
Los sanitarios ante una reorientación de la atención primaria hacia la población y sus preferencias

Health care personnel and their attitudes towards a public centred reorganisation of primary health care

A. Brugos¹, C. Fernández², B. Viscarret³, R. Merino⁴, C. Galindo⁵

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, al igual que en el resto de países desarrollados, son varios los elementos críticos que se detectan en el sistema sanitario: falta de sensibilidad hacia el usuario, costes crecientes, preocupación por la eficacia, los resultados y calidad de la atención, falta de eficiencia y abandono relativo de la atención primaria^{1,2}. Conceptos tales como flexibilidad, competitividad, eficacia, eficiencia, sistemas basados en el cliente, control del gasto, rentabilidad, etc. empiezan a ser una referencia constante³. Algunos países han tomado medidas para introducir elementos de competencia e incentivos en sus sistemas sanitarios^{4,5}. En general se ve coincidencia en las propuestas de reforma¹: división entre financiación y provisión de servicios; introducción de elementos de competencia entre los proveedores

y aumento de capacidad de elección de los consumidores. En todos los países se insiste en que el sector público es el último responsable de la gestión del sistema.

La situación en España es semejante⁶. Existe una insatisfacción en la población ante un sistema muy rígido e inflexible, incapaz de adaptarse a sus necesidades, y que no permite márgenes de elección; los profesionales sanitarios tras un proceso de funcionarización se sienten desmotivados, insensibles hacia los deseos de los usuarios y desvinculados a la organización sanitaria a la que pertenecen; los elevados costos de las prestaciones sanitarias se han visto agravados por los constantes avances tecnológicos, el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA y un aumento de los procesos patológicos crónicos.

ANALES Sis San Navarra 1998, 21 (Supl. 3): 33-40.

1. Médico de Familia. Servicio Organización Dirección Atención Primaria.
2. Médico de Familia. Centro de Salud Cizur Echavacoiz.
3. Trabajadora Social. Centro Salud Cizur Echavacoiz.
4. Enfermera. Centro de Salud Rochapea.
5. Médico de Familia. Centro de Salud Rochapea.

Correspondencia:

Antonio Brugos Larumbe
Dirección Atención Primaria. Servicio de Organización
Plaza La Paz s/n
31003 Pamplona
Tfno. 948 42 90 34

El proceso de reforma sanitaria emprendido en España con la Ley General de Sanidad, ha pivotado de modo especial en la atención primaria. Actualmente cada vez es mayor el acuerdo acerca de la necesidad de una reorientación de la reforma emprendida. Este trabajo pretende conocer las actitudes o predisposición de los sanitarios de atención primaria hacia una reorientación de los servicios sanitarios que los adapte a las necesidades de la población y sus preferencias. Específicamente deseamos conocer la actitud hacia cambios organizativos, hacia dar un mayor poder de elección e influencia a los usuarios, e identificar, dentro de nuestra población, los grupos de diferente actitud existentes, sus creencias y valores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una primera aproximación cualitativa mediante un estudio Delphi con cuarenta expertos de toda España, con el fin de obtener los puntos de consenso en relación a la necesidad de una posible reorientación del sistema sanitario. Se estableció como población diana a los médicos, enfermeras y trabajadores sociales de los centros de atención primaria de Pamplona y su comarca (N=407). Se realizó un muestreo aleatorio simple, calculando un tamaño muestra para un error del 5%, un nivel de confianza del 95%, y una p y q de 0,5. El resultado permitió determinar una muestra de 199 profesionales con la siguiente composición: 76 Enfermeras de Equipo de Atención Primaria (EAP); 22 Enfermeras de Consultorio Tradicional (CT); 66 Médicos de EAP; 11 Pediatras EAP; 5 Pediatras CT.

Como instrumento de medida de la actitud (variable dependiente) se elaboró una escala de tipo Likert con cinco opciones (desde total acuerdo a total desacuerdo). Como variables independientes se tomaron: edad, sexo, años de ejercicio profesional, categoría, desarrollo de actividad profesional privada, preferencia sindical y valoración de los servicios públicos frente a los privados.

Con objeto de operativizar la variable dependiente se definieron las siguientes dimensiones que componían su concepto: resistencia o predisposición general ante

el cambio; actitud ante enfoque de riesgo u orientación a las necesidades del paciente; actitud ante la participación comunitaria; actitud ante la evaluación y control de calidad; actitud ante cambios organizativos (adecuación horaria, mayor capacidad elección, etc.); actitud de información y escucha.

Se elaboró un banco de 103 ítems que fue sometido a validación por 10 expertos que actuaban como jueces. Tras esta prueba se reformularon algunos ítems, se rechazaron los reiterativos y se seleccionaron 42 ítems que tenían total acuerdo entre los jueces.

Tras pilotar con 40 personas de nuestra población, se ordenaron según su puntuación y se realizó un test no paramétrico de comparación de medias entre el primer y cuarto cuartil para identificar los ítems de mayor poder discriminante ($- < 0,05$). De este proceso se seleccionaron 25 ítems definitivos de la escala de actitud. Las dimensiones definitivas y sus ítems fueron las siguientes (nº ítem y sentido de su formulación):

- Posición general (posición de partida y enfoque de riesgo) P2(+), P3(-), P4(+), P5(-), P6(-)

- Participación comunitaria: P7(+), P8(+), P10(-), P12(+), P13(-), P14(-)

- Cambios organizativos: P9(+), P11A(+), P11B(+), P11C(+), P23(+), P24(+)

- Evaluación y control de calidad: P15(+), P16(+), P17(+), P18(+), P19(+), P20(+), P21(+), P22(+)

Mediante encuestadores que presentaban individualmente los objetivos del estudio se entregaba la encuesta y se concertaba una fecha para recoger los resultados. Este trabajo se realizó durante los meses febrero-marzo 1995.

Mediante la media aritmética de los ítems se elaboraron índices sintéticos, para el total de la escala y para cada dimensión. Valores, en estos índices, superiores a 3 indicaban actitudes positivas y por debajo de 3 actitudes negativas.

Finalmente se incluyeron ítems de valoración del clima organizacional (se seleccionaron de la escala de Moss los ítems referentes a las dimensiones: "apoyo desde

la dirección" y "cohesión con compañeros"), y de actitud hacia los incentivos.

La fiabilidad de la escala se valoró mediante el índice Alfa de Cronbach. Se realizó descriptivo univariante y un análisis multivariante de cluster no jerárquico con el objeto de identificar los grupos de actitud más favorable y menos favorable. Se realizó un análisis descriptivo de cada ítem y de los índices sintéticos para cada cluster investigando las asociaciones estadísticas con las variables independientes. Se realizaron test de comparación de medias mediante la t de student si la distribución de la variable era normal o Mann Whitney si no lo era.

RESULTADOS

De los 199 cuestionarios entregados, obtuvimos 133 respuestas (66,8%). La respuesta es mayor entre los profesionales de Centros de Salud (73,9% en centros de Salud; 43% en Consultorios Tradicionales). La figura 1 presenta la respuesta según categoría profesional.

Tras el análisis de cluster se determinaron cinco grupos, que ordenamos desde actitud más favorable a actitud menos favorable y que presentaban la siguiente composición: cluster 1º: 33 personas; cluster 2º: 1 persona; cluster 3º: 16 personas; cluster 5º: 61 personas. La tabla 1 muestra el porcentaje de profesionales que componían los clus-

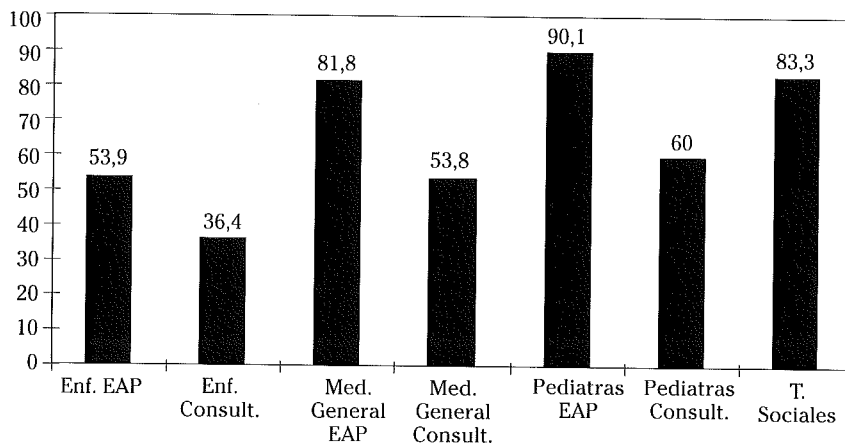


Figura 1. Porcentaje respuesta según categoría profesional

ters extremos (1º y 5º) y los centrales (2º, 3º y 4º). Destacamos que un 29,2% de las personas de Centros de Salud pertenecían al primer cluster, no perteneciendo ninguna de Consultorios. En el quinto cluster se situaron un 44,2% de Centros de Salud y un 55% de Consultorios. También vemos la participación por sexo, categoría profesional, dedicación exclusiva, relación laboral, preferencia sindical y opinión del sistema público frente al privado. Destacamos los resultados con significación estadística ($p < 0,05$): un 26% de los que trabajan exclusivamente en servicios públicos se sitúa en el grupo de

actitud más favorable, no encontrando ningún profesional de los que mantiene un trabajo en el sector privado; el 32,7% de los que opinan que los servicios públicos son mejores que los privados, se sitúa en actitud más favorable, frente a un 22,2% de los que opinan que son mejores los privados; los partidarios de delegar en sindicatos de clase, se sitúan en un 45,8% en actitud favorable frente a los partidarios de colegios profesionales y sindicatos profesionales que los hacen con un 21,4% y 15,2% respectivamente (éstos se sitúa en actitud menos favorable en un 50 y 52,2% respectivamente).

El índice alfa de Cronbach arrojó un valor de 0,874 para el total de la escala (Tabla 1).

La Tabla 2 muestra los valores medios de cada índice para toda la muestra y los cluster 1º y 5º (diferencias significativas en

Tabla 1. Porcentaje de profesionales agrupados por clusters.

	Cluster 1º Actitudes más favorables	Clusters intermedios	Clusters 5º Actitudes menos favorables	
Modelo sanitario	Centro Salud	29,2	22,6	44,2
	Consultorio	0,0	45,0	55,0
Sexo	Hombres	27,8	22,2	50,0
	Mujeres	24,5	31,9	43,6
Puesto de trabajo	Enferm. EAP	24,4	36,6	39,0
	Enferm. Consult.	0,0	50,0	50,0
	Med. General EAP	29,6	14,8	55,6
	Med. General Consult	0,0	14,3	85,7
	Pediatra EAP	40,0	30,0	30,0
	Pediatra Consult.	0,0	100,0	0,0
	T. Social	40,0	60,0	0,0
Trabajo sanitario privado	Sí	0,0	28,6	71,4
	No	26,2	29,4	44,4
Relación laboral	Fijo	27,3	28,4	44,3
	No fijo	20,9	30,3	48,8
Preferencia sindical (2 posibles opciones)	Comisiones de trabajadores	30,9	28,4	40,7
	Coleg. Profesionales	21,4	28,6	50,0
	Sindic. Profesionales	15,2	32,6	52,2
	Sindic. De Clase	45,8	33,4	20,8
	Actuaría solo	17,4	26,1	56,5
		25,0	50,0	25,0
Opinión sistema sanitario público vs. privado	Igual ambos	21,7	43,5	34,8
	Mejor público	32,7	19,2	48,1
	Mejor privado	22,2	22,3	55,5
	Ns/Nc	13,8	44,8	41,4
TOTAL		29,5	16,0	54,5

Tabla 2. Puntuaciones índices sintéticos para los clusters 1 y 5.

ÍNDICES DE ACTITUD	α Cronbach	Media cluster 1	Media cluster 5	p
Total de la escala	0,87	4,01	3,19	0,000
Actitud ante el cambio	0,59	3,68	2,94	0,000
Actitud cambios organizativos	0,71	3,84	3,15	0,000
Actitud participación comunitaria	0,70	4,18	3,37	0,000
Actitud control calidad	0,80	4,23	3,24	0,000
OTROS ÍNDICES				
Actitud ante Incentivos	—	3,10	2,63	0,000
Clima: apoyo dirección	—	2,28	2,39	0,000
Clima: cohesión con compañeros	—	2,94	3,03	0,000

todos ellos). Resumimos a continuación los elementos más relevantes de cada índice:

Índice total de la escala: alcanzó un valor de 3,50 para toda la muestra, situándose únicamente un 16,1% de los encuestados en valores negativos; 4,02 para el cluster 1º y 3,18 para el 5º ($p=0,000$); en Centros de Salud el valor fue 3,55 y en Consultorios 3,18 ($p=0,029$).

Índice de actitud general ante el cambio: alcanzó un valor de 3,24 para toda la muestra; 3,68 en el primer cluster y 2,93 en el 5º cluster ($p=0,000$); se observaron valores positivos en todos los grupos profesionales a excepción de los médicos generales de Consultorio y pediatras de Consultorio; un 62% eran partidarios de introducir cambios en los servicios; un 65% pensaba que la satisfacción del usuario es prioritaria; el 68,5% pensaba que estos cambios no tienen por qué acarrear especiales problemas teóricos. Un 62% afirma que se deberían reorientar los servicios, pero si se pregunta si actualmente hay que reorientar los servicios este porcentaje baja a un 34,6% (diferencias con $p=0,000$).

Índice de actitud ante cambios organizativos: puntuación para el total de las encuestas 3,44; cluster 1º: 3,84 y cluster 5º:

3,15 ($p=0,000$). Puntuación positiva en todos los grupos profesionales. El 59,2% creía que los horarios se deben adaptar a las necesidades de los usuarios. Si se indagaba si adaptarían sus propios horarios de trabajo, este porcentaje bajaba a un 46,2% ($p=0,000$). El 53,5% opinaba que hay que permitir la elección de médico general o pediatra (más partidarios en Consultorios que en Centros de Salud $p=0,013$). El 53,5% era partidario de que se elija a la enfermera y el 76,5% partidario de que se elija al especialista. El 79,9% dice que se debiera tener en cuenta la opinión del usuarios a la hora de organizar los servicios.

Índice de actitud ante la participación comunitaria: arrojó un valor de 3,64 para el total de encuestas: Cluster 1º: 4,18 y cluster 5º: 3,37 ($p=0,000$). Las puntuaciones eran positivas en todos los grupos profesionales. El 69,7% era partidario de aumentar la participación (médicos generales de Consultorio el 28,6% eran partidarios y el 42,9% contrarios). El 64,7% creía que los usuarios debieran participar en el control de las reclamaciones y un 72,3% opinaba que hay que dinamizar los actuales Consejos de Salud. Al preguntar sobre las organizaciones sociales, el 39,9% opinaba que era útil trabajar con ellas frente a

un 29,1% que pensaba que podía ser "delicado" (al comparar con las respuestas anteriores se observaron diferencias con $p=0,000$).

Índice de actitud ante el control de calidad: el valor para el total de las encuestas fue 3,64; cluster 1º: 4,23 y cluster 5º: 3,24 ($p=0,000$). Las puntuaciones fueron positivas en todos los grupos profesionales. El 71,2% opinaba que la satisfacción de los usuarios debería ser un criterio de calidad (excepción los médicos generales de Consultorio 57,2% desacuerdo). El 66,1% creía que los usuarios deberían participar en el control de calidad de aspectos no técnicos (médicos generales de Consultorio 57,1% contrarios). El 54,5% creía que los usuarios deberían conocer los resultados de los controles de calidad. Por último un 79,4% opina que la dirección debe controlar la calidad.

En cuanto a los ítems de clima organizacional presentaron valores negativos tanto en la dimensión "apoyo de la dirección" (puntuación 2,66) como en "cohesión con compañeros" (puntuación 2,97).

Por último, en cuanto a incentivos el 73,9% prefería un sueldo "digno" sin incentivos, y un 63,9% creía que la satisfacción del usuario podía ser un criterio de incentívación.

DISCUSIÓN

Creemos que el nivel de respuesta es aceptable y semejante a otros estudios realizados con encuestas autoadministradas^{7,9}. La consistencia de la escala medida por el índice α de Cronbach es un concepto próximo a la fiabilidad y refleja la concordancia de variables que miden el mismo fenómeno^{10,11}. Nuestros valores pueden ser considerados muy aceptables, ya que en psicometría se aceptan valores por encima de 0,7^{9,12}. Creemos que la escala ha sido un instrumento útil para identificar y discriminar grupos de actitudes diferentes. Se observa en general actitudes favorables a una reorientación de los servicios; igualmente hay acuerdo en que hay que aumentar el nivel de elección dentro del sistema. Existe un acuerdo teórico en cuanto a la reorientación del sistema (participación,

cambios organizativos, etc.), pero se detectan resistencias a la hora de hacer efectivos cambios en la organización. Preocupa el alto número de personas que no tiene claro la introducción de estrategias de riesgo en función de las necesidades de los pacientes, máxime cuando es una de las posibles desviaciones que los expertos del grupo Delphi detectaban en una reorientación como la que se propone. Nuestra escala señala que es más probable encontrar actitudes positivas entre los trabajadores de Centros de Salud, con dedicación exclusiva, partidarios de sindicatos de clase y que tienen buena opinión de los servicios públicos. Las actitudes menos favorables las encontramos con mayor probabilidad entre los trabajadores de Consultorio, que tienen trabajo en sector privado, partidarios de Colegios y Sindicatos profesionales y que tienen mejor opinión de los servicios privados.

Nos llama la atención que "a priori" podríamos pensar que las nuevas propuestas de reorientación sanitaria, de corte más neoliberal, pudieran tener mayores apoyos en personas con desempeño privado de la profesión y próximos a grupos profesionales. Por el contrario podríamos sospechar menores apoyos en sindicatos de clase y trabajadores de centros de salud que excepcionalmente compatibilizan trabajo privado. Nuestros resultados señalan todo lo contrario y pensamos que se puede ser debido a que las nuevas propuestas son aceptadas como un intento de mejorar el servicio público, y que recibe apoyos de aquellos profesionales más motivados por la mejora de los servicios, con independencia de su ideología sanitaria.

Otro elemento que llama a reflexión es el recelo ante los mecanismos de incentívación que dependen de la administración, posiblemente consecuencia de experiencias previas negativas. Debemos recordar las experiencias de pago por productividad que tuvieron grandes dificultades de aplicación al no existir consenso sobre criterios objetivos de valoración, y no haberse implicado los directores de centros y jefes de servicios en su ejecución⁶. Con frecuencia el "café para todos" fue la solución real al pago

de la productividad. Formas de pago capitativo ajustadas por características de paciente (fundamentalmente edad), junto con una real libertad de elección del paciente pueden ser una alternativa a este recelo, que se acepta por los encuestados. Al ser la valoración y libre elección del paciente la que determina la cuantía del incentivo, se evitarían las desconfianzas que se generan cuando es la administración la que hace esa valoración.

Aunque nuestro estudio no tenía como objetivo principal analizar el clima organizacional, sí apunta a un clima organizacional muy negativo tanto en lo referente al apoyo que se percibe desde la dirección, como en la cohesión con compañeros. El clima o ambiente de trabajo en una organización es una variable frente a la que se puede actuar. Al contrario de lo que sucede con la cultura organizacional, que se sustenta en base a valores, conocimientos, experiencias previas y expectativas, y que son más permanentes en el tiempo, el clima organizacional está más relacionado con situaciones coyunturales que pueden mejorarse con más facilidad. Hemos de reseñar que en los meses anteriores a la realización de la encuesta hubo conflictos laborales que desembocaron en una jornada de paro y que pudieron influir en gran medida en el clima organizacional detectado.

Podemos concluir que existe un margen de apoyo para acercar más los servicios a la población, aunque es previsible la resistencia de algunos grupos. Será, pues, necesario hacer énfasis en el "cómo" más que en el "qué". Puede existir un riesgo de dificultar el acceso a los servicios sanitarios a grupos de riesgo por lo que habrá que trabajar y prevenir este problema. Es necesario buscar formas organizativas que hagan de nuestro sistema sanitario, un sistema abierto permitiendo la entrada de estímulos activadores externos en función de la calidad y adecuación de los servicios que se ofrezcan.

Mediante la aproximación cualitativa con expertos se llegó a los siguientes puntos de consenso: - Es necesario hacer los servicios más sensibles a la pobla-

ción; - Es necesario aumentar el nivel de elección de los usuarios dentro del sistema; - Los actuales sistemas de participación comunitaria son cuestionables y es necesario mejorarlos; - Son necesarias estrategias de riesgo que impidan que se queden fuera grupos marginados por el sistema; - Son necesarios estrictos controles de calidad; - Son previsible resistencias al cambio por parte de los profesionales.

Agradecimientos. Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración anónima de los sanitarios encuestados.

BIBLIOGRAFÍA

1. BENGUA R. Nuevas tendencias en la organización y gestión de servicios de salud. *Jano* 1991; 964: 45-48.
2. SAN JOSÉ P. Reformas Sanitarias en Europa y Elección del Usuario. Díaz de Santos. Madrid 1.994; 273.
3. GREGO J.MI. La contratación y la provisión privada de servicios sanitarios en Atención Primaria. *Centro de Salud* 1994; 2: 15-18.
4. SALTMAN R, VON OTTER C. Revitalización de los sistemas de asistencia sanitaria pública: propuesta para la competencia pública en Suecia. *Papeles de Gestión Sanitaria*. Febrero 1988.
5. Gobierno Británico. Working for Patients. Resumen del With Paper. *Papeles de Gestión Sanitaria*. Mayo 1988.
6. ELOLA J. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990) 11. Madrid F.I.S. 1991.
7. RUBIO L, URUEÑA A, SANTAMARÍA A, DE LA HOZ J, MACHÍN P, ACITORES JM. Prevalencia de hábito de fumar en los profesionales sanitarios de La Rioja. *Aten Prim* 1994; 7: 373-377.
8. DOMÍNGUEZ S, MARCO M, TORRES A, CABRERA A, PÉREZ L. Hábito tabáquico en los trabajadores del sistema sanitario público de Tenerife. *Aten Prim* 1994; 1: 542-545.
9. AYESTARÁN S. Psicología del adolescente vasco. Departamento de trabajo, Sanidad y Seguridad Social 1986; 353.
10. MARQUET R, PUJOL G, JIMÉNEZ J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo?. *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 1995; 1: 23-31.

11. SUMMERS G. Medición de actitudes. 3ª Ed México: Trillas 1984; 688.
12. RUIZ A, LÓPEZ LA, DÍAZ C, ROGERO P, VILLALOBOS M, ARANDA JM. Elaboración y aplicación de

dos escalas de actitudes hacia la promoción de la salud en atención primaria. Rev San Hig Pub 1990; 64: 387-394.