



ORIGINAL

Centralización de servicios sanitarios en atención primaria en verano: opinión de usuarios y profesionales durante 2 años consecutivos



N. Giménez^{a,*}, J.M. Martínez^b y T. Clanchet^c

^a Unidad de Investigación, Fundación para la investigación Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b CAP Rambla, Fundación para la investigación Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c CAP Terrassa Sud, Fundación para la investigación Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 22 de mayo de 2014; aceptado el 13 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 27 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Eficiencia organizacional;
Prioridades en salud;
Atención primaria;
Cuestionarios;
Satisfacción del paciente;
Satisfacción en el trabajo

Resumen La atención primaria española, pilar del sistema sanitario, dispone cada vez de recursos más limitados por la crisis económica.

Objetivo: Conocer la opinión de usuarios y profesionales sobre la centralización de servicios sanitarios de 7 centros de salud en 2 centros de salud, durante agosto de 2011-2012.

Método: Se diseñaron 2 cuestionarios: una encuesta telefónica a una muestra aleatoria de usuarios y un cuestionario de autocumplimiento para la población de profesionales sanitarios. Puntuación de las variables: escala 1-10.

Resultados: Coeficiente α -Cronbach $> 0,84$. Respondieron 1.293 personas. Los usuarios ($n = 836$) puntuaron en 2011 la satisfacción con 6,7 puntos en agosto y 7,3 puntos el resto del año ($p < 0,001$), y en 2012 con 7,7 puntos en agosto y 8,1 puntos el resto del año ($p < 0,001$). La satisfacción de los usuarios fue, de media, un punto mayor en agosto de 2012 versus 2011. El tiempo de espera fue la única variable mejor puntuada en agosto frente al resto del año. La percepción de la solución del motivo de consulta no varió. Satisfacción, señalización, atención y trato recibieron mayor puntuación en el centro habitual que en el centro que centralizó la asistencia en agosto ($p < 0,001$). Los profesionales sanitarios ($n = 357$) valoraron su satisfacción con 6,8 puntos en 2011 y 7,3 puntos en 2012.

Conclusiones: Centralizar la asistencia en períodos de menor demanda permite disminuir costes manteniendo la calidad. La experiencia de centralizar los servicios de Atención Primaria durante agosto fue percibida como aceptable y mejoró el segundo año. Los usuarios mostraron una discreta, pero significativa, preferencia por su centro de atención primaria habitual.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria.gimenez@uab.cat (N. Giménez).

KEYWORDS

Organizational efficiency;
Health priorities;
Primary health care;
Questionnaires;
Patient satisfaction;
Job satisfaction

Centralization of health services in primary care in summer: Patients and professionals view during two consecutive years

Abstract The Spanish primary health care, gateway and pillar of the Health Care System has his resources increasingly constrained by current crisis.

Objective: To know the opinion of users and professionals on two primary care centers which centralized in August 2011 and 2012 the attendance of seven primary care centers.

Methods: Two questionnaires were designed: a telephone survey of a random sample of users and a self-completed questionnaire for health care professionals. The variables were scored on a scale of 1-10 (low to high).

Results: Cronbach's coefficient $\alpha > 0,84$. 1293 people responded (836 users and 357 professionals). Users rated, in 2011, the satisfaction with 6.7 points in August and 7.3 points the rest of the year ($P < .001$). And, in 2012, with 7.7 points in August and 8.1 points the rest of the year ($P < .001$). Health care professionals, rated their satisfaction with 6.8 points in 2011 and 7.3 points in 2012. The waiting time was the only variable best scores in August that the rest of the year. The perception of the solution given in consultation did not change. Satisfaction, marking, care and treatment were highest rated in the regular center than in the reference center ($P < .001$).

Conclusions: The centralization of primary health care during periods of reduced demand could reduce costs while maintaining quality. The experience of centralizing primary care services during August was perceived as acceptable and improved over time. Users showed a slight, but significant, preference for their usual primary care center.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En España actualmente, y coincidiendo con una situación internacional también compleja¹, nos encontramos ante un declive del prestigio de la medicina de familia. Se reconocen los puntos fuertes de la atención primaria, tanto por tratarse de la puerta de entrada y pilar del sistema sanitario como por su condición de nivel de atención sanitaria fundamental para los resultados en salud de la población. No obstante, hay consenso sobre la necesidad de refundar el modelo con la finalidad de reforzarlo^{2,3}.

A esta crisis interna de la atención primaria se ha añadido lo que empezó como una crisis financiera en EE. UU. en 2007, y las políticas de austeridad acompañantes, con evidentes repercusiones sobre la salud de la población europea y española^{4,5}. Hasta que estalló la crisis los países europeos disponían de sistemas sanitarios con acceso universal y excelentes resultados, donde la atención primaria desempeñaba un papel fundamental. Antes de la crisis, en las clasificaciones internacionales, el sistema sanitario español se situaba entre los mejores del mundo⁶. Ahora, en el contexto actual, de profunda crisis económica, constituye un reto aplicar las mejores estrategias para optimizar la utilización de los recursos y la eficiencia del sistema sanitario, disminuyendo costes sin comprometer los resultados en salud^{7,8}.

Lógicamente, la gestión de la reducción del gasto debería basarse en criterios de efectividad y eficiencia, en potenciar la calidad, en utilizar adecuadamente la evidencia científica disponible sobre evaluación de sistemas sanitarios y en buscar estrategias para contener el gasto sanitario evitando ineficiencias⁹. Y todo ello, evitando incurrir en el error de presuponer que necesariamente más gasto implica mejores resultados de salud⁶. Entre las críticas que están recibiendo

las políticas de austeridad aplicadas a la sanidad pública se reclaman evidencias que muestren si los recortes aplicados han repercutido en mejoras de la eficiencia del sistema¹⁰.

España se encuentra entre los países más afectados por la crisis, con múltiples repercusiones sobre la población y la atención primaria. Se alerta del riesgo que supone la reducción del presupuesto sanitario para la conservación del sistema sanitario español, y del peligro que representa al facilitar el retroceso en equidad¹¹. Con Grecia como contraejemplo¹² se buscan fórmulas que permitan mejorar la gestión y optimizar los servicios sanitarios⁷. El reto consiste en encontrar estrategias que mantengan la calidad disminuyendo el coste. En 2011 los presupuestos sanitarios de Cataluña se redujeron en un 10%, como el principio de una tendencia que está obligando a revisar en profundidad el sistema que hasta ahora teníamos¹³.

En este contexto, el grupo Mútua Terrassa, que gestiona entre otros recursos un hospital universitario, 11 centros de atención primaria y 20 centros sociosanitarios y sociales, ofrece asistencia pública concertada con gestión privada. En atención primaria, aprovechando la disminución temporal de la población durante agosto, se optó por centralizar los recursos sanitarios en verano durante 2 años consecutivos: 2011¹⁴ y 2012. El objetivo del estudio ha sido conocer la satisfacción con esta medida tanto de los usuarios como de los profesionales sanitarios que, respectivamente, fueron atendidos o trabajaron en los 2 centros de referencia habilitados.

Métodos

Mútua Terrassa presta asistencia sanitaria en Cataluña, en un área amplia del Vallés occidental. Cada año, en agosto,

disminuye la demanda de asistencia de la población atendida por el desplazamiento vacacional hacia zonas costeras o destinos turísticos. Aprovechando estas circunstancias se centralizó durante 2 años consecutivos, agosto de 2011 y 2012, la atención primaria en 2 centros de referencia: Centro de Atención Primaria (CAP) Rambla y CAP Sant Cugat. El CAP Rambla centralizó la asistencia del área de Terrassa, población de 115.924 personas, habitualmente atendida en 4 centros de salud (Rambla, Terrassa Sud, Ernest Lluch y Oest) y que mayoritariamente pertenecen a un nivel socioeconómico medio-bajo. Por otra parte, el CAP Sant Cugat centralizó la asistencia de una población de 78.600 personas, de los Centros de Salud de Sant Cugat, Valldoreix y CAP Can Matas, caracterizados por su alto nivel socioeconómico.

Para evaluar la satisfacción, tanto de usuarios como de profesionales, con esta nueva organización centralizada de la asistencia se diseñaron 2 cuestionarios específicos originales basados en la propia experiencia, en cuya elaboración participaron gestores, médicos, enfermeras y profesionales de servicios de atención al usuario. En 2011 se realizó una validación técnica, de ambas encuestas, por expertos en cuestionarios y en gestión, y también una prueba piloto con 40 usuarios y 30 profesionales. Los cuestionarios definitivos constaban de 3 secciones: datos sociodemográficos, satisfacción y sugerencias, detallados en la [tabla 1](#).

En septiembre de 2011 se estudió una muestra aleatorizada de los usuarios atendidos en agosto en los centros habilitados y la población completa de profesionales sanitarios desplazados, en agosto, a trabajar desde su CAP habitual a uno de los centros de referencia. Posteriormente, en septiembre de 2012, se repitió el estudio, con los mismos cuestionarios aplicados a una nueva muestra aleatorizada de usuarios y a la población completa de profesionales. Ese mismo año, 2012, este estudio coincidió con la encuesta trianual de satisfacción del CatSalut-PLAENSA[®], cuyos resultados se muestran en la [tabla 2](#).

Para los usuarios se optó por una encuesta telefónica. Los criterios de inclusión fueron: ser usuario del CAP centralizado durante agosto, ser mayor de edad, disponer de un teléfono conocido y aceptar voluntariamente participar en este estudio. Entre todos los pacientes atendidos en agosto se seleccionó aleatoriamente una muestra de 715 usuarios en 2011 y 857 usuarios en 2012, esperando obtener como mínimo una inclusión de 386 usuarios por año. Para calcular este tamaño muestral se utilizó una imprecisión del 5% y un nivel de confianza para la estimación del 95%. Además se asumió que se podría localizar por teléfono aproximadamente al 50% de las personas, que estaría informada sobre los cambios organizativos en su centro de salud como mínimo un 50% de la población y que habría como máximo un 5% de negativas a participar. Para localizar a cada uno de los usuarios seleccionado aleatoriamente, cuando no respondían al teléfono, se repitieron las llamadas en 3 ocasiones y en diferentes horarios.

El cuestionario para profesionales se distribuyó durante el mismo periodo de forma personal y voluntaria, para ser autocumplimentado, entre todos los profesionales que trabajaron en los CAP centralizados.

En todos los casos se solicitó colaboración voluntaria y se garantizó la confidencialidad. Este estudio disponía de la conformidad de la dirección de atención primaria y

Tabla 1 Cuestionarios de satisfacción para usuarios y profesionales: secciones y variables

Cuestionario para usuarios	Cuestionario para profesionales
<i>Sección I: satisfacción con la centralización de servicios en agosto</i>	
I.1. Información recibida sobre cambios organizativos	I.1. Información previa recibida
I.2. Atención recibida de los profesionales ^a	I.2. Organización del centro de referencia habilitado en agosto
I.3. Trato recibido de los profesionales ^a	I.3. Horario de trabajo en agosto
I.4. Solución del motivo médico por el que se consulta ^a	I.4. Relación con profesionales de otros centros de AP
I.5. Tiempo transcurrido entre demanda y atención recibida ^a	I.5. Presión asistencial durante agosto
I.6. Valoración del conjunto, señalización e indicaciones del centro ^a	I.6. Equipamiento laboral durante agosto
I.7. Valoración global del servicio recibido ^a	I.7. Valoración global de la unificación de servicios en agosto
<i>Sección II: sugerencias (pregunta abierta)</i>	
<i>Sección III: datos sociodemográficos</i>	
III. 1. Edad	III. 1. Edad
III. 2. Sexo	III. 2. Sexo
III. 3. CAP donde se visita habitualmente	III. 3. Categoría profesional
III. 4. Servicio en el que le han atendido en verano	III. 4. Centro de trabajo habitual
III. 5. Motivo de consulta en verano	

^a Se solicitó que valoraran 2 veces cada una de estas variables (evaluación en verano y también el resto del año).

Tabla 2 Grado de satisfacción global de los usuarios de los centros de atención primaria pertenecientes a Mútua Terrassa. Datos correspondientes al Plan de Encuestas de Satisfacción del CatSalut-PLAENSA[®] en 2012

Centro de atención primaria (CAP)	Grado de satisfacción global (2012) (Escala:1-10 puntos)
CAP Rambla	7,63
CAP Terrassa Sud	7,64
CAP Oest-Ernest Lluch	7,87
CAP Sant Cugat	7,77
CAP Valldoreix	8,10
CAP Can Matas	7,38
CAP Rubí	7,78
CAP Olesa de Montserrat	7,58
Media de los CAPs catalanes	7,90
CAP con mejores resultados de Cataluña	8,70

de la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Mútua Terrassa.

Con respecto al análisis estadístico, la fiabilidad se evaluó mediante el coeficiente α de Cronbach. Las variables cualitativas se expresaron como número y porcentajes. Las preguntas sobre satisfacción se valoraron con una escala del 1 al 10 (de menos a más) y se expresaron con medias y desviación estándar. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de la Chi cuadrado y para la comparación de medias la prueba de la «t» de Student para datos independientes o apareados, según correspondiera, y el test de ANOVA. Como variable principal del estudio se comparó, en pacientes, con una «t» de Student para datos apareados, la satisfacción del mismo paciente entre la atención recibida en agosto en comparación con el resto del año; y en profesionales, con una «t» de Student para datos independientes la satisfacción entre los 2 años estudiados. La significación estadística se estableció en un valor p inferior a 0,05, con un enfoque bilateral. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.0. (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.).

Resultados

Respondió la encuesta el 94% de los pacientes a los que se les solicitó colaboración (n=836 personas) y el 95% de los profesionales (n=357). Los detalles sobre esta participación pueden observarse en la [tabla 3](#). En el cuestionario para los usuarios se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,886. Respondieron un 59% de mujeres, con una edad

Tabla 3 Participación de usuarios y profesionales sanitarios

	2011	2012	Total
<i>Usuarios^a</i>			
Llamadas realizadas	715	857	1.572
Personas localizadas	421	467	888
Negativas a responder	19	33	52
Respuestas obtenidas	402	434	836
Participación	95%	93%	94%
<i>Profesionales sanitarios^b</i>			
Cuestionarios entregados	190	184	374
Cuestionarios respondidos	176	181	357
Participación	93%	98%	95%

^a Encuesta telefónica a una muestra aleatorizada.

^b Cuestionario autocumplimentado ofrecido a todos los profesionales que trabajaron en agosto.

media de 50 años. Su perfil se muestra en la [tabla 4](#), mientras que los detalles sobre la satisfacción de los usuarios con el funcionamiento de los centros de referencia durante los 2 años estudiados y su variabilidad por centros puede observarse en la [tabla 5](#). Al comparar con análisis para datos pareados los resultados de agosto de ambos años de los centros de referencia versus los restantes meses del año en sus centros habituales la mayoría de variables estudiadas (señalización, atención, trato y satisfacción global) recibieron mejores puntuaciones durante el resto del año (p < 0,001). Por el contrario, el tiempo de espera fue

Tabla 4 Perfil de los usuarios que utilizan los centros de referencia durante 2 años consecutivos (2011-2012)

Usuarios	CAP Rambla N = 418		CAP Sant Cugat N = 418		Total N = 836	
	2011 N = 200	2012 N = 218	2011 N = 202	2012 N = 216	2011 n = 402	2012 N = 434
<i>Características</i>						
Edad (años)	49 ± 21	50 ± 20	49 ± 21	51 ± 22	49 ± 21	50 ± 21
Mujeres	122 (61%)	128 (59%)	121 (60%)	125 (58%)	243 (60%)	253 (58%)
Conocen cambios	169 (85%)	189 (%)	146 (72%)	150 (%)	315 (78%)	339 (78%)
<i>Vía de información</i>						
Propio centro	139 (70%)	148 (68%)	78 (39%)	106 (49%)	217 (54%)	254 (58%)
Medios comunicación	6 (3%)	9 (4%)	27 (13%)	15 (7%)	33 (8%)	24 (6%)
Otros	21 (10%)	32 (15%)	43 (21%)	29 (13%)	64 (16%)	61 (14%)
No recibieron	24 (17%)	29 (13%)	54 (27%)	66 (31%)	88 (22%)	95 (22%)
<i>Motivo asistencia</i>						
Visita	59 (30%)	139 (64%)	56 (28%)	162 (75%)	115 (29%)	301 (69%)
Otros	96 (48%)	79 (36%)	49 (24%)	54 (25%)	145 (36%)	130 (30%)
NC	45 (23%)	0	97 (48%)	0	142 (35%)	3 (1%)
<i>Servicio utilizado</i>						
Médico	129 (65%)	145 (66%)	79 (39%)	147 (67%)	208 (52%)	292 (67%)
DUE	46 (23%)	43 (20%)	19 (9%)	40 (19%)	65 (16%)	83 (19%)
Administrativo	13 (7%)	23 (11%)	1 (1%)	12 (6%)	14 (3%)	35 (8%)
Urgencias	0	0	15 (8%)	13 (6%)	15 (4%)	13 (3%)
Otros (Rx...)	5 (3%)	7 (3%)	4 (2%)	4 (2%)	9 (2%)	11 (3%)
NC	7 (4%)	0	84 (42%)	0	91 (23%)	0

DUE: diplomado universitario en enfermería; NC: no contesta.

Tabla 5 Satisfacción de los usuarios con el funcionamiento de los centros de referencia en verano durante 2 años consecutivos (2011-2012)

Usuarios	CAP Rambla N = 418				CAP Sant Cugat N = 418				Total N = 836			
Año	2011 N = 200		2012 N = 218		2011 N = 202		2012 N = 216		2011 n = 402		2012 N = 434	
Información recibida*	6,62		7,71		5,59		6,50		6,14		7,16	
Comparación entre agosto y los otros 11 meses del mismo año	Agosto	Anual	Agosto	Anual	Agosto	Anual	Agosto	Anual	Agosto	Anual	Agosto	Anual
Señalización*, **, ***	7,27	7,78	8,21	8,63	5,50	6,00	7,06	7,44	6,39	6,89	7,64	8,04
Atención*, **, ***	7,43	8,11	8,18	8,76	6,75	7,34	7,42	7,69	7,09	7,72	7,80	8,23
Trato*, **, ***	7,37	8,27	8,21	9,02	6,96	7,47	7,48	7,88	7,17	7,87	7,84	8,46
Solución*, **, ***	7,22	7,97	8,09	8,34	6,61	7,14	7,61	7,78	6,91	7,55	7,85	8,07
Tiempo*, **, ***	7,89	6,81	8,22	6,91	5,80	5,95	7,31	6,71	6,85	6,38	7,77	6,81
Global*, **, ***	7,08	7,84	8,02	8,55	6,24	6,76	7,38	7,64	6,66	7,30	7,71	8,10

En todos los casos se utilizó la prueba «t» de Student para datos pareados

En negrita, las medias que mostraron significación estadística.

* p < 0,05 para la comparación entre agosto y los otros 11 meses del año en el CAP Rambla.

** p < 0,05 para la comparación entre agosto y los otros 11 meses del mismo año en el CAP Sant Cugat.

*** p < 0,05 para la comparación entre agosto y los otros 11 meses durante 2 años consecutivos, 2011 y 2012.

una excepción y mostró la tendencia contraria, valorándose mejor en verano que el resto del año. La única variable que no mostró significación estadística fue la solución en 2012, aunque sí fue significativa en 2011. Los usuarios en agosto de 2011 puntuaron la satisfacción, de media, un punto menos que en 2012 (IC 95%: 0,8-1,3 puntos).

En la encuesta para los profesionales se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,848. Los profesionales fueron un 82% mujeres (n=291), con una edad media de 42 años. Los datos sobre su percepción pueden observarse en la [tabla 6](#). Se valoró positivamente la oportunidad de establecer relaciones con otros profesionales. En contraste, manifestaron insatisfacción con la información previamente recibida, especialmente en uno de los 2 centros de referencia. La información recibida fue mejor valorada en 2012 que en 2011 en ambos centros de referencia y también en la muestra de usuarios completa.

Discusión

Centralizar servicios sanitarios en períodos en que disminuye la demanda constituye una de las posibles estrategias viables para reducir costes manteniendo la calidad y, con ella, la satisfacción de usuarios y profesionales. Ante situaciones con periodicidad anual, como la disminución de la demanda en zonas de interior durante los períodos de vacaciones, es posible optimizar la gestión adaptando las estrategias organizativas a las variaciones de las necesidades. En este estudio la experiencia de centralizar los servicios de atención primaria durante agosto fue percibida y valorada como aceptable. Se obtuvieron resultados similares en los 2 centros que centralizaron la asistencia en verano, y la repetición de la estrategia al año siguiente mejoró los resultados en

ambos centros, para todos los encuestados, tanto usuarios como profesionales, y también para todas las variables estudiadas. Probablemente el aprendizaje de la organización durante el primer año de implantación del modelo permitió aplicar un abanico de mejoras significativas en él y ajustarlo, gracias a la colaboración mayoritaria de los implicados en los cambios. Los resultados obtenidos en 2011¹⁴, momento en que empezaban a aplicarse los recortes presupuestarios, se confirmaron, con mejoras significativas, al año siguiente. Los usuarios mostraron una discreta, aunque significativa y esperable, preferencia por su CAP habitual. Consideramos probable que sobre ello influyese tanto la fidelización de los usuarios hacia los profesionales que habitualmente les atienden como la posible incomodidad que supone un desplazamiento mayor y la necesidad de adaptarse a los cambios.

Otra aportación de este estudio es que esta experiencia, de centralización de servicios sanitarios, se ha realizado en una entidad, que gestiona simultáneamente un hospital universitario, centros de atención primaria y centros sociosanitarios, con tradición en implantar estrategias para mejorar la eficiencia en la gestión sanitaria¹⁴⁻¹⁸. En este estudio ambos centros compartieron entidad proveedora de servicios y modelo de gestión. El grupo Mútua Terrassa constituye un ejemplo de integración de diferentes niveles de asistencia sanitaria en una misma gestión privada. Esta gestión común ofrece la ventaja de facilitar la integración de niveles y evita situaciones como las que suceden en otros lugares de España, donde la gestión de la atención primaria y la especializada están separadas y se imponen mutuamente fuertes externalidades en costes¹⁹. En Cataluña, el Servicio Catalán de la Salud ha diseñado e implementado diversas estrategias y herramientas para

Tabla 6 Percepción de los profesionales sanitarios sobre el funcionamiento de los centros de referencia en verano durante 2 años consecutivos (2011-2012)

Profesionales	CAP Rambla N = 243		CAP Sant Cugat N = 114		Total N = 357	
Año	2011 N = 125	2012 N = 118	2011 N = 51	2012 N = 63	2011 N = 176	2012 N = 181
<i>Características</i>						
Edad (años)	42 ± 11	43 ± 10	41 ± 10	40 ± 9	42 ± 10	42 ± 10
Mujeres	104 (83%)	95 (81%)	41 (80%)	51 (81%)	145 (84%)	146 (81%)
<i>Categoría profesional</i>						
Médico	34 (27%)	41 (35%)	19 (37%)	22 (35%)	53 (30%)	63 (35%)
DUE	34 (27%)	29 (25%)	11 (22%)	12 (19%)	45 (26%)	41 (23%)
Administrativo	51 (41%)	44 (37%)	21 (41%)	27 (43%)	72 (41%)	71 (39%)
Otras	6 (5%)	4 (3%)	-	2 (3%)	6 (3%)	6 (3%)
Días trabajados	15 ± 8	14 ± 7	18 ± 9	14 ± 7	15 ± 9	14 ± 7
<i>Satisfacción con</i>						
Información recibida ^{*,***}	7,18 (5)	8,03 (3)	4,31 (6)	6,73 (5)	6,34 (6)	7,58 (3)
Organización ^{***}	7,31 (4)	7,08 (5)	6,12 (4)	7,02 (4)	6,96 (3)	7,06 (4)
Equipamiento	7,12 (6)	7,30 (4)	6,49 (3)	6,56 (6)	6,94 (4)	7,04 (5)
Presión asistencia ^{*,***}	7,39 (3)	6,63 (6)	5,53 (5)	7,32 (3)	6,85 (5)	6,87 (6)
Relaciones profesionales	8,62 (1)	8,62 (1)	8,24 (1)	8,32 (2)	8,51 (1)	8,51 (1)
Horario	8,34 (2)	8,46 (2)	7,86 (2)	8,44 (1)	8,20 (2)	8,45 (2)
Satisfacción global ^{*,***}	7,06	7,27	6,24	7,27	6,82	7,27

Para todas las comparaciones se utilizó la prueba «t» de Student.

En negrita, las medias que mostraron significación estadística.

DUE: diplomado universitario en enfermería.

* p < 0,05 para la comparación entre los 2 años consecutivos en el conjunto de ambos centros de referencia.

** p < 0,05 para la comparación entre los 2 años estudiados para CAP Rambla.

*** p < 0,05 para la comparación entre los 2 años estudiados para CAP Sant Cugat.

fomentar la equidad territorial y para detectar áreas de mejora en la prestación de servicios sanitarios^{20,21}.

En general, la organización de los servicios de atención primaria se considera uno de los aspectos cruciales que inciden sobre la satisfacción, tanto de usuarios como de profesionales. Concretamente, en este estudio se optó por optimizar los recursos sanitarios en AP centralizando la asistencia en aquellos CAP en que la demanda disminuye durante el periodo estival. Esta estrategia permitió mejorar la eficiencia manteniendo la calidad de las prestaciones, al aprovechar que la disminución transitoria de la población atendida durante el verano facilitó concentrar los recursos de 9 CAP en 2, con la consiguiente reducción de costes. Proponemos este modelo al considerar aceptables los resultados obtenidos. Los resultados mejoraron en todas las variables estudiadas durante el segundo año de implantación del modelo, probablemente porque, en general, los cambios acostumbran a generar cierta resistencia y a requerir un tiempo de adaptación para todos los implicados. Interpretamos como previsible que los usuarios otorgasen puntuaciones mejores a su CAP habitual, puesto que es esperable que se sintiesen fidelizados hacia el equipo que les proporciona la asistencia habitualmente.

Para reducir gastos, sin afectar la calidad asistencial, existen múltiples estrategias. Entre los ejemplos disponibles hay información sobre la centralización telefónica de atención médica urgente en población rural inglesa con una mayor distancia geográfica para acceder

a los servicios sanitarios²². Y también estudios realizados en otros modelos sanitarios, como la atención primaria estadounidense²³, sin olvidar entre otras posibilidades las estrategias innovadoras que ofrecen las diversas aplicaciones de la telemedicina^{17,24,25}.

Con respecto a la presión asistencial es indiscutible su enorme impacto sobre los profesionales. Con frecuencia la falta de tiempo, atribuida a una elevada presión asistencial, se percibe como el principal obstáculo que impide mejorar en innumerables aspectos. En este inmenso cajón de sastre pueden incluirse un amplio abanico de posibilidades, desde la incorporación de avances como la telemedicina¹⁶, hasta el desarrollo de otras facetas profesionales como docencia e investigación²⁶. En este estudio no se observaron variaciones en la presión asistencial total entre los 2 años, al quedar contrarrestada la percepción de los profesionales de un centro con la del otro centro. Nuestra interpretación es que la distribución del número de profesionales y la carga asistencial varió en ambos centros y en ambos años por tratarse de un tema dinámico de organización y gestión propia de cada centro, que se resolvió satisfactoriamente.

En cuanto a la satisfacción, globalmente la percepción de profesionales y usuarios mostró cierta variabilidad sobre la que probablemente influyeron múltiples factores, algunos relacionados con el CAP habitual de procedencia y con la ejecución de la centralización y otros con las expectativas de usuarios y profesionales. El centro del área de mayor nivel socioeconómico recibió peores puntuaciones, tanto de

usuarios como de profesionales, coincidiendo con estudios que señalan una relación inversa entre satisfacción y nivel socioeconómico^{27,28}. Sin embargo, las diferencias en el perfil socioeconómico y cultural que se observaron entre ambos centros afectaban exclusivamente a los usuarios, pero no a los profesionales contratados. Por ello interpretamos que la mayor satisfacción de los profesionales en el centro sanitario ubicado en Terrassa podría estar relacionada con un mejor funcionamiento del sistema.

La relación con los profesionales sanitarios de otros centros fue el factor mejor valorado el primer año en que se implantó este modelo de gestión, en concordancia con la conocida influencia de las relaciones sociales sobre la satisfacción²⁹. El segundo año se repitió el modelo de gestión, pero como los profesionales fueron los mismos y ya se conocían, este factor no influyó. En general, todos los parámetros de satisfacción mejoraron significativamente en el segundo año, probablemente en relación con la mayor experiencia de todos los implicados en la implantación del modelo de gestión.

Entre las limitaciones del estudio destaca que se entrevistó a los usuarios que utilizaron el servicio centralizado, pero no se dispone de información sobre si hubo personas que buscaron otras opciones diferentes a la utilización del servicio centralizado y su opinión. Asimismo, otra limitación fue que el estudio se realizó con cuestionarios de elaboración propia, lo que presenta la ventaja de adecuar las variables estudiadas a los objetivos y el inconveniente de que, a diferencia de lo que sucede por ejemplo con la encuesta de satisfacción del CatSalut-PLAENSA®, no se dispone de datos comparativos de resultados de otros centros de salud. Otra peculiaridad fue que 2 de los centros de salud del grupo Mútua Terrassa no se incluyeron en el estudio al pertenecer la población atendida a otro territorio de gestión gubernamental.

En verano, en agosto, los usuarios valoraron mejor el tiempo que tardaban en ser atendidos que durante el resto del año. No sorprende que el tiempo de espera para ser atendido en verano reciba mejores puntuaciones que en el centro habitual el resto del año, puesto que la demanda disminuye considerablemente durante ese período.

En general, los parámetros analizados recibieron una discreta peor puntuación en verano que durante el resto del año, con la única excepción del tiempo que tardaban en ser atendidos, que mejoró. Tras la experiencia de la centralización de servicios sanitarios en verano en 2011¹⁴, se repitió el modelo en 2012 obteniéndose mejores resultados en ambos centros. En 2011, tras detectar los puntos de mejora, se aplicaron medidas correctoras, como mejorar la señalización y dar formación, a los profesionales, dirigida hacia el trato y la atención. Probablemente estas medidas correctoras favorecieron que, además de conseguir con ellas mejorar los resultados en verano, sus efectos positivos también hayan repercutido en mejorar la satisfacción, incluso con los centros habituales durante el resto del año.

En conclusión, la centralización de la asistencia en períodos de disminución de la demanda permite disminuir costes manteniendo la calidad. La experiencia de centralizar los servicios de atención primaria durante agosto fue percibida y valorada como aceptable y mejoró el segundo año, probablemente por la experiencia adquirida en la implantación

del modelo durante el primer año y por el aprendizaje que supuso la experiencia para todos los implicados, y por la corrección de los problemas y errores detectados. Se evidenció una discreta y esperable preferencia significativa por el centro habitual. Consideramos que estas puntuaciones respaldan el modelo de centralización de servicios sanitarios de atención primaria como una posibilidad a considerar en la búsqueda de iniciativas innovadoras que permitan optimizar de forma racional la obligada disminución del gasto sanitario sin sacrificar el ofrecer una atención adecuada a la población.

Autoría

N. Giménez analizó los datos, escribió la primera versión del manuscrito y es la responsable del artículo. T. Clanchet y J.M. Martínez coordinaron el trabajo de campo. Todos los autores diseñaron el estudio, interpretaron los resultados, participaron en la redacción y revisión de los diversos borradores del manuscrito y aprobaron la versión final.

Conflicto de intereses

Todos los autores trabajan en la institución sanitaria Mútua Terrassa.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento por su participación en la elaboración y/o en la revisión técnica de los cuestionarios a los Dres. Josep María Grego, Jordi Jiménez, Carles Martí, Marc Matarrodona, Xavier Pañart y Salvador Quintana de Mútua Terrassa. También agradecer a Laura Pavón por facilitar los resultados de las encuestas de satisfacción del CatSalut-Plaensa® y por sus sugerencias y consejos. Asimismo, agradecer a Patricia Vigués su corrección de la versión inglesa de título y resumen. Y cómo no, agradecer a todos los profesionales sanitarios de la atención primaria de Mútua Terrassa su trabajo diario, su participación desinteresada y su inestimable colaboración en las diferentes fases del proyecto.

Bibliografía

1. Borkan J, Davis A, Campbell T, Wender R. Leadership in an age of uncertainty and austerity. *Ann Fam Med*. 2011;9:557-8.
2. Ortún V. La refundación de la atención primaria. 1.ª ed Madrid: Springer Healthcare Communications Ibérica; 2011. p. 120.
3. Starfield B. Toward international primary care reform. *CMAJ*. 2009;180:1091-2.
4. Navarro V. The social crisis of the Eurozone: The case of Spain. *Int J Health Serv*. 2013;43:189-92.
5. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: A failed experiment on the people of Europe. *Clin Med*. 2012;12:346-50.
6. Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*. 2000;356:1598-601.
7. Mulley G. Harmless cuts in health care. Improve care for elderly people. *BMJ*. 2010;340:1844.
8. Majeed A. Primary care in Europe: Entering the age of austerity. *J Ambul Care Manage*. 2012;35:162-6.
9. Emanuel E, Tanden N, Altman S, Armstrong S, Berwick D, de Brantes F, et al. A systemic approach to containing health care spending. *N Engl J Med*. 2012;367:949-54.

10. Navarro V. El error de las políticas de austeridad, recorres incluidos, en la sanidad pública. *Gac Sanit.* 2012;26:174-5.
11. Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, Smye VL, Lavoie J, Littlejohn D, et al. Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *Int J Equity Health.* 2012;11:59.
12. Kondilis E, Smyrnakis E, Gavana M, Giannakopoulos S, Zdoukos T, Iliffe S, et al. Economic crisis and primary care reform in Greece: Driving the wrong way. *Br J Gen Pract.* 2012;62:264-5.
13. Mercadé MF. Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Aten Primaria.* 2011;43:627-8.
14. Giménez N, Clanchet T, Martínez JM, Grego JM. Satisfacción de profesionales y usuarios con la centralización de servicios sanitarios en Atención Primaria en verano. *Rev Calid Asist.* 2012;27:241-3.
15. Salazar A, Estrada C, Porta R, Lolo M, Tomas S, Alvarez M. Home hospitalization unit: An alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department. *Eur J Emerg Med.* 2009;16:121-3.
16. Ruiz Morilla MD, Soldevila Fontelles A, Saigí F, Giménez N. Telemedicina en atención primaria: cómo afecta a los profesionales sanitarios. *Rev Calid Asist.* 2014;29:180-2.
17. Ruiz Morilla MD, Pañart Sánchez D, Mercadal Dalmau A, Madridejos Mora R. «Salut al Cor»: iniciativa de educación para el autocuidado en pacientes con riesgo cardiovascular. *Gac Sanit.* 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.007>.
18. Madridejos Mora R, Majem Fabres L, Puig Acebal H, Sanz Latorre I, Llobet Traveset E, Arce Casas M, et al. Salut al cor/salud en el corazón: resultados del programa de educación sanitaria en salud cardiovascular de Mútua Terrassa. *Aten Primaria.* 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.009>.
19. González López-Valcárcel B, Meneu R. El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. *Gac Sanit.* 2012;26:176-7.
20. Murillo C, Saurina C. Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud. *Gac Sanit.* 2013;27:304-9.
21. Aguado-Blázquez H, Cerdà-Calafat I, Argimon-Pallàs JM, Murillo-Fort C, Canela-Soler J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA[®]. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Med Clin (Barc).* 2011;137 Suppl 2: 55-9.
22. Turnbull J, Pope C, Martin D, Lattimer V. Management of out-of-hours calls by a general practice cooperative: A geographical analysis of telephone access and consultation. *Fam Pract.* 2011;28:677-82.
23. Chernew ME, Sabik L, Chandra A, Newhouse JP. Would having more primary care doctors cut health spending growth? *Health Aff (Millwood).* 2009;28:1327-35.
24. Cánovas Inglés A, Piñana López A, Luquin Martínez R, Alonso García C. Cita Web en www.murciasalud.es para los centros de atención primaria de la Región de Murcia. *Semergen.* 2013;39:285-6.
25. Raven M, Butler C, Bywood P. Video-based telehealth in Australian primary health care: Current use and future potential. *Aust J Prim Health.* 2013;19:283-6.
26. Giménez N, Jodar E, Torres M, Dalmau D. La perspectiva de los profesionales sobre la investigación biomédica. *Rev Calid Asist.* 2009;24:245-55.
27. Alhashem AM, Alquraini H, Chowdhury RI. Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. *Int J Health Care Qual Assur.* 2011;24:249-62.
28. Qu H, Platonova EA, Kennedy KN, Shewchuk RM. Primary care patient satisfaction segmentation. *Int J Health Care Qual Assur.* 2011;24:564-76.
29. Karsh BT, Beasley JW, Brown RL. Employed family physician satisfaction and commitment to their practice, work group, and health care organization. *Health Serv Res.* 2010;45: 457-75.