



Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria

I. Bolívar¹ y Grupo de Estudio de la Utilización de Servicios Sanitarios de Mataró².

¹Institut de Recerca Epidemiològica i Clínica (IREC)

²Ver Anexo

Correspondencia: Dr. Ignasi Bolívar, Institut de Recerca Epidemiològica i Clínica, Jordi Joan 5, 08301 Mataró.
E-mail: bolibar@csm.scs.es.

Recibido: 22 de julio de 1998
Aceptado: 3 de febrero de 1999

(Satisfaction with primary medical care: population determinants)

Resumen

Objetivos: Conocer los niveles de satisfacción con el médico de atención primaria en la población general y evaluar la influencia de las características del individuo y de los servicios sanitarios disponibles.

Métodos: Estudio transversal con una muestra representativa de 1.505 beneficiarios de la Seguridad Social mayores de un año de la ciudad de Mataró (Barcelona). Se realizó un cuestionario por entrevista domiciliaria sobre la situación socio-demográfica, estado de salud, entidades y servicios sanitarios utilizados y sobre las preferencias y conocimientos en relación a estos. La satisfacción fue estudiada con la escala de Hulka BS y cols. desarrollada en los centros de salud andaluces.

Resultados: La satisfacción global con el médico de cabecera alcanzó, en una escala de 0 a 100, un valor medio de 61.3 (desviación estándar, 13.5) puntos. El principal determinante de la satisfacción fue el modelo de atención primaria, observándose menor satisfacción en usuarios de centros no reformados. Le siguieron el mejor conocimiento de los servicios ambulatorios, la edad y las actitudes mejores hacia la atención primaria, que se relacionaron positivamente con la satisfacción. Los indicadores de accesibilidad y continuidad de la atención, así como el número de visitas médicas realizadas, la actividad principal del sujeto y sus niveles de salud también determinaron la satisfacción de forma independiente. La variabilidad de la satisfacción explicada fue del 38,98%.

Conclusiones: La satisfacción con el médico de atención primaria es una actitud compleja y multifactorial que se encuentra en constante cambio debido a la interrelación del individuo con su entorno socio-sanitario.

Palabras clave: satisfacción del usuario; médico de cabecera; servicios sanitarios.

Summary

Objectives: To study the level of satisfaction with the family physician in the general population, and to evaluate the influence of characteristics of the individual and the available health care services.

Methods: Cross-sectional survey with a representative sample of 1.505 beneficiaries of the Social Security, older than one year, from the city of Mataró (Barcelona). A questionnaire, administered by home interview, examined the socio-demographic situation, health status, health care organizations and services used and the preferences and knowledge in relation to them. Satisfaction was measured on the scale of Hulka BS et al. developed at Andalusian primary care centres.

Results: Satisfaction with the family physician had, on a scale from 0 to 100, a mean score of 61.3 (standard deviation, 13.5) points. The main determinant of satisfaction was the model of primary care, users of non-reformed centres being less satisfied. It was followed by better knowledge of ambulatory services, age and better attitudes towards primary care, which were positively related to satisfaction. Indicators of health care accessibility and continuity, as well as the number of medical visits fulfilled, the subject's main activity and their level of health were also independent determinants of satisfaction. The explained satisfaction's variation was 38.98%.

Conclusions: Satisfaction with family physician is a complex and multifactorial behaviour which is under constant change due to the interrelation of the individual with his social and health care environment.

Introducción

En las últimas décadas se ha impuesto en el sistema sanitario un modelo *médico-biológico* de la medicina centrado en la curación de la enfermedad y en las intervenciones tecnológicas, pre-

ferentemente en el ámbito hospitalario¹. Pero desde los años setenta, junto a una mayor intervención de la sociedad sobre el sistema sanitario, se inicia una apertura hacia el individuo y sus aspectos sociales como causa de las enfermedades y vía de intervención. El nuevo modelo *biopsicosocial* tiene en cuenta los aspectos vivenciales y relacionales del proceso de en-

fermar y de su atención sanitaria, destacando a la vez la atención a la salud de la población y del individuo². Los servicios sanitarios consideran no sólo las necesidades sino también las características socio-demográficas, organizativas, las relaciones sociales y los factores socio-psicológicos^{3,4}. La mejora de la calidad de la asistencia sanitaria hace caso de las percepciones del paciente. Todo ello se incorpora a la organización y práctica asistencial y adquiere una influencia creciente en la planificación y gestión directa de los recursos⁵. En la era actual, donde el usuario se convierte en cliente de una empresa de servicios sanitarios, estos aspectos pueden comportar intereses importantes, con diversas repercusiones sanitarias y económicas.

La satisfacción del usuario, entendida como la «evaluación positiva del individuo sobre las diferentes dimensiones de la atención sanitaria»⁶ empezó a ser estudiada como variable clave del modelo biopsicosocial bajo la influencia conceptual y metodológica de los Estados Unidos. Los estudios de satisfacción han estado dirigidos a evaluar un servicio o programa sanitario como medida de resultado de la asistencia y como indicador de control de calidad de la atención⁷. Existen no obstante limitaciones de la satisfacción por tratarse de una medida parcial y estar fuertemente determinada por los valores y expectativas del usuario^{8,9}. Así, por ejemplo, un paciente puede sentirse satisfecho aunque la práctica médica haya sido de mala calidad, sobre todo si tiene pocas expectativas.

Los factores que determinan la satisfacción del usuario han sido motivo de muchos trabajos publicados. Se evidencia que el grado de satisfacción no depende exclusivamente de los factores relacionados con el proceso de atención. La satisfacción en general varía en función de características de los usuarios, de los proveedores de salud y de los servicios sanitarios. No obstante, muchas de estas relaciones persisten todavía inconsistentes. En nuestro país se han publicado notorios pero escasos trabajos, la mayoría centrados en usuarios de centros de salud.

En este trabajo se evalúa la influencia en la satisfacción con el médico de atención primaria de un amplio espectro de características de una muestra representativa de beneficiarios de la Seguridad Social (SS) procedentes de la población general. Se analizan los determinantes socio-demográficos, de salud y morbilidad, del sistema sanitario, de la utilización de servicios, y la relación con los conocimientos y otras actitudes de los individuos.

Sujetos y métodos

El presente trabajo se basa en un estudio transversal realizado en la población de Mataró (Barcelona) en 1994¹⁰⁻¹². La ciudad, fundamentalmente industrial, está compuesta por 101.510 habitantes que se asignan a

siete centros de atención primaria (AP). La Reforma de la Atención Primaria se implantó en cuatro de los centros durante los años 1988, 1989, 1991 y 1993 respectivamente. Se seleccionó una muestra de 1974 personas mayores de un año para permitir hacer estimaciones a nivel de centro de atención primaria de proporciones del 20% ($\alpha = 5\%$, error máximo $\alpha = 5\%$), y para detectar diferencias entre centros reformados y tradicionales del 5% ($\alpha = 5\%$, $1 - \beta = 90\%$). A partir del padrón municipal se realizó una selección sistemática de la muestra en estratos definidos por la zona geográfica (área adscrita al centro), el sexo y la edad.

Para el análisis en este trabajo se han excluido 94 sujetos que respondían no ser beneficiarios de la SS, ya fuera de forma directa o indirecta (satisfacción media 65,0, DE 10,8 puntos). También se han excluido los menores de 15 años ($N = 337$, $\bar{X} = 64,6$, $DE = 13,0$) y los individuos incapacitados ($N = 38$, $\bar{X} = 58,2$, $DE = 14,9$) por no realizar personalmente el estudio. Los contactos fallidos (14,9%) se substituyeron por otros de la misma edad (± 5 años), sexo y área de residencia que procedían de una segunda muestra de características iguales a la original.

A las personas estudiadas se les realizó una entrevista domiciliaria con un cuestionario estructurado. Éste fue elaborado utilizando preguntas de otros estudios españoles¹³⁻²⁰ o extranjeros²¹, fue revisado por un comité de asesores (ver agradecimientos) y sometido a un estudio piloto previo. Se recogió información sobre características socio-demográficas del sujeto¹³; sobre estado de salud (salud autopercebida y trastornos crónicos); sobre cobertura sanitaria, fuente habitual de atención médica²¹, accesibilidad y continuidad de la atención (tiempo caminando para acceder al centro, conocimiento del médico y tiempo de relación); y sobre utilización de servicios sanitarios. También se hicieron preguntas sobre preferencias (servicio sanitario preferido para ser atendido ante un problema médico urgente, pero poco grave), valoración de la evolución de la AP en el último año, y conocimientos de la persona (sobre la reforma de la AP y los servicios ofertados por su centro de salud).

La satisfacción con el médico de cabecera y los servicios de atención primaria recibidos fue estudiada con la escala desarrollada en los ambulatorios andaluces a partir del cuestionario de BS Hulka, que estructura la satisfacción en tres áreas o componentes²²⁻²⁵: cualidades personales del médico en su relación con el paciente, competencia profesional y técnica del médico (percepciones de los pacientes en relación a los conocimientos actuales del médico, a su experiencia y a su juicio en el diagnóstico y tratamiento), y componente de coste, comodidad y accesibilidad (coste de los servicios, conveniencia y posibles barreras en su acceso). Para cada uno de los 27 ítems del cuestionario el sujeto manifestaba su satisfacción mediante una escala de Likert de 5 puntos que iba de 1 = «totalmente de acuerdo» a 5 = «totalmente en desacuerdo».

Los resultados se presentan como la media y desviación estándar (ajustadas por edad y sexo) de la suma de puntos asignados a las frases para el total y para cada componente de la satisfacción. La puntuación de los ítems positivos fue invertida para permitir expresar con mayor puntuación a la mayor satisfacción. Finalmente, la suma de puntos se convirtió a una escala de 0 (muy insatisfecho) a 100 (muy satisfecho) para facilitar su comprensión.

El análisis estadístico de los determinantes de la satisfacción con el médico de atención primaria se fundamentó en la regresión múltiple²⁶. Inicialmente se analizó la relación de cada variable independiente con la satisfacción, ajustando siempre por edad y sexo. En segundo lugar aquellas variables que contribuían significativamente a explicar la variación de la satisfacción ($P \leq 0,05$) fueron analizadas conjuntamente por grupos de variables de significado similar; se seleccionaron manualmente las más importantes teniendo en cuenta la multicolinealidad y la capacidad de predecir la satisfacción. También se estudiaron las principales interacciones entre variables que, por su naturaleza, pudieran modificar su relación con la satisfacción. Finalmente se construyó un modelo final con

solo aquellos regresores que persistían significativamente asociados a la satisfacción y de forma independiente. El valor de la P presentado para cada variable independiente corresponde a la prueba F parcial del análisis de la varianza que calcula si ésta mejora significativamente la predicción de la satisfacción una vez que el resto de variables estudiadas ya se encuentran dentro del modelo. En el modelo final también se presentan los coeficientes de regresión (b) con su error estándar (EE) y su prueba t de Student, así como el cuadrado del coeficiente parcial de correlación ($\rho^2\%$) que mide la reducción proporcional de la variación de la satisfacción debida a la adición de una variable independiente en la ecuación de regresión y que no es explicada por las otras variables independientes.

Resultados

De los 1.505 sujetos estudiados la satisfacción global con el médico de cabecera alcanzó un valor medio de 61,3 (DE 13,5) puntos. Las áreas más valoradas fue-

Figura 1. Valores medios observados de la satisfacción global con el médico de atención primaria y de cada una de sus dimensiones que la componen, por grupos de edad y sexo.

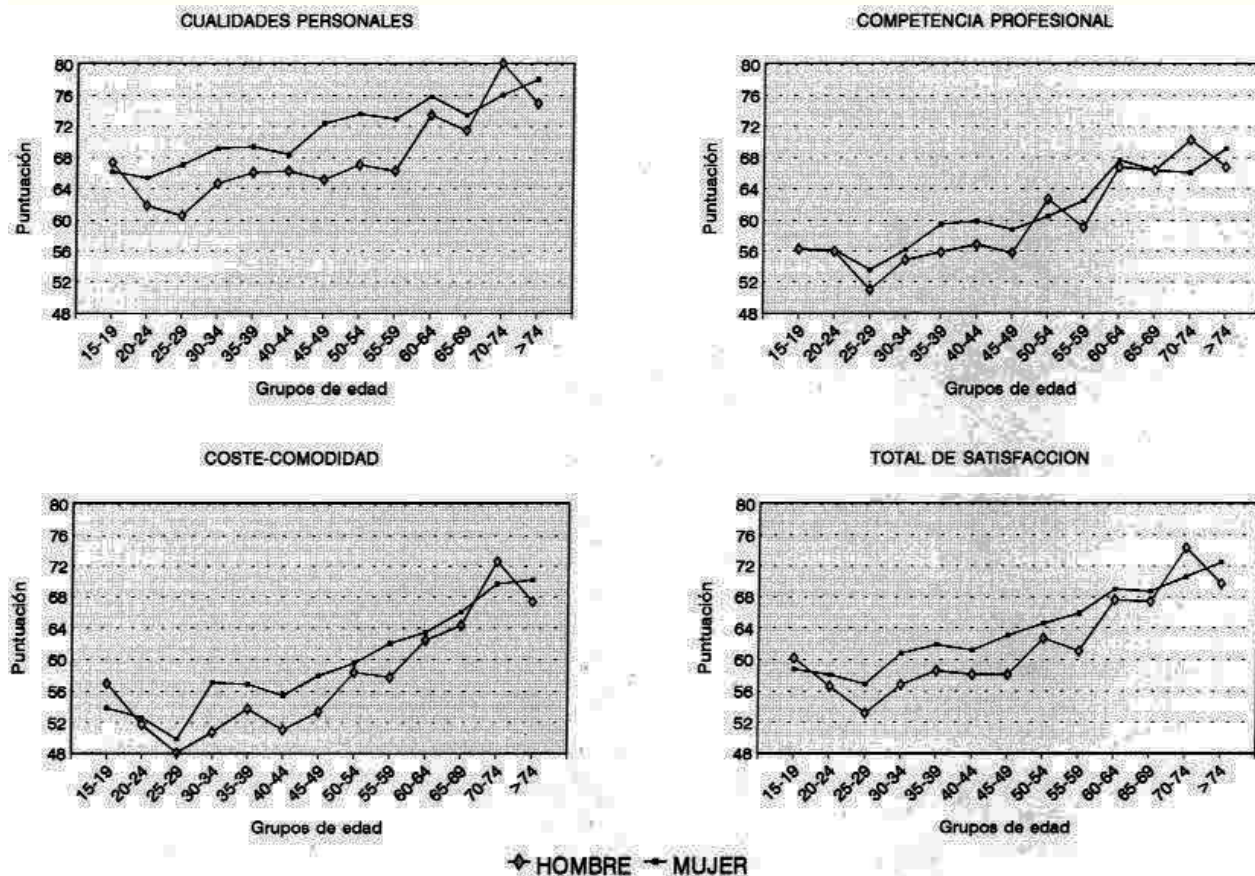


Tabla 1. Puntuaciones medias de satisfacción, ajustadas por edad y sexo, según características socio-demográficas de los beneficiarios de la Seguridad Social.

| | N | % | Cualidades personales | | Competencia profesional | | Coste/comodidad | | Satisfacción total | | Valor P |
|----------------------------|------|-------|-----------------------|------|-------------------------|------|-----------------|------|--------------------|------|----------|
| | | | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | |
| TOTAL | 1505 | 100,0 | 68,4 | 15,2 | 58,8 | 14,1 | 56,6 | 16,9 | 61,3 | 13,5 | |
| ESTADO CIVIL | | | | | | | | | | | |
| Soltero | 448 | 29,8 | 68,6 | 14,9 | 60,2 | 12,3 | 58,6 | 15,9 | 62,5 | 12,5 | 0,02 |
| Casado | 932 | 62,0 | 68,4 | 14,5 | 58,2 | 13,8 | 55,6 | 16,1 | 60,8 | 12,8 | |
| Viudo | 87 | 5,8 | 68,4 | 12,1 | 58,9 | 12,7 | 58,0 | 14,3 | 61,8 | 11,6 | |
| Separado-divorciado | 37 | 2,5 | 63,6 | 18,5 | 57,3 | 15,4 | 54,1 | 20,5 | 58,3 | 16,6 | |
| Nº DE MIEMBROS POR FAMILIA | | | | | | | | | | | |
| 1 | 62 | 4,1 | 66,1 | 13,9 | 57,9 | 12,4 | 55,1 | 15,4 | 59,7 | 12,1 | 0,05 |
| 2 | 281 | 18,7 | 68,8 | 14,7 | 58,7 | 12,3 | 56,6 | 15,7 | 61,4 | 12,3 | |
| 3 | 339 | 22,6 | 68,2 | 14,9 | 58,5 | 14,6 | 56,2 | 16,4 | 61,0 | 13,4 | |
| 4 | 468 | 31,2 | 67,5 | 14,7 | 58,5 | 13,6 | 55,5 | 16,6 | 60,5 | 12,9 | |
| ≥5 | 349 | 23,3 | 69,7 | 14,2 | 59,7 | 12,9 | 58,6 | 15,5 | 62,7 | 12,2 | |
| CCAA DE NACIMIENTO | | | | | | | | | | | |
| Fuera de Cataluña | 658 | 43,7 | 68,1 | 14,3 | 58,9 | 14,0 | 56,4 | 15,9 | 61,1 | 12,9 | 0,7 |
| Cataluña | 846 | 56,2 | 68,6 | 14,8 | 58,7 | 12,9 | 56,8 | 16,3 | 61,4 | 12,7 | |
| NIVEL DE ESTUDIOS | | | | | | | | | | | |
| Analfab,Sin estudios | 217 | 14,5 | 68,0 | 13,1 | 59,7 | 12,5 | 57,2 | 14,3 | 61,7 | 11,5 | 0,08 |
| Primarios incompletos | 388 | 25,8 | 67,5 | 13,9 | 57,9 | 14,0 | 55,7 | 16,5 | 60,4 | 13,0 | |
| Primarios completos | 489 | 32,6 | 67,6 | 15,4 | 58,5 | 13,6 | 56,3 | 15,8 | 60,8 | 12,9 | |
| Secundarios | 318 | 21,2 | 70,8 | 14,6 | 59,5 | 12,9 | 58,2 | 17,1 | 62,8 | 12,8 | |
| Superiores | 89 | 5,9 | 69,1 | 15,4 | 60,2 | 13,0 | 55,7 | 16,9 | 61,7 | 13,1 | |
| ACTIVIDAD PRINCIPAL | | | | | | | | | | | |
| Ocupado | 767 | 51,1 | 67,4 | 15,4 | 57,4 | 13,7 | 54,4 | 16,3 | 59,7 | 13,1 | ≤ 0,0001 |
| Parado | 191 | 12,7 | 67,7 | 14,1 | 58,6 | 13,9 | 56,3 | 16,4 | 60,9 | 12,9 | |
| Jubilado | 246 | 16,4 | 70,1 | 12,6 | 61,8 | 12,1 | 59,7 | 14,4 | 63,9 | 11,3 | |
| Estudiante | 143 | 9,5 | 71,6 | 13,3 | 61,5 | 11,2 | 62,1 | 14,7 | 65,1 | 11,1 | |
| Sus labores | 123 | 8,2 | 68,0 | 14,0 | 59,0 | 14,0 | 57,6 | 16,4 | 61,5 | 13,0 | |
| Otras | 31 | 2,1 | 71,3 | 14,6 | 58,8 | 12,4 | 60,6 | 15,6 | 63,6 | 12,5 | |
| CLASE SOCIAL ¹ | | | | | | | | | | | |
| I | 31 | 2,1 | 68,2 | 17,6 | 56,8 | 11,2 | 56,7 | 16,5 | 60,6 | 12,9 | 0,1 |
| II | 200 | 13,3 | 68,2 | 15,0 | 57,7 | 14,3 | 55,2 | 17,6 | 60,4 | 13,5 | |
| III | 281 | 18,7 | 69,7 | 14,4 | 59,2 | 11,7 | 57,6 | 14,9 | 62,2 | 11,5 | |
| IVa | 738 | 49,0 | 68,0 | 14,6 | 58,6 | 13,7 | 55,9 | 16,5 | 60,8 | 13,1 | |
| IVb | 142 | 9,4 | 67,4 | 14,6 | 59,5 | 14,1 | 57,2 | 14,8 | 61,4 | 12,6 | |
| V | 84 | 5,6 | 68,8 | 13,6 | 61,3 | 13,2 | 60,8 | 14,7 | 63,7 | 12,2 | |
| VI | 29 | 1,9 | 70,0 | 12,8 | 60,4 | 12,3 | 60,5 | 15,0 | 63,6 | 11,8 | |

(1) Clase social definida a partir de la ocupación del cabeza de familia (13).

ron, por orden de importancia, las cualidades personales (68,4, DE 15,2), la competencia profesional del médico (58,8, DE 14,1) y el área de coste-comodidad (56,6, DE 16,9). La satisfacción total y cada uno de sus componentes tendió a aumentar con la edad ($P \leq 0,0001$) y a ser consistentemente mayor en el sexo femenino ($P = 0,0003$). En el grupo de menores de 30 años la

relación con la edad tendió a invertirse así como la diferencia entre sexos (Figura 1).

En la tabla 1 se presentan las medias de satisfacción en relación a las principales variables socio-demográficas. Según el estado civil, solteros y viudos refirieron mayor satisfacción que separados y divorciados, encontrándose los casados en un punto intermedio ($P = 0,02$). El nú-

mero de miembros de la vivienda también resultó en una ligera tendencia positiva con la satisfacción ($P = 0,05$). La actividad principal del sujeto se asoció fuertemente a los niveles de satisfacción con el médico de cabecera. Ajustando por edad y sexo se observaron mayores niveles de satisfacción en los estudiantes y los jubilados, mientras que fueron los trabajadores seguidos de los parados los más insatisfechos ($P \leq 0,0001$). Analizando separadamente las tres áreas de la satisfacción se observaron resultados muy similares.

La **tabla 2** muestra los niveles de satisfacción según distintos indicadores del estado de salud de la persona entrevistada. Ni la salud percibida ni la existencia de trastornos crónicos presentaron una asociación significativa con la satisfacción ($P = 0,3$ en ambos) o alguno de sus componentes. No obstante, mejores niveles de salud tendieron a acompañarse de mayores puntuaciones de satisfacción.

La influencia del tipo de cobertura sanitaria en la satisfacción fue analizada en los 1974 individuos iniciales para incluir los no beneficiarios de la Seguridad Social. Las personas con solo Seguridad Social refirieron las puntuaciones más bajas de satisfacción; las personas con una segunda cobertura de tipo voluntario o con solo mutuas de afiliación obligatoria (empresas colaboradoras o mutuas substitutorias) refirieron las puntuaciones más altas ($P = 0,006$). Estas diferencias persistieron significativas en las tres áreas de la satisfacción, incluida la de coste/comodidad ($P = 0,0003$).

La tenencia por parte de los beneficiarios de la Seguridad Social de un lugar habitual de atención primaria (94,8% de la muestra) se acompañó de mayores niveles de satisfacción ($P \leq 0,0001$), sobre todo cuando estos eran de carácter mutual o privado (**tabla 3**).

Dividiendo a las personas estudiadas en función del modelo de atención primaria que habitualmente utilizan

se observó una media de satisfacción mayor para los centros reformados que en los tradicionales ($P \leq 0,0001$, **tabla 3**). Esto se confirmó para cada uno de los tres componentes de la satisfacción, sobre todo en los componentes de coste/comodidad (6,9 puntos de diferencia) y de cualidades personales (6,7 puntos). Dentro de cada una de estas tipologías de atención primaria la variación entre centros de la satisfacción fue pequeña y no significativa.

La mayoría de usuarios encuestados residían a 10 o menos minutos andando de su centro habitual de atención primaria (**tabla 3**). Según este tiempo de acceso al centro no se observó un patrón claro de relación con la satisfacción ($P = 0,04$), excepto en el área coste/comodidad donde si se observó una menor satisfacción cuanto más distante se encontraba éste. Por el contrario el nivel de conocimiento personal del médico de cabecera se asoció fuertemente y de forma positiva a la satisfacción ($P \leq 0,0001$). La relación positiva del tiempo de permanencia del médico de cabecera con la satisfacción ($P = 0,01$) tampoco mostró un patrón lineal definido.

De acuerdo con la **tabla 4** el antecedente de haber realizado una visita al médico en el último año o en las dos semanas anteriores a la entrevista se acompañó de una mayor satisfacción en relación a los que no la hicieron ($P \leq 0,0001$ respectivamente). Existe una clara tendencia a expresar mayor satisfacción cuanto más visitas médicas se hayan realizado ($P \leq 0,0001$ en ambos períodos de referencia). Aquellos sujetos que creían necesitar atención médica por un problema de salud en los últimos 15 días pero que no consultaron a los servicios sanitarios manifestaron menor satisfacción ($P = 0,002$), sobre todo si fue por no creer en la capacidad resolutoria del médico o por pérdida de horas de trabajo. Por último, el antecedente de visitas al servicio de urgencias hospitalario en el último año no presentó re-

Tabla 2. Niveles de satisfacción según niveles de salud y morbilidad percibidos por los beneficiarios de la Seguridad Social. Resultados ajustados por edad y sexo.

| | N | % | Cualidades personales | | Competencia profesional | | Coste/comodidad | | Satisfacción total | | Valor P |
|-----------------------------------|-----|------|-----------------------|------|-------------------------|------|-----------------|------|--------------------|------|---------|
| | | | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | |
| PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD | | | | | | | | | | | |
| Muy bueno | 240 | 15,9 | 69,0 | 15,6 | 59,6 | 13,2 | 57,4 | 17,3 | 62,0 | 13,2 | 0,3 |
| Bueno | 864 | 57,4 | 68,4 | 14,1 | 58,8 | 13,1 | 56,7 | 15,3 | 61,3 | 12,3 | |
| Regular | 306 | 20,3 | 68,1 | 14,3 | 58,1 | 13,8 | 56,1 | 16,4 | 60,8 | 12,9 | |
| Malo | 95 | 6,3 | 67,8 | 17,4 | 59,5 | 15,3 | 55,6 | 19,3 | 60,9 | 15,4 | |
| Nº TRASTORNOS CRÓNICOS | | | | | | | | | | | |
| Ninguno | 395 | 26,2 | 68,0 | 15,2 | 58,8 | 13,0 | 57,0 | 16,3 | 61,3 | 12,8 | 0,3 |
| 1 | 315 | 20,9 | 68,8 | 14,6 | 58,9 | 13,7 | 55,7 | 16,5 | 61,1 | 12,8 | |
| 2-3 | 440 | 29,2 | 68,4 | 14,4 | 58,0 | 12,9 | 56,5 | 15,6 | 61,0 | 12,5 | |
| > 3 | 355 | 23,6 | 68,5 | 14,2 | 59,8 | 14,0 | 57,1 | 16,3 | 61,8 | 13,1 | |

Tabla 3. Satisfacción con el médico según fuente habitual e indicadores de accesibilidad y continuidad de la atención primaria. Medias (\bar{x}) y desviaciones estándar (DE) ajustadas por edad y sexo

| | N | % | Cualidades personales | | Competencia profesional | | Coste/comodidad | | Satisfacción total | | Valor P |
|---|-------|------|-----------------------|------|-------------------------|------|-----------------|------|--------------------|------|----------|
| | | | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | |
| LUGAR HABITUAL DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA | | | | | | | | | | | |
| No | 79 | 5,2 | 61,5 | 16,6 | 55,3 | 14,6 | 49,8 | 15,3 | 55,5 | 13,2 | ≤ 0,0001 |
| Sí: | 1.426 | 94,8 | 68,8 | 14,4 | 59,0 | 13,3 | 57,0 | 16,1 | 61,6 | 12,7 | |
| —médico/centro privado | 81 | 5,4 | 77,7 | 14,2 | 60,9 | 11,6 | 60,6 | 15,4 | 66,4 | 11,7 | |
| —ambulatorio de la SS | 1.237 | 82,2 | 68,2 | 14,1 | 59,0 | 13,4 | 56,6 | 16,0 | 61,3 | 12,6 | |
| —mutua obligatoria | 11 | 0,7 | 77,6 | 9,5 | 68,2 | 11,8 | 65,9 | 10,4 | 70,6 | 8,0 | |
| —mutua voluntaria | 46 | 3,1 | 75,4 | 13,6 | 62,7 | 11,2 | 64,4 | 15,3 | 67,5 | 11,6 | |
| —Serv. Urgencias Hospital, | 28 | 1,9 | 57,9 | 12,2 | 49,4 | 8,9 | 46,9 | 14,5 | 51,4 | 10,5 | |
| —otros | 23 | 1,5 | 65,2 | 15,7 | 55,4 | 14,7 | 57,2 | 18,2 | 59,2 | 14,6 | |
| MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA | | | | | | | | | | | |
| Reformado | 645 | 42,9 | 71,3 | 12,3 | 61,0 | 13,0 | 59,9 | 15,7 | 64,1 | 11,8 | ≤ 0,0001 |
| Tradicional | 584 | 38,8 | 64,6 | 15,2 | 56,7 | 13,5 | 53,0 | 15,6 | 58,1 | 12,7 | |
| Otros (1) | 276 | 18,3 | 69,5 | 16,5 | 58,5 | 13,3 | 56,7 | 16,5 | 61,5 | 13,5 | |
| TIEMPO ACCESO AMBULATORIO | | | | | | | | | | | |
| 0-5 minutos | 523 | 34,8 | 68,3 | 14,7 | 59,3 | 13,9 | 58,6 | 15,7 | 62,0 | 13,0 | 0,04 |
| 6-10 minutos | 480 | 31,9 | 66,7 | 14,3 | 58,0 | 13,0 | 56,0 | 16,1 | 60,2 | 12,6 | |
| 11-15 minutos | 163 | 10,8 | 68,6 | 12,9 | 58,2 | 12,7 | 55,6 | 15,4 | 60,8 | 11,7 | |
| 16-23 minutos | 48 | 3,2 | 70,1 | 13,4 | 59,9 | 13,9 | 56,1 | 15,1 | 62,0 | 12,2 | |
| 24-30 minutos | 30 | 2,0 | 67,9 | 18,5 | 63,2 | 13,1 | 52,2 | 17,1 | 61,1 | 13,7 | |
| >30 minutos | 6 | 0,4 | 65,6 | 14,6 | 56,7 | 13,0 | 42,6 | 9,8 | 55,0 | 10,9 | |
| Coche. transp. público | 223 | 14,8 | 73,4 | 14,2 | 60,2 | 13,1 | 57,0 | 16,7 | 63,5 | 12,5 | |
| CONOCIMIENTO DEL MÉDICO | | | | | | | | | | | |
| Sabe su nombre | 897 | 59,6 | 71,1 | 13,8 | 60,9 | 12,7 | 59,3 | 15,2 | 63,8 | 11,8 | ≤ 0,0001 |
| No lo sabe pero lo conoce | 260 | 17,3 | 67,9 | 13,8 | 57,6 | 13,5 | 55,1 | 17,0 | 60,2 | 13,0 | |
| Ni lo sabe ni lo conoce | 348 | 23,1 | 61,8 | 15,1 | 54,3 | 13,8 | 50,9 | 16,3 | 55,7 | 13,0 | |
| TIEMPO CON EL MISMO MÉDICO | | | | | | | | | | | |
| ≤ 1 año | 366 | 30,1 | 68,2 | 13,4 | 59,8 | 13,2 | 57,1 | 16,3 | 61,7 | 12,3 | 0,01 |
| 1-2,5 años | 248 | 20,4 | 71,9 | 13,5 | 60,1 | 13,4 | 60,2 | 15,5 | 64,1 | 12,4 | |
| 2,5-8 años | 319 | 26,3 | 69,1 | 15,4 | 59,4 | 13,5 | 57,2 | 15,7 | 61,9 | 13,0 | |
| > 8 años | 281 | 23,1 | 71,9 | 13,7 | 61,4 | 12,3 | 58,9 | 15,1 | 64,1 | 11,4 | |

(1) Incluye médico o centro privado, mutua de carácter obligatorio o voluntario, servicio de urgencias hospitalario, otros, no sabe y sin fuente habitual.

lación con la satisfacción ($P = 0.6$). En general todas las variables sobre utilización de servicios sanitarios mostraron un comportamiento similar en cada una de las tres áreas de satisfacción.

Finalmente se encontraron determinantes importantes de la satisfacción relacionados con las actitudes y conocimientos de los individuos (tabla 5). Según las preferencias sobre el servicio sanitario a ser atendido ante una (hipotética) urgencia poco grave los individuos tenían distintos niveles de satisfacción con el médico de cabecera. Así, en general, se observó mayor satisfacción en los que preferían las entidades de atención primaria: cuando la necesidad de atención urgente se

producía en horario de visita del médico aquellos que preferían acudir a su consulta presentaban los mayores niveles de satisfacción; cuando se producía fuera del horario de visita del médico aquellos que preferían acudir a su entidad de atención primaria (urgente o no) también presentaban los mayores niveles de satisfacción ($P \leq 0.0001$ en ambos). En el otro extremo se situaron los que prefirieron el servicio de urgencias hospitalario cuya satisfacción con el médico de atención primaria fue marcadamente menor. Una valoración positiva de la evolución de la atención primaria en el último año se acompañó de mayor satisfacción que una valoración indiferente o negativa ($P < 0,0001$). Unos

Tabla 4. Niveles de satisfacción según servicios sanitarios utilizados por los beneficiarios de la Seguridad Social. Medias (\bar{x}) y desviaciones estándar (DE) ajustadas por edad y sexo.

| | N | % | Cualidades personales | | Competencia profesional | | Coste/comodidad | | Satisfacción total | | Valor P | |
|--|-------|------|-----------------------|------|-------------------------|------|-----------------|------|--------------------|------|----------|-----|
| | | | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | | |
| VISITAS AL MÉDICO, ÚLTIMO AÑO(1) | | | | | | | | | | | | |
| No | 358 | 23,9 | 64,4 | 15,3 | 56,4 | 13,2 | 53,2 | 15,7 | 58,0 | 12,7 | ≤ 0,0001 | |
| Sí: 1 | 210 | 14,0 | 69,2 | 4,6 | 58,2 | 13,6 | 56,1 | 16,1 | 61,2 | 12,6 | | |
| 2 | 224 | 15,0 | 69,0 | 13,6 | 58,9 | 12,6 | 56,5 | 16,1 | 61,5 | 12,2 | | |
| 3-4 | 252 | 16,8 | 69,3 | 14,8 | 58,8 | 13,6 | 57,1 | 16,3 | 61,7 | 13,2 | | |
| 5-9 | 239 | 16,0 | 70,8 | 13,8 | 60,9 | 13,0 | 60,0 | 15,2 | 63,9 | 11,9 | | |
| 10 + | 215 | 14,4 | 69,7 | 14,2 | 61,0 | 14,0 | 58,4 | 16,8 | 63,0 | 13,0 | | |
| alguna | 1.140 | 76,1 | 69,6 | 14,2 | 59,6 | 13,4 | 57,6 | 16,1 | 62,3 | 12,6 | | |
| VISITAS AL MÉDICO, ÚLTIMOS 15 DIAS(1) | | | | | | | | | | | | |
| No | 1.193 | 79,3 | 67,7 | 14,6 | 58,1 | 13,1 | 55,7 | 16,0 | 60,5 | 12,6 | ≤ 0,0001 | |
| Sí: 1 | 229 | 15,2 | 70,1 | 14,4 | 61,0 | 14,1 | 60,0 | 16,0 | 63,7 | 13,1 | | |
| 2 | 58 | 3,9 | 72,8 | 14,8 | 61,7 | 15,0 | 59,4 | 17,2 | 64,7 | 13,5 | | |
| 3 + | 24 | 1,6 | 75,9 | 13,6 | 65,2 | 12,5 | 61,9 | 16,7 | 67,7 | 12,7 | | |
| alguna | 311 | 20,7 | 71,0 | 14,4 | 61,5 | 14,1 | 60,0 | 16,2 | 64,2 | 13,1 | | |
| VISITAS AL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO, ÚLTIMO AÑO | | | | | | | | | | | | |
| No | 1.117 | 74,3 | 68,2 | 14,5 | 58,8 | 13,3 | 56,5 | 16,0 | 61,2 | 12,6 | | 0,6 |
| Sí: 1 | 240 | 16,0 | 69,4 | 14,5 | 58,6 | 14,3 | 55,9 | 16,4 | 61,3 | 13,3 | | |
| 2 | 95 | 6,3 | 67,5 | 14,9 | 60,0 | 12,5 | 58,6 | 17,0 | 62,1 | 12,8 | | |
| 3 + | 51 | 3,4 | 68,2 | 16,8 | 58,2 | 12,9 | 57,9 | 17,1 | 61,4 | 13,6 | | |
| alguna | 386 | 25,7 | 68,8 | 14,9 | 58,9 | 13,7 | 56,9 | 16,7 | 61,5 | 13,2 | | |

(1) Incluye visitas personales por cualquier motivo a cualquier médico, excluyendo hospital, dentista, exámenes médicos colectivos y visitas por solo pruebas complementarias.

mayores conocimientos sobre los servicios sanitarios se correspondieron con mayores puntuaciones de satisfacción ($P \leq 0.0001$), ya se trate de conocimientos en general (la implantación de la reforma de la AP en Catalunya) como conocimientos específicos del centro utilizado.

El modelo de regresión multivariado construido con todas las variables independientes que resultaron significativas concluyó en un total de dieciséis determinantes de la satisfacción (Tabla 6). Por orden de magnitud del estadístico F de la prueba parcial del análisis de la varianza se incluyó en primer lugar el modelo de atención primaria (reformado, tradicional y otros). Le siguieron el número de servicios conocidos del ambulatorio, la edad, la valoración de la evolución de la atención primaria, el conocimiento del médico de cabecera, las preferencias para las urgencias poco graves (durante la consulta del médico de cabecera y en oncesavo lugar fuera de ésta), el número de visitas médicas en los últimos 15 días, el tiempo con el mismo médico, la tenencia de un lugar habitual de atención primaria, el tipo de actividad principal, el conocimiento de la reforma de la AP, y el tiempo de acceso al ambulatorio.

El estado de salud percibido también se presentó como posible regresor independiente en la ecuación de regresión (test de tendencia lineal). La relación de todas estas variables con la satisfacción mantuvo una dirección parecida a la descrita anteriormente. No se observaron interacciones entre las variables estudiadas. El coeficiente de determinación ajustado resultante del modelo final supuso el 38,98% de la variabilidad de la satisfacción explicada.

Discusión

La satisfacción global con el médico de atención primaria en nuestra población estudiada resultó en valores medios de 61,3 (DE, 13,5) puntos. El área mejor puntuada fue la de cualidades personales seguida de la competencia profesional y del coste/comodidad, como en la mayoría de estudios. Valorar este resultado como bueno, suficiente o malo es difícil por la complejidad que conlleva el concepto de satisfacción. Numéricamente en la escala de 0 a 100 podría considerarse que en nuestro medio existe

Tabla 5. Satisfacción con el médico de atención primaria según actitudes y conocimientos de los beneficiarios de la Seguridad Social. Medias (\bar{x}) y desviaciones estándar (DE) ajustadas por edad y sexo.

| | N | % | Cualidades personales | | Competencia profesional | | Coste/comodidad | | Satisfacción total | | Valor P |
|--|-------|------|-----------------------|------|-------------------------|------|-----------------|------|--------------------|------|----------|
| | | | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | \bar{x} | DE | |
| SERVICIO SANITARIO PREFERENTE PARA LAS URGENCIAS POCO GRAVES | | | | | | | | | | | |
| — DURANTE EL HORARIO DE VISITA: | | | | | | | | | | | |
| Médico/centro privado | 99 | 6,6 | 73,1 | 16,3 | 57,5 | 13,9 | 57,1 | 17,6 | 62,6 | 14,1 | ≤ 0,0001 |
| Ambulatorio de la SS | 962 | 63,9 | 70,0 | 13,5 | 61,4 | 12,9 | 59,0 | 15,3 | 63,5 | 11,8 | |
| Urg. atención primaria | 15 | 1,0 | 71,1 | 17,2 | 53,6 | 15,0 | 55,6 | 16,3 | 60,1 | 14,5 | |
| Méd. entidad asegurad. | 52 | 3,5 | 74,1 | 14,5 | 62,6 | 12,5 | 62,9 | 16,6 | 66,6 | 12,3 | |
| Urg. entidad asegurad. | 10 | 0,7 | 65,1 | 10,4 | 55,5 | 11,7 | 51,9 | 14,4 | 57,5 | 10,3 | |
| Serv. Urg. Hospitalario | 358 | 23,8 | 61,9 | 15,0 | 52,0 | 12,2 | 49,4 | 15,8 | 54,4 | 12,4 | |
| — FUERA DEL HORARIO DE VISITA: | | | | | | | | | | | |
| Médico/centro privado | 100 | 6,6 | 68,8 | 17,2 | 55,7 | 13,9 | 54,2 | 17,1 | 59,6 | 14,3 | ≤ 0,0001 |
| Ambulatorio de la SS | 177 | 11,8 | 73,4 | 12,1 | 64,7 | 12,5 | 63,3 | 14,1 | 67,1 | 11,2 | |
| Urg. atención primaria | 194 | 12,9 | 73,7 | 12,3 | 64,0 | 11,5 | 62,3 | 14,3 | 66,7 | 10,3 | |
| Méd. entidad asegurad. | 26 | 1,7 | 69,5 | 14,9 | 58,8 | 12,9 | 54,1 | 18,8 | 60,8 | 13,3 | |
| Urg. entidad asegurad. | 51 | 3,4 | 73,2 | 14,3 | 61,7 | 13,0 | 62,0 | 15,3 | 65,6 | 12,0 | |
| Serv. Urg. Hospitalario | 944 | 62,7 | 66,1 | 14,6 | 56,9 | 13,3 | 54,3 | 16,1 | 59,1 | 12,7 | |
| VALORACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, ÚLTIMO AÑO | | | | | | | | | | | |
| Mejor | 422 | 28,0 | 72,9 | 12,1 | 63,0 | 13,1 | 62,2 | 14,6 | 66,1 | 11,3 | ≤ 0,0001 |
| Igual | 538 | 35,7 | 67,6 | 13,8 | 58,1 | 13,0 | 55,2 | 15,7 | 60,3 | 12,2 | |
| Peor | 80 | 5,3 | 62,0 | 17,8 | 53,7 | 14,1 | 47,5 | 16,1 | 54,4 | 14,0 | |
| No la ha utilizado | 280 | 18,6 | 65,9 | 15,3 | 55,9 | 12,2 | 53,6 | 15,8 | 58,4 | 12,4 | |
| No sabe | 185 | 12,3 | 67,0 | 16,7 | 58,2 | 14,3 | 56,6 | 17,2 | 60,6 | 14,1 | |
| CONOCIMIENTO DE LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA | | | | | | | | | | | |
| Sí | 636 | 42,3 | 69,7 | 14,2 | 61,0 | 13,5 | 57,9 | 16,1 | 62,9 | 12,6 | ≤ 0,0001 |
| No | 869 | 57,7 | 67,4 | 14,8 | 57,3 | 13,1 | 55,7 | 16,1 | 60,1 | 12,8 | |
| EXISTENCIA DE LA REFORMA EN SU CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA | | | | | | | | | | | |
| Sí | 220 | 14,6 | 71,3 | 13,1 | 62,4 | 12,9 | 61,0 | 14,4 | 64,9 | 11,7 | ≤ 0,0001 |
| No | 103 | 6,8 | 67,3 | 12,2 | 59,8 | 13,9 | 53,6 | 16,7 | 60,2 | 12,8 | |
| No Sabe/contesta | 1.182 | 78,5 | 68,0 | 15,0 | 58,1 | 13,3 | 56,1 | 16,2 | 60,7 | 12,8 | |
| NÚMERO DE SERVICIOS CONOCIDOS DE SU CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA | | | | | | | | | | | |
| Ninguno | 345 | 22,9 | 64,3 | 16,5 | 57,2 | 14,1 | 53,1 | 15,8 | 58,2 | 13,5 | ≤ 0,0001 |
| 1 | 249 | 16,5 | 65,5 | 15,5 | 56,0 | 13,5 | 52,4 | 17,1 | 58,0 | 13,6 | |
| 2 | 222 | 14,8 | 66,4 | 14,3 | 57,4 | 12,3 | 55,8 | 15,0 | 59,8 | 11,9 | |
| 3-4 | 303 | 20,1 | 69,4 | 12,9 | 59,4 | 11,9 | 57,3 | 15,3 | 62,1 | 11,3 | |
| > 4 | 386 | 25,6 | 74,2 | 11,4 | 62,5 | 13,6 | 62,4 | 15,3 | 66,4 | 11,4 | |

una buena satisfacción con el médico de cabecera. Pero ello conlleva a asumir la arbitrariedad de que el nivel exigible a los médicos de cabecera corresponde a puntuaciones de 50, y a prescindir de las limitaciones metodológicas de la medida de la satisfacción^{27,28}. Si comparamos nuestros resultados con los de otros dos estudios realizados con la misma escala en 1991 y 1992 nos acer-

camos a las puntuaciones de satisfacción más elevadas^{23,29}. Aún y así debería asegurarse la comparabilidad entre los estudios según las características de los sujetos, la oferta de servicios sanitarios disponible y la situación sanitaria general. La satisfacción por tanto es una variable altamente compleja y su interpretación está ligada a una amplia variedad de factores que la determinan.

Tabla 6. Modelo final de regresión compuesto por aquellos determinantes independientes de la satisfacción con el médico de atención primaria (N = 1449, R²ajustado = 38,98%).

| Parámetro | b | EE | Valor P ¹ | p ^{2%} | Valor P ² |
|--|-------|------|----------------------|-----------------|----------------------|
| CONSTANTE | 43,57 | 2,23 | ≤ 0,0001 | — | ≤ 0,0001 |
| EDAD | 0,11 | 0,03 | ≤ 0,0001 | 1,28 | ≤ 0,0001 |
| SEXO | 0,03 | 0,55 | | | |
| Mujer | 0,42 | 0,70 | 0,55 | | |
| Hombre | — | — | — | | |
| ACTIVIDAD PRINCIPAL | | | | | ≤ 0,0001 |
| Parado | 1,94 | 0,89 | 0,030 | 0,34 | |
| Jubilado | 5,60 | 1,14 | ≤ 0,0001 | 1,68 | |
| Estudiante | 3,18 | 1,11 | 0,0041 | 0,58 | |
| Labores hogar | 3,82 | 1,16 | 0,0010 | 0,76 | |
| Otras | 2,83 | 2,01 | 0,16 | 0,14 | |
| Ocupado | — | — | — | — | |
| PERCEPCIÓN ESTADO SALUD (3) | -0,78 | 0,41 | 0,060 | 0,25 | 0,060 |
| LUGAR HABITUAL ATENCIÓN PRIMARIA | | | | | 0,0048 |
| No | -5,09 | 1,80 | 0,0048 | 0,56 | |
| Sí | — | — | — | — | |
| MODELO ATENCIÓN PRIMARIA | | | | | ≤ 0,0001 |
| Otros | 2,07 | 1,25 | 0,099 | 0,19 | |
| Tradicional | -3,91 | 0,77 | ≤ 0,0001 | 1,79 | |
| Reformado | — | — | — | — | |
| TIEMPO ACCESO AMBULATORIO | | | | | 0,0076 |
| 0-5 minutos | -0,73 | 0,91 | 0,43 | 0,05 | |
| 6-10 minutos | -2,71 | 0,91 | 0,0031 | 0,62 | |
| 11-15 minutos | -2,68 | 1,14 | 0,018 | 0,39 | |
| 16-23 minutos | -0,75 | 1,74 | 0,67 | 0,01 | |
| 24-30 minutos | -4,35 | 2,10 | 0,038 | 0,31 | |
| > 30 minutos | -5,39 | 4,43 | 0,22 | 0,11 | |
| Coche, transp. público | — | — | — | — | |
| CONOCIMIENTO DEL MÉDICO | | | | | ≤ 0,0001 |
| Sabe su nombre | 4,69 | 0,93 | ≤ 0,0001 | 1,77 | ≤ 0,0001 |
| No sabe pero lo conoce | 1,82 | 0,99 | 0,066 | 0,24 | |
| No lo sabe ni lo conoce | — | — | — | — | |
| TIEMPO CON EL MISMO MÉDICO | | | | | ≤ 0,0001 |
| 1-2,5 años | 2,03 | 0,90 | 0,025 | 0,36 | |
| 2,6-8 años | 1,71 | 0,89 | 0,053 | 0,27 | |
| > 8 años | 4,46 | 1,00 | ≤ 0,0001 | 1,40 | |
| No lo utiliza/No sabe | -2,00 | 0,98 | 0,041 | 0,30 | |
| ≤ 1 año | — | — | — | — | |
| VISITAS AL MÉDICO, 15 DÍAS | 1,03 | 0,29 | 0,0005 | 0,87 | 0,0005 |
| SERVICIO SANITARIO PREFERENTE PARA LAS URGENCIAS POCO GRAVES | | | | | ≤ 0,0001 |
| — FUERA HORARIO VISITA: | | | | | ≤ 0,0001 |
| Médico/centro privado | -5,01 | 1,55 | 0,0013 | 0,74 | |
| Ambulatorio de la SS | 3,49 | 0,93 | 0,0002 | 1,00 | |
| Urg. atención primaria | 2,79 | 0,92 | 0,0024 | 0,65 | |
| Méd. entidad asegurad. | -1,02 | 2,37 | 0,67 | 0,01 | |
| Urg. entidad asegurad. | -0,16 | 2,26 | 0,94 | 0,00 | |
| Serv. Urg. Hospitalario | — | — | — | — | |
| — DURANTE HORARIO VISITA: | | | | | ≤ 0,0001 |
| Médico/centro privado | 6,09 | 1,81 | 0,0008 | 0,80 | |
| Ambulatorio de la SS | 5,93 | 0,76 | 0,0001 | 4,19 | |
| Urg. atención primaria | 0,28 | 2,86 | 0,92 | 0,00 | |
| Méd. entidad asegurad. | 7,58 | 2,34 | 0,0012 | 0,74 | |
| Urg. entidad asegurad. | 2,64 | 4,04 | 0,51 | 0,03 | |
| Serv. Urg. Hospitalario | — | — | — | — | |
| VALORACIÓN DEL TRANSCURSO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA | | | | | ≤ 0,0001 |
| Mejor | 8,38 | 1,35 | 0,0001 | 2,66 | |
| Igual | 4,12 | 1,32 | 0,0019 | 0,68 | |
| No la ha utilizado | 5,65 | 1,43 | 0,0001 | 1,10 | |
| No sabe | 6,23 | 1,47 | 0,0001 | 1,27 | |
| Peor | — | — | — | — | |
| CONOCIMIENTO DE LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA | | | | | 0,031 |
| No | -1,27 | 0,59 | 0,031 | 0,33 | |
| Sí | — | — | — | — | |
| N.º DE SERVICIOS CONOCIDOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA | 0,65 | 0,14 | ≤ 0,0001 | 1,41 | ≤ 0,0001 |

b=coeficiente de regresión parcial; EE=error estándar de b; p^{2%}=(coeficiente de correlación parcial)² x100.

(1) prueba t de Student de b; (2) prueba F parcial del análisis de la varianza; (3) de 1 «muy bueno» a 4 «malo».

Destaca en primer lugar la influencia de la edad y el sexo en los niveles de satisfacción. En todos los estudios se comprueba que la gente mayor y las mujeres en general manifiestan mayor satisfacción^{24,28-32}. Los patrones de frecuentación del médico y de cobertura sanitaria específicos de las mujeres, o la acomodación a la realidad de la capacidad exigente y crítica de la gente mayor han sido argumentos repetidos por los autores. De especial interés resulta la inversión de la tendencia ascendente de la satisfacción con la edad en los individuos menores de 30 años. Su explicación no es clara y no se han encontrado resultados parecidos en los estudios publicados.

Nuestro estudio no fue capaz de mostrar influencias en la satisfacción de variables socio-demográficas tan importantes como el nivel de estudios, la clase social o el de origen de la persona. En la mayoría de ellas existe gran inconsistencia de resultados en la literatura^{24,29-31}. No obstante, destaca la actividad principal como la variable socio-demográfica más relacionada con la satisfacción, con la población activa (trabajadores en primer lugar y parados en segundo) expresando los peores niveles de satisfacción. A partir de nuestros resultados es difícil dar una explicación; para los trabajadores podría deberse a dificultades en la accesibilidad motivadas por la jornada laboral. En general, no está claro si la relación entre satisfacción y variables socio-demográficas como la edad y el sexo puede ser debida a diferencias en las expectativas y actitudes o a diferencias reales en la calidad de la atención sanitaria recibida²⁸.

Aquellas variables relacionadas con la salud indican que las situaciones más positivas se acompañan de mayor satisfacción y viceversa^{23,30,33,34}. Uno de los modelos causales más establecidos es el de Hall y cols³⁵. Éste concluye que el nivel de salud predomina más como un determinante causal de la satisfacción que como una consecuencia. Los autores lo atribuyen a un efecto de la conducta verbal y no verbal del médico (más negativa sobre los sujetos enfermos) y a una actitud de la gente con necesidades de salud más crítica con los médicos (mayor probabilidad de expectativas y demandas no alcanzadas). Este efecto sería independiente de la frecuentación al médico que también se relaciona con una mayor satisfacción.

El presente estudio también pone de manifiesto la importancia para los niveles de satisfacción del tipo de entidad sanitaria en los que la persona tiene derecho a recibir asistencia²⁴. Dada la situación compleja de contratación entre entidades sanitarias en nuestro medio pueden haberse producido errores de clasificación sobre la entidad sanitaria a la que se pertenece; de esta manera las diferencias observadas estarían infraestimadas. Todos nuestros resultados sugieren que la Seguridad Social obtiene una satisfacción baja en oposición a las mutuas de afiliación obligatoria o a la cobertura

mixta con una mutua de tipo voluntario. No obstante, el reducido número de sujetos incluidos en algunas entidades hace considerar con cautela dicha conclusión.

La existencia de una fuente habitual de atención primaria se acompañó, de forma significativa e independiente del resto de variables, de mayores niveles de satisfacción en relación al 5,2% de la muestra que no la refirió^{24,30}. Niveles superiores se observaron cuando esta fuente de atención primaria estaba afectada por la reforma de la AP. El tipo de atención primaria se presenta en nuestro modelo de regresión multivariado como la primera variable independiente más importante que determina la satisfacción^{31,32}. Los aspectos más valorados por el usuario del modelo reformado fueron el de coste-comodidad y el de las cualidades personales del médico; la competencia profesional también fue significativamente más valorada pero en menor medida.

Otros determinantes independientes de la satisfacción fueron los indicadores de accesibilidad y continuidad utilizados. El tiempo de acceso al centro de atención primaria³¹ presenta una relación negativa con la puntuación total de la satisfacción, sobre todo a expensas del componente coste/comodidad. La continuidad de la atención ha sido desde los primeros estudios uno de los principales factores en explicar la variación de la satisfacción; incluso autores como JE Ware la han incorporado como una dimensión en sus instrumentos de medida^{36,37}. La asociación de la satisfacción con el tiempo transcurrido con el mismo médico se ha descrito en muchos trabajos^{8,24,29,36}; la mayoría coincide en los mayores niveles de satisfacción a partir de los cuatro años aproximadamente, pero ninguno explica el motivo. El análisis de esta variable en nuestro modelo final concluye una relación más lineal, sin un dintel concreto. Por último, el nivel de conocimiento personal del médico resulta en uno de los factores independientes que determinan más fuertemente la satisfacción^{37,38}. Ambos indicadores de continuidad, en nuestro contexto sanitario, están ligeramente correlacionados entre sí y relacionados con el modelo tradicional de AP: los conocedores del nombre del médico llevaban más tiempo con el mismo médico (6,4 años en promedio) que los desconocedores (2,3 años; correlación de Spearman de -0,36), y acostumbran a ser usuarios del modelo tradicional. La continuidad también se ha relacionado con la frecuentación y el cambio de médico^{37,38}.

La experiencia de un contacto reciente con el médico o el sistema sanitario en general conlleva un fuerte aumento de la satisfacción^{33,39,40}. Esta tendencia crece cuanto más reciente y repetido haya sido este contacto, y parece ser similar para los tres componentes de la satisfacción. La influencia de la utilización de servicios sanitarios en la satisfacción podría ser la consecuencia de la experiencia de un servicio de calidad, por la percepción de un beneficio real o por el cumplimiento de las expectativas en las visitas al médico («system

outcome»). Pero a la vez esta satisfacción podría generar una mayor utilización («system input»). Así, los sujetos que con problemas de salud no consultaron al médico expresaron menor satisfacción que los que sí consultaron. Estos resultados responden al modelo conceptual sobre satisfacción y utilización de servicios sanitarios desarrollado por Zastowny y cols³⁴. Se trataría de una interacción constante entre el individuo y su sistema sanitario en la que habrían procesos a corto término (donde predomina la satisfacción de tipo *específico* que es el resultado de la experiencia de contactos anteriores con entidades sanitarias concretas) y a largo término (donde la satisfacción es una apreciación más *general* e independiente de la utilización que generaría las preferencias para ser atendido).

La utilización del servicio de urgencias hospitalario podría estar relacionada con la satisfacción con el médico de atención primaria. La hipótesis de un aumento injustificado de la tasa de utilización de las urgencias hospitalarias a expensas de deficiencias en la atención primaria podría explicar dicha relación¹¹. Pero nuestros resultados no apoyan esta relación, al no encontrar menores niveles de satisfacción con el médico de atención primaria en los frequentadores de las urgencias hospitalarias durante el año anterior a la entrevista.

Las actitudes y conocimientos del sujeto en relación a los servicios sanitarios resultan ser determinantes altamente independientes y significativos de la satisfacción con el médico de atención primaria. Así la satisfacción por un servicio sanitario se relaciona directamente con el nivel de su conocimiento: el número de servicios ambulatorios conocidos ha resultado ser la segunda variable que más explica la satisfacción. Las preferencias de los servicios sanitarios son otro ejemplo de ello: quien prefiere el ambulatorio de la Seguridad Social ante una urgencia poco grave está mucho más satisfecho con el médico de cabecera que quien prefiere el servicio de urgencias hospitalario. Los conocimientos del individuo contribuirían a la fuerza de las *creencias* (expectativas), mientras que las preferencias serían la consecuencia de la *evaluación afectiva* (valores) de los atributos puestos en el médico de atención primaria; según las teorías de la psicología social ambos elementos contribuyen independientemente en la formación de la satisfacción^{6,41}. Estos resultados también podrían explicar la falta de relación entre la satisfacción con el médico de cabecera y la frecuentación a las urgencias hospitalarias. El elevado porcentaje de la población que no conoce la atención urgente extrahospitalaria (70,6%) o prefiere el hospital para cualquiera de sus necesidades urgentes (62,7%) haría desaparecer dicha relación.

En el presente trabajo hemos querido estudiar los determinantes de la satisfacción existentes a nivel poblacional. Ello recoge la satisfacción de individuos que nunca han utilizado el médico de atención primaria o que lo hicieron

con más de un año de anterioridad a la entrevista. No obstante, la satisfacción, como hemos dicho, se encuentra en constante intercambio entre los juicios y expectativas que construye el individuo y la evaluación afectiva de los servicios sanitarios, ya sea a partir de su propia experiencia pasada, de la de otros (sobre todo familiares y conocidos próximos), o incluso a partir de lo que cree que los demás consiguen^{6,40,42}. La repetición del análisis de la satisfacción restringido a los 1.140 usuarios del médico en el último año mostró que la mayoría de sus determinantes continuaban siendo los mismos. Éstos conservaban la magnitud y dirección de la relación con la satisfacción pero con puntuaciones superiores propias de los utilizadores recientes del médico de atención primaria.

El instrumento de medida de la satisfacción utilizado en el presente trabajo cuenta con algunos resultados aceptables confirmando su validez y fiabilidad²⁹. Como en toda escala de actitudes la elaboración de sus ítems a partir de un grupo de expertos podría repercutir en su generabilidad a grupos poblacionales específicos (baja clase social, edad avanzada o sin nivel educativo). La realización de estudios más profundos sobre su validez y en un contexto más actualizado de nuestro sistema sanitario sería de gran valor. También sería de especial interés la introducción de una puntuación media en cada ítem a partir del juicio de los expertos, tal como existe en el cuestionario original de Hulka²⁵. De esta forma no todos los ítems aportarían la misma puntuación y se daría un peso mayor a aquellos con más relevancia a la hora de medir la satisfacción.

En conclusión, de la complejidad de la satisfacción y sus factores que la condicionan destaca el entorno socio-cultural del individuo, su nivel de salud, así como los contactos que realice con el sistema y los profesionales sanitarios⁴². A la vez esta satisfacción cambiará constantemente en función de los conocimientos y las experiencias que directa o indirectamente el individuo vaya adquiriendo, y de la respuesta a sus expectativas puestas en los servicios que prefiere^{7,34}. Con ello hemos alcanzado a explicar el 38,98% de la variabilidad de la satisfacción. En los múltiples intentos de conceptualización realizados se han propuesto muchos otros factores determinantes no incluidos aquí. En primer lugar las características de la calidad de la asistencia médica experimentada y de su resultado clínico. Tampoco hemos incluido los factores individuales de tipo afectivo y cognitivo, el posicionamiento de la persona (autocontrol y satisfacción con la propia vida en general), sus expectativas futuras, sus valores individuales y sociales, etc.^{6,30,31,39,42}. Faltan también las características propias del médico: edad, sexo, niveles de satisfacción, estabilidad laboral, estilo de entrevista y percepción de autonomía clínica entre otros^{8,37}. A pesar de la cantidad de conocimiento reunido con los estudios sobre satisfacción estamos todavía lejos de una verdadera con-

ceptualización que integre todos sus elementos más básicos; metodológicamente también perduran las limitaciones, por lo que sigue siendo necesaria la investigación, sobre todo en nuestro medio sanitario. La evidencia aportada en este trabajo sobre el efecto de la

satisfacción en el proceso que lleva al sujeto a formular una demanda confirma la importancia del modelo biopsicosocial en la utilización de servicios sanitarios.

ANEXO

Los miembros y las instituciones que forman parte del Grupo de Estudio de la Utilización de Servicios Sanitarios de Mataró son: Coordinador del estudio: Ignasi Bolívar, Institut de Recerca Epidemiològica i Clínica (IREC). Serveis de Prevenció, Assistencials i Sòcio-Sanitaris (PASS): Josep M. Teniente, Direcció General; Josep Ll. Fernández, ABS 4 Cirera-Molins. Consorci Sanitari de Mataró (CSM): Xavier Balanzó, Servicio de Urgencias de los Hospitales del CSM. Sector del Marisme del Institut Català de la Salut (ICS): Gonçal Foz, Direcció Mèdica del Sector; Elisa Sanz, ABS 1 La Riera; Antònia Armada, ABS 5 Ronda Cerdanya; Mercè de la Torre, ABS 7 Ronda Prim; Jordi López, ABS 7 Ronda Prim.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos las aportaciones al estudio de los siguientes asesores consultados: atención primaria: A. Martín-Zurro; encuestas de salud: J. Alonso, J. de Andrés; encuestas de satisfacción: R. Marquet, E. Castells, C. Rodríguez; servicios de urgencias: L. Monset, R. Pujol. También agradecemos a G. Foz por sus comentarios y sugerencias al manuscrito, y a C. Mas por su soporte técnico al estudio.

Las fuentes de ayuda económica que han posibilitado la realización de este estudio son el Fondo de Investigaciones Sanitarias (expediente 93/0519) y la Fundació de l'Hospital de St. Jaume i Sta. Magdalena de Mataró.

Bibliografía

1. Lee PR. Models of excellence. *The Lancet* 1994; 344:1484-6.
2. Tizón JL. Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de algunos de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos. *Revisión en Salud Pública* 1995;4:57-83.
3. Berkanovic E, Telesky C, Reeder S. Structural and social psychological factors in the decision to seek medical care for symptoms. *Med Care* 1981;19:693-709.
4. Ware JE. What information do consumers want and how will they use it? *Med Care* 1995;33:JS25-JS30.
5. Ibern P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gac Sanit* 1992;6:176-85.
6. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982;16:577-82.
7. Bohigas L. La satisfacción del paciente. *Gac Sanit* 1995;9:283-6.
8. Weingarten SR, Stone E, Green A, Pelter M, Nessim S, Huang H, Kristopaitis R. A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. *Am J Med* 1995;99:590-6.
9. Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone España; 1997.
10. Bolívar I, Pera G. Enquesta de Salut de Mataró 1994. Mataró: Institut de Recerca Epidemiològica i Clínica; 1996.
11. Bolívar I, Balanzó X, Armada A, Fernández JL, Foz G, Sanz E, de la Torre M. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 1996;107:289-95.
12. Fernández JL, Bolívar I, López J, Sanz E y grupo de trabajo sobre la utilización de servicios sanitarios. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios médicos y de enfermería. *Aten Primaria* 1996;18:52-7.
13. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de «clase social» basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;3:320-6.
14. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca [Serie de Estadísticas y Documentos de Trabajo nº14]. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1987.
15. Anitua C, Aizpuru F, Iztueta A. Encuesta de Salud Euskadi, E.S.C.A.V.'92 [Cuadernos técnicos 1-15]. Vitoria: Dirección de Información, Docencia e Investigación Sanitaria, 1993.
16. Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
17. de Andrés J, Corbella T, Armengou JM. Enquesta de Salut. Sabadell: Ajuntament de Sabadell; 1991.
18. Borrel C, Arias A, Baranda L, Lozares C. Enquesta de Salut de Barcelona, Novembre 1992. Manual. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública; 1992.
19. Arias A, Borrel C. Enquesta de Salut de Barcelona 1992-93, resultats principals. Març 1994. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública; 1994.
20. Servei Català de la Salut. Enquesta de Salut de Catalunya 1994, avanç de resultats. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1995.
21. Perloff JD, Morris NM. Asking about the usual source of care: an appraisal of health care survey alternatives. *Med Care* 1992;30:950-7.
22. Rodríguez C. Los andaluces protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica [Serie monográfica 2]. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía; 1985.
23. Rodríguez-Legido C. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit* 1995;9:311-5.
24. Hulka BS, Kupper LL, Daly MB, Cassel JC, Schoen F. Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: a community perspective. *Med Care* 1975;13:648-58.
25. Hulka BS, Zyzanski SJ. Validation of a Patient Satisfaction Scale. Theory, Methods and Practice. *Med Care* 1982;20: 649-53.
26. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. Applied regression analysis and other multivariable methods. Boston: PWS-KENT Publishing Company; 1988.
27. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I- Important general considerations *BMJ* 1991;302:887-9.
28. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II- Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 1991;302:1129-32.
29. González L, Costa A, Timonedra C, Alfonso JL, Cortina P. Encuesta de satisfacción a los usuarios de un centro de salud. *Gac Sanit* 1993;7:86-94.

30. Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care* 1988;26:383-92.
31. Delgado A, López LA, Luna JD. La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de atención primaria vigentes en Andalucía. *Gac Sanit* 1992;7:32-40.
32. Rodríguez C. Las «escalas» como medida de la satisfacción con la atención médica en Andalucía. *Gac Sanit* 1986;5:237-41.
33. Patrick DL, Scrivens E, Charlton JRH. Disability and patient satisfaction with medical care. *Med Care* 1983;21:1062-75.
34. Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services. *Explorations in causality. Med Care* 1989;27:705-23.
35. Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care* 1993;31:84-94.
36. Ware JE, Snyder MK. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975;13:669-82.
37. Hjortdahl P, Lærum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304:1287-90.
38. Barr DA. The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care. *Ann Int Med* 1995;122:353-9.
39. Camprubí J. La satisfacción del cliente: singularidades de los servicios sanitarios. Capítulo 17 de: del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Grupo MSD y Masson, S.A. Barcelona 1998. p.333-48.
40. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract* 1995;12:193-201.
41. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Sci Med* 1982;16:583-9.
42. Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care* 1997;35:714-30.
-