

Práctica profesional y género en atención primaria

Ana Delgado^a / Luis A. López-Fernández^b

^aEspecialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Doctora en Medicina. Técnica de Salud de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Granada. Granada. España.

^bEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

Correspondencia: Ana Delgado Sánchez. Alquería, 66. Cármenes de San Miguel. 18010 Granada. España.

Correo electrónico: adelgado@samfyc.es

(Professional practice and gender in primary care)

Resumen

En este artículo se analizan las relaciones entre el sexo de los pacientes y los profesionales, la clase social y el tipo de aseguramiento, por un lado, y la práctica médica y la satisfacción con la atención recibida por otro. Cuando la atención médica se basa en el paradigma biopsicosocial los resultados, en salud y satisfacción, aumentan.

Parece que las médicas de atención primaria tienen un estilo de comunicación con sus pacientes más centrado en lo psicosocial que los médicos, a la vez que la mujeres expresan con frecuencia la preferencia por una médica para consultar problemas de índole psicosocial.

Sin embargo, el sexo del paciente y el del profesional no muestran relaciones consistentes con la satisfacción. Algo similar ocurre con la clase social. En los 3 casos existe una carencia importante de información.

Es imprescindible incorporar estas categorías a los estudios sobre la práctica clínica y la satisfacción, tanto en la recogida de datos como en el análisis. No es posible comprender fenómenos tan complejos como éstos sin tener en cuenta que el género y la clase social son fundamentos de la identidad individual y social y, por tanto, condicionan las diversas formas de interactuar en la relación paciente-profesional.

Palabras clave: Satisfacción. Práctica profesional. Género. Clase social. Atención primaria.

Abstract

In this paper we analyse the relations between sex of patients and professionals, social class and health insurance scheme, with the type of medical practice and level of satisfaction with care received by the patients. Following recent literature it can be said that medical practices based on the psychosocial paradigm obtain better results in terms of health and satisfaction.

In the primary health care sector, there is evidence that women doctors follow a communication pattern grounded on the psychosocial model. In parallel, women patients frequently show their preferences for women doctors when their complaints are related to psychosocial issues.

Sex and social class of patients and professionals are not consistently related to the level of satisfaction reached, although to date there is still a lack of research to support this point.

It is necessary to incorporate in our research these analytical categories. Not only in data collection but also in the analysis. It would not be possible to fully understand the complexity of clinical activities without considering that gender and class shape our individual and social identity and therefore condition the diverse forms of interaction in patient-doctor relations.

Key words: Satisfaction. Professional practice. Gender. Social class. Primary care.

Introducción

Los encuentros entre profesionales y usuarios son el núcleo de los sistemas de asistencia sanitaria. Cada día se producen en nuestro país alrededor de un millón de este tipo de encuentros. En ellos se toman algunas de las decisiones más importantes de los servicios de salud: diagnosticar, proponer pautas preventivas, prescribir, derivar... Y todo ello se realiza con cierto nivel de calidad, produce más o menos satisfacción en los usuarios y las usuarias, genera un gasto determinado y promueve más o menos salud, teniendo en cuenta que el peso de los otros de-

terminantes es mucho más importante para la salud que el sistema sanitario.

Estas consultas se producen en un contexto político, legal y cultural que enmarca el encuentro de dos culturas, la cultura del ciudadano/usuario/paciente y la del profesional (fig. 1).

En este artículo centramos la atención sobre la práctica médica y la satisfacción de las usuarias y los usuarios en atención primaria (AP), teniendo especialmente en cuenta el sexo, la clase social y el tipo de aseguramiento.

Para las instancias profesionales, gestoras y políticas es importante la opinión de las usuarias y los usuarios por varias razones: sirve para evaluar la calidad,

Figura 1. Encuentro entre cultura profesional y cultura del ciudadano/usuario/paciente.



Fuente: elaboración propia.

es imprescindible para lograr su cooperación en los cuidados, y su participación es éticamente deseable^{1,2}.

Para conocer la satisfacción se puede preguntar a las personas que han usado recientemente los servicios de salud (como los clásicos estudios de satisfacción de Hulka o Ware y de calidad percibida de Parasuraman) o se puede entrevistar a la ciudadanía mediante las llamadas encuestas de opinión. Así, los hallazgos pueden llegar a ser incluso contradictorios debido al tipo de pregunta, el objeto de evaluación, la relación con los servicios o el perfil de las personas encuestadas. Conviene tener en cuenta todo esto a la hora de interpretar los resultados.

La práctica médica

Dimensiones de la práctica médica

Se han establecido varias dimensiones para el análisis de la práctica médica, dos están incluidas en todos los esquemas taxonómicos: la conducta técnica o instrumental y la conducta afectiva o socioemocional.

Se denomina atención centrada en el paciente (ACP) a la práctica que explora la enfermedad y la experiencia de enfermedad, en oposición a una atención meramente biologicista. Este enfoque en la comunicación es esencial para definir una adecuada relación paciente-médico/a.

Existen pruebas de que la ACP tiene un efecto beneficioso para los resultados de salud psíquica y física³ y la satisfacción de los pacientes con su médico⁴.

Los aspectos interpersonales de la atención, particularmente la comunicación y la empatía, se consideran los principales condicionantes de la satisfacción^{1,5}.

Variaciones según el sexo del profesional

La variabilidad de la práctica entre médicas y médicos ha sido motivo de numerosos estudios. Los hallazgos muestran que el sexo del médico modula algunos elementos importantes de la relación con sus pacientes, dentro y fuera de España⁶⁻⁸. Las médicas de AP mantienen consultas más largas, proporcionan más información y presentan un estilo de comunicación diferente del de los médicos. Como elemento diferencial destaca que las médicas incluyen en la entrevista más aspectos socioemocionales del problema del paciente; sin embargo, la información biomédica no parece relacionarse con el sexo del profesional. También los/las pacientes de las médicas hablan más y participan de forma más activa durante la consulta (*partnership building*) que si ésta tiene lugar con un médico. Parece que la concordancia de sexo entre el paciente y el médico explica en parte lo observado. Estas características del estilo comunicacional de las médicas tienen un correlato sustancial con las que definen el modelo de ACP. Por el momento, no hay estudios que hayan investigado directamente si los pacientes de las médicas tienen mejores resultados en salud.

El origen de estas diferencias de género encontradas en la práctica es multicausal e incluye la existencia de ideales y mandatos de género que condicionan los valores y las habilidades de médicas y médicos y que operan en su relación con los pacientes. Asimismo, estas discrepancias en la práctica pueden expresar el efecto de las demandas y expectativas diferenciales que los pacientes depositan en médicas y médicos⁹.

Perspectiva de los pacientes

Qué esperan los pacientes de su médico/a

El conjunto de prioridades, expectativas o preferencias conforma lo que esperan los pacientes de su médico/a. Una amplia revisión sobre las prioridades de los pacientes muestra que los aspectos relacionales seguidos de los aspectos técnicos del encuentro clínico son más importantes que diversos aspectos organizativos de los servicios de salud¹⁰.

En AP, según una investigación desarrollada en 8 países con diferentes culturas y sistemas de salud¹¹, las personas que consultan a su médico consideran prioritarios los siguientes aspectos: tener suficiente tiem-

po de consulta para hablar y ser escuchados, conseguir una atención rápida en caso de emergencia, que el médico o médica garantice la confidencialidad, y que les informe de lo que desean conocer acerca de su enfermedad. Para los médicos generales daneses, que respondieron al mismo cuestionario del estudio anterior, lo más importante es la confidencialidad, dejar libertad al paciente para hablar de sus problemas y trabajar con el mejor conocimiento disponible. Las prioridades de pacientes y médicos generales guardan una elevada correlación¹².

Preferencia de los pacientes sobre el sexo del médico/a

En AP es frecuente que una proporción importante de pacientes prefieran un profesional de su mismo sexo para problemas urogenitales y anales. Sin embargo, son más las mujeres que muestran preferencia por una médica para problemas psicosociales y familiares, tanto fuera como dentro de España^{13,14}.

En los Países Bajos, según un estudio que analiza 13 profesiones sanitarias¹⁵, las usuarias no tienen preferencia para las especialidades médicas muy instrumentales, pero sí prefieren una mujer para profesiones relacionadas con aspectos más íntimos o psicosociales de la salud. En cambio, los usuarios, que en general presentan un perfil de preferencia menos acentuado, prefieren un hombre para todas las especialidades médicas, y una mujer para ciertas profesiones, como enfermería y trabajo social. La razón de la preferencia aducida con más frecuencia por mujeres y hombres es la mayor facilidad para hablar con la profesional o el profesional, respectivamente.

Según los datos de los registros nacionales de morbilidad en AP de Australia¹⁶ y Países Bajos¹⁷, se observa que las médicas atienden en consulta más problemas inespecíficos, ginecoobstétricos, de anticoncepción, psíquicos y sociales, después de ajustar por características de profesionales y pacientes, debido a que las mujeres eligen mayoritariamente una médica. La tendencia a que la preferencia por una médica sea más pronunciada podría estar en relación con ciertas valoraciones que hacen los pacientes sobre ellas: su estilo democrático¹⁸ o su mayor humanidad¹⁴.

La satisfacción con los cuidados médicos

Hay acuerdo sobre la necesidad de conocer y dar respuesta a las expectativas de los y las pacientes con el objeto de mejorar su satisfacción y otros resultados de la atención¹.

El término «expectativas» ha sido muy utilizado y poco comprendido; muestra de ello es que tiene significados muy diferentes según los estudios. Linder-Pelz

propuso y comprobó empíricamente un enfoque en los años ochenta en el que las expectativas, entendidas como una respuesta afectiva de los y las pacientes ante los cuidados, son un determinante mayor de la satisfacción. A su vez, sabemos que las expectativas cambian con la experiencia acumulada, por lo que al aumentar el nivel de calidad podrían generarse mayores expectativas que, a su vez, podrían traducirse en menor satisfacción, y viceversa¹.

Kravitz dibuja un modelo más complejo y comprensivo de la génesis, la evolución y las consecuencias de las expectativas del paciente, y las sitúa en un lugar central entre la conducta frente a la enfermedad, la evaluación de los cuidados y la respuesta clínica. La compleja dinámica del encuentro clínico y las expectativas que en él deposita el paciente también está afectada por las características personales del propio paciente, sus valores y su estado de salud, así como por las peculiaridades del médico y del sistema sanitario.

El análisis de la relación entre el sexo del paciente y su satisfacción con la atención recibida está ausente en numerosos estudios sobre el tema, por lo que esta información es escasa; además, la relación encontrada es inconsistente. En algunos estudios los hombres están más satisfechos, mientras en otros lo están las mujeres⁵, pero, generalmente, los pacientes de ambos sexos manifiestan igual grado de satisfacción con los cuidados^{1,19-21}.

En los centros de salud urbanos de Andalucía parece que no existen diferencias de satisfacción entre mujeres y hombres, al menos cuando ésta se mide con un solo ítem con 5 opciones de respuesta. En dos investigaciones propias se incluyó esta pregunta con fines de control. El primer estudio, realizado en 1994 con 1.042 usuarios de Granada, Málaga, Sevilla y Jaén, tenía como objetivo conocer la utilización de servicios. La proporción de hombres y mujeres satisfechos con el médico de familia es similar: un 80 y un 81%, respectivamente (datos no publicados). Lo mismo ocurre entre las 357 personas entrevistadas en una segunda investigación realizada en 2002 en Granada y Málaga, cuyo objetivo era conocer las expectativas de las usuarias y los usuarios sobre la atención que les presta su médico de familia (datos no publicados).

Es necesario incorporar otras variables que interactúan con el sexo y pueden explicar la diversidad de los resultados.

Los estudios sobre la relación entre el sexo del médico y la satisfacción han sido menos. En diferentes ámbitos sanitarios existe una mayor satisfacción con las médicas, ya sea entre pacientes de ambos sexos^{21,22} o sólo en las mujeres²³.

En Estados Unidos, Hall et al²⁴ estudian las relaciones entre el sexo y la conducta en la consulta de ambas personas, médico y paciente. Los pacientes de

ambos sexos, particularmente los hombres, están menos satisfechos con las médicas jóvenes, sin que aparezcan otras características de pacientes, de médico/médica o de la comunicación que expliquen esta diferencia. Aunque la menor satisfacción con este grupo de profesionales podría deberse a alguna conducta de las médicas que no se valora en el estudio, el resultado parece expresar más bien un problema de aceptación, y las autoras sugieren la existencia de prejuicios entre los pacientes que devalúan la consideración de las médicas jóvenes. En un estudio cualitativo²⁵, las médicas españolas de tres especialidades muy feminizadas expresan esta percepción de desvalorización, manifiestan que los/las pacientes equiparan autoridad con eficacia, rapidez y experiencia, cualidades que el dispositivo simbólico de género asigna a los hombres y, paralelamente, a los médicos, y afirman que ellas no reciben igual reconocimiento de autoridad que sus compañeros hombres.

En una investigación llevada a cabo con 10.205 pacientes de Estados Unidos, se analiza la satisfacción dividiéndolos en dos grupos: los que eligen y los que han sido asignados a su médico/a²⁶. En ningún grupo aparecen las diferencias de satisfacción por sexo del paciente o sexo del médico; sin embargo, en el grupo de los que eligen al profesional, la puntuación más baja de satisfacción aparece en mujeres atendidas por una médica y la puntuación más alta, en los hombres atendidos por una médica, interacción que no se manifiesta cuando los pacientes son asignados al profesional. El estudio sugiere que los/las pacientes que eligen proveedor tienen diferentes expectativas.

Al igual que ocurre con otras características, para explicar la relación del sexo del profesional con la satisfacción, es importante considerar su interacción con otros factores, incluidos el sexo del paciente, el tipo de cuidados, las dimensiones de la satisfacción medidas, etc. Entre las posibles hipótesis para explicar estos hallazgos, debe considerarse que la práctica de las médicas incorpora en mayor medida conductas valoradas positivamente por los pacientes, que las expectativas son diferentes según el sexo de las dos personas que intervienen en la relación y otras características de los pacientes y que la medicina es todavía una profesión estructural y simbólicamente masculina.

El estudio de la relación entre clase social y satisfacción también depara hallazgos contradictorios^{1,5}. Existen dos problemas: la medición inexistente o desigual de la variable y su potencial confusión con otras características no controladas.

Por esta razón es interesante observar cómo se asocian el nivel de estudios y los ingresos o nivel de renta con la satisfacción, ya que son rasgos que se correlacionan con la clase social y se analizan con más frecuencia que ésta.

En las personas incluidas en las dos investigaciones propias mencionadas a propósito del sexo de los pacientes, la clase social, medida con los 5 grupos propuestos por el British Registrar General, no muestra relaciones con la satisfacción en AP.

En la población catalana que utiliza el sistema público, la clase social y el nivel de estudios no se relacionan con el grado de satisfacción²⁷. Sin embargo, lo más frecuente es que las personas con estudios superiores manifiesten menor satisfacción con la atención, tanto en estudios con pacientes como en estudios de opinión^{1,5,19,28}. Puede ser que la mayor información de las personas incremente sus expectativas y su sentido crítico y, por tanto, genere en ellas menos satisfacción.

En los datos de la muestra española del Eurobarómetro¹⁹ la satisfacción es mayor cuando la renta es «ligeramente superior» a la media, pero no lo es cuando la renta es «superior» a la media (la variable renta es categórica). En el Informe Blendon²⁹, la satisfacción con el sistema sanitario es inferior en las personas de ingresos altos; en la interpretación de estos resultados debe tenerse en cuenta que se trata de estudios de opinión pública que básicamente recogen la valoración sobre aspectos organizativos del sistema sanitario o sobre los cuidados recibidos de manera genérica, pero que no evalúan de forma directa de las y los profesionales médicos.

Tipo de aseguramiento

Según el Informe Blendon²⁹, los ciudadanos y las ciudadanas usen o no la sanidad privada, opinan que los profesionales y las instituciones en ese sector ofrecen más calidad asistencial que en el medio público.

En un estudio sobre calidad percibida con grupos focales³⁰, tanto los usuarios y usuarias de centros de salud como los de aseguradoras privadas creen que el sector privado aporta una mayor accesibilidad horaria, más rapidez en la solución de problemas y mejor coordinación interna de las instituciones. No existe diferente valoración con respecto a las otras dimensiones del modelo de Parasuraman, que incluyen el trato y la capacidad técnica de los profesionales.

En Cataluña²⁷, la satisfacción con la AP es menor entre las personas cuya única cobertura es la sanidad pública frente a las que están afiliadas a mutuas, aunque la diferencia no aparece al evaluar las cualidades personales del profesional.

Parece que los usuarios/pacientes juzgan superiores ciertas características organizativas del sector privado frente al público, pero no evalúan de forma diferente a las médicas y los médicos que trabajan en ambos medios.

Independientemente de la participación pública o privada en el sistema sanitario, es interesante observar

la evaluación global de la AP que hacen los pacientes de 10 países europeos²⁰. Esta valoración tiende a ser más positiva en los países cuyo sistema de salud proporciona libre acceso a los especialistas y al hospital (*free-for-service*) que en los de sistema con puerta de entrada basada en los médicos generales (*gatekeeper*). En los primeros, la satisfacción es superior en aspectos de accesibilidad: poder contactar y hablar por teléfono, conseguir una cita o tener atención urgente; en estos pacientes podría darse el efecto de un sesgo de selección, ya que pueden optar y elegir un especialista o un médico general; además, el sistema permite que sientan más cumplidas sus expectativas de libre elección, accesibilidad y consumo de servicios sanitarios. Estos aspectos de la organización de los servicios pueden formar parte de las diferencias de satisfacción encontradas entre el sector privado y el público.

Conclusiones

- En AP, la práctica médica que resalta los aspectos socioemocionales de la atención mejora los resultados en salud y la satisfacción de los pacientes.
- La práctica clínica de las médicas que trabajan en AP incluye más contenidos psicosociales que la de sus colegas hombres.
- Para los pacientes de AP los elementos prioritarios de la atención son las habilidades afectivas y técnicas del médico o médica antes que los aspectos organizativos del servicio.
- La clase social y el sexo del paciente, así como el sexo del profesional, no muestran relaciones consistentes con la satisfacción, si bien su inclusión en el diseño y/o análisis en los estudios sobre satisfacción es poco frecuente.
- El sector privado parece generar más satisfacción en los aspectos relativos a la organización del servicio, como el acceso y la coordinación. Sin embargo, la satisfacción con las médicas y los médicos es similar en el sistema privado y el público.

- La satisfacción de las y los pacientes parece ser el resultado de una múltiple y compleja serie de factores que interactúan entre sí y que deben ser investigados e interpretados de manera conjunta para dotar de significado a los resultados.

Recomendaciones

- Es necesario incluir el sexo y la clase social de los pacientes, así como el sexo de los médicos, en el diseño de los estudios de satisfacción con la atención sanitaria.
- Para el análisis e interpretación de los estudios sobre la satisfacción y la práctica profesional es primordial aplicar la teoría de género y el enfoque de las desigualdades de salud por clase social y sexo. Ambas referencias teóricas ayudarán a conocer y explicar el significado y la complejidad de las relaciones existentes entre estas categorías sociales, así como la relación entre éstas y la satisfacción de las personas con la atención. Ello proporcionará importantes oportunidades de mejora de la atención médica.
- La formación médica de pregrado y posgrado debe primar, como componentes técnicos de la medicina, los aspectos relacionales de la práctica clínica. Asimismo, la formación debe resaltar la relación de la calidad del proceso de comunicación con la satisfacción de los pacientes y otros resultados en salud.
- En el sistema sanitario público es necesario articular mecanismos que aumenten la capacidad de elección del usuario y mejoren la accesibilidad y la coordinación en la provisión de cuidados.
- Es necesario utilizar estrategias eficaces de cambio y mejora de la práctica profesional. Éstas deben reconocer las múltiples influencias que están en el origen de los patrones de práctica médica: el papel de los mecanismos organizacionales, la cultura de la profesión, la influencia de los usuarios y de la sociedad en su conjunto. La cultura del mundo gerencial debe adaptarse a esta situación.

Bibliografía

1. Sitzia J, Wood N. patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45:1829-43.
2. Calnan MW. The patient's perspective. *Int J Technol Assess Health Care* 1998;14:24-34.
3. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995;152:1423-33.
4. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract* 1998;15:480-92.
5. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994;39:655-70.
6. Delgado A, López-Fernández L, Luna JD. Ser médico o ser médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Aten Primaria* 2001;28:219-34.
7. Delgado A. El papel del género en la relación médico-paciente. *FMC* 1999;6:509-16.
8. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication. A meta-analytic review. *JAMA* 2002;288:756-64.
9. Hall JA, Roter DL. Medical communication and gender: a summary of research. *J Gen Specif Med* 1998;1:39-42.

10. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care (part I): description of the research domain. *Soc Sci Med* 1998;47:1573-88.
11. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999;16:4-11.
12. Vedsted P, Mainz J, Lauritzen T, Olesen F. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *Fam Pract* 2002;19:339-43.
13. Fennema K, Meyer DL, Owen N. Sex physician. Patients' preferences and stereotypes. *J Fam Pract* 1990;30:411-46.
14. 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.
15. Kerssens JJ, Bensing JM, Andela MG. Patient preference for genders of health professionals. *Soc Sci Med* 1997;44:1531-40.
16. 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.
17. Bensing JM, Brink-Muinen A, Bakker DH. Gender differences in practice style: a dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993;31:219-29.
18. Elstad JI. Women's priorities regarding physician behavior and their preference for a female physician. *Women Health* 1994;21:1-19.
19. Costa Font J. Establecimiento de prioridades, opinión pública y sistema sanitario en España. *Gac Sanit* 2001;15:237-44.
20. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000;50:882-7.
21. Delgado A, López-Fernández LA, Luna JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993;31:795-800.
22. Roter DL, Geller G, Bernhardt BA, Larson SM, Doksum T. Effects of obstetricians gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol* 1999;93:635-741.
23. Derose KP, Hays RD, McCaffrey DF, Baker DW. Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? *J Gen Intern Med* 2001;16:218-26.
24. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender and communication in medical visit 1994;32:1216-31.
25. Delgado Sánchez A, Távora Rivero A, Ortiz Gómez T. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad [en prensa]. *Estudios de Sociolingüística* 2003.
26. Schmittiel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP. Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care services. *J Gen Intern Med* 2000;15:761-9.
27. Bolívar I. Grupo Estudio Utilización Servicios Sanitarios Mataró. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria. *Gac Sanit* 1999;13:371-83.
28. Delgado A, López Fernández LA, Luna del Castillo JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 1995;16:314-21.
29. Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellisé L, Costas E. Spain's citizens assess their health care system. *Health Affairs* Fall 1991;216-28.
30. Prieto-Rodríguez MA, March Cerdá JC, López-Fernández LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria* 1999;23:259-66.