uno de ellos, dependiendo de la zona en la que se

encuentre el CS y de las variables sociodemográficas²¹. Todos ellos son elementos que, en opinión de los profesionales, tienen una incidencia importante en la calidad percibida por el usuario.

Por último, conviene destacar que, según los profesionales (especialmente los médicos), lo verdaderamente esencial para el usuario es que le *resuelvan el problema* que le ha hecho acudir al centro (según ellos, problemas de salud física): el objetivo del usuario es que le resuelvan el problema en el menor tiempo posible. De esta forma, la satisfacción del usuario estará definida exclusivamente por la solución del problema. Si bien otros elementos, como el trato, la espera o el confort ayudarán a conservar una buena percepción de los servicios que ofrece el centro. Por tanto, *la solución del problema* debe incorporarse como componente de la calidad; así, la predisposición o la implicación del profesional para resolver el problema lo más rápidamente posible influyen en que el usuario eleve su grado de satisfacción. No obstante, cabría destacar que los resultados obtenidos nos sugieren que es necesario seguir investigando para analizar si lo que los profesionales perciben como el problema real del usuario y su resolución concuerdan con el problema, tal y como lo percibe el paciente, y la solución que éste recibe del CS, ya que los mismos profesionales coinciden en afirmar que existe una excesiva rigidez e *inadecuación de la organización* a las preferencias del usuario.

Agradecimiento

Queremos expresar nuestro agradecimiento al personal de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda por su colaboración y participación en este estudio. También agradecemos la aportación, a lo largo de las distintas fases de esta investigación, de Juan Manuel Jiménez Martín, técnico de proyectos de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Bibliografía

- Lewis JR. Patients Views on quality care in general practice: literature review. Soc Sci Med 1994;39:665-70.
- Sánchez JA, Saturno PJ. Las encuestas de satisfacción. En: Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P, editores. Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria (tomo III). Madrid: Du Pont Pharma, 1997; p. 312-9.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997;45:1829-43.
- Gea T, Hernán M, Jiménez JM, Cabrea A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Rev Calidad Asistencial 2001;16:37-44.
- Mira JJ, Buil A, Rodríguez A. Calidad percibida del cuidado hospitalario. Gac Sanit 1997;11:176-89.
- Hernán M, Jiménez JM. Calidad percibida por los clientes del Hospital Costa del Sol. Granada: EASP, 1996.
- Ross GR. Interpersonal stress reaction and service quality responses among hospital industry employees. The Service Industries Journal 1995;15:314-9.
- Kotler P, Clark R. Marketing for health care organizations. New Jersey: Prentice-Hall, 1987; p. 4-6.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing 1985;49:41-50.
- Lewis JR, Willianson V. Examining patients perceptions of quality care in general practice: comparison of quantitative and qualitative methods. Br J Gen Pract 1995;45:249-53.
- Ware J. The measurement and meaning of patient satisfaction. Health Med Care Service Rev 1978;1:1.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quart 1996;44:166-202.
- Taylor SA. Distinguishing service quality from patient satisfaction in developing health care marketing strategies. Hospital Health Service Administration 1994;39:221-36.
- Mira JJ, Villater J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente: concepto y aspectos metodológicos. Revista de Psicología de la Salud 1992;4:88-116.
- Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
- Grönroos C. Marketing y gestión de Servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Mexicana, 1991.
- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Hawthorne: Aldine de Gruyter, 1967.
- Weitzman A. Analyzing qualitative data with computer software. Health Service Research 1999;34:1241-63.
- García MM, Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Aten Primaria 2000;25:181-6.
- Pope C, Mays N. Analising qualitative data. BMJ 2000;320:114-6.
- Delgado Sánchez A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuadernos de Gestión 1997;1:90-101.
- Magallón Botaya R, García Mata JR, Antoñanzas Lombarte A. Usuarios-médicos: a la búsqueda de nuevas técnicas de detección de problemas de calidad. Aten Primaria 1995;15:73-8.
- Quesada F, Castro JA, Hernán M, Espejo A, Padres P. Aproximación a las creencias en salud de dos distritos sanitarios. Aten Primaria 1995;15:109-12.
- Torío Durández J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencia de los usuarios. Aten Primaria 1997;19:44-60.
- Muñoz Adane A. La importancia del contenido con la tarea para un buen funcionamiento de las empresas. Psicología del Trabajo y Organizaciones 1993;11:7-14.
- Alonso Fernandez JA, Ovejero Bernal A. Satisfacción laboral en un centro hospitalario: un análisis del cuestionario Porter. Psicología del Trabajo y Organizaciones 1994;10:39-61.
- Torío Durández J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencia de los médicos. Aten Primaria 1997;19:63-74.
- Minjoon JR, Peterson G. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. Health Care Management Review 1998;23:81-96.
- Thompson A, Suñol R. Las expectativas como factores determinantes en la satisfacción de los pacientes, teoría y pruebas. Rev Calidad Asistencial 1996;11:74-86.
- Mira JJ, Galdón M, García E, Velasco MV, Lorenzo S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delpi. Rev Calidad Asistencial 1999;14:165-77.
- Saturno PJ, et al. Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Du pont Pharma, 1997.

COMENTARIO EDITORIAL

La otra perspectiva

J.M. Bueno Ortiz^{a,b}, J.J. Gascón Cánovas^b y P.J. Saturno Hernández^b

^aCentro de Salud de Fuente Álamo. Murcia. ^bUnidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Murcia. España.

Avedis Donabedian describió la calidad asistencial como «aquella clase de atención que se espera que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de pérdidas y ganancias de los resultados obtenidos»¹.

Tomando como base esta definición podríamos operativizar el concepto de calidad en el contexto de la atención primaria de salud respondiendo a la siguiente pregunta: ¿Qué requisitos deben reunir los servicios proporcionados en los centros de atención primaria de salud para producir bienestar al usuario? Pero es también inevitable que nos planteemos: ¿quién debería responder a esta cuestión?

Durante los últimos años hemos presenciado un cambio en el abordaje de este tema. Tradicionalmente hemos sido los profesionales sanitarios los que hemos decidido, sobre la base de nuestra experiencia y conocimientos, qué es lo mejor para el paciente. Incluso todavía hoy día un gran número de profesionales considera que sólo con actuar de acuerdo con las normas y estándares científicos de nuestra profesión se puede ofrecer un servicio de calidad en el sentido más amplio. No obstante, cada vez está más extendida la idea de que ésta sólo es una de las dimensiones de la calidad, evidentemente necesaria, pero no siempre suficiente, para satisfacer las necesidades sentidas y las expectativas de los pacientes.

Desde esta nueva perspectiva parece obvio que el usuario es el protagonista esencial para proporcionar información sobre los aspectos de la atención sanitaria que influyen en la maximización del beneficio que se debe obtener de la asistencia sanitaria y donde se incluye, desde luego, la satisfacción con la atención recibida. De hecho, diversos trabajos han puesto de manifiesto que los estudios basados en las opiniones de los profesionales tienen muchas limitaciones para averiguar qué aspectos de la atención sanitaria son más apreciados por los pacientes. Por ejemplo, en el estudio de Hernán et al los profesionales sanitarios hacen una descripción amplia, pero parcial, de los componentes de la calidad percibida por el usuario. La información proporcionada por el médico, un componente habitual y especialmente relevante de la calidad percibida por el usuario², no se identifica como tal por los propios profesionales. Es

- Tradicionalmente se ha asimilado el concepto de calidad asistencial con el cumplimiento de normas y estándares científicos.
- De forma más reciente, y en su sentido más genérico, se concibe la calidad asistencial como la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario.
- Desde esta nueva perspectiva es esencial que los profesionales sanitarios conozcan y asuman las expectativas y necesidades de sus pacientes.

más, en otro trabajo realizado en la misma línea se encontró que los profesionales de atención primaria identifican con mayor claridad que sus colegas hospitalarios las expectativas de sus pacientes, sobre todo aquellas que son más relevantes (continuidad en la asistencia con el mismo médico y resolución eficaz del motivo de consulta). Sin embargo, estos profesionales sanitarios perdían gran parte de su intuición en la identificación de otros aspectos sobre el trato y la atención individualizada, menos relevantes para el usuario pero que también influyen sobre su satisfacción³.

En consecuencia, parece que es esencial que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del usuario para poder incrementar la calidad de la asistencia sanitaria³. No es de extrañar, por ello, que hayan sido cada vez más frecuentes las experiencias destinadas a incorporar la perspectiva del usuario a la hora de definir y evaluar la calidad de la asistencia sanitaria².

Con esta finalidad, algunos estudios se han limitado a la administración de un cuestionario de satisfacción en el marco de una investigación cuantitativa. No obstante, esta forma de proceder puede ser muy adecuada para determinar la importancia relativa de un conjunto predeterminado de posibles expectativas y necesidades, pero por sí sola resulta insuficiente para identificar el rango más amplio de dimensiones, componentes y factores que componen la realidad estudiada. Son, en este sentido, es-

pecialmente útiles los métodos de la investigación cualitativa, tal como se desprende del trabajo de Hernán et al. De esta forma se puede conocer el *qué* y el *por qué* de los fenómenos investigados⁴. Por otro lado, este tipo de estudios, aunque hoy día está siendo fomentado⁴ y ha demostrado ser de gran utilidad en el diseño de las encuestas de satisfacción en el ámbito de la atención primaria⁵, todavía han sido escasamente empleado en nuestro medio.

Son también destacables, en el ámbito de la atención primaria, dos experiencias con las que se ha intentado acercar la perspectiva del médico de familia al punto de vista del usuario. La primera, de carácter teórico, es un manual publicado por la Comisión de Calidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria en 1998 con el título *Al otro lado... de la mesa*. En él se desarrollan, tomando como base una serie de narraciones comentadas sobre diversas experiencias de los pacientes, las dimensiones de la calidad percibida del modelo SERVQUAL (capacidad de respuesta, fiabilidad, elementos tangibles, empatía y profesionalidad)⁶. La segunda, de carácter más práctico, se llevó a cabo en el contexto de un programa de doctorado. En esta ocasión los propios médicos acudían como pacientes a la consulta de su médico de cabecera. Posteriormente cumplimentaban una encuesta semiestructurada sobre la calidad de la atención y elaboraban un informe sobre los aspectos que podrían ser mejorados⁷.

En definitiva, y a modo de resumen, tal como señala Vázquez «un médico excelente es aquel que además de tener un gran «ojo clínico» tiene un gran «oído humano» con el que escucha las necesidades sentidas de sus pacientes para identificar en ellas sus necesidades reales de atención»⁸.

Bibliografía

1. Donabedian A. The definition of quality and its approaches to its assessment. Ann Arbor (Michigan): Health Administration Press, 1980.
2. Lewis JR. Patient views on quality of care in general practice: literature review. Soc Sci Med 1994;39:665-70.
3. Mira JJ, Galdón M, García E, Velasco MV, Lorenzo S, Vitaller J. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Rev Calidad Asistencial 1999;14:165-77.
4. Saturno PJ. Exploración de necesidades y expectativas. Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Murcia: Universidad de Murcia, 2002; p. 17-59.
5. Navarrete S, Saturno P, López A, Ayerdi K, Pascual A, Santiago C, et al. Encuesta de satisfacción en atención primaria de salud. La experiencia de Navarra y Murcia. Rev Calidad Asistencial 2001;16:507-10.
6. Bueno JM, Casajuana J, Davins J, Fernández de Sammamed MJ, De Marcos L, Marquet R, et al. Al otro lado... de la mesa: la perspectiva del cliente. Barcelona: Doyma, 2000.
7. Magallón Botaya R, García Mata JR, Antoñanzas Lombarte A. Usuarios-médicos: a la búsqueda de nuevas técnicas de detección de problemas de calidad. Aten Primaria 1995;15:73-80.
8. Vázquez JR. Satisfacer al ciudadano. Jano 1996;50:32.