PSYKHE
2004, Vol.13, Nº 2, 173-186

Copyright 2004 by Psykhe
ISSN 0717-0297

Satisfacción Usuaria: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria

User Satisfaction: A Quality Indicator of the Family Health Model, Evaluated in an Intervention Program with Families in Biopsychosocial Risk, in Primary Care Health

Carolina Oliva y Carmen Gloria Hidalgo
Pontificia Universidad Católica de Chile

Este artículo presenta los resultados de una investigación que evaluó la satisfacción usuaria de los consultantes a un programa experimental de Salud Familiar[1] (PRODEFA II[2]) dirigido a familias en riesgo biopsicosocial. Se realizó un análisis comparativo de satisfacción usuaria entre los consultantes del PRODEFA II (GE) y los usuarios de programas tradicionales (GC), del mismo Centro de Salud de Atención Primaria (AP). La satisfacción usuaria se evaluó con una encuesta[3] que consideró diversas variables organizadas según las dimensiones de estructura, proceso y resultado de la atención. Los análisis estadísticos señalan que los usuarios del PRODEFA II evalúan significativamente mejor la atención recibida que los usuarios de programas tradicionales, tanto en términos globales como en los indicadores específicos. Se concluye que este programa, basado en un modelo biopsicosocial de atención, genera mayor satisfacción en los usuarios que los programas tradicionales basados en un modelo exclusivamente biomédico.

The present article presents the main results of a study that evaluates user's satisfaction of the consultants of an experimental program of Family Health, in primary care health, aimed at families in biopsychosocial risk (PRODEFA II). Through a quantitative analysis a comparison of user satisfaction was made between PRODEFA II users and those attending traditional programs, at the same health center. The groups were compared according to the dimensions of structure, process and results in health care. It was found that users of PRODEFA II evaluated the received attention better than users of traditional programs. The final conclusion is that PRODEFA II, based on a biopsychosocial model of attention, generates more user satisfaction than the tradicional programs based on a biomedical model.

Introducción

Modelos de Atención en Salud Primaria

Durante muchas décadas los sistemas de salud y la práctica de la medicina en general han tenido casi como único objetivo "la enfermedad", y han orientado sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos, prestando muy poca atención a la prevención de patologías y a la conservación y promoción de la salud (Zurro, 1999). Sin embargo, en la actualidad la salud pública en el mundo y específicamente en Chile, ha sufrido una serie de cambios en sus principales fundamentos, observándose un giro del concepto salud-enfermedad, centrándose el foco en la salud (bienestar físico, psicológico y social), lo que a su vez implica además un reconocimiento de la influencia de condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas en el estado de salud de las personas, de su familia y de su comunidad (Ministerio de Salud, 2001).

Uno de los efectos de esta nueva orientación de

Carolina Oliva Saavedra y Carmen Gloria Hidalgo, Escuela de Psicología.
La correspondencia relativa a este artículo deberá ser dirigida a las autoras. E-mail: caolivas@puc.cl o cghidalg@puc.cl
El presente artículo corresponde a un resumen de la tesis realizada por la autora principal para obtener el grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica, en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Carmen Gloria Hidalgo fue la profesora guía.

[1] Programa de Familias, segunda fase.
[2] Equipo EPUC (Pontificia Universidad Católica) - COMUDEF (Corporación Municipal de La Florida)
[3] Proyecto de Investigación FONDECYT Nº 1960526: "Modelo de Atención de Salud Familiar: Evaluación y mejoramiento de la calidad del Programa en Riesgo Biopsicosocial en un centro de salud atención primaria" (1995-1996). Investigador responsable: C. G. Hidalgo; co-investigadores: E. Carrasco, A. M. Cabezas, M. Brito, J. Gonzáles.

los sistemas sanitarios y de los programas de salud está en la relevancia que ha adquirido el nivel primario de atención de salud y los centros de atención primaria (AP). Estos representan el primer nivel de contacto individual y comunitario con el Sistema Nacional de Salud, definidos con un carácter nítidamente preventivo, continuo y global (Medina, 1983; Ministerio de Salud, 1993; OPS/OMS, 1978; Zurro, 1999).

Bajo el alero de este nuevo modelo surge en Estados Unidos, Canadá e Inglaterra a fines de la década del sesenta, un nuevo tipo de atención, "la medicina familiar", basada en una visión colectiva de la salud, la cual se ha comenzado ha implementar en Chile hace sólo unos pocos años atrás (Adriazola, 1983; Revilla, 1994).

El enfoque de Salud Familiar, aporta significativamente a una resolución más global e integral de los problemas de salud en la atención primaria, adquiriendo una mayor importancia el sistema familiar, pues en éste transcurre el desarrollo biológico y psicosocial del individuo (Florenzano, 1995; Hidalgo & Carrasco, 1999). Implicar a toda la familia en el tratamiento es una idea que puede parecer lógica, sin embargo es bastante nueva y no fácil de implementar en la atención de salud (Invernizzi, 2002).

Chile, en 1997, pone en marcha un nuevo cambio conceptual y operativo: los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Este nuevo enfoque basado en el modelo biopsicosocial se centra en la familia y pretende dar respuesta a las necesidades de ésta como usuaria de los Centros de Salud, teniendo como foco de intervención al individuo (Bredegal, Scharager, Quezada & Torres, 1999; Ministerio de Salud, 1994; Zurro, 1999).

Este cambio político tiene gran importancia, en la medida que pretende dar respuesta a las necesidades de las familias, mejorando la satisfacción de los usuarios y la capacidad resolutiva de los Centros, a través de equipos motivados, comprometidos y técnicamente capacitados en el enfoque familiar de salud (Fábrega, 1998).

Programa de Familias (PRODEFA)

A pesar de todos los lineamientos políticos de salud y de la declaración de organismos internacionales, en nuestro país se han publicado escasas propuestas innovadoras para implementar en el sistema de atención de salud que proporcionen de manera eficiente y eficaz bienestar y salud a las personas, insertas en su sistema familiar. La excepción son algunas experiencias pilotos en Chile de Florenzano, Horwitz, Ringeling y Villaseca (1986). En el año 1994, surgió en un equipo multidisciplinario e intersectorial[4] la iniciativa de implementar un nuevo tipo de atención integral, en el nivel primario, cuyo foco de atención es la familia en riesgo biopsicosocial (PRODEFA). El primer programa de familias se diseñó e implementó entre los años 1995 y 1998[5], y se logró constituir como un programa especializado de atención de salud primaria que tiene la familia como objetivo de sus intervenciones[6] (Hidalgo & Carrasco, 1999).

La característica distintiva del PRODEFA fue poner el *foco en la familia como unidad de atención*, a través del fortalecimiento y potenciación de los recursos que posee la misma familia, promoviendo la autorresponsabilidad y autogestión del sistema familiar.

El intento de incorporar el trabajo de salud desde un enfoque familiar sistémico, surgió de constatar empíricamente la insatisfacción de las demandas del usuario con la atención existente. Esto tiene gran relevancia, ya que una de las principales preocupaciones del PRODEFA fue detectar las necesidades de las familias para poder abordarlas y de este modo satisfacer las expectativas de los consultantes.

La evaluación de la calidad de aquel PRODEFA, que demostró buenos índices de calidad y de satisfacción usuaria (Hidalgo & Scharager, 2001), permitió perfeccionar la finalidad de alcanzar una mayor eficacia y eficiencia a largo plazo, y focalizar el programa en familias con riesgo biopsicosocial, dándo-

---

[4] Se desarrolló en el Centro de Salud Villa O'Higgins, uno de los seis consultorios de atención primaria de la comuna de La Florida, perteneciente al Servicio Metropolitano Sur Oriente (Acevedo, Brito, Cabezas, Hidalgo & Scharager, 2001).

[5] Proyecto de Investigación FONDECYT Nº 1000505 "Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial: Evaluación de impacto y garantía de calidad del modelo de salud familiar en el nivel primario de atención" (2001-2002). Investigador responsable: C. G. Hidalgo; co-investigadores: J. Scharager, E. Carrasco, A. M. Cabezas, M. Brito, X. Acevedo.

[6] Tras el seguimiento efectuado a una cohorte de familias tratadas en el PRODEFA I, se distribuyó a las familias, según los resultados obtenidos, en exitosas y en fracasos. Aquellas familias en las que el programa tuvo éxito fueron las que presentaban menor riesgo social y, sobretodo, mejores indicadores de potencialidad. Tras este análisis se definieron los puntos de corte asociados a una alta probabilidad de éxito en el Programa, los cuales fueron considerados como criterio de ingreso en la nueva versión del mismo (Hidalgo & Scharager, 2001).

se inicio a la segunda fase denominada PRODEFA II[7]. En esta etapa se atendió integralmente (salud física y mental, problemas psicosociales familiares, control de enfermos crónicos, derivación y coordinación de redes, intervención en crisis, talleres preventivos, educación y promoción de salud) a familias que se detectó en situación de alto y moderado riesgo biopsicosocial, con serios problemas de pobreza y que a la vez son consideradas con recursos y potencialidades personales y familiares para resolver y manejar sus problemas de salud más prevalentes (Hidalgo & Scharager, 2001). La modalidad interdisciplinaria y de trabajo constante y permanente de duplas a cargo de la salud familiar (un profesional biomédico y uno psicosocial), junto con una participación activa de las familias en cuanto al compromiso y determinación de las necesidades de salud a intervenir, constituyeron los ejes esenciales y diferenciales, con la atención tradicional por programas.

Se postuló que este modelo de atención familiar puede servir de base para satisfacer de mejor forma las necesidades de salud de la población y orientar a las autoridades de salud en la forma de implementar programas eficientes en grupos de alto riesgo y sobretodo en una orientación hacia la promoción y prevención en salud integral (Hidalgo & Carrasco, 1999). El PRODEFA, por lo tanto, entiende la salud de una manera integral, como "parte de una propuesta alternativa, humanista, transdisciplinaria, que se orienta al bienestar biopsicosocial ponderando las necesidades humanas, la ecología y la autonomía" (Hidalgo & Carrasco, 1999, p. 4).

Cada día se ha ido tomando mayor conciencia que el sentido común o las apreciaciones no sistematizadas no constituyen criterios serios ni válidos para evaluar el desarrollo de un programa (Hidalgo & Carrasco, 1999). Además, la buena disposición de los equipos de salud puede ser insuficiente para proporcionar una atención eficiente. "Todo esto conlleva a que la Evaluación de la Calidad sea considerada un aspecto fundamental para el desarrollo de programas de salud y el mejoramiento de su calidad" (Saraceno, 1992 en Hidalgo & Carrasco, 1999, p. 313). Por lo tanto, el diseño de nuevas formas de atención, debe ser capaz de demostrar su calidad. La calidad de la atención se define como: "la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario" (Pascoe, 1983, p. 183).

A la hora de valorar un programa lo más aceptado es su efectividad (DiPrete, Millar, Rafeh & Hatzell, 1990 en Hidalgo, 1999) en función al grado de consecución de los objetivos previstos (López, 1994).

El equipo de investigación que diseñó e implementó el Programa de Familias, efectuó (desde sus inicios) una evaluación exhaustiva de la calidad del programa, tomando como base el modelo de evaluación global para servicios de salud comunitaria (Levav, 1992), en las siguientes dimensiones: calidad social, calidad técnica, calidad económica y eficiencia práctica.

Este artículo reporta la evaluación de la calidad social del PRODEFA II, ya que el foco de estudio de esta investigación fue evaluar y comparar la satisfacción usuaria, principal indicador de la calidad social de un programa.

Evaluación de la Satisfacción Usuaria

Cada día la mayoría de los consultantes tiene mayor información acerca de sus derechos, mayor responsabilidad de su propia salud, es decir se han ido empoderando en torno al tema de la salud y, por lo tanto, exigen una mejor calidad de la atención.

Paralelo a esto, se considera fundamental evaluar la satisfacción de los pacientes, ya que se asocia de manera positiva y significativa con los resultados obtenidos con el servicio proporcionado en salud (Marshall, Hays & Mazel, 1996). Además, la satisfacción de los pacientes juega un importante rol en la continuidad del uso de los servicios médicos, en el mantenimiento de las relaciones con el proveedor específico y en la adherencia a los regímenes y tratamientos médicos (Hermann, Ettner & Dorwart, 1998; Zurro, 1999).

La satisfacción del cliente es definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió (Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán del Río, 1986), o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (Donabedian, 1980 en Hidalgo & Carrasco, 1999).

La calidad percibida es definida como una evaluación efectuada por el usuario de la excelencia general del producto. De este modo, la calidad perci-

[7] La validación de este instrumento estuvo a cargo de la Corporación Municipal de La Florida en conjunto con la Pontificia Universidad Católica de Chile.

bida es una variable evaluativa, en que algunos modelos plantean que el estándar es un ideal o bien una evaluación basada en la experiencia previa con el sistema de salud (Gotlieb, Grewal & Broen, 1994; Pascoe, 1983).

Existen una serie de factores que influyen en la satisfacción de los usuarios con relación a la atención de salud recibida. Las investigaciones han señalado: el género del profesional (Delgado, López-Fernández & Dios de Luna, 1993; Gold & Dole, 1989); la especialidad del profesional (Bertakis, Callahan & Helms, 1998; Gold & Dole, 1989); el tipo de relación que se establece entre el paciente y el profesional (Anderson & Hinckley, 1998; Bertakis, Callahan & Helms, 1998; Koss & Rosenthal, 1997); las patologías físicas y fundamentalmente psiquiátricas que padecen los consultantes (Hermann, Ettner & Dorwart, 1998); la carga de trabajo que mantienen los profesionales que atienden a los pacientes (Griffith, Wilson & Rich, 1998); mientras mayor es la consideración de las preferencias, de las opiniones y de la participación de los usuarios por parte de quienes desarrollan los programas de atención, mayor satisfacción se observa en los usuarios; edad, sexo y nivel socioeconómico de los consultantes influye en la actitud hacia la salud en general (Ross, Steward & Sinacore, 1993; Schufer, 1983).

La importancia de evaluar la satisfacción usuaria en diversos programas, es que permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, desde la perspectiva de los pacientes con respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado (Judge & Solomon, 1993). Sin embargo, no siempre se considera la evaluación de la satisfacción usuaria al momento de evaluar la calidad general de los diversos programas de atención. Esto se debe principalmente a la dificultad y a la polémica que ha existido hasta la actualidad para definir y operacionalizar la satisfacción usuaria, ya que existen dos posibles vías para evaluar la satisfacción con el cuidado de salud (López, 1994): considerando la satisfacción usuaria como constructo unidimensional, es decir, se postula que una única dimensión refleja la satisfacción general (Larsen, Attkinsson & Hargreaves, 1979); y/o como un conjunto de juicios, características o aspectos del cuidado médico tales como conducta del personal, la relación profesional-paciente, la disponibilidad del servicio, su accesibilidad, competencia técnica y eficacia de la atención reflejado en el estado de salud obtenido, entre otros (Larsen, Attkinsson & Hargreaves, 1979).

Algunos autores (López, 1994; Marshall, Hays & Mazel, 1996) señalan que para obtener una real comprensión de la satisfacción del usuario con los servicios médicos, es necesario evaluar de modo integrado las dos perspectivas alternativas, complementando ambos modelos.

La propuesta de Donabedian de analizar la atención sanitaria en tres dimensiones, estructura, proceso y resultado, ha sido universalmente aceptada y se ha convertido en un modelo de uso común en las actividades de evaluación de la satisfacción usuaria (Hidalgo & Carrasco, 1999; Zurro, 1999).

Por estructura se entiende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos donde trabajan y de la organización que se adopta.

Proceso se refiere al conjunto de las actividades que los profesionales realizan, por o para el paciente, así como la respuesta de los pacientes a esas actividades.

El resultado se refiere a los logros alcanzados tanto en el ámbito de salud del paciente o de la población a que se refiere. El paciente percibe un cambio (positivo o negativo) en el estado de salud atribuible a la atención.

Como se desprende de lo anterior, la evaluación de la satisfacción usuaria es un componente primordial en la garantía de calidad de un programa de atención primaria; y desde esta óptica, es que se planteó como problema de investigación el determinar si el Programa de Salud Familiar (PRODEFA II), como modelo de atención de salud en el nivel primario, es evaluado por los usuarios, tanto desde una dimensión global como específica, como una atención más satisfactoria que la atención tradicional.

De este modo las hipótesis centrales de esta investigación fueron:

1. Las familias que poseen menor nivel de riesgo biopsicosocial presentan un mayor grado de satisfacción usuaria.
2. El modelo de atención familiar presenta un mayor grado de satisfacción usuaria que el modelo de atención tradicional, en los indicadores de estructura.
3. El modelo de atención familiar presenta un mayor grado de satisfacción usuaria que el modelo de atención tradicional, en los indicadores de proceso.
4. El modelo de atención familiar presenta un mayor grado de satisfacción usuaria que el modelo de atención tradicional, en los indicadores de resultado.

5. Los consultantes del programa de familias presentan un mayor nivel de satisfacción que los usuarios de los programas tradicionales, en el indicador global de satisfacción, medida basada en la nota asignada al centro de salud.

Método

Diseño

Este estudio está inserto en un marco mayor de investigación de carácter cuasi experimental, de mediciones repetidas pre-post intervención de salud, el cual evaluó la calidad total del programa de familias en riesgo biopsicosocial (PRODEFA II) comparado con los programas tradicionales de la AP, tomando como base el modelo de Saraceno y Levav. El diseño específico para evaluar la satisfacción usuaria fue un estudio comparativo transversal entre las dos modalidades de atención de salud, en el momento post-intervención.

El grupo experimental y control se conformó con familias consultantes distribuidas al azar, después de haber sido clasificadas al momento pre-intervención, según un perfil de riesgo biopsicosocial alto y moderado, de acuerdo a una matriz de puntajes elaborada en un estudio previo 8 (Hidalgo & Scharager, 2001). El perfil de riesgo biopsicosocial que presentaba cada familia, era conformado según los puntajes obtenidos en una pauta de riesgo familiar, social y potencialidad, administradas al inicio del PRODEFA II.

Según su nivel de riesgo biopsicosocial el grupo experimental se subdividió en dos: GE1, conformado por familias consultantes del PRODEFA que presentaban un perfil de riesgo biopsicosocial moderado, y GE2, conformado por familias que poseían un perfil de riesgo biopsicosocial alto. El grupo control (GC), constituido por familias atendidas en los programas tradicionales, se conformó también por ambos tipos de perfiles (moderado y alto nivel de riesgo biopsicosocial).

Variables

Dentro de este diseño se consideró la *satisfacción usuaria* como variable dependiente y, el tipo de atención de salud proporcionado (familiar y tradicional), como la variable independiente del estudio. La variable nivel de riesgo biopsicosocial (alto y moderado) constituyó para este estudio una variable de clasificación de los grupos de familias.

Instrumentos

Encuesta de satisfacción usuaria (ESU). Se elaboró este instrumento utilizando como base la Encuesta de Satisfacción Usuaria, elaborada por Sáez, Medina, Zenteno, Carvacho y Quezada, en 1994 (Ministerio de Salud, 1994). Desde esa fecha, el Ministerio de Salud ha solicitado este instrumento y ha sido utilizado durante aproximadamente ocho años por los diversos servicios de salud de Chile. Esto certifica en alguna medida su gran utilidad en el ámbito de la salud nacional. En el año 2002 el instrumento es validado presentando una confiabilidad bastante alta, con un valor de alfa Cronbach superior al 80%. La encuesta utilizada en este estudio se ha ido perfeccionando desde 1996 (Proyecto Fondecyt 1996-1998: PRODEFA I) introduciendo una serie de modificaciones y creando todos los ítemes propios para el Programa de Familias. Para esta nueva etapa (PRODEFA II), se efectuó una nueva adaptación de ella tras una exhaustiva revisión bibliográfica y del análisis de las deficiencias encontradas tras su utilización en la primera etapa del Programa de Familias (PRODEFA I). La ESU considera tres dimensiones de la calidad de la atención: Estructura, Proceso y Resultado, en dos formatos. La Forma A, referida a los programas tradicionales del centro de salud, consta de 33 ítemes, la mayoría son de alternativas y unos pocos de respuesta abierta. La forma B, además de lo anterior, incluye aspectos específicos del PRODEFA, totalizando 42 ítemes.

Instrumentos para determinar perfil de riesgo biopsicosocial:

1. Pauta de Evaluación de Riesgo Familiar, instrumento creado por el equipo de investigación del PRODEFA I, con el objetivo de evaluar la condición global de riesgo biomédico y psicosocial de las familias.
2. Pauta de Riesgo Social, creada por el personal del Centro de Salud Villa O'Higgins y el equipo de investigación. Está compuesto por dos partes: la primera, orientada a la determinación del nivel de riesgo social; la segunda, orientada a la determinación del nivel de potencialidad de la familia (factores protectores).

Cada uno de estos instrumentos entrega un puntaje, conformando así un perfil de riesgo con tres indicadores biopsicosociales (RF, RS, POT).

Participantes

La población objetivo inscrita en el Centro de Salud Villa O'Higgins se conforma de 2500 familias en situación de pobreza. De éstas se obtuvo una muestra de 139 familias consultantes durante un año, que cumplieron los criterios de inclusión según su perfil de riesgo y que aceptaron ser atendidas en el programa de familias. Esta muestra implicó una cobertura promedio de 480 personas intervenidas con el PRODEFA II. La distribución encontrada fue de 73 familias de riesgo moderado (52.5% Grupo Experimental 1); 23 familias de alto riesgo (16.5% Grupo Experimental 2) y 43 familias (30.9%) del grupo control incluyendo ambos tipos de riesgo biopsicosocial.

Procedimiento

Las ESU fueron administradas a los grupos experimentales dentro del plazo de un mes desde la fecha de alta del Programa de Familias (seis meses dura la intervención). A las familias que conformaron el grupo control, consultantes que se les planteó que estaban en lista de espera para el PRODEFA y que en dicho lapso fueron atendidas en los programas tradicionales existentes en el Centro, y por profesionales distintos al equipo del PRODEFA, se les aplicó la ESU entre seis y siete meses después de haberles administrado los instrumentos utilizados en la etapa pre-intervención (detección de RF, RS, POT).

Se citaba a la familia al Centro de Salud para la administración de la ESU correspondiente (Forma A o B). Luego de dos inasistencias a las citas concertadas, el encuestador se dirigía al domicilio y efectuaba ahí la administración del instrumento. Para controlar sesgos del encuestador, la ESU fue administrada por personas externas al Centro de Salud, no pertenecientes al equipo interdisciplinario. La mayoría de las encuestas las realizó el autor principal de este trabajo.

Análisis de Datos

Se efectuó un análisis estadístico de la ESU, mediante pruebas estadísticas paramétricas (*t-Student*) y no paramétricas (*chi-cuadrado*, Mann-Whitney), según correspondiera a las variables en estudio.

Resultados

Análisis Descriptivo de las Características de los Participantes

El Grupo Experimental 1 (riesgo biopsicosocial moderado) alcanzó un 76.04% del total de familias experimentales y el Grupo Experimental 2 (riesgo biopsicosocial alto) un 23.95%. El grupo control se configuró con un 72.7% familias de riesgo biopsicosocial moderado y un 27.3% familias con riesgo biopsicosocial alto. Por lo tanto, las familias experimentales y controles mantienen un porcentaje proporcional de riesgo alto y moderado. Esta configuración parece representar a la población de consultantes.

Las encuestas fueron contestadas en un 87.76% por las madres; un 54.73% del total de familias fue encuestada en el Centro de Salud y un 44.85% en su casa. El grupo control presenta el porcentaje más bajo (41.9%) de encuestas efectuadas en el Centro de Salud, en comparación con los otros dos grupos.

Al momento de administrar la ESU, las familias del grupo control estaban consultando significativamente más por morbilidad (41.9%) que las familias de los grupos experimentales (GE1: 13.7%; GE2: 17.4%), cuyas consultas representaban un amplio rango de situaciones, tales como controles de salud, acciones preventivas, educación, etc. (*p-value* = 0.002).

Análisis Comparativo de la Satisfacción Usuaria Entre el Grupo de Familias de Mayor Riesgo (GE1) y Familias de Riesgo Moderado (GE2)

Al efectuar la comparación entre los dos grupos experimentales, se evidenció que ambos grupos no se diferencian de manera significativa en casi ningún indicador (Tabla 1). Básicamente sólo se diferencian de modo significativo en las temáticas tratadas durante la participación en el Programa de Familias, lo que es determinado por los criterios de categorización de los dos grupos experimentales, ya que los criterios de inclusión consideran la gravedad de las problemáticas detectadas.

El índice de evaluación global "nota otorgada a la atención" (de 1 a 7) tampoco presentó diferencias significativas entre el Grupo Experimental 1 (nota GE1 = 6.321) y el Grupo Experimental 2 (nota GE2 = 6.471), lo que confirma que éstos no se diferencian en cuanto a la satisfacción que presentan, según su nivel de riesgo biopsicosocial (*p-value* = 0.408).

Por lo tanto, la hipótesis que planteó que el nivel de riesgo biopsicosocial influía en el nivel de satisfacción de los consultantes es rechazada, ya que los dos grupos experimentales no se diferencian en la satisfacción que presentan con respecto a la estructura, proceso y resultados del modelo de atención familiar.

Análisis Comparativo Entre el Grupo de Familias en Riesgo Atendidas en el PRODEFA II (GET) y el Grupo de Familias Atendido con Modalidad Tradicional (GC)

Debido a que los dos grupos experimentales no se diferenciaron en su nivel de satisfacción, se consideró pertinente agruparlos en un sólo grupo expe-

Tabla 1
Comparación del grupo experimental 1 y el grupo experimental 2, según algunos ítemes de estructura, proceso y resultado

Dimensión	ITEMES	Prueba Mann-Whitney	*Z*	*p- value*	Conclusión
Estructura	Presentación general Centro Salud	759.500	-0.860	0.390	E1 = E2
Estructura	Espacio físico	777.000	-0.708	0.479	E1 = E2
Estructura	Limpieza general	702.000	-1.294	0.196	E1 = E2
Proceso	Trato asistente social	817.500	-0.357	0.721	E1 = E2
Proceso	Trato enfermeras	829.000	-0.234	0.815	E1 = E2
Proceso	Trato psicólogos	757.500	-1.117	0.264	E1 = E2
Proceso	Trato médicos	838.500	-0.018	0.986	E1 = E2
Resultado	Nivel solución problema	838.500	-0.011	0.991	E1 = E2
Resultado	Estado salud familiar	719.000	-1.523	0.128	E1 = E2
Resultado	Logros salud física	742.000	-0.901	0.367	E1 = E2
Resultado	Logros salud psicológica	702.000	-1.250	0.211	E1 = E2

rimental, al que denominamos grupo experimental total (GET) y un grupo control (GC).

Al efectuar un análisis comparativo del ítem global de satisfacción usuaria se observó que efectivamente existen diferencias significativas entre el grupo experimental total (nota GET = 6.364) y el grupo control (nota GC = 5.767), con un *p-value* = 0.001. Por lo tanto, se acepta la hipótesis que planteó que el grado de satisfacción general de los consultantes del PRODEFA II, es mayor al nivel de satisfacción de los usuarios de los programas tradicionales.

Dimensión Estructura

1. Accesibilidad territorial: no se observan diferencias significativas en este ítem entre el grupo experimental total y el grupo control, como era razonable esperar, ya que los consultantes acceden al mismo Centro de Salud.
2. En los ítemes presentación general del centro de atención, limpieza del recinto y de los baños, el GET califica mejor estos ítemes que el GC. Esto es sorprendente dado que todos los pacientes usan los mismos recintos. En el tiempo entre la solicitud de horas y la atención, y el tiempo de espera para ser atendidos, también es posible observar una diferencia significativa entre ambos grupos. El GET considera que las horas de atención se les otorgan más rápidamente y perciben un tiempo de espera generalmente más corto que el GC.
3. Del mismo modo es posible verificar que en el ítem participación en distintas actividades (control modificado, campañas PAP, grupos salud mental y en talleres), las familias del PRODEFA II reportan significativamente mayor participación en dichas actividades que el grupo control. Este último señala en un mayor porcentaje (90.7%) no haber participado en ninguna otra actividad del Centro de Salud, con excepción de morbilidad. Por lo tanto, se puede inferir que los consultantes generales no aprovechan las distintas instancias de salud que provee la organización del centro.

A partir de estos datos se acepta la hipótesis que plantea la existencia de una mayor satisfacción por parte del grupo participante del Programa de Familias, en la dimensión de Estructura del Centro de Salud, junto con una mayor utilización de los programas preventivos.

Dimensión Proceso

1. La percepción sobre las bondades de la existencia del PRODEFA II en el Centro de Salud, indicó diferencias significativas entre los grupos experimental y control. Las familias del GET evalúan como más importante la existencia del Programa de familias que las del GC.
2. Se observaron diferencias significativas entre los grupos en la percepción de la duración de la última atención (X^2 = 8.370; *p-value* = 0.039). El grupo experimental percibió una atención más breve que el grupo control. Esto podría implicar que al efectuar una atención más permanente, y otorgada generalmente por el mismo profesional (en el caso del PRODEFA II), el profesional conoce mejor la historia del paciente y por ende se utiliza el tiempo de una manera más óptima y eficiente.
3. El grupo experimental señala que asiste al Centro de Atención, en un porcentaje significativamente mayor que el grupo control, porque le controlan su enfermedad (GE = 26.04%; GC = 4.7%), con un *p-value* = 0.002.
4. Respecto a los cambios observados en el Centro de Atención (en los últimos seis meses), se ob-

Tabla 2
Comparación entre el GET y el GC en diferentes ítemes relacionados con la estructura del centro de salud

Nº Item	ITEMES	Prueba Mann-Whitney	*Z*	*p- value*	Conclusión
7	Presentación general Centro	1434.000	-3.424	0.001	GET>GC
8	Espacio físico	1849.000	-1.277	0.201	GET=GC
9	Limpieza	1635.500	-2.099	0.036	GET>GC
10	Aseo baños	1418.500	-3.105	0.002	GET>GC
11	Cantidad horas	1760.000	-1.562	0.118	GET=GC
12	Tiempo entre solicitud hora y atención	1556.000	-3.281	0.001	GET>GC
13	Tiempo espera real	1343.000	-3.505	0.000	GET>GC
14	Tiempo espera última vez	1715.000	-1.776	0.076	GET=GC

servaron diferencias significativas entre los dos grupos (X^2= 28.411; *p-value* = 0.000), dadas principalmente porque el GC no percibe ningún cambio en el Centro de Salud, a diferencia del GET que percibe como uno de los principales cambios la mejoría en el trato a los usuarios.

5. Fue posible detectar que, en relación a las cualidades del profesional para quedar satisfecho con la atención, no se observaron diferencias significativas (X^2 = 7.135; *p-value* = 0.415) entre los dos grupos. Valoran del mismo modo las cualidades que deben estar presentes en los profesionales para quedar satisfechos. Sin embargo, fue posible observar que un mayor porcentaje de familias del PRODEFA II (sin alcanzar significancia) valoran aquellas características relacionadas con la educación que realizan los profesionales; lo que puede indicar que estas familias comprenden la importancia de la promoción y prevención en salud. En las preferencias en las formas de atención, no se observan diferencias significativas entre los grupos experimental y control (X^2 = 2.297; *p-value* = 0.317). Es necesario destacar, que una gran mayoría de los usuarios prefiere ser atendida habitualmente por la misma persona, situación que sólo ocurre en el Programa de Familias.
6. En cuanto a los problemas de salud trabajados durante el tratamiento, el GET reporta haber tenido más intervenciones que el GC en las problemáticas de carácter biopsicosocial. Se observan diferencias significativas entre el grupo experimental total y el grupo control en los siguientes ítemes: intervención en problemas de obesidad infantil, en los problemas de crianza, de pareja, nerviosos, y en problemas de comunicación al interior de la familia.
7. Equipo interdisciplinario: se observan diferencias significativas en casi todos los ítemes relacionados con la percepción de necesidad de incorporar diferentes profesionales. El GET considera necesario incorporar más profesionales que el GC. Esto puede ser posible ya que aquellas personas que son atendidas en los programas tradicionales presentan menos conocimiento y una visión más restringida de los profesionales que trabajan en salud, así como también pueden estar más desesperanzados con respecto al mejoramiento de la calidad de la salud. En los ítemes psicólogo y médico no se observan diferencias significativas, y esto se puede deber principalmente a que estos dos estamentos están menos socializados que el resto de los profesionales con la promoción y prevención de salud (Tabla 3).
8. Trato de los diferentes profesionales: los pacientes atendidos en el PRODEFA II percibieron un significativo mejor trato de los profesionales psicólogos, matronas y nutricionistas, que aquellos usuarios atendidos en programas tradicionales. También se observó diferencia significativa en el trato por los guardias de seguridad (Tabla 4).
9. Por su parte, la calidad técnica de las asistentes sociales, enfermeras, psicólogos, matronas, nutricionistas, dentistas, kinesiólogos y guardias de seguridad fue mejor percibida por el grupo experimental que por el grupo control (Tabla 5).

Tabla 3
Análisis comparativo entre el GET y el GC en el ítem relacionado con los profesionales que se considera necesario incorporar a la atención

ITEMES	Porcentaje				Prueba X^2	*p- value*
	GET		GC			
	Sí %	No %	Sí %	No %		
Dentista	83.33	16.66	39.5	60.5	27.018	0.000
Kinesiólogo	56.25	43.75	14	86	21.656	0.000
Psicólogo	43.75	56.25	30.2	69.8	2.269	0.132
Psiquiatra	42.70	57.29	14	86	10.972	0.001
Asist. social	39.58	60.41	11.6	88.4	10.863	0.001
Enfermera	37.5	62.5	4.7	95.3	16.132	0.000
Médico	45.83	54.16	34.9	65.1	1.458	0.227
Matrona	35.41	64.58	11.6	88.4	8.326	0.004
Nutricionista	34.37	65.62	11.6	88.4	7.736	0.005

Tabla 4
Análisis comparativo entre el GET y el GC en el ítem relacionado con la percepción del trato del personal del Centro de Salud

ITEMES Percepción Trato:	Prueba Mann-Whitney	*Z*	*p- value*	Conclusión
Administrativos	1938.000	-0.618	0.537	ET = C
Auxiliares	1911.00	-0.816	0.414	ET = C
Asistentes sociales	1853.000	-1.613	0.107	ET = C
Enfermeras	1883.000	-1.762	0.078	ET = C
Psicólogos	1681.000	-2.434	0.015	ET > C
Médicos	2031.500	-0.317	0.752	ET = C
Matronas	1352.000	-5.123	0.000	ET > C
Nutricionistas	1265.500	-5.037	0.000	ET > C
Dentistas	1898.000	-0.812	0.417	ET = C
Kinesiólogos	1866.000	-1.039	0.299	ET = C
Guardia seguridad	1627.500	-2.325	0.020	ET > C
Auxiliar paramédico	1826.000	-1.234	0.217	ET = C

Tabla 5
Análisis comparativo entre el GET y el GC en los ítemes relacionados con la percepción de la calidad técnica del personal del Centro de Salud

ITEMES Percepción Calidad Técnica	Prueba Mann-Whitney	*Z*	*p- value*	Conclusión
Administrativos	1885.500	-0.875	0.381	ET = C
Auxiliares	1880.500	-0.970	0.332	ET = C
Asistentes sociales	1740.000	-2.247	0.025	ET > C
Enfermeras	1761.000	-2.561	0.010	ET > C
Psicólogos	1660.000	-2.573	0.010	ET > C
Médicos	1932.000	-1.343	0.179	ET = C
Matronas	1486.000	-4.082	0.000	ET > C
Nutricionistas	1255.000	-5.099	0.000	ET > C
Dentistas	1615.000	-2.219	0.027	ET > C
Kinesiólogos	1651.000	-2.164	0.030	ET > C
Guardia seguridad	1654.000	-2.138	0.033	ET > C
Auxiliar paramédico	1706.000	-1.840	0.066	ET = C

Es importante señalar que aquellos estamentos administrativos en los que no se encontraron diferencias significativas son estamentos comunes tanto para el Programa de Familias como para los programas tradicionales, por lo tanto ahí no hay una atención diferenciada.

Los datos reportados, respecto a la hipótesis de proceso en la calidad de atención de salud, nos permiten concluir un mayor nivel de satisfacción por parte de los consultantes del Programa de Familias que los consultantes de los programas tradicionales.

Dimensión Resultados

1. El grupo experimental PRODEFA II señala un significativo mejor estado de salud posterior al tratamiento y comparado con seis meses atrás, que las familias del grupo control (Tabla 6).
2. En cambio, en los ítemes relacionados con la percepción de solución del problema por el cual consultó *la última vez,* y del estado actual de sus problemas de salud, no se observaron diferencias significativas entre los grupos experimental y control (Tabla 6).

Tabla 6
Análisis comparativo entre el GET y el GC en los diferentes ítemes de resultado

Nº Item	ITEMES	Prueba Mann-Whitney	*Z*	*p- value*	Conclusiones
4	Nivel solución	1836.500	-1.264	0.206	ET = C
28	Estado salud	1038.500	-5.617	0.000	ET > C
32	Estado actual probl. de salud	719.00	-1.523	0.128	ET = C

3. Es posible observar diferencias significativas entre los GET y GC ($X^2 = 28.881$; *p-value* = 0.000) en el ítem orientado a evaluar los tratamiento e indicaciones proporcionados por el Centro de Salud. El GET, en su mayoría, señala que consideró buenas y adecuadas las indicaciones y tratamientos; el GC por su parte también señala, aunque en un menor porcentaje, adecuados los tratamientos. La mayor diferencia se encuentra en que un 25.6% del grupo control señaló que no le sirvió o que no consideró adecuadas las indicaciones, mientras que nadie del PRODEFA planteó esta alternativa. Por lo tanto, el grupo experimental percibe como más eficaces las intervenciones realizadas.
4. El GC en un 11.6% reporta no volver a consultar cuando se lo solicita el profesional de salud, a diferencia de la mayoría de las familias del GET (61.45%), que señalan asistir a control siempre cuando se lo piden ($X^2 = 8.928$; *p-value* = 0.030).
5. El grupo experimental demuestra una mayor adherencia al Centro de Salud que el grupo control, lo que implica un mayor seguimiento por parte del GET de las indicaciones entregadas en la consulta, una menor cantidad de horas perdidas, ya que éste (en su mayoría) asiste siempre cuando lo citan a control.
6. Al efectuar el análisis comparativo entre el GET y el GC en la percepción de solución a las enfermedades crónicas, es posible observar diferencias significativas (*p-value* = 0.035), ya que el GET reporta una mejor resolución a estos problemas que las familias del GC. En cuanto a las otras problemáticas tratadas, no existe ninguna diferencia significativa.

Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que se encontró un mayor nivel de satisfacción usuaria por parte del grupo experimental, respecto al estado de salud actual comparado con los últimos seis meses, mayor adherencia a los tratamientos, mayor resolutividad con los crónicos, y una mejor evaluación general de la atención de salud.

Discusión

Los modelos biopsicosociales de la salud fomentan la participación de los individuos en el ciclo salud-enfermedad, transformándolos en los principales protagonistas de este proceso. Los usuarios son empoderados y se espera que se responsabilicen de ellos mismos y de sus respectivas familias, convirtiéndose en entes activos y no sólo en "pacientes" que reciben indicaciones.

Este enfoque de orientación biopsicosocial recalca la importancia de conocer la opinión de los usuarios del sistema de salud, por lo que, en la actualidad, no se concibe una evaluación de eficiencia y efectividad de la atención sin la consideración de la evaluación del servicio desde la óptica de los usuarios.

El Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial, implementado en el Centro de Salud de atención primaria Villa O'Higgins, basado en un modelo conceptual sistémico de salud familiar, intentó suplir muchas de las deficiencias observadas en el sistema de salud chileno e intentó promover la salud integral, desde la atención primaria de salud, generando una mayor satisfacción usuaria y facilitando una mejor calidad de vida del sistema familiar.

Los datos obtenidos en esta investigación, a través de comparaciones efectuadas entre el grupo de familias del PRODEFA II y el grupo de familias participantes de programas tradicionales, señala la existencia de diferencias significativas en los niveles de satisfacción usuaria presentados con respecto a la atención proporcionada por el Centro de Salud.

Según el indicador global de satisfacción (nota asignada al centro de atención), las familias atendidas en el PRODEFA II están más satisfechas con la atención recibida que los consultantes de los programas tradicionales cuya orientación es biomédica. Además, debe consignarse que, en términos generales, la evaluación de satisfacción frente a la atención tradicional de este Centro de Salud es bastante buena comparada con otros de la comuna y del territorio

nacional. Este efecto puede deberse a un sesgo positivo de las expectativas de los pacientes del grupo control, que si bien se les atendió de forma tradicional, estaban "en lista de espera" para el PRODEFA II.

Al efectuar la comparación entre el grupo participante en el PRODEFA II y las familias consultantes de programas tradicionales, fue posible observar, además, diferencias significativas en las tres dimensiones –estructura, proceso y resultado– de la atención sanitaria.

Se observó una mayor participación en distintas actividades por aquellos usuarios PRODEFA II, lo que se puede deber a que el equipo profesional de este programa está capacitado para generar una mayor actividad y movilización de las familias, y por ende se logra una mayor motivación por participar. El equipo de salud del PRODEFA II posee un largo entrenamiento en atención integral y sistémica, por lo que posee una mejor visibilidad y mayor capacidad de detección de diversas problemáticas de origen biopsicosocial, lo que va seguido de una rápida derivación a distintas actividades con la finalidad de intervenir satisfactoriamente. La menor participación de los usuarios de los programas tradicionales, en las actividades brindadas por el Centro de Salud, implica un menor aprovechamiento de los recursos e instancias disponibles en la organización.

Del mismo modo, se observan diferencias significativas en otros ítemes relacionados con el aspecto de estructura, como el aseo de los baños, la limpieza y la presentación general del Centro de Salud. Las familias del PRODEFA II califican mejor estos aspectos. Lo interesante de este punto, es que los baños, la presentación general y la limpieza observada y evaluada, es la misma tanto para los participantes del Programa de Familias como para los participantes de los programas tradicionales. Esto se puede deber a un "efecto halo" (tendencia a asociar una característica diferencial muy fuerte con las demás que lo definen), ya que los individuos satisfechos perciben de manera muy diferente la estructura del mismo centro de salud. Esto también puede interpretarse como un antecedente más que avala la definición de satisfacción usuaria con "una actitud positiva frente a los servicios" (Pascoe, 1983), implicando una multidimensionalidad del concepto y agregando al juicio evaluativo un aspecto emocional.

Respecto al proceso de atención, las familias del PRODEFA II evalúan mejor este aspecto que las familias de los programas tradicionales, ya que las primeras perciben un mejor trato al usuario y una mayor calidad técnica en los profesionales que la del GC. Las familias del PRODEFA II además, otorgan una mayor importancia a la existencia de un programa de familias que los usuarios de otros programas, lo que es esperable de cierto modo, ya que estos últimos (en su gran mayoría) ni siquiera tienen información de que existe un programa de esta índole al interior del Centro de Salud.

Es interesante analizar las razones que proporcionan los usuarios de los distintos programas, de por qué asisten y se atienden en el Centro de Salud. Las familias que no fueron atendidas en el PRODEFA II, asisten principalmente porque éste queda ubicado cerca de sus casas y porque la atención es gratuita, es decir, resaltan como razones principalmente aspectos de estructura. Las familias que han sido atendidas en el PRODEFA II también señalan como una de las razones principales que la atención es gratuita pero fundamentalmente porque consideran que efectivamente en el consultorio se les proporciona un buen trato y porque se controla su enfermedad, es decir, mencionan como principales razones aspectos de proceso y resultado. Es posible observar además, diferencias entre los dos grupos de familias en las problemáticas tratadas, ya que las familias del Programa de Familias señalan una mayor cantidad de intervenciones en problemáticas de obesidad, crianza, problemas de pareja, nerviosos y en problemáticas de comunicación; lo que se debe a una intervención más integral proporcionada por este programa. Los profesionales tienen como objetivo efectuar un diagnóstico biopsicosocial al inicio del tratamiento y trabajar en aquellas problemáticas durante seis meses, a diferencia de los otros programas especializados sólo en un área y sin límite de tiempo. El equipo del PRODEFA II está entrenado para efectuar una detección rápida y una posterior intervención multifactorial integral considerando el sistema familiar y realizando derivaciones oportunas al interior del mismo equipo y/o extra sistema. La diferencia entre ambos programas está dada principalmente en que el PRODEFA II posee una aproximación basada en la integralidad de la persona y su familia, y es éste el punto que marca la diferencia entre la satisfacción con el proceso de atención entre los distintos programas.

Por otra parte, la satisfacción con la atención del Centro, permite a los mismos usuarios una mayor visibilidad de otros factores responsables de los problemas de salud (p. e. "no hubo compromiso del

padre para resolver…"), lo que disminuye la proyección de responsabilidad total en el sistema de salud.

Con respecto a los resultados, las familias pertenecientes al PRODEFA II, en su mayoría, asisten a control cuando se les es solicitado por algún profesional, y consideran más efectivas las indicaciones y tratamientos proporcionados por el Centro de Salud que las familias que no fueron tratadas por el PRODEFA. Esto podría explicar la mayor adherencia observada en las familias del programa de familias, ya que perciben mayor utilidad en el tratamiento. Además, reportan un estado de salud mejor que las familias de programas tradicionales, así como también una mayor solución de sus problemas. El mantener un usuario más satisfecho genera un efecto positivo para el proceso de salud, ya que influye enormemente en su nivel de compromiso, de motivación y por ende en su nivel de participación en las actividades e indicaciones proporcionadas.

Aquí nos encontramos con una interesante línea de investigación futura, relacionada a identificar qué aspecto –proceso o resultado– posee mayor influencia sobre la adherencia al tratamiento, ya que esto podría tener fuertes implicancias en la mejoría de calidad de la salud. La adherencia al tratamiento podría deberse, por un lado, al tipo de relación que se entabla con el profesional que de algún modo favorece el fortalecimiento del vínculo (controles más permanentes, atención otorgada por el mismo profesional, constantes visitas domiciliarias y el acercamiento distinto por parte del profesional respaldado por la formación más sistémica e integral). O quizás, las familias asisten periódicamente al Centro de Salud principalmente porque perciben que sus problemas de salud son monitoreados y solucionados mediante este enfoque más holístico e integral. Otra posible respuesta a la mayor adherencia reportada por los usuarios se puede deber a una interrelación de la satisfacción con el proceso y con los resultados percibidos.

El mejor nivel de satisfacción también se ve influido por el grupo profesional que trabaja, ya que el equipo del PRODEFA II al estar más capacitado en temáticas biopsicosociales favorece un abordaje más específico, profundo y sistémico, lo que incide finalmente no sólo en la prevención de los factores de riesgo, sino principalmente en el fortalecimiento de los factores protectores de las familias, lo que se traduce en logros que permanecen más a largo plazo. Además, una de las características más relevantes de este equipo, es que efectivamente se efectúa un trabajo interdisciplinario, lo que permite realizar un trabajo integral con cada familia, aspecto imposible de llevar a cabo en el modelo tradicional.

Según el diseño metodológico planteado, con dos grupos de familias participantes en el PRODEFA II diferenciados en cuanto al nivel de riesgo biopsicosocial, pudimos darnos cuenta que no se observan mayores diferencias en los niveles de satisfacción usuaria entre las familias de mayor y menor riesgo biopsicosocial, lo que nos hace pensar que este programa, con su nivel técnico, fue satisfactorio incluso para aquellas familias más dañadas. Entre estos dos tipos de familias se verificaron, sin embargo, algunas diferencias relacionadas a la participación en algunas actividades y en las temáticas en las cuales se intervino durante el tratamiento. Estas diferencias detectadas confirman que efectivamente existen diferencias entre ambos tipos de familias, pero que no inciden finalmente en el nivel de satisfacción alcanzado. Por lo tanto, podemos inferir que pese a encontrarnos con familias en muy precarias condiciones de vida, éstas son capaces de discriminar entre distintas experiencias y posteriormente evaluarlas.

Con relación a la discusión conceptual en torno al tema de la dimensionalidad del constructo satisfacción, consideramos de mayor utilidad y relevancia la información proporcionada al indagar en las distintas áreas de la atención, pese a implicar esto mayor tiempo en la administración del instrumento. Uno de los objetivos de la evaluación de la satisfacción usuaria es facilitar la mejora continua de la atención, lo que es más probable al conocer aquellos factores que generan mayor y menor satisfacción en los usuarios. Esta información no es proporcionada por instrumentos que sólo hacen una evaluación global de la satisfacción usuaria. También nos parece que los ítemes con preguntas directas (vs. indirectas) son más eficientes porque integran mejor la dimensionalidad cognitiva y emocional que parece conjugarse en la evaluación usuaria. En todo caso, como afirma Pascoe (1983), persiste la necesidad de seguir investigando respecto a los procesos sociopsicológicos involucrados en el constructo de satisfacción usuaria y de instrumentos que den mejor cuenta de ellos.

Al tener información de cuáles son los aspectos que más se relacionan con la satisfacción, podremos centrarnos en ellos y lograr de este modo que los usuarios se sientan cada día más satisfechos con la atención proporcionada por sus servicios de

salud. Esto facilitará el que los usuarios aumenten su compromiso y su motivación por participar de las diversas actividades o intervenciones que el profesional les solicite.

Hubiese sido bastante interesante haber efectuado un análisis comparativo con aquellas familias que desertaron del PRODEFA II (8%), esto nos habría proporcionado información muy relevante acerca de la relación entre satisfacción y deserción ¿aquellas familias habrán estado más insatisfechas con la atención? Esta información habría aportado datos relevantes para mejorar la calidad de esta nueva propuesta de atención, sin embargo no era posible contactarlas.

Finalmente, se destaca la importancia que tiene el considerar la evaluación que efectúa el usuario de la atención recibida y su nivel de satisfacción con dicha atención, ya que a la luz de estos datos podemos darnos cuenta que los usuarios tienen la capacidad de distinguir una atención de calidad e integral a pesar de presentar una situación sociocultural muy carenciada.

La opinión de los usuarios es fundamental a la hora de efectuar modificaciones en los diversos programas, ya que nadie sabe mejor que ellos cuáles son las características de la atención que los mantiene en el sistema y que a su vez permite aumentar la probabilidad de mejorar su estado de salud; así como también son ellos quienes saben cuáles son aquellos factores que los distancian del sistema público, disminuyendo su motivación y adherencia a diversos tratamientos, aumentando su nivel de riesgo.

Es necesario que aquellos profesionales que trabajen con este modelo se impregnen e internalicen totalmente con él, es decir, que hagan un cambio de paradigma que implique validar las capacidades de los usuarios para saber cuáles son sus necesidades y se logre transmitirles a ellos la relevancia de su activa participación en el proceso de salud-enfermedad.

Referencias

Acevedo, X., Brito, M., Cabezas, A. M., Hidalgo, C. G. & Scharager, J. (2001). *Manual programa de familias PRODEFA II.* Documento no publicado. Santiago: Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Adriazola, P., Alvo, D., Ammann, E., Azócar, G., Baeza, C., Buckel, E., et al. (1983). *Actitudes frente a plan de Medicina General Familiar de 80 familias incorporadas al programa "Consultorio La Reina".* Documento de Trabajo CEAP Nº 14. Santiago: Universidad de Chile.

Anderson, L. & Hinckley, J. (1998). Role dimensions of patient and physician in medical interviews: Relationship to patients' satisfaction. *Psychological Reports, 82,* 601-602.

Arenas, Y., Fuentes, V. & Campos, C. (1993). Grado de satisfacción usuaria de la consulta EPAS-RN del Servicio de Pediatría del CEDIUC. *EPAS, 10*(1), 15-17.

Bertakis, K., Callahan, E. & Helms, J. (1998). Physician practice styles and patient outcomes. Differences between family practice and general internal medicine. *Medical Care, 36*, 879-891.

Bredegal, P., Scharager, J., Quezada, M. & Torres, M. (1999). *Las necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. Una contribución al cambio*. Proyecto DIPUC, Pontificia Universidad Católica de Chile. Documento no publicado.

Delgado, A., López-Fernández, L. & Dios de Luna, J. (1993). Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Medical Care, 31*(9), 795-800.

Fábrega, R. (1998). *Médico de familia. Publicación de salud familiar y comunitaria.* Santiago: Universidad de Chile.

Florenzano, R. (1995). *Familia y salud de los jóvenes*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Florenzano, R., Horwitz, N., Ringeling, I. & Villaseca, P. (1986). *Salud familiar*. Santiago: CPU.

Gold, J. & Dole, A. (1989). Professional psychotherapists & nonpsychotherapists: Thought processes verbal behaviour, and client's satisfaction. *Psychological Reports, 65*(11), 600-620.

Gotlieb, J., Grewal, D. & Broen, S. (1994). Consumer satisfaction and perceived quality: Complementary or divergent constructs? *Journal of Applied Psychology, 79*(6), 875-886.

Griffith, Ch., Wilson J. & Rich, E. (1998). The effect at one teaching hospital of interns' workloads on the satisfaction of their patients. *Academic Medicine, 73,* 427-429.

Guzmán del Río, E. (1986). Satisfacción del usuario. *EPAS, 11*, 6-11.

Hermann, R., Ettner, S. & Dorwart, R. (1998). The influence of psychiatric disorders on patients' ratings of satisfaction with health care. *Medical Care, 36*(5), 720-727.

Hidalgo, C. G. (1999). Evaluación del funcionamiento familiar en familias con y sin riesgo biopsicosocial. *Psykhe, 8*(2), 85-101.

Hidalgo, C. G. & Carrasco, E. (1999). *Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria.* Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Hidalgo, C. G. & Scharager, J. (2001). Seguimiento de una cohorte de familias de alto riesgo biopsicosocial atendidas con un modelo de salud familiar en la atención primaria. *Psykhe, 10*(2), 129-142.

Invernizzi, M. (2002). Enfoque familiar sistémico: Una propuesta de organización para la atención de salud mental. *Psiquiatría y Salud Mental, 19*(4), 223-230.

Judge, K. & Solomon, M. (1993). Public opinion and the national health service: Patterns and perspectives in consumer satisfaction. *Journal of Social Policy, 22*(3), 299-327.

Koss, T. & Rosenthal, R. (1997). Interactional synchrony, positivy, and patient satisfaction in the physician-patient relationship. *Medical Care, 35*(11), 1158-1163.

Larsen, D., Attkinsson, C. & Hargreaves, W. (1979). Assessment of client/patients satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.

Levav, I. (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

López, A. (1994). *Valoración de los efectos de la rehabilitación psicosocial*. Tesis para la obtención del Grado de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España.

Marshall, G., Hays, R. & Mazel, R. (1996). Health status and satisfaction with health care: Results from the medical outcomes study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 380-390.

Medina, E. (1983). *Atención primaria en salud: Presente y futuro*. Documento de Trabajo CEAP (Centro de Estudios de Atención Primaria) Nº 9. Santiago: Universidad de Chile.

Ministerio de Salud, Chile. (1993). *De consultorio a centro de salud: Marco conceptual*. Documento oficial del Ministerio de Salud de Chile.

Ministerio de Salud, Chile. (1994). *Evaluación de la calidad de la atención en la comuna de La Florida: El punto de vista de los usuarios*. Documento no publicado, Ministerio de Salud de Chile.

Ministerio de Salud, Chile. (2001). *Modelo de atención primaria de salud* [En red]. Disponible en: www.minsal.cl/atenciónprimaria.html. Santiago: Autor.

OPS/OMS. (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Ginebra: OMS.

Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning, 6,* 185-210.

Revilla, L. (1994). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma S. A.

Ross, C., Steward, C. & Sinacore, J. (1993). The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Medical Care, 31*(12), 1138-1149.

Schuffer, M. (1983). Satisfacciones e insatisfacciones en la relación médico-paciente. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina, 29,* 277-282.

Zurro, M. (1999). *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Harcourt Brace.