

Calidad percibida en dos Zonas Básicas de Salud de la provincia de Cuenca: diferencias entre usuarios según el género del médico

Antonio Retamal*, Vicente Monge**

*Centro de Salud de Cardenete. Cuenca, **Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Ramón y Cajal (Madrid). Departamento de Ciencias Sanitarias. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá

Correspondencia

Antonio Retamal González
Carretera de Camporrobles, 12
16373 Cardenete (Cuenca)
Tel.: 969 348 210 - 969 343 500
Fax: 969 348 210
E-mail: aretamalg@wanadoo.es

Resumen

Objetivo: Medir la calidad percibida de los usuarios de dos Zonas Básicas de Salud de Cuenca y comparar la misma entre usuarios según el género del médico.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, por el método de encuesta. Se utilizó un cuestionario de probada validez y fiabilidad. El trabajo de campo se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo de 1997. La población objeto de estudio ha sido la poseedora de la Tarjeta Sanitaria Individual; se han incluido a todos los individuos poseedores de tarjeta. Las entrevistas se realizaron a la salida de las consultas médicas, por el investigador principal. La técnica de muestreo ha sido polietápica, estratificada (por cuotas de población, edad y sexo). El número total de entrevistas ha sido 442. Se han hecho comparaciones entre usuarios de médico varón y médico mujer, utilizando el estadístico χ^2 . Las variables principales del cuestionario, son un conjunto de 21 ítems enunciados por el método de Likert, que aluden a diferentes facetas de la asistencia sanitaria.

Resultados: Hay diferencias significativas en la edad de los usuarios, si son atendidos por médico mujer (41,50 (28,13)) o por médico varón (48,38 (21,53)). No hay diferencias significativas en cuanto a posición social, nivel de estudios o número de miembros familiares. Son más proclives los usuarios de médico mujer a cambiar de profesional que los usuarios de médico varón, siendo la razón fundamental "no estar contento con el médico actual". Las puntuaciones de los ítems de calidad percibida han sido, en general, altas. De los 21 ítems, 6 han resultado ser diferentes estadísticamente para médico varón o médico mujer. En los ítems que aluden al trato con el profesional médico los pacientes de médico mujer perciben menos calidad que los pacientes de médico varón.

Conclusiones: En general, las puntuaciones de calidad percibida de la población objeto de estudio son altas. Los usuarios de médico mujer perciben menos calidad en aspectos relacionados con el trato con el profesional que los usuarios de médico varón.

Palabras clave: Medición de la calidad de la asistencia sanitaria. Calidad de la asistencia sanitaria. Gestión de la calidad total. Asistencia centrada en el paciente. Satisfacción del paciente. Preferencias del paciente.

Summary

Objective: To measure the perceived quality of the users of two Basic Areas of Health of Cuenca and to compare the same one among users according to the doctor's gender.

Methods: Observational study, descriptive study, cross-sectional study, for the survey method. A questionnaire was used of having proven validity and reliability. The field work was carried out during the months of March, April and May of 1997. The population study object has been the possessor of the Sanitary Card; they have been included all the individuals card possessors. The interviews were carried out to the exit of the medical consultations, for the main investigator. The sampling technique has been for stages, stratified (proportional to the population, age and sex). The total number of interviews has been 442. The main variables of the questionnaire, are a group of 21 statements enunciated by the method of Likert that they mention to different facets of the primary care. Comparisons have been made among male doctors and medical woman users, using the statistical χ^2 .

Results: There are significant differences in the age of the users, if they are assisted by medical woman (41,50 (28,13)) or for male doctor (48,38 (21,53)). There are not significant differences as for social position, level of studies or number of family members. They are more inclined medical woman's users to change professional that male doctor's users, being the fundamental reason "not to be happy with the current doctor". The punctuations of the statements of perceived quality have been high in general. Of the 21 statements, 6 have turned out statistically to be different for doctor male or medical woman. In the statements that they mention to the treatment with the medical professional, woman doctor's patients perceive less quality than male doctor's patients.

Conclusions: In general, the punctuations of the population's study object perceived quality are high. Medical woman's users perceive less quality in aspects related with the treatment with the professional that male doctor's users.

Key words: Health Care Quality Assessment. Quality of Health Care. Total Quality Management. Patient-Centered Care. Patient's Satisfaction. Patient's preferences.

Introducción

La asistencia sanitaria se enmarca dentro del ámbito de la *prestación de un servicio*, con unas características particulares^{1,2} y con otras comunes a cualquier otro tipo de servicio. Es bien sabido que las diferencias fundamentales que afectan a los productos ofertados por las empresas de servicios³ con respecto a las empresas de *productos* industriales es su *intangibilidad*: lo que se ofrece es una prestación o una experiencia que no se puede tocar; otra característica es que *no es separable*⁴ producción y consumo, o sea lo que se ofrece se consume al mismo tiempo que se produce; la tercera propiedad es que los servicios son *heterogéneos*: la prestación varía de un productor a otro, de un usuario a otro.

El sistema de Gestión de la Calidad Total^{5,6}, también en el ámbito de los servicios, pone todo el énfasis en la orientación al cliente⁷. En el medio sanitario hay varios métodos para conocer la opinión del usuario sobre nuestro trabajo⁸, destacando dos tipos: encuestas de *satisfacción*^{9,10} y encuestas de *calidad percibida*¹¹. Son dos conceptos relacionados pero distintos¹²: *satisfacción* del usuario alude a transacciones concretas con el servicio; *calidad percibida* es algo más complejo, alude a una actitud del usuario. Hay autores que opinan que *satisfacción* conduce a *calidad percibida*^{13,14}, y otros que creen lo contrario³.

Una herramienta actual para conseguir la orientación necesaria de un servicio hacia el cliente es el denominado *marketing mix*¹⁴, un concepto cuya definición es: "todas aquellas variables controlables que una organización puede coordinar para satisfacer sus objetivos de mercado¹⁵". Este concepto incluye lo que en la literatura anglosajona se conoce como "las cuatro Pes" ("four P's"): "product" (producto), "price" (precio), "place" (emplazamiento), "promotion" (publicidad); las empresas de servicio tienen, además otros tres atributos propios: "physical evidence" (aspecto físico, decoración), "participants" (empleados que ejecutan el servicio y resto de clientes) y "process" (procedimientos, mecanismos y forma de ejecutar el servicio).

En este artículo nos proponemos conocer la calidad percibida que tienen nuestros usuarios y más específicamente, constatar si existen diferencias en este asunto cuando la asistencia médica la prestan profesionales varones o mujeres.

Sujetos y métodos

Nuestro trabajo se desarrolló en dos Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Cuenca: Zona Básica de Salud de Motilla del Palancar (ZBS MP) y Zona Básica de Salud de Cardenete (ZBS C); ambas son cercanas y hasta 1992 formaban una única ZBS, que se desdobló por razones de dispersión geográfica y administrativas (el Centro de Salud de Cardenete (CS C) lo forman 6 localidades en total; el Centro de Salud de Motilla del Palancar (CS MP) lo forman 14 localidades en total). Para este estudio las seguiremos considerando una unidad. En la ZBS MP, trabajan 9 médicos generalistas (MG) -2 mujeres-, 1 pediatra (PG) -mujer-, 9 Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE), 1 trabajador social, 1 fisioterapeuta, 5 auxiliares de enfermería. En la ZBS C trabajan: 3 MG -1 mujer-, 3 DUE y 1 administrativo. O sea, 8 médicos varones y 4 médicos mujeres.

Se trata de un estudio de observación, descriptivo y transversal, por el método de encuesta. El trabajo de campo se hizo durante los meses de marzo, abril y mayo de 1997, excepto durante la Semana Santa (en estas fechas la afluencia de visitantes ajenos a los usuarios adscritos a los centros de salud es mínima, por no ser período vacacional). El instrumento utilizado ha sido un cuestionario diseñado por el Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁶ con validez demostrada (validez "de constructo" comprobada por análisis factorial y posterior confirmación mediante análisis de conglomerados) y fiable (fiabilidad conjunta estimada por el método de máxima verosimilitud: 0,9121), con todos los coeficientes alfa analizados superiores a 0,9. Dicho cuestionario está basado en estudios de Hulka¹⁰. El trabajo de campo fue efectuado íntegramente por el investigador principal, salvo en la ZBS C, donde trabaja; en este caso, fue realizada la encuesta por un sustituto debidamente entrenado.

La población de estudio ha sido la poseedora de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) adscrita a los CS citados, sumando un total de 9.542 usuarios (2.662 atendidos por médicos mujeres -MM- y 6.880 por médicos varones -MV-).

El tamaño de la muestra fue de 369, calculado mediante la fórmula (muestra extraída de una población infinita)¹⁷: $N = (K^2 \times p \times q) \div e^2$. Donde $p = q = 0,5$ (situación más desfavorable); $K = 2$ (nivel de confianza: 95,5%) y $e = 0,05$ (error máximo: 5%). El tamaño de la muestra se incrementó hasta 420 (10 %) para prever posibles pérdidas de entrevistas.

El muestreo, polietápico, se estratificó por cuotas de edad y sexo. La primera etapa la constituyen los centros de salud. La unidad final de muestreo fueron los pacientes que acudieron a consulta médica. Éstos se captaron en los propios centros de salud, a la salida de la consulta médica. La entrevista se hizo en un lugar apartado, privado y tranquilo, para preservar la confidencialidad. Las entrevistas fueron anónimas. En el caso de los usuarios que por su edad o condiciones físicas o psíquicas no pudieron contestar las preguntas, lo hizo en su nombre, y refiriéndose a la asistencia recibida por éstos, el acompañante principal.

El cuestionario consta de variables descriptivas (edad, sexo, ocupación, clase social¹⁸, etc.), y una parte principal, denominada "Perfil de Calidad Percibida", que consta de 21 ítems tipo Likert¹⁹, (Tabla 1) con valores entre "1" (percibe una calidad mínima o completamente inaceptable) y "7" (percibe una calidad máxima o totalmente satisfactoria). Los valores intermedios también tenían expresiones intermedias, ordinales, asociadas. Había también un ítem adicional sobre "Valoración de calidad global" con la misma escala de Likert.

Se ha analizado también lo que hemos denominado "Componentes de la atención", obtenidos mediante análisis factorial de los ítems de Perfil de Calidad Percibida y ya aportados por el cuestionario, siendo los siguientes: "atención médica", "entorno/centro", "cita/trato" (Tabla 1 con la composición de éstos; nótese que en la Tabla 1 hay ítems que no pertenecen a ningún componente de la atención médica: ello obedece a los resultados del análisis factorial original del cuestionario que hemos utilizado: no todos los ítems se agrupaban en los componentes de la atención, quedando algunos excluidos).

Como estadísticos de contraste se han utilizado χ^2 para la comparación de proporciones, *t* de Student para comparación

Tabla 1. **Ítems de Calidad Percibida**

- Interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud⁽¹⁾
- Seguimiento que hace el médico de su caso⁽¹⁾
- Limpieza del centro⁽²⁾
- Facilidad para conseguir cita para el día que lo solicita⁽³⁾
- Cercanía del centro a su domicilio
- Facilidad para desplazarse de su casa al centro
- Confianza y seguridad que tiene en su médico⁽¹⁾
- Información que ha recibido sobre su problema⁽¹⁾
- Facilidad para desplazarse por el interior del centro
- Atención recibida al solicitar cita telefónica⁽³⁾
- Equipamiento e instalaciones del centro⁽²⁾
- Interés mostrado por su médico para explicarse su problema de salud⁽¹⁾
- Comodidad y amplitud de la sala de espera⁽²⁾
- Horario de atención a los pacientes
- Tiempo que le ha dedicado el médico⁽¹⁾
- Conocimiento que el médico tiene de su historial⁽¹⁾
- Trato humano recibido del médico⁽¹⁾
- Estado de conservación del centro⁽²⁾
- Tiempo transcurrido desde la hora para la que le dieron cita hasta que usted entró en consulta
- Trato humano del personal de enfermería⁽³⁾
- Trato humano del resto de personal⁽³⁾
- Valoración global

(1): ítems de la dimensión "atención médica"; (2): ítems de la dimensión: "entorno/centro"; (3): ítems de la dimensión: "cita/trato"

de medias o prueba *U de Mann Whitney* como prueba no paramétrica. El nivel de significación estadística se ha establecido para una $p < 0,05$. Para verificar ajustes de variables a normalidad se ha utilizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Se ha utilizado para la confección de la base de datos, el programa informático ACCESS®. El programa estadístico ha sido SPSS® 6.0.1.

Resultados

Características sociodemográficas

En la Tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de la población de la muestra. El índice de Friz de la población (92,15) indica que estamos ante una población *madura*^a. El índice de Sundbarg^b indica que estamos ante una población *regresiva*²⁰.

La edad media de los entrevistados es de 46,48 (23,71)^c. La media de edad para atendidos por MM es 41,50 (28,13); la media de edad para atendidos por MV es 48,38 (21,53). Hay diferencias significativas. Sin embargo, si excluimos del análisis el grupo de edad de 0-14 años (Tabla 2), las medias son 55,38 (19,11) y 51,84 (18,66), respectivamente, no habiendo entonces diferencias significativas. Con la variable edad recodificada (Tabla 2), como es de esperar, ocurre lo mismo, hay diferencias significativas incluyendo en el análisis a los niños de 0-14 años, y no existen estas diferencias cuando excluimos estos usuarios.

La posición social predominante (Tabla 2, donde "A" es Posición social alta y "D" Posición social baja; "B", "C1" y "C2" serían posiciones sociales media-alta, media y media-baja respectivamente) de los encuestados ha sido baja (D: 66,1%). El nivel de estudios predominante también ha sido bajo (estudios primarios incompletos: 29,3%, seguido de estudios primarios: 22,9%).

Los usuarios encuestados tuvieron predominantemente una ocupación de "ama de casa" (36,9%) seguidos éstos de "jubilados/pensionistas" (22,4%).

Predominan las familias de 3-4 miembros (60,6%).

En ninguna de las variables descritas se han encontrado diferencias significativas por sexo del médico. Tampoco se han encontrado diferencias significativas según la autoevaluación de salud del paciente.

Utilización de la consulta

Las frecuencias de visitas semanales y mensuales se describen en la Tabla 3.

No se han encontrado diferencias significativas en este aspecto, entre MM y MV.

Con respecto a "motivos de consulta", cuyos resultados se exponen en la Tabla 4, se han encontrado diferencias significativas. Las MM tienen más visitas por revisiones que los MV y menos visitas a renovación de recetas (este análisis se ha hecho recodificando la variable en: "diagnóstico", "revisión", "recetas" y "otros", que son las categorías principales) - $p = 0,001$.

Respecto a la duración de las consultas, el tiempo (minutos) dedicado por el MV es: 6,55 (4,25); el tiempo de las MM 8,15 (4,15). Hay diferencias significativas.

Información sanitaria de los pacientes

En general hay un elevado porcentaje de conocimiento de la libre elección de médico (84,2%). Se han planteado o han cambiado de médico, en total, 9,5% de los usuarios, siendo la razón fundamental "no estar contento con el médico actual". Hay diferencias significativas en cuanto a conocimiento de libre elección de médico de pacientes atendidos por MV o MM. Tienen más conocimiento los pacientes de MM (90,2% frente a

a. Índice de Friz: Proporción, tomada como base 100, de la proporción entre población de 0-20 años y la población de 30-50 años (> 160: población joven; 60-160: población madura; < 60: población envejecida).

b. Índice de Sundbarg: Se toma como base la población de 15 a 50 años y se compara con las otras dos (proporción), tomando como base 100. Si los menores de 15 años superan a los mayores de 50, se trata de una población progresiva, si los mayores de 50 años superan, en porcentaje, a los menores de 15 es una población regresiva.

c. Desviación estándar entre paréntesis.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población de estudio

		Total		Médico varón		Médico mujer	
		n	%	n	%	n	%
Edades	0-14 años	58	13,1	25	7,8	33	27,0
	15-64 años	258	58,4	205	64,1	53	43,4
	≥ 65 años	126	28,5	90	28,1	36	29,5
Sexo	Varones	221	50,0	160	50,0	61	50,0
	Mujeres	221	50,0	160	50,0	61	50,0
Posición social*	A	1	0,2	1	0,3	0	0,0
	B	11	2,5	8	2,5	3	2,5
	C1	30	6,8	19	5,9	11	9,0
	C2	88	19,9	67	20,9	21	17,2
	D	292	66,1	208	65,0	84	67,9
	N/S-N/C	20	4,5	17	5,3	3	2,5
Nivel de estudios	No educación formal	82	18,6	50	15,6	32	26,2
	Primaria incompleta	125	29,3	97	30,3	28	23,0
	Estudios primarios	101	22,9	75	23,4	26	21,3
	Bachiller elemental	92	20,8	71	22,2	21	17,2
	Bachiller superior	34	7,7	23	7,2	11	9,0
	Estudios medios	5	1,1	3	0,9	2	1,6
	Estudios superiores	3	0,7	1	0,3	2	1,6
Ocupación	Autónomo con asalariados	8	1,8	6	1,9	2	1,6
	Autónomo sin asalariados	50	11,3	40	12,5	10	8,2
	Trabajador del sector público	18	4,1	12	3,8	6	4,9
	Trabajador del sector privado	41	9,3	33	10,3	8	6,6
	Parado/desempleado	9	2,0	5	1,6	4	3,3
	Estudiante	30	6,8	23	7,2	7	5,7
	Jubilado/pensionista	99	22,4	71	22,2	28	23,0
	Ama de casa	163	36,9	118	36,9	45	36,9
	Otros no activos	24	5,4	12	3,8	12	9,8
Miembros del hogar	1-2 miembros	144	32,6	108	34,0	36	29,5
	3-4 miembros	268	60,6	190	59,7	78	63,9
	5 o más miembros	28	6,3	20	6,3	8	6,6
Autovaloración del estado de salud	Excelente	53	12,0	36	11,3	17	13,9
	Buena	220	49,8	159	49,7	61	50,0
	Regular	127	28,7	94	29,4	33	27,0
	Mala	42	9,5	31	9,7	11	9,0
Índice de Friz		92,15					
Índice de Sundbarg	0-15 años	35,62					
	> 50 años	99,78					

*"A": clase alta; "B": clase media-alta; "C1": clase media; "C2": clase media-baja; "D": clase baja

Tabla 3. Frecuentaciones semanales y mensuales

	Total	Médico varón	Médico mujer
Frecuentación semanal	0,37 (0,69)	0,30 (0,62)	0,34 (0,87)
Frecuentación mensual	1,55 (2,30)	1,56 (2,15)	1,54 (2,68)
*Entre paréntesis, desviaciones estándar			

81,9%); $p=0,03$. Se han planteado, o han cambiado de médico más frecuentemente, los pacientes de MM (16,4%; 6,9% en MV); $p=0,002$. No ha habido diferencias significativas para los pacientes atendidos por MM, en razón de sexo. La decisión en cuanto al destino del médico de preferencia cuando se ha hecho cambio de médico o cuando se tiene intención de hacerlo ha sido mayoritariamente a un médico del mismo centro de salud, no habiendo diferencias significativas en este aspecto. Tampoco ha habido diferencias en cuanto a la razón de cambio

Tabla 4. **Motivos de consulta**

		Total		Médico varón		Médico mujer	
		n	%	n	%	n	%
Motivo de consulta	Diagnóstico	103	34,9	117	36,6	45	36,9
	Revisión	70	23,7	66	20,6	44	36,1
	Petición de pruebas	4	1,4	6	1,9	0	0,0
	Resultados de pruebas	6	2,0	8	2,5	1	0,8
	Petición de volantes	7	2,4	9	2,8	1	0,8
	Remitido por el especialista	0	0,0	1	0,3	0	0,0
	Recetas	97	32,9	101	31,6	27	22,1
	ILT*	1	0,3	1	0,3	0	0,0
	Otros	7	2,4	11	3,4	4	3,3

*ILT: Incapacidad Laboral Transitoria.

Tabla 5. **Perfil de calidad percibida para la población total**

Ítems	media (DE*)	mediana
• Interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud	6,42 (1,00)	7
• Seguimiento que hace el médico de su caso	6,38 (1,07)	7
• Limpieza del centro	5,79 (1,28)	6
• Facilidad para conseguir cita para el día que lo solicita	6,80 (0,67)	7
• Cercanía del centro a su domicilio	6,36 (1,23)	7
• Facilidad para desplazarse de su casa al centro	6,35 (1,28)	7
• Confianza y seguridad que tiene en su médico	6,50 (0,96)	7
• Información que ha recibido sobre su problema	6,38 (1,08)	7
• Facilidad para desplazarse por el interior del centro	6,48 (1,03)	7
• Atención recibida al solicitar cita telefónica	6,29 (1,11)	7
• Equipamiento e instalaciones del centro	4,95 (1,75)	5
• Interés mostrado por su médico para explicarse su problema de salud	6,42 (1,05)	7
• Comodidad y amplitud de la sala de espera	5,59 (1,37)	6
• Horario de atención a los pacientes	5,95 (1,25)	6
• Tiempo que le ha dedicado el médico	6,09 (1,23)	6
• Conocimiento que el médico tiene de su historial	6,46 (0,97)	7
• Trato humano recibido del médico	6,62 (0,80)	7
• Estado de conservación del centro	5,38 (1,49)	6
• Tiempo transcurrido desde la hora para la que le dieron cita hasta que usted entró en consulta	5,44 (1,49)	6
• Trato humano del personal de enfermería	6,63 (0,71)	7
• Trato humano del resto de personal	6,25 (1,21)	7
• Valoración global	6,20 (0,91)	6

*Desviación estándar.

de médico, siendo mayoritaria: “no estoy contento con el médico actual” (88,6%).

Es interesante que no hay diferencias significativas para el planteamiento de cambio de médico en usuarios de MV o MM según nivel de estudios, salvo para el grupo de estudios medios (bachiller elemental).

Perfil de Calidad Percibida

En las Tablas 5 y 6 se resumen los resultados de este apartado. Se ha hecho prueba de Kolmogorov-Smirnov para compro-

bar ajuste de las variables de “Perfil de Calidad Percibida” a normalidad y se ha comprobado que no son Normales. Ello es obvio por la distribución de las respuestas. Tienden a ser puntuaciones altas en la escala de Likert, ratificando algunos resultados en la literatura que advierten de este fenómeno que ocurre en las encuestas de calidad percibida o satisfacción^{21,22}. Debido a ello, hemos optado por una prueba no paramétrica para el contraste de hipótesis (Π^2); para ello hemos reagrupado los valores de las variables “tipo Likert” de la siguiente forma: (a) valores 1-4= “1”; (b) valor 5= “2”; (c) valores 6-7= “3”. Esta agrupación de valores responde a la impresión del investigador principal de que,

Tabla 6. Perfil de calidad percibida según sexo del médico

Ítems	Médico varón	Médico mujer
• Interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud	6,34 (1,03)	6,00 (1,48)
• <i>Seguimiento que hace el médico de su caso* ($p=0,037$)</i>	6,31 (1,08)	5,95 (1,44)
• Limpieza del centro	5,83 (1,28)	5,84 (1,32)
• Facilidad para conseguir cita para el día que lo solicita	6,80 (0,65)	6,90 (0,45)
• <i>Cercanía del centro a su domicilio ($p=0,046$)</i>	6,31 (1,30)	6,53 (1,20)
• Facilidad para desplazarse de su casa al centro	6,31 (1,32)	6,48 (1,35)
• <i>Confianza y seguridad que tiene en su médico ($p=0,002$)</i>	6,45 (0,99)	5,85 (1,69)
• Información que ha recibido sobre su problema	6,20 (0,06)	5,91 (0,14)
• <i>Facilidad para desplazarse por el interior del centro ($p=0,001$)</i>	6,43 (1,09)	6,49 (0,86)
• Atención recibida al solicitar cita telefónica	6,24 (1,15)	6,19 (1,02)
• Equipamiento e instalaciones del centro	4,96 (1,68)	5,31 (1,70)
• Interés mostrado por su médico para explicarse su problema de salud	6,21 (1,24)	5,91 (1,62)
• Comodidad y amplitud de la sala de espera	5,33 (1,47)	5,32 (1,62)
• Horario de atención a los pacientes	5,94 (1,23)	5,79 (1,47)
• Tiempo que le ha dedicado el médico	6,16 (1,17)	5,90 (1,35)
• Conocimiento que el médico tiene de su historial	6,33 (1,09)	6,08 (1,38)
• Trato humano recibido del médico	6,46 (1,01)	6,50 (0,88)
• <i>Estado de conservación del centro ($p=0,01$)</i>	5,36 (1,44)	5,75 (1,37)
• Tiempo transcurrido desde la hora para la que le dieron cita hasta que usted entró en consulta	5,46 (1,51)	5,39 (1,34)
• Trato humano del personal de enfermería	6,61 (0,38)	6,70 (0,69)
• <i>Trato humano del resto de personal ($p=0,01$)</i>	6,09 (1,34)	6,39 (0,95)
• Valoración global	6,09 (0,95)	6,01 (1,04)

* En cursiva, los ítems en los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas según el sexo del médico.

Tabla 7. Componentes de la atención

	Atención médica	Entorno /centro	Cita /trato
Total	6,23 (0,98)	5,43 (1,15)	6,62 (0,49)
Médico varón	6,31 (0,87)	5,38 (1,15)	6,57 (0,75)
Médico mujer	6,01 (1,19)	5,56 (1,13)	6,75 (0,51)

en el desarrollo de las entrevistas, para los entrevistados, no había igual “distancia conceptual” entre los valores “pequeños” de la escala que entre los valores “elevados” (para los usuarios no era igual optar, por ejemplo, por los valores “2” y “3”, que por los valores “6” y “7”; la “distancia” entre ellos era diferente, pues los usuarios meditaban mucho más la asignación de los valores bajos -más “distancia” entre ellos-). No obstante, por su alto valor descriptivo, exponemos en las Tablas 5 y 6 las medias de los ítems de población total y por sexo de médico.

Las puntuaciones tienden a ser altas. En la Tabla 1, se clasifican los ítems pertenecientes a cada “Componente de la atención”. En la Tabla 6, en cursiva, se anotan los ítems que han resultado tener diferencias significativas según el sexo del médico.

Los resultados de los “Componentes de la atención” se reflejan en la Tabla 7. Se han encontrado diferencias significativas para “Atención médica” ($p=0,01$) y “Cita/trato” ($p=0,006$). Los resultados son favorables a MV en el primer componente y a MM en el segundo.

Un 70,6 % de los pacientes atendidos por MV y un 76,2% de pacientes atendidos por MM consideran el ítem más importante: “trato humano recibido del médico”, no habiendo diferencias significativas.

Discusión

En este estudio contamos con 9 médicos varones y 4 médicos mujeres. Podría objetarse que para el propósito del estudio esta proporción no es la ideal, pero es la proporción con la que contamos. Incluimos a la pediatra en el estudio por ser médico de familia y tener un perfil profesional más aproximado al médico de cabecera.

Es un problema común a los cuestionarios que miden calidad percibida o satisfacción, el sesgo de las respuestas deseables²³, que consiste en que los entrevistados tienden a contestar lo que es más *adecuado* para la organización que presta el servicio. Creemos que hemos disminuido este sesgo con la

recodificaciones realizadas de los valores de los ítems del perfil de calidad percibida.

Otro problema descrito en la literatura es la realización de las entrevistas a la salida de las consultas, pudiendo haber un sesgo por la inmediatez del contacto con el servicio²⁴. Para paliar lo posible esto hemos realizado siempre las entrevistas en un sitio apartado, cerrado, íntimo y tranquilo.

Hemos evitado en gran medida el sesgo del entrevistador²³, que ocurre cuando hay varios entrevistadores, pues puede haber variabilidad en los resultados de las entrevistas por influencia del entrevistador. Sólo hemos recurrido a un entrevistador ajeno al principal para realizar las entrevistas del CS C. Aunque siempre es deseable que un encuestador *neutral* sea el encargado de realizar las encuestas²⁵, hemos puesto especial énfasis en este trabajo en evitar sesgos debidos a ser el principal encuestador el primer investigador (nunca encuestó a usuarios de su ámbito de trabajo o que supieran su condición de prestador de servicio).

Nuestro muestreo ha sido segmentado por edad y sexo con el fin de conseguir una muestra lo más representativa posible; no obstante el análisis que hemos hecho ha sido global, no segmentado, porque creemos que este análisis de los datos responde mejor a nuestros objetivos.

Hemos de advertir también de la diferencia en el número de MM y MV. Además se da la circunstancia de que una de las MM ocupa la plaza de pediatría en el CS MP; no hemos excluido a esta profesional del estudio por ser médico generalista, como los demás profesionales. Pero advertimos del sesgo que puede introducir esta profesional al ocuparse exclusivamente de usuarios de 0-14 años (normalmente, los cuestionarios los han contestado, en este caso, los acompañantes del menor), aunque también hay niños que no son atendidos por esta profesional (son atendidos por PG: 555 niños; son atendidos por MG: 794 niños). No obstante, los 794 niños atendidos por MG se “reparten” entre profesionales de los dos géneros, mientras los 555 niños atendidos por PG son atendidos por MM.

Con respecto a variables sociodemográficas, no se han encontrado diferencias significativas en la calidad percibida de los usuarios con respecto al sexo del médico, salvo para la edad del paciente. Parece que los usuarios no se “distribuyen” por los profesionales según un criterio de sexo del profesional. El hallazgo de significación para la edad advertimos que puede ser debido al sesgo introducido por la profesional pediatra. Si excluimos a esta profesional del análisis desaparecen las diferencias significativas. No se observa, pues, lo descrito en otros trabajos en el sentido de que las mujeres prefieren MM²⁶. No se han evidenciado en análisis por segmentos de edad (0-14 años, 15-64 años, ≥ 65 años) que estos hallazgos cambien.

Las MM emplean más tiempo en las consultas médicas que los MV. Este hallazgo concuerda con otros existentes en la literatura^{27,28}. Sin embargo, como vemos en la Tabla 6, no hay diferencias significativas en el ítem: “Tiempo que le ha dedicado el médico”. Parece que los pacientes están satisfechos con las dos duraciones de las consultas. No se ha hecho en este trabajo, como en otros existentes²⁹, estudio de los contenidos de la consulta.

Las MM tienen más visitas por revisiones (consultas programadas) que los MV. En la literatura, las conclusiones más

numerosas apuntan a que las MM orientan más la asistencia a la esfera biopsicosocial³⁰, mientras que los MV son más “clínicos” (“lo importante es el diagnóstico y tratamiento...”)³¹. Una interpretación arriesgada de nuestros resultados, puede ir por estos derroteros: las MM se preocupan más de actividades preventivas^{32,33} (control de enfermedades, revisiones, programadas) mientras que los MV se dedican más a actividades de diagnóstico y tratamiento (notemos, sin embargo, que no hay diferencias significativas según la autopercepción de salud de los usuarios: esto no encaja lógicamente con estas diferencias comentadas, pues sería de esperar que aquellos pacientes con peor autopercepción de salud prefirieran un médico varón, con más “actitud curativa” que una médica mujer, con más “actitud preventiva”). Es llamativo el alto porcentaje global de pacientes que acuden exclusivamente a por recetas (¿síntoma de mala gestión de las consultas?).

Nuestros pacientes están bastante bien informados sobre la elección libre de médico de cabecera. Es necesario puntualizar que en nuestro medio, esencialmente rural, este derecho es poco efectivo: los pacientes tienen adscrito un médico con un criterio en muchos casos geográfico y el ejercicio del derecho de libre elección de médico les obligaría a desplazarse a otra localidad para acudir al profesional elegido. No es extraño, por la razón anterior, que no haya porcentajes elevados de cambio de médico. Llama la atención que, no obstante, hay diferencias significativas en razón del sexo del médico para la intención de cambio o el propio cambio de profesional. Están más interesados en cambiar de médico o lo han hecho en mayor porcentaje, los pacientes de MM. Dato sorprendente de nuestro estudio que contradice la mayoría de los estudios publicados en la literatura. Una posible explicación de este hallazgo es la baja puntuación de una MM, en concreto, con respecto a las otras; analizados los datos (prueba de Kruskal-Wallis con posterior comparación por parejas) de las cuatro MM, la profesional de PG obtuvo resultados significativos con respecto a las otras tres profesionales (¿fue esto lo que causó este sorprendente hallazgo?). En una prueba de contraste de hipótesis excluyendo a la PG no hubo diferencias significativas en cuanto a intención de cambio de médico respecto de MM o MV. Un asunto interesante posible objeto de otro estudio sería: ¿por qué los usuarios, significativamente, perciben menos calidad en la consulta de PG? La respuesta puede que no fuera necesariamente “porque el profesional no haga un servicio de calidad”, sino “porque el usuario no está convenientemente informado”.

Por otra parte no hay diferencias significativas en la intención de cambiar de médico según “Posición social”.

Las Tablas 5 y 6 informan de los resultados de “Perfil de calidad percibida”. En general, las puntuaciones son similares para MM y MV, siendo siempre un poco más elevadas para MV. Hay diferencias significativas en aspectos de relación directa con el profesional (“seguimiento que hace el médico de su caso”, “confianza y seguridad que tiene en su médico”, “trato humano del resto de personal”). El último ítem es difícilmente interpretable, pues el “resto del personal” es común para pacientes de MM y de MV. Hay también diferencias significativas para aspectos de accesibilidad (“cercanía del centro a su domicilio”, “facilidad para desplazarse por el interior del centro”, “estado de conservación del centro”); en este caso, todas las puntuaciones son mayores para los pacientes atendidos por MM. Ello

probablemente sea debido a que, en nuestro estudio, las MM ocupan, salvo en un caso, plazas en consultas de Cabeceras de Salud^d o en Puntos de Atención Permanente^e, mejor equipados que los consultorios periféricos, esencialmente rurales.

Hay diferencias significativas en los "Componentes de la atención": en el aspecto de "Atención médica", obtienen mejores puntuaciones los MV. En el componente de Cita/trato, superan las MM a los MV. Ello es compatible con otros resultados en la literatura³⁴, que concluyen que para los pacientes les es más fácil comunicarse con las MM que con MV.

Concluyendo, en nuestro estudio, perciben más calidad los usuarios de los MV que los usuarios de MM en aspectos directamente relacionados con relación directa con el profesional. Estos resultados hay que aceptarlos con cierta cautela, por las razones vistas anteriormente. En aspectos de accesibilidad hay más calidad percibida para MM. No obstante, en general, las puntuaciones que asignan los usuarios al servicio, en los distintos aspectos estudiados son elevadas.

Bibliografía

- Marquet R, Avellana E, Davins J. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas (I). *FMC* 1993;0(0):7-18.
- Varo J, Revert RM, Fuster R, Rubio-Gomis E, Rubini S. El mercado sanitario: necesidades y demandas del cliente de los servicios de salud. *Todo Hospital* 1996;127:7-14.
- Parasuraman A, Zeithaml A, Berry L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Further Research. *Journal of Marketing* 1985;49:41-50.
- Gronroos C. A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing* 1984;18(4):36-44.
- Jiménez-Montaños MA. *La calidad como estrategia competitiva*. Albacete: Tébar Flores, 1996.
- Garrido-Casas J, Silva MD, Oteo LA. Estudio descriptivo del nivel de desarrollo de los criterios agentes del modelo europeo para la gestión de calidad total en hospitales de la comunidad de Madrid. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:144-51.
- Brugos A, Fernández C, Viscarret B, Merino R, Galindo C, Herranz A. Reorientación de los servicios de atención primaria hacia la población y sus preferencias. *Boletín de Salud Pública de Navarra* 1995;15:2-5.
- Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad en los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:163-75.
- Ware JE, Hays Jr, Ron D. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988;26(4):393-402.
- Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970;8:429-35.
- Baraza MP, Martínez-Ortega MA, Vázquez-Villegas J, Sayed-Ahmad A, Granados C, García-Tortosa C. Análisis de la calidad percibida en el Programa de Atención a la Embarazada (Zona Básica de Salud de Roquetas. Almería). *Centro de Salud* 1999;172-8.
- Joseph J, Taylor A. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* 1992;56:55-68.
- Bolton RN, Drew JH. A Longitudinal Analysis of Professional Service Changes on Customer Attitudes. *Journal of Marketing* 1991;55:1-9.
- Bitner MJ. Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing* 1990;54:69-82.
- McCarthy EJ, Perreault WD Jr. *Basic Marketing*. 9ª ed., Homewood, IL: Richard D. Irwin, Inc.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Evaluación y Servicios). *Investigación sobre calidad percibida por el usuario del Insalud en Atención Primaria*. Madrid. Enero, 1992.
- Marrugat J, Vila J, Pavesi M, Sanz F. Estimación del tamaño de la muestra en la investigación clínica y epidemiológica. *Med Clin (Barc)* 1998;111:257-76.
- Domingo A, Marcos-Alonso J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;3(20):320-6.
- Likert RA. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* 1932;Junio:1-55.
- Sierra-López A, Doreste JL. Demografía y salud pública. En: Piédrola G, et al., eds. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 8ª ed. Barcelona: Salvat, 1988;54-81.
- Brown TJ, Churchill GA Jr, Paul Peter J. Improving the Measurement of Service Quality. *Journal of Retailing* 1993;69(1):127-39.
- Wall TD, Payne R. Are Deficiency Scores Deficient? *Journal of Applied Psychology* 1973;58(3):322-6.
- Lydeard S. The questionnaire as a research tool. *Fam Practice* 1991;8(1):84-91.
- Luque M, Torío J, Romero R, García-Tirado MC, Segovia A. *Imagen de la Atención Primaria: una encuesta a los usuarios*. Centro de Salud 1995;Julio:532-7.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II: II-Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 1991;302:1129-32.
- Bensing JM, Brink-Muinen A, Bakker DH. Gender differences in practice style: a dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993;31:219-29.
- Roter D, Lipkin M, Korsgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care* 1991;29:1083-93.

d. Cabeceras de Salud: denominamos así a las consultas ubicadas en el edificio, propiamente dicho, del Centro de Salud, para diferenciarlas de las consultas de los núcleos rurales de la ZBS.

e. Puntos de Atención Permanente: se denominan así a centros con características intermedias de Centro de Salud y consultorios ordinarios; por ejemplo, prestan atención continuada las 24 h. del día, pueden tener servicios administrativos propios de Centros de Salud, etc.

28. Brit H, Bhasale A, Miles DA, Meza A, Sayer GP, Angelis M. The sex of the general practitioner. A comparison of characteristics, patient, and medical conditions managed. *Med Care* 1996;34:403-15.
29. Roter D, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health* 1989;10:163-80.
30. Boerma WG, van den Brink-Muinen A. Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe: a signal to health care planners. *Med Care* 2000;38(10):993-1002.
31. Calman M. Images of general practice: the perceptions of the doctor. *Soc Sci Med* 1988;6:579-86.
32. Delgado A. El papel del género en la relación médico-paciente. *FMC* 1999;6(8):509-16.
33. Delgado A, Martínez-Cañavate T, García V, Frías J, Rueda T, Morata J. Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico. *Aten Primaria* 1999;23:268-74.
34. Slicht SM, Dunt DR. Women's perceptions of female general practitioners. *Community Health Studies* 1987;11:176-82.