

Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo

F. Palacio Lapuente^a, R. Marquet Palomer^b, A. Oliver Esteve^c, P. Castro Guardiola^d, M. Bel Reverter^e
y J.L. Piñol Moreso^f

Objetivos. Identificar los aspectos que valoran los pacientes en los centros de salud. Ponderar la importancia relativa de cada uno de ellos.

Diseño. Fase cualitativa (4 grupos focales) para identificar los aspectos que se valoran. Fase cuantitativa (encuesta a 225 ciudadanos) para ponderar su importancia relativa.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Ciudadanos de clase social media-alta, media-baja, urbanos, rurales y mayores de 65 años, seleccionados a través de informantes clave por su interés en los servicios sanitarios. Se reclutaron con la colaboración de diferentes asociaciones de vecinos y ayuntamientos.

Método. Mediante grupos focales se identificaron los aspectos que se valoran, y se clasificaron en categorías. Mediante encuesta se ponderó la importancia relativa de los mismos y se realizó un análisis factorial para identificar los componentes principales.

Resultados. Se identificaron 60 aspectos valorables por los pacientes. De ellos, 8 se referían al centro y eran tangibles, 9 a organización y accesibilidad, 18 a relación con los profesionales y 25 a servicios disponibles. El aspecto más valorado fue: «el centro dispone de suficiente material para curas, pequeña cirugía, vendajes, etc.». El análisis factorial confirmó las categorías que se habían establecido. La organización y accesibilidad y las relaciones con los profesionales parecen ser las dimensiones más valoradas.

Conclusiones. La combinación de métodos cualitativos y cuantitativos parece muy adecuada para este tipo de estudios. Aunque muchos de los aspectos eran de esperar, aparecen otros poco previsibles. Además, los clientes parecen valorar ciertos aspectos de manera distinta a como lo harían los profesionales.

Palabras clave: Satisfacción. Expectativas. Atención primaria. Pacientes. Investigación cualitativa. Encuesta.

EXPECTATIONS OF PATIENTS: WHAT ASPECTS OF A HEALTH CENTRE DO THEY VALUE? A QUALITATIVE-QUANTITATIVE STUDY

Objectives. To identify the factors valued by users of health centres; to weigh the relative importance of each factor.

Design. Qualitative stage (4 focus groups) to identify the factors valued. Quantitative stage (questionnaire to 225 people) to weigh their relative importance.

Setting. Primary care.

Participants. Citizens from middle-high and middle-low social classes, urban, rural and over 65, were chosen through key informants for their interest in the health services. They were recruited with the assistance of various residents' associations and town councils.

Method. The factors valued were identified through focus groups and classified in categories. Their relative importance was weighed through a questionnaire and a factorial analysis to identify the main components was run.

Results. 60 factors that could be valued by patients were identified. Eight of these referred to the centre and concrete assets, nine to organisation and accessibility, 18 to relationship with the health professionals, and 25 to the services available. The most highly valued factor was: «The centre has sufficient material available for cures, minor surgery, bandages, etc.» The factorial analysis confirmed the categories established. Organisation and accessibility, and relationship with professionals were the most highly valued dimensions.

Conclusions. The combination of qualitative and quantitative methods seems very fitting for this kind of study. Although many of the factors were to be expected, other little-expected ones emerged. In addition, users seem to value certain factors in a different way from how the professionals do.

Key words: Satisfaction. Expectations. Primary care. Patients. Qualitative. Questionnaire.

^aCentro de Salud Ondarreta. Osakidetza. Donostia. España.

^bMédico de Familia. CAP Vilasar de Dalt-Cabrils. ICS. Barcelona. España.

^cEnfermera. CAP Sant Jordi. ICS. Reus (Tarragona). España.

^dMédico. CAP Sant Jordi. ICS. Reus (Tarragona). España.

^eMédico. Centro de Salud Paterna. SVS. Valencia. España.

^fMédico. DAP Reus Altebrat (Tarragona). España.

Correspondencia:
Fernando Palacio Lapuente.
Mañueta, 2, 2.º D.
31001 Pamplona (Navarra).
España.
Correo electrónico:
fpalacio2001@yahoo.es

El estudio ha sido financiado parcialmente con la beca FIS 99/1154.
El presente estudio forma parte de otro más amplio en el que también se estudiaron las expectativas de los profesionales. Resultados parciales han sido presentados en el último congreso de la semFYC y de la SECA.

Manuscrito recibido el 12 de abril de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 20 de noviembre de 2002.

Introducción y marco teórico

Las organizaciones sanitarias se están configurando como auténticas empresas de servicios, compartiendo sus formas de gestión. En las últimas décadas se ha impuesto la gestión de calidad total (GCT), con su decidida orientación al cliente, como modelo de gestión. El Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (MEEE)^{1,2} nos permite revisar la práctica empresarial bajo este prisma. En esta línea, uno de los resultados más valorados es la satisfacción del cliente/paciente/ciudadano¹, porque se suele relacionar muy directamente con la calidad del servicio que se presta. En este sentido, el MEEE concede a la satisfacción del cliente la máxima importancia, por delante de los procesos y de los resultados empresariales.

Para abordar su gestión se distingue, por un lado, entre la calidad técnica del producto que se ofrece, que sería la calidad científico-técnica y, por otro, la calidad del servicio mediante el cual se presta, que sería la calidad percibida del servicio o simplemente la calidad percibida, siendo ésta la que se relaciona más directamente con la satisfacción. Esta relación se da, sobre todo, en campos como el sanitario, donde la diferencia entre los conocimientos de los profesionales y los ciudadanos es elevada.

La relación más comúnmente aceptada entre satisfacción y calidad percibida es la que se explica en el modelo de disconformidad³⁻⁵, según el cual la satisfacción surgiría de la comparación entre la calidad percibida y las expectativas al respecto. Se sabe que en este proceso el cliente valora al proveedor del servicio en función de diferentes dimensiones o factores⁶ sobre los que se sigue investigando en el ámbito sanitario^{7,8}.

Sobre la satisfacción de los clientes con el mundo sanitario hay muchos estudios realizados, tanto en atención primaria⁹⁻¹² como en hospitales^{13,14}, medicina general^{15,16}, enfermería^{17,18} o según las enfermedades presentadas^{19,20}. En nuestro medio son pocos los estudios de expectativas, y si éstas no se conocen será difícil mejorar la satisfacción con el servicio, diseñar nuevos elementos de la cartera de servicios o rediseñar los actuales. Por otra parte, llegar a conocerlas requiere una metodología adecuada, ya que es el propio cliente quien las define^{21,22}.

Por todo ello, nos planteamos el presente estudio con los siguientes objetivos:

- Conocer las expectativas realistas de clientes clave sobre la atención primaria de salud e identificar los aspectos que valoran en un centro de salud.
- Conocer cuál es el valor relativo que conceden a cada uno de dichos aspectos.
- Conocer en qué dimensiones se agrupan dichos aspectos.

Metodología

Se utiliza un diseño que incluye la combinación de métodos cualitativos (grupos focales) y encuesta, descrita ya por otros autores²³.

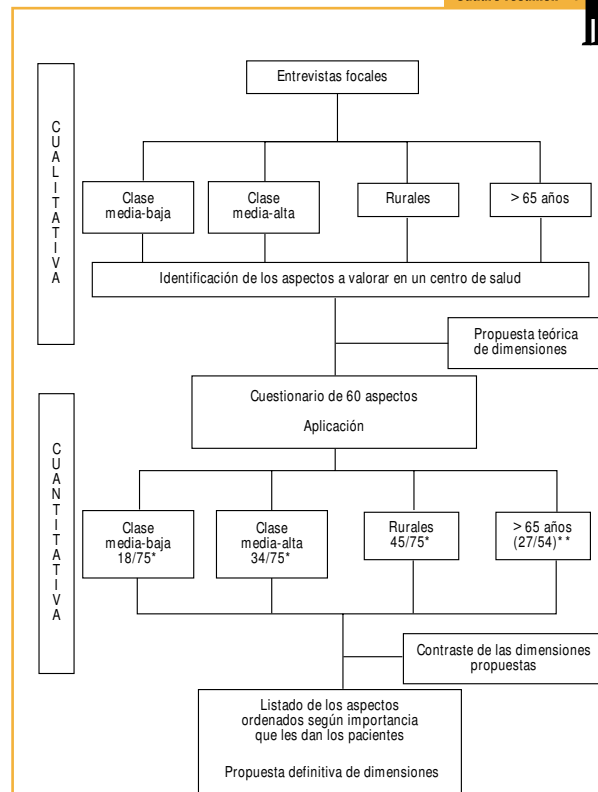
Sujetos

En ambos casos se utilizaron informadores clave, que se definieron como clientes de área básica, que acuden regularmente a ellas en caso de problemas de salud (poseen experiencia anterior) y que tienen interés en los temas sanitarios. Se estratificaron por grupo social y ámbito geográfico y por edad y género¹⁰.

Ámbito

Tres pueblos de la Dirección de Atención Primaria Reus-Altebrat seleccionados aleatoriamente entre los que tienen más de 500 habitantes y asociaciones de vecinos (AAVV) de Reus correspondientes a barrios de diferentes niveles sociales. Se consi-

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio cualicuantitativo mediante grupos focales y encuesta para conocer los aspectos que valoran los usuarios en un centro de salud.

*Cuestionarios recibidos/cuestionarios enviados.

**Los mayores de 65 años no son casos distintos de los otros 3 grupos, sino que son 18 de cada grupo.

Acogida: bienvenida y agradecimiento por venir/objetivo de la reunión/interés social del estudio/importancia de sus opiniones/técnica del grupo focal/permiso para grabar/garantía de confidencialidad/reiterar el agradecimiento

Se ponen en funcionamiento las grabadoras

Pregunta general: en un centro de salud ideal, pero posible: ¿qué aspectos piensa usted que valora?, ¿cómo tendría que ser ese centro?
Aspectos relacionados con la estructura
Aspectos relacionados con los profesionales
Aspectos relacionados con la organización
Aspectos relacionados con los servicios que ofrecer
Algo más que añadir
Se desconectan las grabadoras

Despedida: agradecer toda la información que nos han ofrecido/
aclarar aspectos que se hayan suscitado a lo largo de la entrevista/
todas las aclaraciones que pidan sobre aspectos sanitarios/despida

FIGURA 1

guió la colaboración de los concejales de sanidad en los pueblos y de los presidentes de AAVV, de manera que se responsabilizaron de identificar y contactar con 4 potenciales informadores clave para los correspondientes grupos focales, así como de seleccionar los sujetos de la encuesta, cumpliendo los requisitos de estratificación indicados.

Fase cualitativa

Su objetivo es identificar aquellos aspectos que los clientes toman en consideración a la hora de valorar un centro de salud. A este objetivo se da respuesta mediante la realización y el análisis de grupos focales^{24,25} plenamente introducidos en la investigación sanitaria²⁶⁻²⁸.

Para conocer las opiniones de los diferentes estratos sociales se decidió iniciar el estudio con 4 grupos de ciudadanos: medio rural (rurales), medio urbano en barrios de clase media-alta (urbanos A), medio urbano en barrios de clase media-baja (urbanos B) y mayores de 65 años (> 65). Todos ellos con presencia equilibrada de mujeres y varones. Los grupos focales tuvieron lugar a lo largo del mes de diciembre de 1999 y enero de 2000. Todos ellos se desarrollaron en un mismo local ajeno al medio sanitario. El guión de la entrevista se presenta en la figura 1.

Las sesiones de los grupos se grabaron en audio y fueron transcritas literalmente, y a esa transcripción se añadieron las notas del observador. Este documento fue el material de trabajo para realizar el análisis de contenido, que identificará los aspectos que valoran los clientes en un centro de salud. El análisis de contenido fue concurrente (inmediatamente posterior a la realización del grupo) y, puesto que al concluir el cuarto grupo se apreció saturación de la información, no se realizaron más grupos.

Cada grupo fue analizado por dos investigadores y consensado posteriormente en cuanto a su análisis, para evitar subjetividades y garantizar la correcta interpretación. El análisis permite identificar los aspectos que los clientes valoran como positivos. Posteriormente, se agruparon en factores o dimensiones coherentes. Estos aspectos identificados fueron el material de partida para la segunda fase.

Encuesta

Con los aspectos identificados se elaboró un cuestionario, en el que se solicitaba a los participantes que valoraran en una escala

de puntuación en un intervalo de 1 (nada importante) a 10 (muy importante) cada uno de los aspectos, y se envió a 225 personas: 75 a rurales, 75 a urbanos de clase media-alta y 75 a urbanos de clase media-baja. De ellos, 54 eran mayores de 65 años y había una presencia equilibrada de varones y mujeres.

La encuesta se distribuyó por correo, y se acompañó de un sobre franqueado, con la dirección para la devolución del resultado, y de una carta de presentación firmada por el investigador principal y el concejal de sanidad para los pueblos o el presidente de la asociación de vecinos en los urbanos. Se realizaron dos rondas de envío, la segunda como recordatorio para quienes no hubieran contestado a la primera. Se distribuyó en septiembre-octubre de 2000.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 10.0. Las variables de estudio fueron: grupo social, edad, género y cada uno de los aspectos a valorar. Se llevó a cabo un descriptivo de cada variable. Se elaboraron 7 listados, el global y los correspondientes a las variables de edad, género y grupo social, ordenando según la puntuación media obtenida las variables que correspondían a los aspectos a valorar. Se realizó un análisis factorial por el método de extracción de componentes principales con rotación varimax para identificar los factores en que se agrupaban las variables.

Resultados

Fase cualitativa

Participaron 7 individuos en el grupo de rurales, 7 en el grupo de urbanos clase media-alta, 7 en el de urbanos clase media-baja y 8 en el de mayores de 65 años.

La duración media de los grupos fue de 46, 48, 53 y 65 minutos.

Se identificaron 136 aspectos a valorar en un centro de salud: los rurales identificaron 40; los urbanos A, 39; los urbanos B, 28; y los mayores de 65 años, 29. Por similitudes entre ellos quedaron reducidos a 60.

El análisis de contenido dio lugar a una agrupación coherente en 4 dimensiones o factores: centro y tangibles (8 aspectos), organización y accesibilidad (9 aspectos), relación con los profesionales (18 aspectos) y servicios disponibles (25 aspectos). Esta agrupación se aceptó a la espera del análisis factorial de la fase cuantitativa.

Con el contenido de dicho listado se elaboró el cuestionario.

Encuesta

De los 225 cuestionarios enviados tras las dos rondas de envío, se recogieron 98, lo que significa una tasa de respuesta del 43%. De ellos, 45 correspondieron a rurales, 34 a urbanos A y 18 a urbanos B; en uno no se pudo identificar la clase social. El total de mayores de 65 años que contestaron fue de 27.

En cuanto al sexo, 54 fueron mujeres, 42 fueron varones y en 2 no se precisó.

Se obtuvieron los listados, ordenados según la puntuación media, del total de las encuestas recibidas, así como de los diferentes grupos estudiados (rurales, urbanos A, urbanos

**TABLA
1**

Se contemplan aspectos relacionados con el centro, los profesionales, la organización y los servicios

Orden	Media	Aspecto	Factor
1	8,97	El centro dispone de suficiente material para curas, pequeña cirugía, vendajes, etc.	Serv
2	8,84	Se preocupan de facilitarle el acceso a otros servicios cuando es urgente	Prof
3	8,82	El centro tiene cuidado de su mantenimiento y de evitar riesgos físicos y de contagio a los pacientes	Cent
4	8,79	Los profesionales tienen un trato educado y respetuoso	Prof
5	8,76	Los profesionales te escuchan, te atienden	Prof
6	8,70	Los profesionales tienen un trato amable, humano	Prof
7	8,67	Los profesionales son discretos, respetan la intimidad del paciente	Prof
8	8,66	El centro está en un lugar de fácil acceso, por medios propios y con transporte público	Cent
9	8,61	En los pueblos también hay consulta de pediatría	Serv
10	8,61	Los profesionales trabajan con la historia clínica del enfermo	Orga
11	8,53	Los profesionales le informan, le explican lo que le ocurre	Prof
12	8,49	Las ambulancias pueden acceder a la puerta del centro	Cent
13	8,44	Le resulta fácil ser visitado cuando tiene una urgencia	Orga
14	8,43	Los profesionales le envían al especialista sin entretenerle	Prof
15	8,33	Le resulta fácil que le visiten en su domicilio, si lo necesita	Orga
16	8,29	Los profesionales disponen del tiempo necesario para atenderme sin prisas	Orga
17	8,28	Los trámites se resuelven en el propio centro y son ágiles	Orga
18	8,24	Los profesionales tratan igual a todos sus pacientes, sin preferencias ni diferencias	Prof
19	8,23	Los profesionales resuelven sus problemas, son eficaces	Prof
20	8,23	El transporte sanitario es rápido en sus actuaciones	Serv
21	8,23	Los pacientes crónicos encamados son visitados periódicamente por el médico y la enfermera	Prof
22	8,23	Los profesionales son puntuales	Prof
23	8,18	Los profesionales están preparados y disponen de los medios para dar apoyo a los familiares de los enfermos terminales	Serv
24	8,18	Al interior y a los diferentes despachos del centro se accede fácilmente, no hay barreras arquitectónicas	Cent
25	8,18	Los profesionales tienen una actitud positiva, animosa, tanto en la consulta como en el domicilio	Prof
26	8,17	El centro tiene buena luminosidad y ventilación	Cent
27	8,12	Entre los profesionales y los pacientes hay una relación de confianza	Prof
28	8,07	Las urgencias se atienden en el propio centro	Serv
29	8,04	Los resultados de las pruebas llegan rápido	Orga
30	8,03	En urgencias hay médico general y pediatra (incluso con refuerzo en las zonas rurales)	Serv
31	8,02	Los profesionales le recuerdan las vacunas, revisiones, etc. Usted se siente seguro y controlado	Prof
32	8,01	En el centro hay servicio de odontología	Serv
33	7,99	El centro está bien climatizado (calefacción y aire acondicionado)	Cent
34	7,97	Usted puede elegir el médico que prefiere como médico de cabecera	Orga
35	7,95	En el centro hay una sala, con oxígeno y sueros, para vigilar a un paciente durante varias horas	Serv
36	7,90	El transporte sanitario dispone de personal médico para los traslados que lo requieren	Serv
37	7,83	Te tratan personalmente, te conocen por el nombre	Prof
38	7,75	Que te atienda siempre el mismo médico	Prof
39	7,73	Los profesionales se comportan como compañeros, y sus diferencias no trascienden a los pacientes	Prof
40	7,72	Se puede conseguir visita el mismo día	Orga
41	7,71	El centro está situado en el centro de la zona que atiende	Cent
42	7,68	El centro es cómodo, espacioso y bien distribuido	Cent
43	7,67	El centro dispone de un laboratorio para las pruebas más comunes	Serv
44	7,64	En el centro hay rehabilitación	Serv

(Continúa)

TABLA 1

Se contemplan aspectos relacionados con el centro, los profesionales, la organización y los servicios

Orden	Media	Aspecto	Factor
45	7,60	En el centro hay servicio de tocología	Serv
46	7,56	Se dispone de suficiente información sobre los servicios que ofrece el centro, y sobre los servicios a los que se puede acceder desde él	Serv
47	7,54	Las listas de espera de los especialistas son cortas	Orga
48	7,53	En el centro hay servicio de oftalmología (oculista)	Serv
49	7,48	Los profesionales respetan las decisiones de los pacientes	Prof
50	7,47	En el centro hay servicio de traumatología	Serv
51	7,46	Resulta fácil que contesten al teléfono	Orga
52	7,39	En el centro se pueden practicar citologías vaginales	Serv
53	7,30	En el centro hay aparato de rayos X	Serv
54	7,14	En el centro se pueden realizar ecografías	Serv
55	7,03	En el centro hay asistente social	Serv
56	6,94	Los odontólogos hacen empastes y limpiezas de boca	Serv
57	6,91	El médico de cabecera tiene horario de mañana y tarde	Serv
58	6,88	En el centro se pueden llevar a cabo mamografías	Serv
59	6,80	En el centro hay servicios de salud mental (psicólogo y/o psiquiatra)	Serv
60	6,69	En el centro hay servicio de alergia	Serv

B y mayores de 65 años) y según el género de los mismos (varones y mujeres).

Los resultados generales se presentan en la tabla 1. Se presentan los 60 aspectos a valorar, ordenados según la valoración media obtenida, los grupos en los que se identificaron cada uno de ellos y la dimensión o factor a que se adscribieron tras el análisis de contenido.

En la tabla 2 se presenta, en número y porcentaje, a qué dimensiones correspondieron los 20 aspectos mejor y los 20 aspectos peor puntuados en el listado del total de encuestados.

Del análisis factorial se aceptó, finalmente, el de 4 factores, que explica el 63,616% de la varianza total de la encuesta.

Factor I

Explica un 21,448% de la varianza total. Los 4 aspectos de mayor peso son: los resultados de las pruebas llegan rápido; se puede conseguir visita en el día; las listas de espera de los especialistas son cortas; en el centro se pueden practicar citologías vaginales.

Factor II

Explica un 18,170% de la varianza total. Los 4 aspectos de mayor peso son: los profesionales te escuchan, te atienden; los profesionales tienen un trato educado y respetuoso; los profesionales tienen un trato amable, humano; los profesionales tratan igual a todos sus pacientes, sin preferencias ni diferencias.

TABLA 2

Dimensiones a las que pertenecen los 20 aspectos más valorados y los 20 menos valorados

Dimensión	Aspectos sobre 60	Entre los 20 más valorados	Entre los 20 menos valorados
Centro	8	3 (37,5)	2 (25)
Relaciones con profesionales	18	9 (50)	1 (5,5)
Organización y accesibilidad	9	5 (55,5)	2 (22,2)
Servicios	25	3 (12,5)	15 (65)
Totales	60	20	20

En la primera columna se señalan las dimensiones en que se agrupan los aspectos. En la segunda columna se señalan el número de aspectos identificados en cada una de las dimensiones. En la tercera columna se señalan cuántos de los aspectos identificados de cada dimensión aparecen entre los 20 más valorados, y entre paréntesis el porcentaje que representan sobre el total de identificados. En la cuarta columna se señalan cuántos de los aspectos identificados de cada dimensión aparecen entre los 20 menos valorados, y entre paréntesis el porcentaje que representan sobre el total de identificados.

Factor III

Explica un 15,018% de la varianza total. Los 4 aspectos de mayor peso son: en el centro hay aparato de rayos X; en el centro hay servicio de traumatología; en el centro hay servicios de salud mental (psicólogo y/o psiquiatra); en el centro hay servicio de oftalmología (oculista).

Factor IV

Explica un 8,981% de la varianza total. Los 4 aspectos de mayor peso son: el centro tiene buena luminosidad y ven-

tilación; al interior y a los diferentes despachos del centro se accede fácilmente, no hay barreras arquitectónicas; las ambulancias pueden acceder a la puerta del centro; se preocupan de facilitar el acceso a otros servicios, cuando es urgente.

Discusión

La metodología utilizada, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas, ya ha sido usada con éxito por otros autores^{11,12,29}, y parece adecuada para estudios de este tipo.

La utilización de informadores clave fue una decisión de política de empresa: se quería conocer lo que pensaba este grupo de usuarios del sistema. Esto no permite extender los resultados a la población general, lo que puede considerarse una limitación importante si lo que se pretende es conocer su opinión.

La segmentación en clases sociales puede no ser muy estricta, ya que solamente se basó en el barrio de residencia, y a pesar de que los barrios estudiados son bastante coherentes, no podemos garantizar este aspecto de manera absoluta.

El estudio se ha realizado en el área geográfica de Reus, por lo que sus conclusiones son locales o sólo pueden transferirse a contextos muy similares²⁴.

El análisis concurrente garantiza que los 4 grupos realizados han sido suficientes, ya que se llegó a la saturación de la información puesto que los 136 aspectos identificados entre los 4 grupos pudieron reducirse a 60, lo que indica una alta repetición entre los grupos. El número de participantes en cada grupo fue suficiente según la bibliografía. La duración de las sesiones, entre 45 y 60 min, puede considerarse correcta.

En la fase cuantitativa, la tasa de respuestas obtenida (con doble ronda de envío y sobre prefranqueado para la respuesta), aun siendo elevada en las encuestas realizadas por correo a los clientes³⁰, resulta baja tratándose de una muestra de informadores seleccionados por su interés. Esto hace que sólo se haya estudiado detenidamente el listado general, el del total de encuestas, ya que al analizar por grupos se perdería potencia estadística.

La organización y accesibilidad y las relaciones con los profesionales son las dimensiones más importantes para los clientes, ya que son las que mayor porcentaje de aspectos sitúan entre los más valorados. Los servicios disponibles, a pesar de ser el que más aspectos reúne, es poco valorado por los clientes.

El aspecto más valorado, «el centro dispone de suficiente material para curas, pequeña cirugía, vendajes, etc.», puede sorprender a los profesionales y a los gestores. Sin embargo, su presencia es constante en los primeros puestos en todos los grupos de estudio, lo que parece indicar una elevada y consistente valoración. Podría interpretarse como que

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Las empresas sanitarias y sus profesionales están orientándose hacia el cliente, como todas las empresas de servicios.
- La satisfacción del cliente resulta del contraste entre lo que espera (expectativas) y lo que recibe (percepción).
- La mayoría de los estudios en primaria se refieren a la percepción. Sabemos poco de las expectativas.

Qué aporta este estudio

- Descubre cuáles son los aspectos que los clientes valoran en un centro de salud y los agrupa en dimensiones.
- Los pondera, de manera que a cada uno de ellos se le da la importancia que tiene para los clientes.
- Preguntar directamente a los pacientes por sus intereses permite identificar algunos aspectos que pueden no aparecer cuando éstos son definidos por los profesionales.

los clientes, al entender que la pequeña cirugía es un proceso de atención primaria, ven cómo se deriva al hospital con frecuencia, lo que comporta un gasto de tiempo importante para ellos.

Del tercer aspecto más valorado, «el centro tiene cuidado de su mantenimiento y de evitar riesgos físicos y de contagio a los pacientes», apenas se habla en atención primaria. Este aspecto también presenta una valoración consistente y, por tanto, se tendrá que empezar a considerar en la atención primaria.

Finalmente, el aspecto decimooctavo, «los profesionales tratan igual a todos sus pacientes, sin preferencias ni diferencias», también es poco previsible. Los clientes perciben diferencias y esto les molesta.

Entre los aspectos menos valorados, «el médico de cabecera tiene horario de mañana y tarde», situado en la posición 57, parece ser de poco interés para los clientes, en contra de opiniones a favor de mejorar la accesibilidad en este sentido. Resulta difícil interpretar esta baja valoración, así como también el aspecto situado en la posición 51, «resulta fácil que contesten al teléfono», ya que es una queja casi universal y motivo de reiteradas reclamaciones en todo el sistema de salud, salvo en algunos casos ejemplares en este sentido.

Finalmente, el único aspecto que corresponde a la dimensión relaciones con los profesionales, «los profesionales respetan las decisiones de los pacientes», ocupa el puesto

49. La dialéctica entre la consulta orientada al paciente frente a la consulta dirigida sigue siendo controvertida³¹. En todo caso, y en referencia a los aspectos menos valorados, se ha de señalar que aun así tienen una elevada puntuación (6,91, 7,46 y 7,48 sobre un máximo de 10). Esta elevada valoración era previsible, puesto que todos los aspectos incluidos en el cuestionario habían sido identificados como importantes por los clientes. Hay 4 consideraciones generales sobre este tipo de estudios que merecen ser comentadas:

1. Se valora aquello de lo que se carece y se considera necesario. En nuestro caso, el primer aspecto de los más valorados es un claro ejemplo. El estudio de la bibliografía nos presenta otros casos tan evidentes como éste²⁹.
2. Estudios distintos obtienen resultados distintos. El presente no muestra coincidencias claras con los de Mira¹¹, Torio⁹ o Grol¹², que tomamos como relevantes para establecer comparaciones. Pero, además, estos estudios de referencia tampoco presentan coincidencias entre sí, lo que induce a pensar que para interpretar este tipo de estudios es fundamental conocer la formulación concreta de la pregunta que focaliza los grupos o entrevistas, así como su guión. Así, los resultados deben entenderse como respuestas sólo a esa pregunta concreta y a su guión³².
3. Estos estudios son válidos para el entorno en el que se han realizado y sus resultados no deben ser extrapolados a medios y culturas diferentes. Sin embargo, pueden contribuir a la comprensión de fenómenos similares, permitiendo profundizar en el ámbito de las expectativas.
4. El sistema no puede definir los valores de los clientes. Cottle²¹ ya planteaba la imposibilidad por parte de cualquier empresa de conocer desde el interior las opiniones y creencias de sus clientes. Smith y Armstrong³³ lo pusieron de manifiesto en el campo de la sanidad.

En cuanto al análisis factorial, se optó finalmente por el modelo con 4 componentes, ya que en el estudio para 5 componentes los números 4 y 5 eran conceptualmente similares, aparecen agrupados en el componente 4 del modelo de 4 componentes y no ayudan a discriminar. En cuanto al modelo de 6 componentes, era prácticamente igual al de 5, con un sexto componente formado sólo por dos aspectos claramente clasificables dentro del aspecto de centro y tangibles.

Por lo que respecta a los 4 factores o componentes en los que se agrupan los aspectos identificados, podemos asumir que son asimilables a las 4 dimensiones en las que se habían agrupado previamente. El factor I está claramente relacionado con la accesibilidad y la organización del centro, aunque aparecen algunos aspectos (citologías, pediatría en pueblos...) que no son tan evidentes. En cuanto al factor II, agrupa los aspectos relacionales, y es identificable con la dimensión de relaciones con los profesionales. El factor III agrupa fundamentalmente aspectos relacionados con los

servicios ofertados y, finalmente, el factor IV incluye aspectos relacionados con la estructura del centro, por lo que podría asimilarse al de centro y tangibles.

Por tanto, el análisis factorial confirma las dimensiones que surgen del análisis cualitativo.

Para concluir, sugerimos la utilización de la metodología utilizada en este estudio y otros similares, cuando el objetivo sea conocer las expectativas del cliente. El estudio identifica qué esperan los pacientes de un centro de salud excelente; por tanto, indica en qué aspectos se ha de trabajar para conseguir su satisfacción.

También lo es si se quiere medir la satisfacción de los pacientes, ya que la identificación de los aspectos importantes para ellos permitirán diseñar un cuestionario en el que podamos incluir dichos aspectos y no sólo aquellos que sean de interés para el encuestador. Esta es una línea de investigación que queda abierta.

Agradecimientos

Queremos agradecer a las asociaciones de vecinos de la ciudad de Reus su colaboración, y a la Dirección de Atención Primaria de Reus-Altebrat todos los recursos que invirtió en el estudio.

Bibliografía

1. European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels, 2000. Disponible en: <http://www.efqm.org>
2. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Vitaller J. How health care organizations can apply the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence Model: our experience in its adaptation to the Spanish health care setting [en prensa]. *Int J Qual Health Care*.
3. Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:36-42.
4. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry LA. A conceptual model of service quality and implications for future research. *J Marketing* 1985;61:41-50.
5. Conway T, Willcocks S. The role of expectations in the perception of health care quality: developing a conceptual model. *Intern J Health Care Quality Assurance* 1997;10:131-40.
6. Elias J, Álvarez J. El «tubo de la satisfacción»: un sistema de diagnosis para la mejora de los servicios sanitarios. *Rev Adm Sanit* 1998;2:649-59.
7. Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. *Provant de seure a l'altra cadira*. Barcelona, 1998.
8. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994;39:655-70.
9. Torío Durantez J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I). Opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997;19:18-26.
10. Bolívar I. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria. *Gac Sanit* 1999;13:371-83.
11. Mira JJ, Galdón M, Ignacio 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 Delfhi. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:165-77.

12. Grol R. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Prac* 1999;16:4-11.
13. Lledo R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, et al. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. *Med Clin (Barc)* 1998;111:211-5.
14. Mira Solves JJ, Buil Aina JA, Rodríguez Martín J, Aranás Andrés J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit* 1997;11:176-89.
15. Darby DN. Medical general practice: influencing clients' levels of satisfaction. *J Qual Clin Pract* 1996;16:215-25.
16. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996;46:601-5.
17. Thomas L, McColl E, Priest J, Bond S. The impact of primary nursing on patient satisfaction. *Nurs Times* 1996;92:36-8.
18. Strider D. Patient satisfaction with nurse practitioners care in primary care. *J Nurs Care qual* 1997;12:8-9.
19. Van Campen C. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the Quote-Rheumatic-Patients instrument. *Brit J Rheumat* 1998;37:362-8.
20. Holcomb WR, Parker JC, Leong GB, Thiele J, Higdon J. Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 1998;49:929-34.
21. Cottle D. El servicio centrado en el cliente. 1.ª ed. Madrid: Díaz de Santos, 1991.
22. Thompson A, Suñol R. Las expectativas como factores determinantes en la satisfacción de los pacientes: conceptos, teoría y pruebas. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:74-86.
23. Ribas A. La importància del mesurament de la satisfacció del client. *Rev Qualitat* 1999;34:25-9.
24. Iñíguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999;23:496-502.
25. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. 1.ª ed. Madrid: Siglo XXI, 1986.
26. Peiró R. El grupo de discusión en el entorno sanitario. *Quaderns de salut pública i administració de serveis de salut* 8. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1996.
27. Fernández de Sanmamed MJ, Zapater F. En: Marquet R, directora. Curso de Mejora Continua de la Calidad. Barcelona: Doyma, 2000; p. 107-30.
28. Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ* 1995;311:299-302.
29. Haddad S, Fournier P, Machouf N, Yátara F. What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Soc Sci Med* 1998;47:381-94.
30. Burroughs T, Waterman B, Cira J, Desikan R, Dunagan W. Patient satisfaction measurement strategies: a comparison of phone and mail methods. *J Quality Improvement* 2001;27:349-61.
31. Soriguer Escofet FJC. Cuando el médico decide por el paciente. *Med Clin (Barc)* 1993;101:340-3.
32. Palacio F. Orientación al cliente y a la comunidad. En: Marquet R, directora. Curso de Mejora Continua de la Calidad. Barcelona: Doyma, 2000; p. 17-32.
33. Smith CH, Armstrong D. Comparison of criteria derived by government and patients for evaluating general practitioner services. *BMJ* 1989;299:494-6.