

HABLE CON LOS PACIENTES, NO PARA ELLOS

Análisis de los fundamentos de la confianza del acto médico

SPEAK WITH PATIENTS, NOT AT THEM
Analysing the Foundations of Trust in Medical Care

NURIA LORIENTE-ARÍN

Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), Córdoba, España
nlorient@iesa.csic.es

RAFAEL SERRANO-DEL-ROSAL

Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), Córdoba, España
rserrano@iesa.csic.es

RESUMEN

Diferentes estudios se han centrado en definir cuáles son los papeles que deben adoptar médico y paciente durante su relación en la consulta en aras de conseguir altos niveles de satisfacción del usuario y confianza en la asistencia recibida. Elementos ambos de suma importancia para incrementar la probabilidad de seguir los consejos y tratamientos del médico, aspectos indicativos del éxito de dicha consulta. Dada la inexistencia de un consenso claro entre los investigadores, este trabajo se ha centrado en estudiar empíricamente, a partir de los datos de la *Encuesta a usuarios de los Servicios de Atención Primaria* prestados por el Servicio Andaluz de Salud en 2006, cómo varía la confianza en la asistencia médica en función de las evaluaciones que realizan los usuarios sobre diferentes aspectos del acto médico. Los resultados apuntan que las condiciones de una relación médico-paciente exitosa se basan principalmente en mantener una verdadera comunicación y no un mero intercambio de información.

PALABRAS CLAVE ADICIONALES

Calidad de la atención de salud, Comunicación, Información, Participación del paciente, Relación médico-paciente.

ABSTRACT

Various studies have focused on defining the roles that both doctors and patients should adopt during consultations with a view to improving user satisfaction and confidence in the medical care they receive. These two factors clearly contribute to ensuring compliance with the advice and treatments prescribed by healthcare providers and the subsequent success of consultations. Due to the lack of consensus among researchers, this paper aims to empirically examine how confidence in healthcare varies based on assessments made by users regarding different aspects of medical care. The data were taken from the *Survey of primary healthcare users of the Andalusian Healthcare Service* in 2006. Trust in healthcare is highly related to the satisfaction users express in the four variables examined in the study. The main conclusion is that successful doctor-patient relationships are based on effective communication and not a mere exchange of information.

ADDITIONAL KEYWORDS

Doctor-patient Relationship, Patient Satisfaction, Communication, Information, Patient Participation, Quality of Healthcare.

INTRODUCCIÓN¹

Paralelamente al desarrollo de las políticas públicas sanitarias y de los cambios de todo orden que éstas han facilitado, se ha incrementado notablemente el interés por conocer y mejorar la calidad de los servicios prestados, lo cual ha impulsado y generalizado la puesta en marcha de sistemas complejos de evaluación de los servicios sanitarios. A través de estos, se han establecido unos estándares de calidad, tanto de aspectos objetivamente mensurables —tales como la infraestructura, equipamiento, tecnología, etc.—, como de aspectos subjetivos medidos a partir de las valoraciones de los propios trabajadores y usuarios de los servicios. La evaluación de la calidad de un servicio sanitario fue definida en los ochenta por Donabedian como un juicio sobre si determinados aspectos de la atención médica tienen una propiedad y, de ser así, en qué medida (Donabedian, 1984). En parte, la calidad así entendida puede medirse en función de las necesidades y expectativas de sus usuarios, puesto que estos son el objeto último de la prestación de los servicios y, en razón de ello, pueden aportar información sobre elementos que no es posible obtener por otros medios. Es lo que se ha venido a llamar calidad percibida, es decir, la percepción subjetiva del individuo sobre el servicio prestado.

La evaluación de la calidad del servicio desde esta perspectiva considera al usuario como “juez” y elemento central de la organización sanitaria (Parasuman *et al.*, 1985; Parasuman *et al.*, 1994; Biedma y Serrano, 2007). En este sentido, cabe señalar que la calidad del servicio está altamente correlacionada con la satisfacción del paciente y son numerosos los estudios que lo demuestran (Krowinski y Steiber, 1988; Ware *et al.*, 1987; Serrano, 2005). La satisfacción es una variable multidimensional, formada por la evaluación que un individuo realiza de diferentes aspectos del servicio de manera diferenciada (Fitzpatrick, 1984; Rubin, 1990). En general, se puede definir como la comparación continua que hace el usuario entre sus expectativas y la percepción del servicio que recibe (Korsch *et al.*, 1968; Brody *et al.*, 1989; Ibern, 1992; Bohigas, 1995).

Una parte fundamental de la satisfacción se conforma por la relación que se establece entre el paciente y el personal médico que le atiende (acto médico), puesto que es a través de ésta que el usuario mantiene principalmente el contacto con los servicios sanitarios. Los sentimientos que están involucrados en las actividades que se desarrollan en las prestaciones sanitarias difícilmente se encuentran en otro sector, y la

¹ Los autores de ese trabajo quieren hacer un agradecimiento muy especial a Julia Ranchal Romero, miembro de nuestro grupo de investigación, quien participó en las primeras fases de este estudio colaborando en la producción de los datos que son la base empírica de este trabajo, así como en la redacción de la comunicación sobre estos datos presentada al IX Congreso Español de Sociología, de la Federación Española de Sociología (FES). Igualmente queremos agradecer al Servicio Andaluz de Salud/Consejería de Salud-Junta de Andalucía su decidida motivación y colaboración para desarrollar el proyecto de investigación que está en la base de éste y otros trabajos de este grupo de investigación; también al Ministerio de Educación y Ciencia español, Plan Nacional I+D+I (SEJ2005-06099) el apoyo financiero a este proyecto. En todo caso, la responsabilidad última del contenido de este trabajo es de los autores.

percepción sobre la calidad de las mismas dependerá en gran medida de la percepción de esa relación, así como del resultado final del tratamiento o la atención prestada.

Numerosos estudios han centrado su atención en definir cuáles son los papeles que deben adoptar el médico y el usuario en el momento de la consulta. En la década de los sesenta, Laín diferenciaba dos tipos de relaciones: aquella “centrada en el médico”, en la que el profesional trata la enfermedad, y aquella otra “centrada en el paciente”, en la que se trata al usuario y se establece una relación interpersonal entre dos personas iguales “coejecutivas” (Laín, 1983). La relación más tradicional ha sido la primera de ellas, también llamada modelo biomédico (Torío y García, 1997a), aunque a medida que se ha incorporado una posición más activa del paciente en el acto médico, se han sucedido diferentes propuestas de relación en las consultas.

Ruiz Moral define cuatro tipos básicos de relación médico-paciente, teniendo en cuenta el grado de control que realiza cada uno de los actores sobre la interacción (Ruiz *et al.* 2003) y el grado de implicación del usuario en las decisiones a adoptar. Por un lado, llama a la clásica atención centrada en el médico o en la enfermedad relación “paternalista”, caracterizada porque es el médico quien toma las decisiones que cree más convenientes para el paciente, y éste último se debe limitar a seguir sus consejos. Así, mientras el médico ejerce un control alto en la relación, el paciente apenas lo ejerce. Como ya se ha mencionado, este modelo ha sido el más común en España, con unos estilos de consulta muy prescriptivos, autoritarios y paternalistas.

Otro estilo de relación es el “consumista”, caracterizado por pacientes más jóvenes, con un nivel educativo mayor y más demandantes y asertivos, que ejercen un mayor control sobre el médico. En este caso, el médico profesa un control bajo en la relación y, a pesar de que la relación funciona, no está basada tanto en la confianza sino en la utilización del servicio como un bien de consumo.

Existe un tercer modelo basado en la coparticipación, caracterizado por una relación médico-paciente donde el control y el poder están equilibrados, y cada uno aporta y se responsabiliza en la medida de sus posibilidades. Esta relación ha recibido el nombre de “atención centrada en el paciente”. En ésta se tienen en cuenta, junto a los problemas del paciente, sus expectativas, preferencias y valores, considerándose en cierto modo a las emociones como coadyuvantes de los aspectos médicos del problema e informando al paciente para que sea capaz de responsabilizarse de su propia salud (Torío y García, 1997b). La base de esta atención es que el médico comparta su información y que los pacientes participen en la toma de decisiones (Ruiz *et al.*, 2004).

Por último, según Ruiz Moral, hay consultas en las que ni el médico ni el paciente ejercen control suficiente, por lo que llama a esta relación “ausente”. En estos casos, el paciente puede llegar a abandonar los tratamientos pensando que no se le ha escuchado ni entendido.

No es tarea sencilla determinar qué modelo de interacción es el más adecuado, más bien ha sido un tema de debate y controversia, centrado en el grado de autonomía óptima a alcanzar por el paciente (Sobrino, 2003). Parece haber un consenso generalizado sobre la necesidad de que el médico mantenga una práctica con un determinado control

durante la entrevista, aunque existen diversas opiniones sobre si los usuarios, para obtener niveles más altos de satisfacción y éxito tras la consulta, deben participar en mayor o menor medida en esa relación.

Por un lado, algunos estudios (Pietroni y Chase, 1993; Winefield *et al.*, 1995; Balint, 1961) apoyan el punto de vista que defiende la necesidad de dar un enfoque distinto a la posición autoritaria tradicional del médico, haciendo énfasis en trabajar con el paciente en lugar de trabajar para él. En general, concluyen que con una relación centrada en el paciente se consigue mayor satisfacción y se alcanza una mejor resolución de los problemas médicos, así como un mayor cumplimiento de los consejos y tratamientos. Las características que presenta la relación centrada en el paciente hacen pensar que es el modelo a seguir para conseguir unas relaciones maduras, en las que se disuade la pasividad y la dependencia, así como del aumento de la demanda de servicios sanitarios (Ruiz *et al.*, 2004). Sin embargo, hay que tener en cuenta que, por otro lado, existe otro punto de vista (Inglefinger, 1980; Thomas, 1978; Hall *et al.*, 1988; Roter y Hall, 1989) basado en estudios que encontraron que el estilo directivo proporciona mayor satisfacción, entre otros motivos, por ser el más esperado por los pacientes. La justificación a esta contraposición de opiniones puede basarse en la creencia de que la consulta centrada en el paciente genera mayor satisfacción en las consultas más psicosociales, con procesos crónicos, mientras que el estilo directivo genera mayor satisfacción en pacientes con problemas físicos agudos (Torío y García, 1997a).

Todo ello podría justificar la divulgada afirmación de que no existe un estilo mejor o peor de relación médico-paciente, sino que cada enfermo en concreto y cada proceso en particular es subsidiario de un estilo más o menos directivo y más o menos centrado en el paciente, lo cual vuelve a centrar el tema en el médico: ya que sería éste el que debiera hacer un esfuerzo por conocer qué tipo de relación se adapta mejor a cada paciente y al problema o necesidad específica que presenta, adaptando el tipo de consulta al usuario en cuestión (Ruiz *et al.*, 2003).

De hecho, lo que sí es una realidad contrastada es que la decisión de los pacientes o usuarios de seguir los consejos de su médico, así como el éxito final del acto clínico depende de múltiples factores, estrechamente relacionados con el hecho de que se establezca una relación basada en la confianza en los conocimientos utilizados por el profesional (Ruiz, 2006). Tener confianza en un profesional o servicio médico es una parte fundamental y representa un buen indicador de la calidad de esa atención. No obstante, su medición es algo complejo, puesto que los usuarios evalúan gran cantidad de aspectos relacionados, que van desde la percepción de la competencia a la relación interpersonal (Thom, 2001; Fiscella *et al.*, 2004). Algunos de los aspectos más valorados por los pacientes en la relación con su médico, según varios estudios realizados en nuestro país, son el recibir una atención personalizada, con una información clara e inteligible que les facilite la comprensión de su problema, del tratamiento que deben seguir y sus efectos, así como que el médico les escuche y aclare sus dudas (Torío y García, 1997c; Gámez *et al.*, 2003; Bolaños y Sarriá, 2003).

La importancia del proceso de comunicación en la interacción ha sido estudiada por varios autores, que apuntan la correlación existente entre la calidad del proceso

comunicativo, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tratamientos (Korsch *et al.*, 1968; Davis, 1968; Ley, 1983; Lassen, 1991; Barca *et al.*, 2004). Una comunicación eficaz entre médico y paciente a través de una escucha activa por parte del facultativo, permite conseguir un intercambio real de información para comprender la dolencia y que se dé mejor respuesta a las necesidades y expectativas del paciente (Balint, 1961). Además, la participación de manera activa del paciente en el encuentro clínico también contribuye a la comprensión de la información, a incrementar su satisfacción y la confianza en el médico, y resulta positivo desde el punto de vista del cumplimiento y la efectividad de los tratamientos (Mira y Rodríguez-Marín, 2001; Siminoff *et al.*, 2000).

A pesar de ello, muchos de estos expertos señalan que los pacientes ni reciben suficiente información para abordar adecuadamente su problema (Barca *et al.*, 2004; Bolaños y Sarriá, 2003), ni la comprenden totalmente, ni realizan las preguntas necesarias para entender claramente su diagnóstico (Torío y García, 1997a). Además, apuntan que la mayoría de los pacientes no participa en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, lo cual va unido al deficiente interés que muestran los médicos en las creencias y las preferencias de los pacientes sobre el diagnóstico y el tratamiento, lo que conlleva que la calidad relacional sea todavía muy precaria (Torío y García, 1997a; Ruiz *et al.*, 2002).

Teniendo en cuenta este marco de referencia, y conociendo que existe una alta correlación entre la valoración positiva de aspectos del trato interpersonal y una alta presencia de confianza en la asistencia recibida (Ferguson, 2002; Murphy *et al.*, 2001; Safran *et al.*, 2001), el interés de este trabajo se centra en el estudio empírico de las evaluaciones realizadas sobre aspectos del acto médico por parte de los usuarios de un servicio sanitario, y su contribución a la formación del nivel de confianza expresado, diagnóstico que, además, puede aportar argumentos empíricos sobre qué tipo de relación médico-paciente es la más adecuada para alcanzar la confianza del usuario: base de un servicio sanitario adecuado y eficaz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Datos utilizados

Los datos que se han utilizado en este estudio corresponden a la *Encuesta a usuarios de los servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud* en el año 2006, realizada por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA/CSIC). Esta encuesta forma parte de un proyecto de investigación más amplio que analiza la opinión y satisfacción de los ciudadanos andaluces con los servicios sanitarios públicos en esta comunidad autónoma². A través de esta encuesta, los usuarios de los Servicios de

² Se puede encontrar más información sobre el proyecto en la página web del Servicio Andaluz de Salud: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores/introduccion.asp>

Atención Primaria evalúan la calidad de la atención que reciben valorando diferentes aspectos como la competencia técnica de los profesionales que les prestan la atención, la interacción con dichos profesionales y muchos otros aspectos y características de las diferentes dimensiones y aspectos que conforman la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios públicos andaluces.

El diseño muestral de la encuesta se caracteriza por tener como población objeto de estudio a las personas que han acudido al médico de cabecera, pediatra o enfermero de alguno de los centros de salud o consultorios de cada uno de los 33 distritos de atención primaria andaluces, entre el 15 de mayo al 15 de junio de 2006. El tamaño total de la muestra ha sido de 22.676 entrevistas, repartidas entre 571 consultorios locales, 63 consultorios auxiliares y 371 centros de salud. La población de referencia para cada centro se calculó a partir del número de visitas diarias de cada centro, según la información por edad y sexo proporcionada por el SAS así como según los resultados obtenidos sobre frecuentación a los *Servicios de Atención Primaria* en el Barómetro Sanitario realizado por el IESA/CSIC en el año 2003.

METODOLOGÍA

El cuestionario del estudio contiene la siguiente pregunta: *P20.- ¿Qué grado de confianza tiene Ud. en la asistencia que le prestan en este centro?*, variable que constituye un elemento de la calidad subjetiva que el usuario otorga al servicio recibido y refleja el grado de satisfacción general sobre la asistencia recibida, referida a una vertiente clínica asistencial y ligada a la prestación de un servicio sanitario por un profesional.

Las opciones de respuesta a esta pregunta están medidas en una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de “ninguna confianza” a “mucho confianza”, con las opciones de respuesta de “no sabe” y “no contesta”. Esta variable será la variable dependiente en los análisis realizados en este trabajo.

Tal y como se ha descrito en la introducción, interesa conocer qué aspectos de la valoración que hacen los usuarios del servicio sanitario en atención primaria pueden incidir en que la confianza en la asistencia recibida aumente o disminuya. De esta manera, como variables independientes, se seleccionaron aquéllas que miden o evalúan aspectos relacionados con el acto médico, entendido éste como el conjunto de acciones que ejecuta el personal sanitario cuando está en relación con el usuario. Por tanto, se han tenido en cuenta variables que recogen las opiniones de los usuarios sobre aspectos que tienen que ver con el proceso de consulta, desde la valoración del médico o pediatra en general, a la valoración de las características de su interacción con el usuario en particular. También se han incluido variables que evalúan aspectos concernientes a la organización, aunque relacionadas de alguna manera con el acto médico y, finalmente, variables de uso del servicio por parte del usuario.

Por un lado, cuatro de estas variables recogen las valoraciones de los usuarios sobre el intercambio de información que se produce en el centro y la consulta: dos

miden la satisfacción con la información que aporta el médico y las otras dos miden la satisfacción de los usuarios con la información que ellos han aportado. Por otro lado, se han introducido variables con las que se valora la satisfacción de los usuarios con la manera de actuar del médico: el respeto con el que se le trata, el grado de intimidad, la valoración misma del profesional, el tiempo de consulta dedicado; y otras que miden la satisfacción con aspectos más relacionados con el sistema organizativo del centro como son la confidencialidad de los datos, la identificación de los profesionales y el ser atendido el día que lo necesita. Por último, se recoge también la frecuencia de asistencia al centro, que depende principalmente de las necesidades del usuario.

La mayor parte de estas variables están medidas en la misma escala que lo estaba la variable dependiente (tipo Likert de 5 puntos) que va de “muy insatisfecho” a “muy insatisfecho”. No obstante, una de las variables, *Fue citado para el día que quería*, es dicotómica, con valores “sí” y “no” y, otra, *Frecuencia de asistencia al centro al año*, es numérica, con valores de 0 a 150. Tras eliminar los casos que no han contestado a las preguntas o lo han hecho con un “no sabe”, las características descriptivas de estas variables se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.
Estadísticos descriptivos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
p20 Confianza en la asistencia recibida (depend.)	22.514	1	5	3,98	0,666
p11 Identificación de los profesionales	20.558	1	5	3,91	0,643
p12 Tiempo de consulta	22.605	1	5	4,08	0,630
p13 Grado de intimidad	22.553	1	5	4,11	0,504
p17 Información del médico	22.614	1	5	4,15	0,497
p27 Confidencialidad de los datos clínicos	20.217	1	5	4,09	0,433
p28 Respeto en el trato recibido	22.619	1	5	4,13	0,509
p29 Disponibilidad del personal para escucharle	22.347	1	5	3,98	0,619
p30x Valoración del médico o pediatra	22.559	1	5	4,31	0,638
p31 Información sobre los tratamientos	22.531	1	5	4,09	0,514
p32 Posibilidad de opinar sobre tratamientos	19.568	1	5	3,83	0,825
p38_41 Citado para el día que quería	21.537	1	2	1,08	0,269
p57 Frecuencia de asistencia al año	20.551	0	150	12,17	11,817
N válido (según lista)	13.990	-	-	-	-

Fuente: *Encuesta a usuarios de los servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud, 2006.*

Utilizando el paquete estadístico SPSS, en su versión 12.0, en primer lugar, se ha analizado la relación entre cada una de estas variables independientes con la *Confianza en la asistencia recibida* a través de tablas de contingencia, la prueba de chi-cuadrado y la V de Cramer. Con ello se pretende determinar si las relaciones son estadísticamente significativas y ver el sentido de esa relación. Para simplificar estos análisis y facilitar su comprensión, en lugar de trabajar con la variable dependiente completa se calculó el indicador *Confianza en la asistencia recibida* con valor 1, para los que presentan confianza, y 0 para los que no la presentan³, y se han realizado los cruces con él.

Posteriormente, se ha realizado un análisis de regresión con escalamiento óptimo (CATREG) con el objetivo de conocer qué variables de las consideradas independientes son más importantes a la hora de generar confianza en la asistencia recibida en el centro. Esta técnica es adecuada para estudiar la influencia de un grupo de variables que valoran aspectos particulares —llamadas predictoras—, sobre la variable dependiente, en este caso la confianza en la asistencia recibida. El análisis se muestra adecuado también para los niveles de medida ordinal en los que se han realizado las escalas de valoración. Al igual que en una regresión lineal clásica, los resultados principales son los coeficientes de regresión, pero en este análisis los coeficientes no son muy fácilmente interpretables, dado que las variables explicativas no tienen una métrica concreta. Es preferible, como resumen de los resultados del modelo, utilizar el índice de Pratt que nos informa sobre la importancia de cada una de las variables predictoras, es decir, permite determinar la trascendencia de cada variable en el modelo. Además, las variables introducidas miden aspectos similares del servicio, por lo que cualquier análisis presenta ciertos niveles de colinealidad. Es por ello que la regresión categórica permite conocer la correlación parcial de las variables independientes con la variable dependiente y la correlación de orden cero: la primera de ellas indica cómo de fuerte es la relación de cada variable predictora con la dependiente, una vez eliminado el efecto del resto de las variables, mientras que la segunda mide la misma relación sin eliminar dicho efecto.

³ El indicador de la *Confianza en la asistencia recibida*, que se presenta como variable *dummy*, se construye de la siguiente manera: la categoría 1.- “personas que confían” se forma a partir de los códigos cuarto y quinto de la variable original, y la categoría 0.- “personas que no confían” se forma a partir de los tres primeros códigos. Se mandan a valores perdidos aquellos casos que no contestan o lo hacen con un “no sabe”. Se ha tomado la decisión metodológica de tomar el punto medio de la escala de la variable original (“ni mucha ni poca confianza”) como “personas que no confían”, para que la categoría positiva contemple exclusivamente las opiniones de quienes explícitamente han expresado confianza en la asistencia.

RESULTADOS

La tabla 2 contiene algunos de los datos obtenidos tras los análisis bivariados realizados: en ella puede verse el porcentaje de personas que manifiestan tener o no confianza en la asistencia recibida según la satisfacción expresada en cada una de las variables independientes de este estudio. De la misma manera, la tabla 3 muestra las variaciones en la confianza de los usuarios en función de la frecuencia de asistencia al centro y, por último, en la tabla 4 puede verse si hay más confianza entre los usuarios que han sido atendidos el día que ellos querían o no.

Los análisis bivariados realizados también ofrecen otro resultado destacable, a saber: todas las variables incluidas en el análisis están asociadas de manera estadísticamente significativa con la confianza en la asistencia recibida, lo cual quiere decir que un aumento en la satisfacción expresada en cada una de ellas, así como el incremento en la frecuencia de asistencia o el ser atendido en el día preferido por el usuario, conlleva un aumento en el porcentaje de entrevistados que manifiestan confianza.

Analizando más en detalle los datos de las tablas anteriores puede verse que la generación de confianza se asocia de manera especialmente intensa con la satisfacción expresada en cuatro variables: *la disponibilidad del personal para escucharle, la información sobre los tratamientos, la información del médico y el respeto con el trato recibido*. La primera relación presenta tres veces más entrevistados que confían en la asistencia recibida si están muy satisfechos con la disponibilidad del personal para escucharles, que si no lo están (en porcentajes, un 96% y un 24% de usuarios que confían respectivamente). Ello muestra con claridad la gran importancia que le dan los usuarios al hecho de ser atendidos y escuchados por el personal del centro cuando lo necesitan, así como la fuerte incidencia de estos comportamientos en la generación de confianza.

En segundo lugar, a medida que los entrevistados están más satisfechos con la información que se les facilita en el centro (comprenden la información en general del médico y valoran positivamente la información que se les da sobre los tratamientos), aumenta considerablemente la confianza en la asistencia recibida. En ambos casos, se pasa de un porcentaje en torno al 30% de usuarios que confían en la asistencia si están muy insatisfechos con la información, a un 92% aproximadamente de usuarios que confían si están muy satisfechos. Por tanto, junto al hecho de que el usuario sienta que es escuchado, la calidad y cantidad de información que se le proporcione también influye de forma considerable en la formación de su confianza.

Por último, cabe destacar también que a medida que los usuarios están más satisfechos con el respeto con el que se les ha tratado, aumenta hasta duplicarse el porcentaje de usuarios que expresan confianza en la asistencia. En este caso, se pasa de un 38,5% de usuarios que confían de entre los que valoran muy mal el respeto en el trato, a un 94% de usuarios que confían de entre los que están muy satisfechos con el trato.

El resto de relaciones presentan diferencias ligeramente menores, aunque no por eso menos importantes, puesto que en todos los casos las diferencias en el porcentaje

Tabla 2.
Porcentajes de entrevistados que confían en la asistencia recibida, según las respuestas obtenidas en las variables independientes (1)

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Dif. entre Muy satisfechos/ Muy insatisfechos
Confianza en la asistencia recibida	p11 Identificación de los profesionales						
	No confían	43,3%	35,6%	33,5%	12,9%	6,5%	
	Confían	56,7%	64,4%	66,5%	87,1%	93,5%	36,7%
	p12 Tiempo de consulta						
	No confían	52,8%	51,3%	39,4%	14,4%	7,6%	
	Confían	47,2%	48,7%	60,6%	85,6%	92,4%	45,2%
	p13 Grado de intimidad						
	No confían	58,5%	58,3%	44,9%	14,8%	8,1%	
	Confían	41,5%	41,7%	55,1%	85,2%	91,9%	50,5%
	p17 Información del médico						
	No confían	67,6%	63,6%	44,7%	15,7%	7,6%	
	Confían	32,4%	36,4%	55,3%	84,3%	92,4%	60,1%
	p27 Confidencialidad de los datos clínicos						
	No confían	47,6%	56,3%	40,9%	13,1%	6,4%	
	Confían	52,4%	43,7%	59,1%	86,9%	93,6%	41,2%
	p28 Respeto en el trato recibido						
	No confían	61,5%	70,9%	49,6%	15,2%	6,0%	
	Confían	38,5%	29,1%	50,4%	84,8%	94,0%	55,5%
	p29 Disponibilidad del personal para escucharle						
	No confían	76,3%	52,8%	38,1%	12,6%	3,9%	
Confían	23,7%	47,2%	61,9%	87,4%	96,1%	72,4%	
p30x Valoración del médico o pediatra							
No confían	59,0%	56,6%	47,2%	16,6%	8,6%		
Confían	41,0%	43,4%	52,8%	83,4%	91,4%	50,4%	
p31 Información sobre los tratamientos							
No confían	69,6%	60,3%	43,9%	14,9%	6,4%		
Confían	30,4%	39,7%	56,1%	85,1%	93,6%	63,3%	
p32 Posibilidad de opinar sobre tratamientos							
No confían	51,5%	42,1%	29,0%	10,9%	5,3%		
Confían	48,5%	57,9%	71,0%	89,1%	94,7%	46,2%	

Fuente: Encuesta a usuarios de los servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud, 2006.

Tabla 3.
Porcentajes de entrevistados que confían en la asistencia recibida, según las respuestas obtenidas en las variables independientes (2)

p57 Frecuencia de asistencia al centro							
Confianza en la asistencia recibida		1 vez	Entre 2 y 6 veces	Entre 7 y 12 veces	Entre 13 y 50 veces	Más de 50 veces	Dif. entre los que más acuden al centro y los que menos
	No confían		22,4%	17,7%	14,0%	12,7%	8,0%
Confían		77,6%	82,3%	86,0%	87,3%	92,0%	14,4%

Fuente: Encuesta a usuarios de los servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud, 2006.

Tabla 4
Porcentajes de entrevistados que confían en la asistencia recibida, según las respuestas obtenidas en las variables independientes (3)

p38_41 Citado para el día que quería				
Confianza en la asistencia recibida		Sí	No	Dif. entre los citados para cuando querían y los que no
	No confían		14,2%	28,4%
Confían		85,8%	71,6%	14,2%

Fuente: Encuesta a usuarios de los servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud, 2006.

de usuarios que confían en la asistencia, según si están muy o poco satisfechos con cada variable, supera el 40%.

Por otro lado, cabe señalar que a medida que aumenta la *frecuentación al centro*, el porcentaje de usuarios que confían en la asistencia prestada pasa del 78% al 92%, lo cual es un dato a tener en cuenta y corrobora las conclusiones a las que han llegado otros autores (Mainous *et al.*, 2001; Ruiz *et al.*, 2003) al señalar que a medida que los usuarios conocen mejor a sus médicos, y estos últimos conocen al paciente y sus necesidades, se produce un mayor sentimiento de confianza.

Finalmente, el hecho de que el usuario sea *atendido el día que lo necesita* (o que lo considera necesario), aumenta la confianza en la asistencia 14 puntos.

Si en lugar de analizar las relaciones entre variable dependiente e independientes de forma aislada lo hacemos de forma conjunta mediante un análisis multivariante como es el de regresión con escalamiento óptimo, los resultados son los siguientes. En primer

lugar, mediante la lectura de la matriz de correlaciones, se observa que ninguna de las doce variables independientes se halla correlacionada con otra variable independiente en una magnitud tal que aconseje la adopción de alguna medida para evitar efectos negativos de su inclusión en el análisis. La mayoría de estas correlaciones son medias o bajas, por lo que se puede considerar que los niveles de colinealidad entre las variables independientes no son importantes. Cabe señalar que el modelo de regresión es significativo. El R^2 del modelo es de 0'362, dato que indica que este conjunto de variables independientes explican el 36% de la variabilidad de la confianza del usuario.

Por otro lado, el análisis de regresión permite obtener la tabla de Correlaciones y Tolerancia (ver tabla 5). La interpretación de los valores de tolerancia del modelo permite corroborar que los niveles de colinealidad entre las variables independientes son bajos en general, presentando los casos más altos de colinealidad las variables *respeto en el trato recibido* e *información sobre los tratamientos*, ambas con valores menores a 0,500 después de la transformación, aunque ello no implica necesidad de modificar el modelo.

La tabla 5 presenta también las correlaciones existentes entre las variables independientes y la dependiente. A grandes rasgos, la correlación de orden cero, con la que se mide la intensidad de las relaciones sin eliminar el efecto del resto de variables independientes en el modelo, permite observar que la mayor parte de variables mantienen relaciones prácticamente similares en cuanto a intensidad con la confianza, destacando ligeramente los casos del *respeto en el trato recibido*, la *información sobre los tratamientos* y la *posibilidad de opinar sobre los tratamientos*. En el lado contrario, presentan las relaciones más bajas con la dependiente las variables *identificación de los profesionales*, *frecuencia de asistencia al año* y *obtener cita el día que quería*.

Como este tipo de correlación no permite ver la asociación de cada variable independiente con la confianza de manera aislada, la tabla también contiene la correlación parcial, con la que se puede conocer qué variables independientes presentan relaciones más intensas tras eliminar el efecto del resto de variables independientes. De esta manera, aquí se pueden diferenciar claramente dos grupos de variables con correlaciones importantes: a) las variables *posibilidad de opinar sobre los tratamientos* y *disponibilidad del personal para escucharle*, que obtienen las relaciones más altas con la confianza; y b) las variables *información del médico* y *tiempo de consulta* que también presentan relaciones altas, aunque en un nivel algo inferior al grupo anterior. Curiosamente, el primer grupo citado contiene las dos únicas variables del estudio que miden la satisfacción del usuario con la posibilidad de expresarse y ser escuchado por el personal médico, dos aspectos necesarios en un verdadero proceso de comunicación bidireccional, mientras que el segundo grupo de variables responde al discurso clásico de que la confianza del usuario se basa en una adecuada información y en mantener consultas más largas.

Tabla 5.
Correlaciones y Tolerancias

		Correlaciones			Importancia	Tolerancia	
		Orden cero	Parcial	Semi parcial		Después de la transformación	Antes de la transformación
p11	Identificación de los profesionales	0,156	0,063	0,050	0,022	0,938	0,887
p12	Tiempo de consulta	0,411	0,082	0,066	0,096	0,595	0,642
p13	Grado de intimidad	0,424	0,078	0,063	0,099	0,554	0,650
p17	Información del médico	0,423	0,086	0,069	0,108	0,561	0,606
p27	Confidencialidad de los datos clínicos	0,397	0,077	0,061	0,087	0,603	0,694
p28	Respeto en el trato recibido	0,449	0,072	0,058	0,106	0,459	0,522
p29	Disponibilidad del personal para escucharle	0,425	0,117	0,094	0,149	0,550	0,583
p31	Información sobre los tratamientos	0,448	0,055	0,044	0,079	0,483	0,550
p32	Posibilidad de opinar sobre tratamientos	0,440	0,155	0,125	0,194	0,615	0,709
p30x	Valoración del médico o pediatra	0,319	0,065	0,052	0,052	0,763	0,695
p57	Frecuencia de asistencia al año	0,054	0,029	0,023	0,003	0,994	0,995
p38_41	Citado para el día que quería	-0,077	-0,019	-0,015	0,003	0,979	0,977

Variable dependiente: p20 Confianza en la asistencia recibida

Fuente: Encuesta a usuarios de los servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud, 2006.

Tras ver qué variables están más asociadas con la confianza del usuario, un análisis de la importancia de cada una de ellas en el modelo permite señalar su peso a la hora de producir cambios en esa confianza. La tabla 6 recoge los niveles de importancia de cada variable independiente en la variabilidad de la confianza del usuario, con lo que se puede conocer la trascendencia de cada una de ellas en el modelo.

Destaca el hecho de que los dos aspectos con más peso a la hora de contribuir a un aumento o descenso de la confianza del usuario son la valoración de *la posibilidad de opinar sobre los tratamientos* cuando está en la consulta con el médico, y la valoración de *la disponibilidad del personal médico para escucharle*, con importancias del 19,4% y del 14,9% respectivamente. Estas dos variables son las que obtenían los niveles de correlación parcial más altos y recogen la satisfacción del usuario con su capacidad de intervenir y participar en el proceso de comunicación con el o los profesional(es) médico(s).

Tabla 6.
Importancias relativas de cada uno de los aspectos analizados en las relaciones con la variable de confianza en la asistencia recibido

	Importancia	
p32	Posibilidad de opinar sobre tratamientos	19,4%
p29	Disponibilidad del personal para escucharle	14,9%
p17	Información del médico	10,8%
p28	Respeto en el trato recibido	10,6%
p13	Grado de intimidad	9,9%
p12	Tiempo de consulta	9,6%
p27	Confidencialidad de los datos clínicos	8,7%
p31	Información sobre los tratamientos	7,9%
p30x	Valoración del médico o pediatra	5,2%
p11	Identificación de los profesionales	2,2%
p57	Frecuencia de asistencia al año	0,3%
p38_41	Citado para el día que quería	0,3%

(R²=0,362)

Fuente: *Encuesta a usuarios de los servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud*, 2006.

Por otro lado, la satisfacción con *la información que proporciona el médico* y la valoración del *respeto con el que se le ha tratado* tienen un peso de casi el 11% cada una de ellas en la contribución a la variabilidad de la confianza del usuario. Les siguen de cerca la valoración del *grado de intimidad en la consulta* y la satisfacción con el *tiempo que dura la consulta*, con una importancia de casi el 10% cada una de ellas. A pesar de que la duración de la consulta presentaba una correlación parcial bastante alta, a la hora contribuir a la variación de la confianza del usuario es mucho menos importante que el respeto o el grado de intimidad.

Obtienen unos pesos entre 9 y 5 puntos, en orden, la valoración de la *confidencialidad de los datos clínicos*, la satisfacción con la *información sobre los tratamientos* y la *valoración del médico o pediatra*. Los aspectos con menos importancia a la hora de variar la confianza en la asistencia recibida son la valoración de la correcta *identificación de los profesionales*, la *frecuencia de asistencia al centro* y el *ser citado para el día que el usuario quiere*.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una vez alcanzados unos estándares adecuados de cobertura y servicio para un sistema de salud universalista y moderno como es el andaluz, su principal interés se centra, como no podía ser de otra forma, en la garantía de la calidad, asegurando unas condiciones de atención médica en las que los usuarios reciban el mayor beneficio posible. La confianza de los usuarios en los profesionales médicos que les atienden y en el servicio sanitario que se les presta es un aspecto clave para medir parte de la calidad de ese servicio. En esta encuesta realizada a usuarios de los Servicios de Atención Primaria del SAS, el nivel de confianza expresado es uno de los aspectos que más ha incrementado el porcentaje de respuestas positivas a lo largo de los años, lo que implica mayor satisfacción con el trato directo con el personal sanitario, con la interacción que se produce y una mejora de la percepción de su competencia técnica como profesionales de la salud.

Como se ha planteado en la primera parte de este texto, desde un punto de vista empírico, no hay un claro consenso sobre si existe un estilo ideal de relación médico-paciente: tanto el estilo tradicional, paternalista y directivo, como aquellos otros más integradores y centrados en el paciente parecen tener sus pros y sus contras. No obstante, la diversificación del estilo paternalista es un hecho que pasa por una mayor participación del paciente en la relación. Un requisito indispensable para que se produzca esta participación, es que el médico mantenga una consulta en la que se comparta la información de la que dispone (Chin, 2002; Mira y Aranaz, 2000; Martínez, 2001), así como que se dé la oportunidad al usuario para intervenir aportando su punto de vista y aclarando sus dudas.

A partir de los análisis realizados en este trabajo, se ha intentado conocer qué aspectos del acto médico contribuyen en mayor medida a la formación de la confianza del usuario en la asistencia recibida. En ellos, se han introducido diversos tipos de variables que miden la valoración por parte de los usuarios de diferentes aspectos del acto médico, siendo los principales resultados alcanzados una prueba empírica más para confirmar la importancia de la participación del paciente y de la comunicación en la formación de su confianza en el servicio; lo cual no debemos olvidar que es un elemento clave tanto de la satisfacción como de la efectividad del mismo.

Las cuatro variables que miden la satisfacción de los usuarios con el intercambio de información que se produce en la consulta, tanto con la información que aporta el médico, como con la que ellos mismos pueden aportar, son las que tienen un papel más relevante a la hora de producir cambios en los niveles de confianza en la asistencia recibida. Por un lado, a través de las tablas de contingencia, se ha podido observar como los usuarios presentan diferencias de confianza superiores al 60% según el nivel de satisfacción que obtienen en las variables relacionadas con el proceso de comunicación, en concreto: en la valoración de la *disponibilidad del personal para escucharle*, en la satisfacción con la *información sobre los tratamientos* y en la satisfacción con la *información del médico*. Por otro lado, a partir del análisis de regresión, se ha podido concluir que las tres variables que más importancia tienen para

variar el porcentaje de confianza de los usuarios son: la valoración de la *posibilidad de opinar sobre los tratamientos*, la valoración de la *disponibilidad del personal para escucharle* y la satisfacción con la *información del médico*. Así, los dos aspectos que más inciden en la variabilidad de la confianza son las opiniones que tienen los usuarios sobre su participación en la interacción con el médico, es decir, las dos variables que tienen que ver con la posibilidad del usuario de expresarse, de ser escuchado y de participar en la relación con el médico.

Esta conclusión tiene grandes implicaciones si se tiene en cuenta que los usuarios no sólo valoran que el médico les aporte una adecuada información, según sus necesidades y expectativas, sino que además el médico les dé la posibilidad de opinar sobre las decisiones que sobre su salud se están tomando, y que se les escuche cuando ellos necesitan expresarse. Con estas dos últimas variables, se explica casi el 35% de la variabilidad de la confianza en la asistencia recibida, y con las cuatro variables que miden la satisfacción con la comunicación más de la mitad de dicha variabilidad (53%). Además de las variables que abordan aspectos de la comunicación en el acto médico, en los análisis realizados se introdujeron otras que miden la satisfacción de los usuarios con otros aspectos de la consulta que pudieran estar relacionados con la confianza, como son: el respeto con el que se le ha tratado, el grado de intimidad percibido, el tiempo de consulta dedicado y la valoración misma del profesional. Las tres primeras de ellas siguen, en orden de importancia, a los aspectos comunicativos y, en conjunto, sus importancias tienen un peso del 35% a la hora de variar el nivel de confianza. Lo cual debe ser interpretado como que una vez asegurada una buena comunicación entre médico y paciente, lo más importante para incrementar la confianza es el respeto en el acto médico, la intimidad que percibe el usuario y la impresión que se forme sobre el médico en general. Cabe señalar que algunos autores (Barca *et al.*, 2004) apuntan que uno de los principales problemas de la insuficiente información a los pacientes es el limitado tiempo que se establece en las consultas. Si bien el tiempo de consulta obviamente limita la relación con el paciente, en función de los resultados de este estudio se puede concluir que, en términos generales, asegurado un estándar mínimo, no es tan importante el tiempo que uno es atendido para la configuración de su confianza como la calidad de la relación que se establece durante el tiempo que se permanece en consulta.

Otros aspectos que se han tenido en cuenta en este estudio, aunque un tanto más independientes del acto médico y más influidos por el sistema organizativo del centro o la salud del paciente, son la percepción de la confidencialidad de los datos, la valoración de la identificación de los profesionales, el ser atendido el día que lo pide o la frecuentación al centro. La importancia de este grupo de variables es mucho más reducida a la hora de influir en la variación de la confianza del usuario (en total suman un 11,5%), siendo la que obtiene más peso de manera destacable la percepción de la confidencialidad de los datos clínicos, con un 8,7% de importancia.

Por otro lado, a medida que aumenta la frecuencia de asistencia al centro, el médico obtiene un mayor conocimiento del paciente y de su problemática, de la misma manera

que el paciente ha tenido más ocasiones para transmitir sus necesidades al médico. Parece lógico que este conocimiento debería implicar un aumento importante en el nivel de confianza en la asistencia recibida, pero si bien existen estas diferencias, el peso de la variable frecuentación en la variabilidad de la confianza no alcanza los niveles que obtienen el resto de variables incluidas. Este hecho pone de manifiesto y explica una de las principales confusiones que habitualmente se dan cuando se trata el concepto de confianza; ésta no es otra que asimilar confianza a conocimiento (en el sentido de repetición de contactos). De hecho, en el caso de la confianza en el servicio sanitario y en el profesional médico, lo que nos dicen los datos es que si efectivamente el conocimiento del médico debido a la alta frecuentación al sistema influye algo en la confianza del paciente, lo que más influye no es esto, sino que se produzca un verdadero proceso comunicativo entre médico y paciente. A saber, si los demás factores permanecieran iguales una persona que frecuenta mucho la consulta de un médico pero que no establece un verdadero proceso comunicativo con él (consulta de tipo tradicional directiva) tendría menos confianza en el sistema y en el mismo profesional que otra que aun no frecuentándolo, la vez que fue mantuvo una relación de comunicación real con el médico (consulta centrada en el paciente).

De todo lo anterior, puede concluirse que independientemente de otros factores de carácter técnico u organizativo, el éxito del acto médico y de la consulta se basa principalmente en el proceso comunicativo, en que éste sea un verdadero intercambio de información entre profesional y usuario. Los pacientes, como mínimo, necesitan saber que el médico ha entendido cuál es su problemática, que se les ha hecho un diagnóstico y propuesto un tratamiento acertados, y los más exigentes, quieren entender cuál es su problemática claramente y participar en la toma de decisiones sobre su salud. Por tanto, en base a los resultados de este estudio se puede concluir que si la confianza es un buen *proxy* de la satisfacción del usuario y de la calidad del servicio y ésta se haya principalmente afectada por la existencia de un proceso comunicativo real, en cualquier relación médico paciente, al menos para el caso de atención primaria, tiene que fomentarse un buen proceso de comunicación que como se sabe es algo más que un proceso informativo. Por ello, la principal recomendación que se puede obtener del estudio empírico realizado es: hable con los pacientes, no para ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balint, M. (1961), *El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Editorial Ateneo.
- Barca, I.; R. Parejo, P. Gutiérrez, F. Fernández, G. Alejandre y F. López (2004), "La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas", *Atención Primaria* 33, 7: 361-7.
- Biedma, L. y R. Serrano (2007), "¿Existe relación entre satisfacción del paciente y género del médico?", *IESA Working Paper Series*, disponible en <http://www.iesaa.csic.es/en/documentos-trabajo-2007.php>

- Bohigas, L. (1995), "La satisfacción del paciente", *Gaceta Sanitaria*: 9: 283-285.
- Bolaños, E. y A. Sarriá Santamera (2003), "Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios: un estudio cualitativo", *Atención Primaria* 32, n.º4: 195-201.
- Brody, D. S., S. M. Miller, C. E. Lerman, D. G. Smith, C. G. Lázaro y M. J. Blum (1989), "The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received", *Medical Care* 27, supp. 11: 1027-1035.
- Chin, J. J. (2002), "Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy", *Singapore Medical Journal* 43: 152-5.
- Davis, M. S. (1968), "Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communications", *American Journal of Public Health* 58: 274.
- Donabedian, A. (1984), *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*, México, Ed. La Prensa Mexicana.
- Ferguson, W. J. y L. M. Candib (2002), "Culture, language, and the doctor-patient relationship", *Family Medicine* 34: 353-61.
- Fiscella, K., S. Meldrum, P. Franks, C. Shields, P. Duberstein, S. McDaniel y R. Epstein (2004), "Patient trust: is it related to patient-centered behaviour of primary care physicians?", *Medical Care* 42: 1049-55.
- Fitzpatrick, R. (1984), "Satisfaction with health care", *The Experience of Illness*, Tavistock, London, ed. R. Fitzpatrick, pp. 154-175.
- Gámez Gómez, M. D.; J. Mata Luque, R. Llamas Fuentes, L. Pérula De Torres, R. Ruiz Moral e I. Jaramillo Martín (2003), "Relación entre el cumplimiento de las expectativas de los pacientes en consultas de atención primaria y los resultados de salud", *Atención Primaria*: 32-95.
- Hall, J. A.; D. I. Roter y N. R. Katz (1988), "Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters", *Medical Care* 26: 657-675.
- Ibern, P. (1992), "La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris", *Gaceta Sanitaria* 6: 176-185.
- Inglefinger, F. J. (1980), "Arrogance", *The New England Journal of Medicine* 303: 1507-1511.
- Korsch, B. M., E. K. Gozzi y V. Francis (1968), "Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction", *Pediatrics* 42: 855.
- Lain Entralgo, P. (1983), *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza Editorial.
- Lassen, L. (1991), "Connections between the quality of consultations and patient compliance in general practice", *Family Practice*, vol. 8, pp. 154-60.
- Ley, P. (1983), "Patients' understanding and recall in clinical communication failure", en Pendleton D. and J. Hasler (eds.), *Doctor-patient communication*, Londres, Academic Press, pp. 89-107.
- (1988), *Communication with patients: improving satisfaction and compliance*, London, Croom Helm.

- Mainous, A. G., R. Baker, M. M. Love, D. P. Gray y J. M. Gill (2001), "Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom", *Family Medicine*, 33: 22-7.
- Martínez Urionabarrenetxea, K. (2001), "Hacia un nuevo modelo de relación clínica", *Semergen* 27: 291-6.
- Mira, J. J. y J. Aranaz (2000), "La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria", *Medicina Clínica* 114 (Supl. 3): 26-33.
- Mira, J. J. y J. Rodríguez-Marín (2001), "Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables", *Medicina Clínica* 116: 104-110.
- Murphy, J., H. Chang, J. E. Montgomery, W.H. Rogers y D. G. Safran (2001), "The quality of physician-patient relationships. Patients' experiences 1996-1999", *Journal of the Family Practice* 50: 123-9.
- Parasuman, A.; V. Zeithaml y L. Berry (1985), "A conceptual model of service quality and its implications for future research", *Journal of Marketing* 49, n.º 4: 41-50.
- Parasuman, A., V. Zeithaml y L. Berry (1994), "Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria", *Journal of Marketing* 70: 201-230.
- Pietroni, P. H. y Chase (1993), "Partners or partisans? Patient participation at Marylebone health centre", en *The British Journal of General Practice* 43: 341-344.
- Roter, D. y J. Hall (1989), "Studies of doctor-patient interaction", *Annual Review of Public Health* 10: 163-180.
- Rubin, H. R. (1990), "Can patients evaluate the quality of hospital care?", *Medical Care Review* 47: 267-326.
- Ruiz Moral, R.; J. Rodríguez Salvador, L. Pérua De Torres y J. Prados Castillejo (2002), "Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes en medicina de familia", *Atención Primaria* 29:132-44.
- Ruiz Moral, R. (2006), "Estrategias para promover el trato igualitario con los pacientes", *Atención Primaria* 38, n.º 3: 178-81.
- Ruiz Moral, R.; Prados Torres, D. y Cabrera Rodríguez, JM. (2004), "La voz de los pacientes: mejorando el entendimiento entre médicos y pacientes", *Atención Primaria* 34, n.º 6: 277-8.
- Ruiz Moral, R.; Rodríguez, JJ. y Epstein, R. (2003), "¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente", *Atención Primaria* 32: 594-602.
- Safran, D. G., J. E. Montgomery, H. Chang, J. Murphy y W. H. Rogers (2001), "Switching doctors: predictors of voluntary disenrollment from a primary physician's practice", *Journal of Family Practice* 50: 130-6.
- Serrano, R., E. Vera y V. Ateca (2005), "Searching for the most suitable tool to measure satisfaction with healthcare: the importance of patient discontent", *IESA Working Papers Series*, disponible en <http://www.iesaa.csic.es/es/documentos-trabajo-2005.php>.
- Simonoff, L. A., P. Ravdin, N. Colabianchi y C. M. Sturm (2000), "Doctor-patient communication patters in breast cancer adjuvant therapy discussions", *Health Expectations* 3: 26-36.

Sobrino, A. (2003), "Evolución de la relación médico-paciente en los últimos 100 años", *Revista Clínica Electrónica Atención Primaria*, disponible en <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=4&art=01>

Krowinski, W.I. y S.R. Steiber (1998), *Measuring and Managing Patient Satisfaction*, Chicago: American Hospital Publishing.

Thom, D. (2001), "Physician behaviours that predict patient trust", en *Family Practice* 50: 323-8.

Thomas, J. B. (1978), "The consultation and the therapeutic illusion", *British Medical Journal* 1: 1327-1328.

Torío, J. y M. C. García (1997a), "Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria", *Atención Primaria* 20: 17-24.

(1997b), "Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los médicos", *Atención Primaria* 19: 27-34.

(1997c), "Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios", *Atención Primaria* 19: 18-26.

Ware, J. E., M. K. Snyder, R. Wright y A.R. Davies (1983), "Defining and Measuring patient satisfaction with medical care", *Evaluations and program planning* 6: 247-263.

Winefield, H. R., T. G. Murrell, J. V. Clifford y E. A. Farmer (1995), "The usefulness of distinguishing different types of general practice consultation, or are needed skills always the same?", *Family Practice* 12: 402-407.

RECIBIDO: 01/10/07

ACEPTADO: 26/06/08