

VALORACIÓ DONADA PER METGES, ADMINISTRADORS I USUARIS A LES DIFERENTS COMPONENTS DE LA QUALITAT DE L'ATENCIÓ

Esperança Castell * / Joan Manel Batista **

* Formació de personal. Àrea Centre de l'Institut Català de la Salut

** Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona

Resum

S'ha lliurat d'un qüestionari obert a diferents líders professionals (metges i administradors) i a usuaris, per a obtenir les variables definidores del rol professional del metge d'atenció primària. Mitjançant l'anàlisi de components principals s'evidencia que les persones consultades mostren un important grau d'acord a assenyalar els trets que defineixen l'activitat professional del bon metge d'atenció primària. Tanmateix, l'anàlisi de les opinions permet apreciar la presència de les dissemblances que els caracteritzen. Els usuaris es mostren partidaris de definicions

individualitzades de l'atenció. Els metges valoren més les habilitats tècniques, el treball en equip i la projecció comunitària. Els administradors emfasitzen la responsabilitat que ha de tenir el metge en la despesa que genera la seva activitat i la col·laboració amb les autoritats sanitàries.

Paraules clau: Funcions del metge d'atenció primària. Metges. Administradors. Usuaris. Opinions.

THE VALUE GIVEN BY PHYSICIANS, ADMINISTRATORS AND USERS TO THE DIFFERENT COMPONENTS OF THE QUALITY OF CARE

Summary

An open questionnaire was administered to different professional leaders (physicians, administrators) and to health service users in order to obtain variables which define the professional role of the doctor in primary health care. An analysis of the principal components show that there was a high level of agreement of the characteristics which define the professional activity of a good primary health care doctor. Differences of opinion were also brought to light health services users more often used individual definitions of care. Physicians valued technical skills team work and community projection more highly. Administrators laid more emphasis on the responsibility that physicians should have in the expenditure their activity generates and in collaboration with health authorities.

Key words: Functions of the physician in primary health care. Physicians. Administrators. Health service users. Opinions.

Introducció

La Declaració d'Alma Ata¹, sorgida del congrés celebrat l'any 1978 a la Unió Soviètica i aprovada per tots els governs membres de l'OMS, formula les noves orientacions i les noves funcions de l'atenció primària com a via de sortida a una profunda crisi del sistema sanitari que, en aquell moment, resultava ja indefugible. Si bé es produí amb una certa dilació respecte a les idees renovadores que s'havien iniciat en

VALORACIÓN EFECTUADA POR MÉDICOS, ADMINISTRADORES Y USUARIOS DE LOS DISTINTOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Resumen

Se entregó de un cuestionario abierto a distintos líderes profesionales (médicos y administradores) y usuarios para obtener las variables definitorias del rol profesional del médico de atención primària. Mediante el análisis de componentes principales se evidencia que las personas consultadas muestran un importante grado de acuerdo en señalar los rasgos que definen la actividad profesional del buen médico de atención primària. Sin embargo, el análisis de las opiniones permite poner de manifiesto la presencia de las discrepancias que los caracterizan. Los usuarios se muestran partidarios de definiciones individualizadas de la atención. Los médicos valoran más las habilidades técnicas, el trabajo en equipo y la proyección comunitaria. Los administradores enfatizan en la responsabilidad que el médico debe tener en el gasto generado por su actividad y en la colaboración con las autoridades sanitarias.

Palabras clave: Funciones del médico de atención primaria. Médicos. Administradores. Usuarios. Opinions.

Introducción

La Declaración de Alma Ata¹, surgida del congreso celebrado en el año 1978 en la Unión Soviética y aprobada por todos los gobiernos miembros de la OMS, formula las nuevas orientaciones y las nuevas funciones de la atención primaria como vía de salida a una profunda crisis del sistema sanitario que, en aquel momento, resultaba ya insoslayable. Aunque se produjo con cierta dilación respecto a las ideas renovadoras que

diferents països, va suposar un fet decisiu per a l'estratègia de l'atenció primària, ja que aquesta es convertia en l'eix de tot el sistema sanitari.

La reorganització dels serveis de salut y el canvi de responsabilitats entre els seus membres impliquen alteracions en el rol tradicional dels professionals y en la manera de relacionar-se aquests amb la població. El paper del metge, treballadors dins d'un sistema en crisi, també es qüestiona des de dintre i des de fora de la professió. L'estudi que presentem, pretén d'identificar les dimensions bàsiques que defineixen la tasca del metge en el nivell primari d'atenció a la salut. Per aconseguir-ho, en primer lloc es reconeixen les variables que defineixen la qualitat de l'atenció, d'acord, d'una banda, amb les opinions de líders professionals (en el cas de metges i d'administradors) i d'altra, tenint en compte allò que pensen els ciutadans consultats.

Posteriorment s'analitzen comparativament els diferents punts de vista. Quant a aquest darrer punt, els resultats que es podrien esperar d'acord amb les hipòtesis formulades per Donabedian², serien: a) els metges donen més importància als aspectes de capacitació tècnica i s'acosten més a una definició «absolutista» de la qualitat de l'atenció, ja que la consideren més condicionada per la naturalesa de la malaltia i per l'estat de la ciència, de la tecnologia i de la manera d'aplicar-la; b) els administradors valorarien més els aspectes relacionats amb els problemes administratius i de gestió; i c) els usuaris considerarien prioritària la relació metge-malalt i s'aproparien a una definició individualitzada de la qualitat.

Aquest és un estudi exploratori que pretén d'identificar quines variables perceben com a importants les persones consultades que han de descriure la tasca ideal del metge. Amb això esbrinarem si s'ha produït una evolució favorable cap a una resolució en la crisi del rol tradicional del metge. Serà objecte d'un segon estudi la comprovació de si en l'exercici professional pràctic dels metges avaluats, són presents les variables que metges, administradors i usuaris han considerat de manera conceptual que són constituents d'una bona pràctica professional.

Material i mètodes

Prèviament a l'inici de l'estudi varem realitzar 12 entrevistes a persones destacades en els diferents àmbits considerats i se'ls demanà que indiquessin les adreces d'aquelles persones qualificades en els tres estaments que, segons el seu parer, podrien fer aportacions valuoses. D'aquesta manera varen quedar constituïdes tres mostres intencionalment escollides de metges, d'administradors i d'usuaris dels serveis sanitaris públics.

se habían iniciado en distintos países, significó un hecho decisivo para la estrategia de la atención primaria, dado que ésta se convertía en el eje central de todo el sistema sanitario.

La reorganización de los servicios de salud y el cambio de responsabilidades entre sus miembros implican alteraciones en el rol tradicional de los profesionales y en el modo de relacionarse dichos profesionales con la población. El papel del médico, trabajador dentro de un sistema en crisis, también es cuestionado desde dentro y desde fuera de la profesión. El estudio aquí presentado pretende identificar las dimensiones básicas que definen la labor del médico en el nivel primario de atención a la salud. Para lograrlo, en primer lugar se reconocen las variables que definen la calidad de la atención, de acuerdo, por un lado, con las opiniones de los líderes profesionales (en el caso de médicos y de administradores) y por el otro, teniendo en cuenta lo que piensan los ciudadanos consultados.

Posteriormente se analizan comparativamente los distintos puntos de vista. En cuanto a este último aspecto, los resultados que podrían esperarse, según las hipótesis formuladas por Donabedian², serían: a) los médicos dan más importancia a los aspectos de capacitación técnica y se acercan más a una definición «absolutista» de la calidad de la atención, puesto que la consideran más condicionada por la naturaleza de la enfermedad y por el estado de la ciencia, de la tecnología y de la forma de aplicarla; b) los administradores valorarían más los aspectos relacionados con los problemas administrativos y de gestión; y c) los usuarios apreciarían como prioritaria la relación médico-enfermo y se acercarían a una definición individualizada de la calidad.

Éste es un estudio exploratorio que pretende identificar qué variables perciben como importantes las personas consultadas para describir la labor ideal del médico. Con ello averiguaremos si se ha producido una evolución favorable hacia una resolución de la crisis del rol tradicional del médico. Será objeto de un segundo estudio la comparación de si en el ejercicio profesional práctico de los médicos evaluados, están presentes las variables que médicos, administradores y usuarios han considerado de forma conceptual como constituyentes de una buena práctica profesional.

Material y método

Previamente al inicio del estudio, se efectuaron 12 entrevistas a personas destacadas en los distintos ámbitos considerados y se les pidió que indicasen las direcciones de aquellas personas calificadas en los tres estamentos que, a su juicio, pudieran realizar aportaciones valiosas. Así quedaron constituidas tres muestras intencionalmente escogidas de médicos, administradores y usuarios de los servicios sanitarios públicos.

La majoria dels metges consultats pertanyien a la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, o bé eren docents d'aquesta especialitat. Però la consulta també incloïa molts APD i metges de zona de l'Institut Català de la Salut, dels quals es coneixia la motivació i l'interès amb que desenvolupaven el seu exercici professional en l'atenció primària.

Entre els administradors hi havia personal d'infermeria, economistes, assistents socials, epidemiòlegs, encara que majoritàriament eren metges que treballaven en tasques de planificació i/o de gestió a les dependències centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social, a les dependències centrals de l'Institut Català de la Salut, en inspeccions o en administracions locals. Tots ells estaven vinculats a l'atenció primària, sense tasques assistencials directes. En el cas dels ciutadans, eren usuaris habituals de la xarxa sanitària pública i pertanyien a associacions de veïns, associacions de consumidors, associacions de pares, associacions d'usuaris relacionats amb la sanitat, associacions esportives i culturals... Els individus varen ésser inclosos a la mostra de manera que hi quedessin incorporades les diferents possibilitats existents dintre d'aquestes variables: edat, sexe, nivell d'estudis, ocupació laboral i ser portador o no de malaltia crònica diagnosticada; però, sobretot, va ser prioritat el criteri esmentat de pertinença a alguna de les indicades.

Totes aquestes persones varen constituir la mostra objecte d'estudi i durant la segona quinzena de desembre del 1984, s'els varen enviar protocols (que incloïen una carta, amb la capçalera de la Universitat Autònoma de Barcelona, en que se'ls demanava la seva participació, juntament amb un full explicatiu de l'estudi en els temes ja expressats, un qüestionari que permetia estructurar les respostes en forma d'ítems i un sobre amb segell per a facilitar la tramesa de la contestació. En tractar-se d'un estudi exploratori, es va tenir cura de no limitar les possibilitats de resposta, i el qüestionari utilitzat fou de tipus obert. No existien llistats previs d'atributs. D'aquesta manera seria més difícil de respondre i, en conseqüència, el seu buidat més difícil. Malgrat l'existència d'aquests inconvenients, es va escollir aquesta modalitat per obtenir una informació més lliure i de més amplitud i per evitar tant com fos possible el biaix que establiria l'investigador en fixar prèviament un llistat de variables.

Davant la gran quantitat de dades obtingudes mitjançant el qüestionari obert, era del tot imprescindible clarificar el procediment d'anàlisi, per tal d'ordenar de manera *pertinent* tota la informació i d'assegurar-ne la *validesa lògica*, es a dir, la descripció quantificada havia de reproduir la realitat de tota la informació obtinguda. L'anàlisi exploratòria no es podia efectuar, en aquest cas, per ordinador i la utilització d'una classificació preexistent obligava a una homogeneïtzació excessiva de les dades. Utilitzant la metodologia de l'anàlisi de continguts^{3, 4} a partir dels ítems, es varen generar variables que es varen

La mayoría de los médicos consultados pertenecían a la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, o bien eran docentes de dicha especialidad. Pero la consulta también incluía muchos APD y médicos de zona del Institut Català de la Salut, de quienes se conocía la motivación y el interés con que llevaban a cabo su práctica profesional en la atención primaria.

Entre los administradores había personal de enfermería, economistas, asistentes sociales, epidemiólogos, aunque se tataba mayoritariamente de médicos que trabajan en tareas de planificación y/o de gestión en las dependencias centrales del departamento de Sanidad y Seguridad Social, en las dependencias centrales del Institut Català de la Salut, en inspecciones o en administraciones locales. Todos ellos estaban vinculados a la atención primaria, sin tareas asistenciales directas. En cuanto a los ciudadanos, eran usuarios habituales de la red sanitaria pública y pertenecían a asociaciones de consumidores, asociaciones de vecinos, asociaciones de padres, asociaciones de usuarios relacionados con la sanidad, asociaciones deportivas y culturales... Los individuos fueron incluidos en la muestra de modo que incorporasen las distintas posibilidades existentes dentro de las siguientes variables: edad, sexo, nivel de estudios, ocupación laboral y ser portador o no de enfermedad crónica diagnosticada; pero, de manera especial fue prioritario el criterio mencionado de pertenencia a alguna de las asociaciones mencionadas.

Dichas personas constituyeron la muestra objeto de estudio y durante la segunda quincena de Diciembre de 1984 se les mandaron protocolos (que incluían una carta con el membrete de la Universidad Autònoma de Barcelona en la cual se les pedía su participación, una hoja explicativa del estudio de los temas ya expresados, un cuestionario que permitía estructurar las respuestas en forma de ítems y un sobre con sello para facilitar el envío de la contestación. Por tratarse de un estudio exploratorio, se puso interés en no limitar las posibilidades de respuesta y el cuestionario entregado se realizó en forma abierta. No existían listados previos de atributos. De este modo sería difícil responder y, en consecuencia, más dificultoso el vaciado. A pesar de la existencia de dichos inconvenientes, se escogió este tipo de encuesta para obtener una información más libre y más amplia y para evitar al máximo el sesgo que establecería el investigador al fijar previamente un listado de variables.

Ante el gran número de datos obtenidos mediante el cuestionario abierto, era del todo imprescindible clarificar el procedimiento de análisis, para ordenar de modo *pertinente* toda la información y para asegurar su *validez lógica*, es decir, la descripción cuantificada había de reproducir la realidad de toda la información obtenida. El análisis exploratorio no podía efectuarse en este caso por ordenador y la utilización de una clasificación preexistente obligaba a una homogeneización excesiva de los datos. Utilizando la metodología del análisis de contenido^{3, 4} a partir de los ítems, se generaron variables que fueron

definir operacionalment, per tal de poder assignar cada ítem a una variable i realitzar posteriorment una anàlisi estadística.

Durant el mes de Gener de 1985 vàrem rebre contestats: 55 qüestionaris de metges generals (39,28% de respostes), 41 qüestionaris d'administradors sanitaris (38,67% de respostes), 31 qüestionaris d'usuaris (51,66% de respostes) (taula 1). Les dades estudiades han estat les corresponents als individus dels tres estaments que han generat algun tipus d'informació.

definidas operacionalmente para poder asignar cada ítem a una variable y realizar posteriormente un análisis estadístico.

Durante el mes de Enero de 1985 se recibieron contestados: 55 cuestionarios de médicos generales (39,28% de respuestas), 41 cuestionarios de administradores sanitarios (38,67% de respuestas), 31 cuestionarios de usuarios (51,66% de respuestas) (tabla 1). Los datos estudiados han sido los correspondientes a los individuos de los tres estamentos que han generado algún tipo de información.

Taula 1. Persones que han intervingut en l'estudi i total d'ítems generats per estaments
Tabla 1. Personas que han intervenido en el estudio y total de ítems generados por estamentos

	Metges / Médicos	%	Administradors / Administradores	%	Usuaris / Usuarios	%
Subjectes / Sujetos	55	39,3	41	38,7	31	51,6
Ítems / Items	816		612		421	

Mitjançant el paquet estadístic SPAD⁵, s'ha realitzat una anàlisi de components principals per poder reduir la dimensió original de la matriu de dades de pertença, atès que la seva magnitud no permetia evidenciar les relacions que hi havia entre les mateixes variables, entre els tres estaments i entre ambdós conjunts, tal com nosaltres preteníem⁶.

Resultats

Les variables identificades amb l'anàlisi de contingut i la contribució de cadascuna d'elles a les diferents components principals figuren a la taula 2.

La figura 1 mostra les 3 components principals resultants de l'anàlisi i el percentatge de variància que explica cada una.

La taula 3 assenyala l'existència d'una forta correlació entre les valoracions fetes pels metges i pels administradors (0,81). Els usuaris presenten la correlació més baixa, si es comparen amb els metges (0,53). Altrament augmenten una mica en comparar-los amb els administradors (0,61).

La taula 4 expressa les correlacions de cada estament amb els factors.

Aquestes dades evidencien una *primera component* principal de tipus genèric que té molt a veure amb totes les variables i la correlació dels tres estaments amb ella és molt elevada. Es tracta, per tant, d'una primera component «unificadora de les opinions», que recull les variables que defineixen els trets que majoritàriament els metges, els administradors i els usuaris consultats pensen que ha de presentar un bon metge d'atenció primària.

La *segona component* principal mostra una forta correlació amb els usuaris, i alhora permet de diferenciar-los

Mediante el paquete estadístico SPAD⁵ se ha efectuado un análisis de componentes principales para reducir la dimensión original de la matriz de datos partida, dado que su magnitud no permitía evidenciar las relaciones existentes entre las propias variables, entre los tres estamentos y entre ambos conjuntos, tal como nosotros pretendíamos⁶.

Resultados

Las variables identificadas mediante el análisis de contenido y la correlación que expresa la contribución de cada una de ellas a los diferentes componentes principales, figuran en la tabla 2.

La figura 1 muestra los 3 componentes principales resultantes del análisis y el porcentaje de varianza que explica cada uno.

La tabla 3 expresa la existencia de una fuerte correlación entre las valoraciones efectuadas por los médicos y las efectuadas por los administradores (0,81). Los usuarios presentan la correlación más baja si los comparamos con los médicos (0,53), pero aumentan algo al compararlos con los administradores.

La tabla 4 expresa las correlaciones de cada estamento con los factores.

Dichos datos evidencian un *primer componente* principal de tipo general que tiene mucho que ver con todas las variables y la correlación de los tres estamentos con el mismo es también muy elevada. Se trata, por lo tanto, de un primer componente «unificador de las opiniones», que recoge las variables que definen las características que mayoritariamente médicos, administradores y usuarios consultados piensan que son las propias de un buen médico de atención primaria.

El *segundo componente principal* muestra una fuerte correlación con los usuarios, a la vez que permite diferen-

Taula 2. Variables identificables i correlacions que expressen la contribució de les components a cada una d'elles
Tabla 2. Variables identificables y correlaciones que expresan la contribución de los componentes a cada una de las mismas

VARIABLES	C ₁	C ₂	C ₃
1. Comportament personal i professional / <i>Comportamiento personal y profesional</i> (HACA)	0,96	0,03	0,01
2. Capacitat intel·lectual / <i>Capacidad intelectual</i> (CAPI)	0,90	0,08	0,02
3. Claredat d'objectius / <i>Claridad en los objetivos</i> (OBJE)	0,89	0,08	0,03
4. Vocació i motivació / <i>Vocación y motivación</i> (VOCA)	0,86	0,07	0,06
5. Sap escoltar i comprendre / <i>Sabe escuchar y comprender</i> (ESCO)	0,81	0,10	0,09
6. Sap expressar-se - informa / <i>Sabe expresarse - informa</i> (INFO)	0,75	0,21	0,05
7. Acolliment / <i>Acogida</i> (ACOL)	0,10	0,38	0,52
8. Confiança / <i>Confianza</i> (CONF)	0,03	0,97	0,00
9. Discreció / <i>Discreción</i> (PURD)	0,99	0,00	0,01
10. Credibilitat / <i>Credibilidad</i> (CRED)	0,94	0,05	0,01
11. Suport psicològic / <i>Soporte psicológico</i> (SUPO)	0,01	0,35	0,63
12. Empatia, amabilitat, paciència / <i>Empatía, amabilidad, paciencia</i> (AMAB)	0,09	0,62	0,29
13. Diàleg / <i>Diálogo</i> (PAC1)	0,50	0,03	0,47
14. Afavoreix autoresponsabilització / <i>Favorece autorresponsabilización</i> (AUTO)	0,83	0,17	0,00
15. Afavoreix participació / <i>Favorece participación</i> (PART)	0,97	0,01	0,02
16. Capacitat pedagògica / <i>Capacidad pedagógica</i> (PEDA)	0,85	0,09	0,06
17. Honestetat personal / <i>Honestidad profesional</i> (HONE)	0,21	0,55	0,23
18. Assumeix, es responsabilitza / <i>Asume, se responsabiliza</i> (ASSU)	0,82	0,11	0,06
19. Coneix l'entorn immediat / <i>Conoce el entorno inmediato</i> (COEN)	0,26	0,67	0,07
20. Història clínica / <i>Historia clínica</i> (HIST)	0,92	0,08	0,00
21. Habilitat diagnòstica / <i>Habilidad diagnóstica</i> (DIAG)	0,98	0,01	0,01
22. Habilitat terapèutica / <i>Habilidad terapéutica</i> (TEFA)	0,95	0,05	0,00
23. Habilitat terapèutica no farmacològica / <i>Habilidad terapéutica no farmacológica</i> (TENF)	0,82	0,12	0,00
24. Eficàcia i solució dels problemes / <i>Eficacia y solución de los problemas</i> (EFSO)	0,60	0,40	0,00
25. Habilitat de seguiment / <i>Habilidad de seguimiento</i> (EGUI)	0,65	0,12	0,23
26. Habilitat terapèutica / <i>Habilidad terapéutica</i> (PREU)	0,55	0,03	0,42
27. Coneixements clínics i farmacològics / <i>Conocimientos clínicos y farmacológicos</i> (CCIF)	0,47	0,16	0,37
28. Reconeix limitacions / <i>Reconoce limitaciones</i> (LIMI)	0,88	0,09	0,02
29. Autovalua la seva feina / <i>Autovalora su labor</i> (AVAL)	0,76	0,24	0,01
30. Formació continuada biomèdica / <i>Formación continuada biomédica</i> (FOCO)	0,75	0,21	0,04
31. Formació continuada comunitària / <i>Formación continuada comunitaria</i> (FOC1)	0,99	0,00	0,01
32. Formació continuada interpersonal / <i>Formación continuada interpersonal</i> (FOC2)	0,99	0,00	0,01
33. Col·labora en l'organització / <i>Colabora en la organización</i> (ORGA)	0,85	0,04	0,11
34. Temps de consulta / <i>Tiempo de consulta</i> (TEMP)	0,14	0,77	0,09
35. Disponibilitat, continuïtat / <i>Disponibilidad, continuidad</i> (CONT)	0,24	0,75	0,01
36. Treball en equip / <i>Trabajo en equipo</i> (EQUI)	0,32	0,66	0,07
37. Utilitza circuits estables de coordinació / <i>Utiliza circuitos estables de coordinación</i> (CIES)	0,96	0,00	0,04
38. Activitats docents / <i>Actividades docentes</i> (DOCE)	0,99	0,01	0,00
39. Sessions clíniques i bibliogràfiques / <i>Sesiones clínicas y bibliográficas</i> (ESTU)	0,91	0,06	0,03
40. Control de qualitat / <i>Control de calidad</i> (QUAL)	0,98	0,02	0,00
41. Investigació / <i>Investigación</i> (INVE)	0,90	0,01	0,09
42. Registres d'informació / <i>Registros de información</i> (REIN)	0,65	0,18	0,17
43. Exclusivitat feina / <i>Exclusividad trabajo</i> (EXFE)	0,91	0,00	0,09
44. Implicació personal comunitat / <i>Implicación personal comunidad</i> (PECO)	0,97	0,00	0,03
45. Funcions tècniques comunitat / <i>Funciones técnicas comunidad</i> (TECO)	0,53	0,45	0,03
46. Té coneixements comunitaris / <i>Tiene conocimientos comunitarios</i> (COCO)	0,58	0,40	0,02
47. Contactes regulars centres comunitat / <i>Contactos regulares centros comunidad</i> (INCO)	0,31	0,32	0,36
48. Col·labora amb autoritats sanitàries / <i>Colabora con autoridades sanitarias</i> (COAU)	0,40	0,34	0,26
49. És responsable de les despeses que genera / <i>Es responsable de los gastos que genera</i> (REGA)	0,08	0,12	0,80
50. Dotacions materials del Centre / <i>Dotaciones materiales del Centro</i> (DOMA)	0,99	0,00	0,01
51. Té l'apreci de la comunitat / <i>Tiene la estima de la comunidad</i> (SAT1)	0,99	0,00	0,01

Figura 1. Histograma i percentatge de la variància que expliquen les tres components.
Figura 1. Histograma y porcentaje de la varianza que explican los tres componentes.

Valor propi / <i>Valor propio</i>	%	% Acumulat / <i>Acumulado</i>	
1	2,30777359	76,93	76,93
2	0,51003093	17,00	93,93
3	0,18219616	6,07	100,00

Taula 3. Correlacions entre els tres estaments (considerant les variables com a individus)
Tabla 3. Correlaciones entre los tres estamentos (considerando las variables como individuos)

	Metges / Médicos	Administradors / Administradores	Usuaris / Usuarios
Metges / Médicos	1,00		
Administradors / Administradores	0,81	1,00	
Usuaris / Usuarios	0,53	0,61	1,00

Taula 4. Correlacions dels tres estaments amb cada una de les components
Tabla 4. Correlaciones de los tres estamentos con cada uno de los componentes

	C ₁	C ₂	C ₃
Metges / Médicos	0,90	0,34	-0,28
Administradors / Administradores	0,93	0,19	0,32
Usuaris / Usuarios	0,80	-0,60	-0,06

de metges i d'administradors, les correlacions dels quals són menors, més semblants entre si i de signe oposat. Per tant, aquesta segona component serveix per a diferenciar les opinions de metges i d'administradors per una banda, i dels usuaris per l'altra.

La tercera component principal es mostra molt dèbilment correlacionada amb els usuaris. Altrament, les correlacions amb les opinions de metges i d'administradors són més elevades i s'expressen amb signes contraris. Per tant, es considera un factor diferenciador entre metges i administradors.

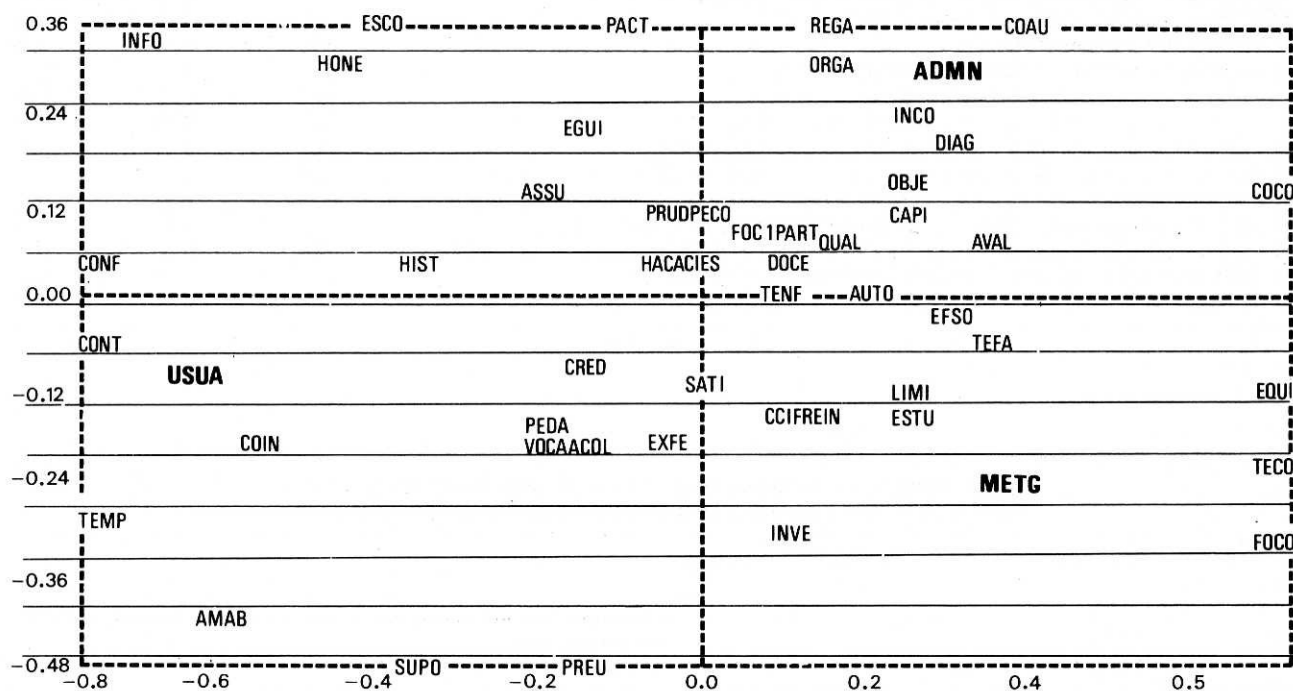
El gràfic 2 situa els estaments i les variables en el eixos de coordenades formals per a les components segona i tercera. En fer-ho així, assenyala la màxima

ciarlos de metges y administradores, cuyas correlaciones son menores, más parecidas entre sí y de signo opuesto. Por lo tanto, este segundo componente sirve para diferenciar las opiniones de los médicos y administradores por un lado, y de los usuarios por otro.

El tercer componente principal aparece muy débilmente correlacionado con los usuarios. Por otro lado, las correlaciones con las opiniones de médicos y administradores son más elevadas y se expresan con signos contrarios. Por lo tanto, se le considera un factor diferenciador entre médicos y administradores.

El gráfico 2 sitúa los estamentos y las variables en los ejes de coordenadas formados por los componentes segundo y tercero. Al hacerlo, señala la máxima diferen-

Figura 2. Situació dels estaments i de les variables en l'espai bidimensional format pels eixos de les components segona i tercera
Figura 2. Situación de los estamentos y de las variables en el espacio bidimensional formado por los ejes de los componentes segundo y tercero



diferenciació de les variables i dels estaments. Tanmateix, serveix per a apreciar com cada un dels estaments és situat properament a les variables que assenyalen les dissemblances que els caracteritza. Per exemple, al voltant dels usuaris (USUA) se situen les variables CONF (confiança), CONT (continuitat de l'assistència), TEMP (temps de consulta), COIN (coneixement de l'entorn immediat) i AMAB (amabilitat). El mateix succeeix amb altres estaments: els administradors (ADMN) són a prop de les variables REGA (responsabilitat en la despesa), COAU (col·laboració amb les autoritats sanitàries), etc. Els metges (METG) s'envolten de les variables EQUI (treball en equip, TECO (habilitats tècniques comunitàries), FOCO (formació continuada), ESTU (sessions clíniques i bibliogràfiques), etc.

Discussió

1. En primer lloc, s'han identificat a partir de la consulta feta a metges, administradors i usuaris, quines són les variables que consideren fonamentals en l'atenció mèdica primària, com ho mostra la taula 3. Es fa palesa la limitació respecte a la possibilitat de fer generalitzacions amb els resultats obtinguts, per raó de les característiques de la mostra utilitzada.
2. Existeix un important grau d'acord en les condicions que metges, administradors i usuaris pensen que ha de reunir el metge ideal d'atenció primària. La primera component que defineix el metge ideal, és molt potent i està altament correlacionada amb la informació de metges, administradors i usuaris. D'aquesta manera, el metge ideal posseeix, entre altres, les habilitats següents: comunicativa, pedagògica, terapèutica, diagnòstica, de seguiment, preventiva... A més, fa formació, treballa amb vocació, està coordinat amb els altres nivells assistencials, avalua la seva funció, assumeix la problemàtica del malalt, coneix la comunitat i s'hi implica. Alhora, és eficaç en la solució dels problemes que hom li planteja.
3. Les diferències més notables entre els estaments, les protagonitzen els metges per una banda i els usuaris per l'altra. Els administradors es mostren més a prop de tots dos. Aquestes diferències es poden correspondre de manera general amb les definicions absolutistes, social i individual de la qualitat de l'atenció descrites per Donabedian. Però els resultats obtinguts permeten afegir-hi algunes matisacions.

En primer lloc, son els ADMINISTRADORS qui valoren fortament en el metge «la responsabilitat en la despesa que genera» (REGA). Es a dir, el metge ha de saber trobar l'equilibri entre l'aplicació al pacient de tots els mitjans tècnics que puguin beneficiar-lo i la despesa econòmica consegüent. Tanmateix, valoren més que ningú «la col·la-

ciació de les variables y de los estamentos. De todos modos, sirve para apreciar cómo cada uno de los estamentos está situado cerca de las variables que indican las discrepancias que los caracterizan. Por ejemplo, alrededor de los usuarios (USUA) están situadas las variables CONF (confianza), CONT (continuidad de la asistencia), TEMP (tiempo de consulta), COIN (conocimiento del entorno inmediato) y AMB (amabilidad). Lo mismo sucede con los otros estamentos: los administradores (ADMN) están cerca de las variables REGA (responsabilidad en el gasto), COAU (colaboración con las autoridades sanitarias), etc. Los médicos (METG) se rodean de las variables EQUI (trabajo en equipo), TECO (habilidades técnicas comunitarias), FOCO (formación continuada), ESTO (sesiones clínicas y bibliográficas), etc.

Discusión

1. En primer lugar, se han identificado a partir de la consulta efectuada a médicos, administradores y usuarios, cuáles son las variables que consideran fundamentales en la atención primaria, como lo muestra la tabla 3. Se pone de manifiesto la limitación respecto a la posibilidad de realizar generalizaciones con los resultados obtenidos, dadas las características de la muestra utilizada.
2. Existe un importante grado de acuerdo en las condiciones que médicos, administradores y usuarios piensan que debe reunir el médico ideal de atención primaria. El primer componente que define al médico ideal es muy potente y está altamente correlacionado con la información de médicos, administradores y usuarios. Por lo tanto, el médico ideal posee, entre otras, las siguientes habilidades: comunicativa, pedagógica, terapéutica, diagnóstica, de seguimiento, preventiva... Además, efectúa formación continuada, trabaja con vocación, está coordinado con los demás niveles asistenciales, evalúa su función, asume la problemática del enfermo, conoce a la comunidad y se implica en ella; al mismo tiempo, es eficaz en la solución de los problemas que se le plantean.
3. Las mayores diferencias entre los estamentos, son protagonizadas por lo médicos, por un lado, y por los usuarios por otro. Los administradores se muestran más cercanos a ambos grupos. Dichas diferencias se pueden corresponder de modo general, con las definiciones absolutista, social e individual de la calidad de la atención descritas por Donabedian. Pero los resultados obtenidos nos permiten añadir algunas matizaciones.

En primer lugar, son los ADMINISTRADORES quienes valoran fuertemente en el médico «la responsabilidad en el gasto que genera» (REGA). Es decir, el médico debe ser capaz de establecer el equilibrio entre la aplicación al paciente de todos los medios técnicos que puedan beneficiarle y el gasto económico que originen. Además,

boració amb les autoritats sanitàries» (COAU), «la capacitat d'organització i de gestió del centre» (ORGA) i la importància de posseir «coneixements comunitaris» (COCO). I també donen importància a la capacitat del metge per a «dialogar amb el malalt» (PACT), a «les habilitats comunicatives» (ESCO), a «l'habilitat diagnòstica» (DIAG) i a «l'honestedat personal» (HONE).

En segon lloc, les opinions dels METGES consultats podrien correspondre a una visió més absolutista de la qualitat, per la gran importància donada a l'habilitat terapèutica (TEFA) i a la formació continuada biomèdica (FOCO), la qual cosa coincideix amb els resultats de les diferents recerques². No obstant això, els nostres consultats consideren indispensable una «projecció comunitària» de la tasca del metge, concretada no tant en «coneixements» com, sobretot, en «funcions tècniques». Per altra banda, consideren «el treball en equip» com una pràctica que serveix per a definir, fins i tot, la bondat de la tasca del metge. Ambdós elements: «la implicació comunitària» i «el treball en equip» signifiquen la superació de l'actuació aïllada del metge i la necessitat de fer una pràctica orientada també cap a la comunitat. D'acord amb els resultats obtinguts, són els metges els qui aconseguen una reformulació del seu quefer professional més d'acord amb la Declaració d'Alma Ata, en ser el col·lectiu que més importància dóna a aquests dos aspectes.

La presència d'aquesta visió més àmplia del seu treball és un punt important per a provocar una reflexió sobre l'oferta organitzativa del sistema de salut efectuada per l'Administració. Seria un gran error no afavorir un marc estructural en que aquests aspectes poguessin ser desenvolupats i alhora poguessin promoure que els mateixos metges actuessin com un nucli impulsor d'un canvi qualitatiu en l'atenció primària més enllà de la racionalització dels recursos econòmics en el sector sanitari.

Per la seva banda, el USUARIS fan una definició de la qualitat més individualitzada, ja que emfasitzen tots aquells aspectes que tenen a veure amb un tracte més personalitzat. Valoren molt la confiança (CONF), l'amabilitat (AMAB) i el coneixement personal (COIN) per part del metge. Aquest fet coincideix amb els resultats de diferents recerques que assenyalen els pacients com a partidaris d'aquestes definicions². La individualització és més remarcada en el nostre estudi per la importància que els usuaris donen a aquells aspectes organitzatius que els assegurin «un temps de consulta» (TEMP) suficient i «la continuïtat de l'atenció» (CONT). D'aquesta manera, és l'interès personal traduït en atenció i dedicació en temps, allò que garanteix que la competència d'un metge sigui emprada en benefici del pacient.

Davant dels presents resultats, estariem d'acord amb Donabedian que afirma que l'èmfasi relatiu que els usuaris posen en els diferents aspectes de la qualitat, depèn de quin d'aquests aspectes sigui el més deficient en

valoran més que nadie «la colaboración con las autoridades sanitarias» (COAU), la «capacidad de organización y de gestión del centro» (ORGA) y la importancia de poseer «conocimientos comunitarios» (COCO). También dan importancia a la capacidad del médico para «dialogar con el enfermo» (PACT), a las «habilidades comunicativas» (ESCO), (INFO) y asimismo a «la habilidad diagnóstica» (DIAG) y a la «honestidad personal» (HONE).

En segundo lugar, las opiniones de los MÉDICOS consultados podrían corresponder a una visión más absolutista de la calidad, debido a la gran importancia dada a la habilidad terapéutica (TEFA), a la formación continuada biomédica (FOCO), coincidiendo con los resultados de distintas investigaciones². Sin embargo, nuestros consultados consideran indispensable una «proyección comunitaria» de la labor del médico, concretada no tanto en «conocimientos» como, principalmente, en «funciones técnicas». Además, estiman el «trabajo en equipo» como una práctica que sirve para definir incluso la bondad de la tarea del médico. Ambos elementos: «la implicación comunitaria» y «el trabajo en equipo» significan la superación de la actuación aislada del médico y la necesidad de efectuar una práctica orientada también a la comunidad. De acuerdo con los resultados obtenidos, son los médicos quienes alcanzan una reformulación de su labor profesional más acorde con la Declaración de Alma Ata, por ser el colectivo que más importancia da a estos dos aspectos.

La presencia de dicha visión más amplia de su trabajo es un punto importante para provocar una reflexión sobre la oferta organizativa del sistema de salud efectuada por la Administración. Sería un gran error no favorecer un marco estructural en el cual dichos aspectos pudieran ser desarrollados y que a la vez promoviera a los médicos para actuar como un núcleo impulsor de un cambio cuantitativo en la atención primaria más allá de la racionalización de los recursos económicos en el sector sanitario.

Por su lado, los USUARIOS exponen una definición de la calidad más individualizada, dado que enfatizan todos aquellos aspectos relativos a un trato más personalizado. Valoran mucho la confianza (CONF), la amabilidad (AMAB) y el conocimiento personal (COIN) por parte del médico, lo cual coincide con los resultados de distintas investigaciones que señalan a los pacientes como partidarios de dichas definiciones². La individualización se remarca en nuestro estudio, a causa de la importancia que los usuarios dan a los aspectos organizativos que les aseguran un «tiempo de consulta» (TEMP) y la «continuidad de la atención» (CONT). De este modo, es el interés personal, traducido en la atención y en la dedicación en tiempo lo que garantiza que la competencia de un médico sea utilizada en beneficio del paciente.

Ante dichos resultados, estaríamos de acuerdo con Donabedian cuando afirma que el énfasis relativo que los usuarios ponen en los distintos aspectos de la calidad, depende de cuál de ellos es el más carencial en la

l'atenció que reben. Es evident que, en el nostre medi, allò que consideren més deficitari és el tracte humà, l'atenció personalitzada i els aspectes organitzatius que els poden afavorir, ja que l'eficàcia tècnica, la suposen⁷⁻⁹. La manca d'informació que han generat els usuaris respecte als aspectes comunitaris en comparació amb metges i administradors, mostra que la seva contestació és, probablement, una resposta cultural a l'oferta actual del sistema sanitari.

En síntesi, com Donabedian ho assenyala, el diferent punt de mira de la tasca del metge segons l'estament, determina unes diferències, el sentit de les quals coincideix amb les grans hipòtesis formulades per aquest autor.

Per últim, el nostre estudi evidencia que els usuaris expliciten més fàcilment quins aspectes persegueixen com a deficitaris en l'atenció que reben del metge, quan són preguntats de forma indirecta.

Altrament, les preguntes personalitzades i directes condicionen les respostes en sentit inhibitori, de manera que si la metodologia per a obtenir informació sobre els aspectes deficitaris de la relació metge-malalt no és acurada, els usuaris solen respondre amb una aclaparadora satisfacció per l'atenció rebuda¹⁰. Per això podem constatar que és molt adient en un estudi exploratori, la utilització d'un qüestionari obert per tal de recollir la màxima informació possible, sense introduir el biaix de l'examinador que predetermina les respostes. Paral·lelament, esdevé necessari el desenvolupament de metodologies que permetin reflectir la riquesa de la informació i assegurar al mateix temps la fiabilitat i la validesa de l'anàlisi. El nostre estudi pot realitzar una petita aportació en aquest sentit.

atención recibida. Es evidente que, en nuestro medio, lo que aparece como más deficitario es el trato humano, la atención personalizada y los aspectos organizativos que pueden favorecerlos, puesto que la eficacia técnica la dan por supuesta⁷⁻⁹. La falta de información que han generado los usuarios respecto a los aspectos comunitarios en relación con médicos y administradores, muestra que su respuesta es, probablemente, una respuesta cultural a la oferta actual del sistema sanitario.

En síntesis, como señala Donabedian, el distinto punto de mira de la labor del médico según el estamento, determina unas diferencias cuyo sentido coincide con las grandes hipótesis formuladas por este autor.

Por último, nuestro estudio evidencia que los usuarios explicitan más fácilmente qué aspectos persiguen como carenciales en la atención que reciben del médico, cuando se les pregunta de forma indirecta.

Por otro lado, las preguntas personalizadas y directas condicionan las respuestas en un sentido inhibitorio, de modo que si la metodología para obtener información sobre los aspectos carenciales de la relación médico-enfermo no es esmerada, los usuarios suelen responder con una abrumadora satisfacción por la atención recibida¹⁰. Por ello se constata la conveniencia, en un estudio exploratorio, de utilizar un cuestionario abierto, para poder recoger la máxima información posible sin introducir el sesgo del examinador predeterminando las respuestas. Paralelamente será necesario el desarrollo de metodologías que permitan reflejar la riqueza de la información y asegurar al mismo tiempo la fiabilidad y la validez del análisis. Dicho estudio puede ser una pequeña aportación en este sentido.

Bibliografía

1. Alma Ata Declaración OMS. *Atención Primaria de Salud Serie «Salud para todos»* 1978; 1: 27-38.
2. Donabedian A. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México DF. La Prensa Médica Mexicana, 1984: 16-20.
3. Grawitz M. *Métodos i técnicas de las Ciencias Sociales*. Vol II. Barcelona: Hispano Europea, 1975: 144-183.
4. Bardin L. *L'analyse de contenu*. 2.^a ed. París: Presses Universitaires de France, 1980: 93-128.
5. Lebart L, Morineau A. *SPAD, Système Portable pour l'Analyse Des Donnés*. París: cesia, 1982.
6. Batista Foguet JM. Componentes principales y análisis factorial (exploratorio y confirmatorio). En: Sánchez Carrión JJ, ed. *Introducción a las técnicas de Análisis Multivariable aplicadas a las Ciencias Sociales*. CIS. Madrid: CIS, 1984.
7. Instituto Nacional de la Salud. Encuesta sobre salud, medicamentos y calidad de los Servicios. *Boletín de indicadores sanitarios* 1985; 22: 22-26.
8. Instituto Nacional de la Salud. Resumen de la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas sobre la imagen del Insalud en la opinión pública. *Boletín de indicadores sanitarios* 1985; 20: 19-26.
9. Rodríguez C. *Los andaluces protagonistas de su salud*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Serie Monográfica 1985; 2: 29-37, 38-40.
10. Feldman JJ. *The Dissemination of Health Information*. Chicago: Aldine, 1966: 274 (citado en Donabedian op. cit. pp. 52).

