

Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención

S. Redondo Martín^a, E. Bolaños Gallardo^b, A. Almaraz Gómez^c y J.A. Maderuelo Fernández^d

Objetivo. Analizar las opiniones de los usuarios de atención primaria sobre la atención que reciben e identificar las principales áreas de satisfacción.

Diseño. Estudio cualitativo mediante grupos de discusión y entrevistas abiertas durante el período enero-mayo de 2003.

Emplazamiento. Áreas de salud de Valladolid.

Participantes. Los criterios de inclusión fueron: haber acudido alguna vez a la consulta de atención primaria y tener entre 35 y 80 años. La captación se ha realizado a través de informadores clave, mediante la técnica de bola de nieve.

Método. Se realizaron 6 grupos de discusión y entrevistas con representantes de 3 asociaciones de enfermos y una de vecinos. Se llevó a cabo un muestreo estructural en función de las variables que influyen en la satisfacción. Las conversaciones fueron recogidas en cintas magnetofónicas y transcritas literalmente en papel. El análisis de los textos ha sido realizado por dos investigadoras y se ha buscado la concordancia entre ambas.

Resultados. Las áreas principales relacionadas con la satisfacción han sido: el trato recibido de los profesionales, que se valora como una parte fundamental de la atención, unida a la calidad técnica, la continuidad de los cuidados, los servicios de admisión, los trámites burocráticos, las barreras para acceder a los servicios especializados y las listas de espera.

Conclusiones. La atención personalizada, el tiempo dedicado por el profesional, la continuidad de los cuidados y las listas de espera son las principales áreas relacionadas con la satisfacción percibida por los pacientes. Las posibles respuestas para mejorar esta situación son: la implementación de cambios en la gestión y la organización asistencial que simplifiquen los procesos, la inversión de recursos (humanos y económicos), los cambios en el modelo de relación profesional-paciente y la mejora en la formación de pregrado y posgrado.

Palabras clave: Atención primaria. Calidad percibida. Usuarios. Grupos de discusión. Metodología cualitativa.

PERCEPTIONS AND EXPECTATIONS OF PRIMARY HEALTH CARE: A NEW FORM OF IDENTIFYING IMPROVEMENTS IN THE CARE SYSTEM

Objective. To analyse the opinions of the users of primary care on the care that they receive and to identify the principal areas of satisfaction.

Design. Qualitative study using discussion groups and open interviews during the period January-May 2003.

Setting. Health areas of Valladolid, Spain.

Participants. The inclusion criteria were: to have attended a primary care clinic at sometime and to be between 35 and 80 years old. Recruitment was carried out through key informants, using the snowball technique.

Method. 6 discussion groups and interviews with representatives of 3 nursing and 1 residents association were carried out. Structural sampling was carried out as regards the variables that influenced satisfaction. The conversations were recorded using tape recorders and literally transcribed on paper. The analysis of the texts was carried out by 2 investigators and concordance was sought between them.

Results. The principal areas related to satisfaction were: the treatment received from the professionals, which is considered a fundamental part of care, combined with the technical quality, continuity of the care, the admission services, the bureaucratic procedures, the barriers for accessing specialised services, and waiting lists.

Conclusions. Personalised care, the time dedicated by the professional, the continuity of care, and waiting lists are the principal areas related to the perceived satisfaction of the patients. The possible responses to improve this situation are: the implementation of changes in the care management and organisation which would simplify the procedures, investment of resources (human and economic), changes in the model of the professional-patient relationship, and improvements in undergraduate and postgraduate training.

Key words: Primary care. Perceived quality. Users. Discussion groups. Qualitative methodology.

English version available at
www.atencionprimaria.com/138.455

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 364)

^aServicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valladolid. España.

^bAgencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

^cServicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

^dGerencia de Atención Primaria. Salamanca. España.

Fuente de financiación: Programa de apoyo a proyectos de investigación a iniciar en 2002 de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León.

Correspondencia: S. Redondo Martín. Federico Landrove Moíno, 18, 4.º. 2.ª. 47014 Valladolid. España. Correo electrónico: susanala@delfin.retcal.es

Manuscrito recibido el 29 de julio de 2004. Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de enero de 2005.

Introducción

El modelo de atención primaria (AP) ha ido mejorando progresivamente desde su implantación^{1,2}, aunque tiene importantes retos por delante. La calidad de la atención sanitaria preocupa a usuarios, profesionales y gestores, que son la principal vía para la mejora de los servicios. Entre los distintos conceptos de calidad (control de calidad, garantía de calidad, gestión de calidad y calidad total), la satisfacción es uno de los factores importantes a tener en cuenta³⁻⁵, como queda de manifiesto en el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM)⁶⁻⁹. Por ello, profundizar en la opinión de los usuarios, sus necesidades y expectativas, desde la perspectiva de la calidad percibida^{10,11}, es de gran importancia. Además, no hay que olvidar que la satisfacción es considerada en la actualidad como parte de los resultados de la asistencia sanitaria^{12,13}.

Sin embargo, en muchas de las encuestas de satisfacción se obtienen altas puntuaciones que no se corresponden con el sentir de la población⁵ y no identifican los problemas. La metodología cualitativa permite ahondar y comprender estos aspectos¹⁴⁻¹⁹ mediante la identificación de nuevas áreas de mejora de los servicios y el planteamiento de nuevos aspectos para optimizar las encuestas de satisfacción^{1,16}.

El objetivo de este estudio ha sido analizar las opiniones y las expectativas de los usuarios sobre la atención que reciben en AP e identificar las principales áreas relacionadas con la satisfacción.

Material y métodos

Diseño

La metodología cualitativa es la más adecuada para cubrir el objetivo del estudio²⁰. Estos diseños se construyen a medida que se avanza en el proceso de investigación, recabando las distintas visiones y perspectivas de los participantes en el estudio^{21,22}. Así, los grupos focales y su variante española, los grupos de discusión, se han utilizado en diversos estudios sobre satisfacción^{1,15,23,24}. Mediante la interacción de los discursos de los participantes, que tienden a representar a los grupos sociales que los enuncian^{23,25,26}, se produce información de interés^{1,16}. Las cuestiones más importantes del desarrollo de los grupos se indican en la tabla 1. La guía temática utilizada por la preceptora se muestra en la tabla 2. Por último, indicaremos que en cada grupo hubo una observadora.

De forma complementaria se han realizado entrevistas^{27,28} a personas de diferentes asociaciones (tabla 3) que pudieran tener una visión particular de la AP.

Muestra y participantes y/o contextos

El diseño muestral es estructural y se ha realizado en función de las variables de la estructura social (que mediatizan los discursos) más importantes en relación con los objetivos. Por otro lado, las entrevistas se han realizado a personas de las asociaciones de en-

TABLA 1
Descripción de los grupos de discusión

1. Lugar de realización y procedencia de los participantes

Zona urbana: Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid. Valladolid capital (Zona Básica de Salud de las dos Áreas)

Zona rural: casa de la cultura de Pozal de Gallinas. Participación de personas de los siguientes municipios: La Zarza (Zona Básica de Salud de Olmedo), Bobadilla del Campo, Pozal de Gallinas y Nueva Villa de las Torres (Zona Básica de Salud Medina del Campo)

2. Consigna inicial: «Vamos a hablar de los aspectos que os ayudan a mantener o mejorar vuestra salud en la vida cotidiana»

3. Desarrollo: la discusión se centró en los aspectos relacionados con los objetivos, según fueron mencionados espontáneamente por los hablantes. En caso de que algún tema no hubiese surgido de manera espontánea, se planteaba su discusión en el momento adecuado

4. Duración: 90 min y 2 h. El grupo se dio por finalizado cuando, a juicio de la preceptora, se había agotado la producción grupal y empezaba a haber redundancia sobre ésta

TABLA 2
Guía temática de los grupos de discusión

Formas para mantener y mejorar su salud

Aspectos que valoran más positivamente de la atención primaria

Aspectos de la atención primaria con los que están más descontentos

Opinión sobre los profesionales que atienden su salud

Opinión sobre otros profesionales de los centros de salud

Opinión sobre el espacio físico y la accesibilidad de los centros de salud

Sugerencias y demandas para mejorar la asistencia en los centros de salud

fermos más significativas de Valladolid y de la asociación de vecinos con más peso (tabla 3).

Las variables consideradas en el diseño de los perfiles que se debía incluir en los grupos han sido:

1. Edad. Condiciona las opiniones y las valoraciones^{12,13}; además, está relacionada con la utilización de los servicios de salud. Participan personas entre 35 y 80 años, que son las que más utilizan los servicios sanitarios²⁸, separadas en dos intervalos de edad (35-55 y 65-80 años), ya que partir de los 65 años aumentan las enfermedades crónicas y, por tanto, la utilización de los servicios de salud²⁸.
2. Sexo. Las diferencias sociales entre varones y mujeres influyen en sus opiniones, sus valores e incluso en la utilización del sistema sanitario¹³. Además, muchas mujeres son cuidadoras de algún familiar²⁹, lo que puede conllevar un tipo de necesidades sanitarias diferenciado de las del resto de la población^{30,31}.
3. Lugar de residencia. La residencia en el ámbito rural o urbano repercute en la accesibilidad y el tipo de servicios que reciben y, por tanto, en la satisfacción¹².
4. Nivel educativo. Se ha considerado el nivel educativo como un indicador aceptable de la clase social³²; éstos son aspectos que influyen en la satisfacción¹².
5. Actividad: trabajador activo, trabajo doméstico, jubilación. El tipo de actividad realizada también se relaciona con el acceso y la utilización de los servicios de salud³³.

Para la composición de los grupos se han tenido en cuenta los criterios de exclusión (tabla 4), así como los mínimos de homogeneidad y heterogeneidad para garantizar la producción discursiva

TABLA 3 Descripción de las entrevistas

1. *Lugar de realización y procedencia de los participantes:* las entrevistas se realizaron a personas representantes de sus colectivos en los locales donde se encuentran estas asociaciones

Asociaciones de enfermos: Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), Asociación de enfermos mentales El Puente y Asociación Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid

Asociación de vecinos La Rondilla

2. *Consigna inicial:* «la idea es conocer la opinión que tenéis en la asociación sobre la atención dada en los centros de salud de atención primaria a la problemática de la que os ocupáis»

3. *Desarrollo:* la discusión se centró en los aspectos relacionados con los objetivos del problema de salud específico, según fueron mencionados espontáneamente por los entrevistados. En caso de que algún tema no hubiese surgido de manera espontánea, se planteaba su discusión en el momento adecuado

4. *Duración:* entre 45 min y 1 h

TABLA 4 Criterios de exclusión

Cualquier tipo de discapacidad o merma cognitiva, auditiva o de dicción que dificulte la comunicación oral

Ser profesional sanitario o familiar directo

Estar vinculado profesionalmente a los servicios sanitarios

Tener algún tipo de incapacidad física que dificulte el desplazamiento al lugar de realización de los grupos

Personas que no hayan utilizado nunca la asistencia en atención primaria, bien directamente o a través de un familiar cercano

siva y eliminar bloqueos. La composición de los grupos se describe en la tabla 5.

Captación de los participantes

Se ha realizado con el método de bola de nieve o red de captación mediante pasos sucesivos. Se contactó con personas con relaciones sociales en distintos entornos y con trabajadores sociales

TABLA 5 Composición de los grupos de discusión

	Edad (años)		Sexo		Nivel de estudios		Procedencia		Actividad		
	35-55	65-80	V	M	Sin estudios o primarios	Secundarios o universitarios	Rural	Urbana	Trabajador activo	Trabajador doméstico	Jubilado
G1		9	4	5	9			9		5	4
G2	7		3	4	7			7	5	2	
G3	5		3	2		5		5	4	1	
G4		8	4	4	8		8			4	4
G5	7		5	2	7		7		5	2	
G6	5			5	3	2		5	3	2	

V: varón; M: mujer; G1: grupo urbano de personas mayores; G2: grupo urbano de jóvenes con nivel educativo sin estudios o primarios; G3: grupo urbano de jóvenes con nivel educativo estudios secundarios o universitarios; G4: grupo rural de personas mayores; G5: grupo rural de jóvenes; G6: grupo urbano de mujeres cuidadoras.

del Ayuntamiento. No se utilizó la red sanitaria para evitar sesgos en la selección o en el discurso de los usuarios.

Análisis

El discurso producido se grabó en cinta magnetofónica, previo consentimiento de los participantes, y después se transcribió literalmente. El análisis y la interpretación de la información fue efectuada de forma independiente por dos investigadoras, que realizaron sesiones para contrastar y discutir el material analizado. Primero se hizo una lectura repetida de los textos y se anotaron las posibles significaciones; después se seleccionaron los dichos y las frases más representativos, y se relacionaron, agruparon e identificaron las categorías informativas. Éstas fueron estructuradas con posterioridad en los ejes informativos que dan cuenta de las perspectivas de los usuarios, a partir de la comprensión de las significaciones y los sentidos incorporados en sus discursos.

Resultados y discusión

El trabajo de campo ha sido realizado entre febrero y junio de 2003. A continuación se describen los aspectos más importantes relacionados con la satisfacción (tabla 6).

Accesibilidad

Uno de los aspectos más valorado por los participantes es la accesibilidad a los servicios de salud, tal y como ocurre en otros estudios^{1,5,24,32,34}. Destacan la cercanía física, la facilidad de contacto telefónico y la atención en horario de mañana/tarde como los más importantes.

«Pero que no te pille lejos, que sea accesible» (G2).

«... hay veces que no, porque es que no haces más que llamar y llamar y estás diciendo ¿qué estarán haciendo las telefonistas que no cogen el teléfono?...» (G6).

Los informantes tienen una opinión positiva de la cita previa, ya que permite una mejor organización y facilita el acceso del profesional a la historia clínica. No obstante, esta percepción se sostiene en la medida en que sea concedida en el mismo día.

TABLA 6 Principales factores relacionados con la satisfacción

1. Accesibilidad
Cercanía física
Contacto telefónico
Atención por la mañana y la tarde
Atención diaria en zona rural
Cita previa
2. Derivación a atención especializada
Facilidad de acceso
Listas de espera
3. Tiempo de atención
Tiempo de espera
Tiempo dedicado
4. Continuidad en los cuidados
Conocimiento profesional-paciente
Conocimiento de la historia clínica y los seguimientos
5. Los profesionales sanitarios/no sanitarios
Comunicación interpersonal
Confianza
Información
Personal administrativo
6. Prevención
Necesidad de estas actuaciones
7. Recursos psicosociales
Salud mental
Apoyo sociosanitario

«Está estupendo, pero no cuando te dicen: ven pasado mañana» (G2).

En la zona rural, la asistencia médica diaria es considerada como muy importante y determina la diferencia de opinión entre las personas de poblaciones que cuentan con este recurso y las que no.

«Tenemos, por ejemplo, el médico de cabecera todos los días aquí, en casa, que no es como otros pueblos rurales, que el médico va una vez a la semana» (G4).

Derivación a atención especializada

Del discurso se deriva que una de las funciones primordiales de la AP es canalizar al paciente a la atención especializada. La satisfacción aparece relacionada con la mayor disposición y celeridad del profesional para derivar cuando el problema de salud no ofrece una clara mejoría.

«Yo, para mí, el médico de cabecera es el que debe dar la voz de alarma y mandarte al especialista porque ellos no tienen los medios, pero ellos ven ya que puede haber algo y avisar» (G5).

En este sentido y como en otros estudios^{34,35}, la queja más frecuente gira en torno de las listas de espera para acceder a la atención especializada.

«Ésa es la pega, que... tardan mucho tiempo desde que estás malo hasta que te mandan para que te vean» (G5).

Tiempo de atención

La masificación^{5,32,36} repercute en otros aspectos de la satisfacción, como el tiempo de espera en las consultas³⁵ y el tiempo dedicado por los profesionales a los pacientes. Las opiniones giran en torno de la incompatibilidad entre la calidad y la rapidez.

«En AP pecan del poco tiempo que tienen para dedicarle a cada paciente y muchas veces el paciente requiere más tiempo, porque muchas veces no es tanto la enfermedad como que le atiendan el alma» (AECC).

El tiempo de espera se reduce en el ámbito rural. No obstante, el usuario tiene la percepción de que suele esperar más de lo deseable, antes de entrar en consulta.

«Tampoco es un pueblo tan grande para tener que esperar tanto; hay veces que tienes media hora» (G4).

Continuidad en los cuidados

Los usuarios valoran mucho la continuidad en los cuidados, aunque es una variable poco indicada³². Por un lado, hace referencia al mutuo conocimiento profesional-paciente en el marco de una buena relación, ya que cuando cambia el profesional se generan costes relacionados con la necesidad de adaptarse y acoplarse.

«La persona que está muchos años contigo te da más confianza» (G4).

Otro aspecto es la utilización de la historia clínica¹. Se concede mucha importancia a que los profesionales conozcan los antecedentes de los pacientes y se lleve un seguimiento riguroso de las enfermedades, los factores de riesgo, los tratamientos y las pruebas realizadas.

«Lo bueno que veo en el médico nuestro es eso, que una inyección o algo que te ponga, enseguida te lo escribe y te lleva un control muy grande» (G5).

Los profesionales sanitarios/no sanitarios

Uno de los aspectos más destacado por los usuarios es el relativo a la relación profesional-paciente, y es una de las cuestiones más referenciadas en otros estudios^{24,32-35,37}. Tanto en el personal sanitario como en el no sanitario se valoran la amabilidad, el interés, la atención personalizada, la escucha y la empatía, es decir, las variables que humanizan la asistencia, aunque estas claves aparecen unidas a la

necesidad de competencia técnica por parte del profesional.

«Al final lo que quieres es que te escuchen; yo, cuando bajo por un problema, lo que quiero es que me escuchen y si no te ha escuchado y te ha dado mucha medicina, a mí no me vale» (G2).

La capacidad de los profesionales para proporcionar información clara y útil es otro aspecto también valorado.

«Que sea una persona con unos conocimientos y que te los sepa explicar, que te entienda un poco, que sepa llevarte» (G2).

La confianza es una de las palabras que más veces aparece en los distintos discursos analizados y se presenta como piedra angular. Cuando los pacientes perciben confianza, acuden a los servicios de salud más tranquilos y seguros.

«El enfermo, para curarse, tiene que confiar en el médico; si tú vas ya con una desconfianza...» (G5).

Se producen quejas por el trato proporcionado por el personal administrativo a los usuarios. A la vez, se reconoce la importancia de su función como llave de acceso al sistema. Para los informantes, la labor de estos profesionales para ofrecer información básica, facilitar el tránsito por el sistema sanitario, aclarar dudas, etc., es del todo incuestionable.

«Y son la primera puerta para que el enfermo vaya bien atendido, y si a una persona mayor le tienes que dar explicaciones o hacerle el número para que lo vea sin gafas o apuntárselo bien, de alguna manera para que luego no la tengan que llamar tonta por no haberse enterado de que la cita era a las 5.30 en vez de a las 6.30» (G2).

Prevención

En este aspecto, consideran que las actividades y los mensajes de prevención son esenciales en la atención primaria de salud^{5,33}, pero este papel no está suficientemente cubierto.

«Preventiva de verdad, que cada año te hagan un chequeo como es debido, que pierdas 2 horas o 1 hora y media una vez al año y no tengas que llegar a..., o lo menos posible» (GUJB).

Recursos psicosociales

Los participantes observan lagunas y carencias en relación con los recursos psicosociales, en especial los que atienden a la salud mental. Esta queja es enfatizada en el discurso de las personas que, por su situación o pertenencia a alguna asociación, han podido experimentar la necesidad de contar con apoyos de este tipo y la escasa respuesta dada por los servicios de salud.

«En la atención primaria no hay ningún servicio específico para la detección precoz de la enfermedad mental y, desde luego,

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La satisfacción de los usuarios es un factor muy importante en la valoración de la calidad asistencial en atención primaria. Los cuestionarios/encuestas que se utilizan para valorar la satisfacción no son sensibles a la opinión de la población y no permiten detectar áreas de mejora.

Qué aporta este estudio

- La metodología cualitativa ha sido útil para conocer la opinión de los usuarios de AP.
- Como en otros estudios destacan la accesibilidad, el trato y la competencia técnica como las claves para entender la opinión de los usuarios.
- Uno de los elementos que genera más quejas es el relativo a los tiempos de espera para acceder a la atención especializada.
- En este estudio, los pacientes demandan continuidad en los profesionales, más actividades preventivas y mejora de los recursos psicosociales, con especial atención a la salud mental de la población.

echamos en falta desde nuestras asociaciones esta carencia» (Asociación El Puente).

Conclusiones, utilidad y limitaciones

Las opiniones de los participantes giran en torno de tres pilares que constituyen la base de la satisfacción/insatisfacción. En primer lugar, y coincidiendo con los resultados de otros estudios^{24,32-35}, encontramos los aspectos organizativos y estructurales que condicionan el acceso a los servicios de la atención especializada, las listas de espera y la continuidad de los cuidados.

En segundo lugar se valora el trato recibido por los diferentes profesionales que atienden a los pacientes. En concreto, respecto al personal sanitario, la competencia técnica, la relación con los pacientes basada en la amabilidad, la escucha y la empatía, el ofrecimiento de información clara³⁹ y adaptada a las diferentes necesidades son los aspectos más destacados. Estas variables se revelan también como centrales en otros estudios^{24,32-35,37,40,41}. En este sentido, la formación de pregrado y posgrado en el campo de la comunicación interpersonal es necesaria para mejorar y humanizar los servicios de salud.

El tercer aspecto hace alusión a la escasez de algunos servicios, como los concernientes a programas preventivos en algunos grupos de edad^{5,32}, los servicios de salud mental y la respuesta a necesidades de tipo psicosocial, como es el caso de las mujeres que atienden a pacientes dependientes, y que ya han puesto de manifiesto otros estudios^{42,43}.

Como conclusión, se advierte la necesidad de realizar transformaciones en la organización y la gestión para mejorar la utilización de los recursos disponibles, la inversión en nuevos recursos humanos y materiales, la simplificación en los trámites y una mayor estabilidad laboral que favorezca la continuidad de los profesionales. Por otra parte, es necesario generar dispositivos de análisis y reflexión que redefinan el modelo de relación entre profesionales y pacientes, considerando las variables políticas, sociales y culturales en las cuales ésta se enmarca.

Por tanto, la utilización de una metodología cualitativa ha resultado interesante y valiosa para obtener la visión de los usuarios e identificar áreas de mejora relacionadas con la satisfacción, como se recomienda en otros trabajos^{34,44,45}.

Por último, es importante remarcar que el estudio no aborda la opinión de colectivos más específicos (inmigrantes, gitanos, jóvenes). También hay que tener en cuenta al interpretar los resultados la posibilidad de que se haya producido un sesgo positivo en la opinión de los participantes, ya que se han encontrado bastantes resistencias en la participación^{15,32}. Para mejorar la validez, el análisis se ha realizado entre dos investigadoras y se ha intentado maximizar la diversidad de opiniones en función de las variables estructurales, logrando la saturación del discurso en los grupos realizados, y se han descrito los perfiles y los resultados de forma que se puedan aplicar a contextos similares. Sin embargo, no debemos olvidar que los resultados no son generalizables a otros grupos de población, salvo que se apliquen a poblaciones similares a la estudiada.

Bibliografía

- Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, López Fernández LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria*. 1999;24:259-66.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344:1129-33.
- Siles Roman D. Nuevas perspectivas en participación comunitaria: dar poder a los pacientes. *Aten Primaria*. 1992;9:166-8.
- Zeithaml V, Berry L, Parasuraman A. Calidad total en la gestión de los servicios. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
- Maderuelo JA, Carriedo Eserrano M, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria*. 1996;17:80-4.
- Roure J, Rodríguez MA. Aprendiendo de los mejores. El modelo EFQM y el proceso de autodiagnóstico en la práctica. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 2000.
- European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de excelencia: 1999. Madrid: Club Gestión de Calidad; 1999.
- Lleras Muñoz S. Grupo de trabajo para la adaptación del Modelo EFQM de excelencia. Guía de autoevaluación en atención primaria. Cuestionario adaptado para la aplicación del Modelo Europeo de excelencia. Valladolid: Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud; 2003.
- Maderuelo Fernández JA. Gestión de calidad total. El modelo EFQM de excelencia. *MEDIFAM*. 2002;12:631-40.
- Retamal González A, Monge Jordra V. Valoración de la calidad percibida de los usuarios de zonas básicas de salud de Cuenca. *Aten Primaria*. 1999;24:507-13.
- Saturno Hernández PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública*. 1995;69:163-75.
- Badia X, Del Llano J. Investigación de resultados de salud. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:1-7.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Supl 3:26-33.
- García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*. 2000;25:181-6.
- Íñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cuantitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria*. 1999;23:496-502.
- March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Aten Primaria*. 1999;14:312-9.
- De Andrés Pizarro J. El análisis de estudios cualitativos. *Aten Primaria*. 2000;25:42.
- Seale C, Silverman D. Ensuring rigour in qualitative research. *Eur J Public Health*. 1997;7:379-84.
- Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. Qualitative research is a valid alternative too. *Aten Primaria*. 2004;34:161-9.
- Taylor SJ, Bogdan R. Ir hacia la gente. En: Taylor SJ, Bogdan R, editores. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1996.
- Enrique Alonso L. La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998.
- Peiró R. El grupo de discusión en el entorno sanitario. *Quaderns de salut pública i administració de serveis de salut*. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1996.
- Hernán García M, Gutiérrez Cuadra JL, Lineros González C, Ruiz Barbosa C, Rabadán Asensio A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Aten Primaria*. 2002;30:425-34.
- Callejo Gallego J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:409-22.
- Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis Psicológica; 1994. p. 287-316.
- Ribot Cátala C, Fernández-Tenllado Gila MA, García de León Solerab D. Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. *Aten Primaria*. 2000;25:119-28.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001 [accedido 3 nov 2003]. Disponible en: <http://www.msc.es/>
- La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit*. 2001;15:498-505.

30. Haley WE, Levine EG. Psychological, social and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *J Am Geriatric Soc.* 1987;35:405-11.
31. García Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18:83-92.
32. Delgado Sánchez A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria.* 2003;31:307-14.
33. Cirera Suárez L, Torno Díaz MJ, Santiuste de Pablos C, Chirlauque MD, Galván Olivares F, Navarro Sánchez C. ¿Son la ocupación y la educación intercambiables como indicadores sociales en salud comunitaria? Un estudio en población ocupada. *Aten Primaria.* 2000;9:614-9.
34. Palacios Lapuente F, Marquet Palomer R, Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Bell Reverte M, Piñol Monso JL. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria.* 2003;31:307-14.
35. Mira JJ, Rodríguez Marin J, Peset R, Ybarra J, Pérez Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en los hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2002;17:273-83.
36. Ballesteros Pérez AM, García González AL, Fontcuberta Martínez J, Sánchez Rodríguez F, Pérez-Crespo C, Alcázar Manzanera F. La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar? *Aten Primaria.* 2003;31:377-81.
37. García JA, Paterniti DA, Romano PS, Kravitz RL. Patient preferences for physician characteristics in university based primary care clinics. *Ethn Dis.* 2003;13:259-67.
38. Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calidad Asistencial.* 2002;17:4-10.
39. Bolaños E, Sarría A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria.* 2003;32:195-202.
40. Barca Fernández I, Parejo Miguel R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria.* 2004;33:361-4.
41. Delgado A, López Fernández LA. Práctica profesional y género en atención primaria. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 1:112-7.
42. Argimon JM, Limon E, Abós T. Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes discapacitados. *Aten Primaria.* 2003;32:84-5.
43. Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 1:195-200.
44. Costa Font J. Establecimiento de prioridades, opinión pública y sistema sanitario en España. *Gac Sanit.* 2001;15:237-44.
45. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial.* 2002;17:22-9.

COMENTARIO EDITORIAL

Sobre la calidad percibida de la atención primaria

A. Martín Zurro

Coordinador General del Programa de Medicina de Familia y Comunitaria de Cataluña. Barcelona. España.

La percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios ofertados por los centros y equipos de atención primaria varía en función de factores que tienen su origen en los distintos elementos que intervienen en el proceso asistencial y en sus resultados: la organización y las dotaciones de los centros y las consultas, y las características de los profesionales y de los propios usuarios. La satisfacción con la atención recibida es una resultante de la interacción conjunta de estos grupos de factores y, por ello, suele ser dificultoso analizar, bajo la perspectiva de causa-efecto, el papel de cada uno de ellos aisladamente¹.

Del conjunto de elementos que definen la organización de la atención primaria de salud, la accesibilidad¹, la disponibilidad de tiempo² y la continuidad³⁻⁹ son los factores que más influyen en la percepción y la satisfacción de los usuarios.

En el grupo de factores relacionados con las características de los profesionales destacan los que posibilitan establecer una adecuada relación con el paciente y una atención amable y personalizada^{10,11}.

Puntos clave

- La satisfacción de los usuarios con la atención recibida es una resultante de múltiples factores con origen en el sistema de salud, los profesionales y los propios pacientes.
- Accesibilidad, continuidad y una relación médico-paciente óptima determinan una gran parte de la satisfacción final.
- Los elementos de evaluación de la atención primaria deben abandonar la valoración centrada en la cantidad de visitas realizadas y atender primordialmente a la calidad y la satisfacción.
- La nueva atención primaria debe contextualizarse en el seno de un subsistema de cuidados clínicos personales y aprovechar los nuevos enfoques organizativos que proporcionan las tecnologías de la información y la comunicación.

Algunas características de los pacientes también parecen desempeñar un papel relevante en su percepción y en las expectativas sobre la calidad de la atención recibida; la edad, la situación socioeconómica, la presencia de enfermedades crónicas y la mala situación de salud, y la utilización frecuente de los recursos sanitarios son factores que han sido analizados de manera habitual en esta perspectiva¹²⁻¹⁹.

En el trabajo de Redondo Martín et al incluido en este número de ATENCIÓN PRIMARIA se analizan cualitativamente (grupos de discusión) las percepciones y expectativas de los pacientes, traducidas en términos de satisfacción, sobre diversos aspectos de la atención recibida en centros de salud y, a partir de ellas, se deducen posibles iniciativas de mejora. Para homogeneizar las características de los pacientes participantes se establecieron 6 grupos de discusión compuestos cada uno por 5-7 personas. Esta compartimentalización grupal podría considerarse excesiva para el objetivo del estudio. Las conclusiones corroboran el papel de los principales factores que influyen en la satisfacción y que han sido analizados con frecuencia en la bibliografía científica y añaden algunos, como los referentes a la relevancia de las actividades preventivas y a las deficiencias observadas en la asistencia a la salud mental en el contexto de la atención primaria, que han recibido poca atención en estudios previos²⁰⁻²⁴.

Como señalábamos al principio, la satisfacción del usuario-paciente tiene su origen en múltiples factores, pero hay un amplio acuerdo en la bibliografía científica al considerar que la continuidad y la accesibilidad de la atención y, en relación con ellas, el establecimiento de una relación médico-paciente basada en la confianza y en la participación bilateral en la toma de decisiones²⁵⁻²⁷, y situada en un contexto de disponibilidad de tiempo suficiente, son factores nucleares para determinar no solamente la satisfacción del usuario, sino también los resultados en términos de efectividad y eficiencia de la atención prestada. En este marco, los profesionales de enfermería están llamados a desempeñar un papel cada vez más protagonista²⁸.

Este conglomerado nuclear que debería caracterizar la actividad de la atención primaria adquiere cada vez mayor importancia a medida que progresa el grado de dependencia del paciente en relación con los servicios de salud y sociales (enfermedades crónicas, minusvalías psicofísicas, etc.). En definitiva, estamos hablando de una atención primaria construida con la misión primordial de prestar una atención clínica personalizada y en la que deben integrarse cada vez más los recursos de salud mental y sociosanitarios. Este subsistema de atención clínica personal se diferencia (aunque no se separa) del de atención clínica tecnológica centrada en los hospitales de agudos. Esta nueva atención primaria debe dejar totalmente atrás su imagen casi exclusiva de *gatekeeper* y de punto de distribución de pacientes hacia el subsistema tecnológico y asumir una mayor capacidad resolutoria. Tal como se describe en

un editorial reciente de la edición americana del *British Medical Journal*²⁹, es necesario redefinir la atención primaria e incluir en esta redefinición una nueva perspectiva de evaluación de su actividad que no debe centrarse en el número de visitas clínicas realizadas, sino en la calidad y la satisfacción generadas.

La plena incorporación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación a la actividad clínica cotidiana introducirá cambios profundos en las cargas de trabajo. En el editorial citado previamente se apunta que la atención por internet (correo electrónico y web) podrá asumir un porcentaje cada vez mayor de la actividad asistencial y preventiva; también se habla de la necesidad de impulsar nuevas fórmulas de atención, como las visitas de grupos de pacientes con enfermedades crónicas, y de potenciar el acceso y la posibilidad de que los pacientes puedan añadir informaciones relevantes en su historia clínica informatizada y situada en la web del centro o del profesional.

Es en estos contextos en que hemos de situar la nueva atención primaria y, con ella, a unos profesionales capaces de proporcionar servicios de salud con un óptimo nivel de calidad y percibidos como satisfactorios y efectivos por los ciudadanos, los políticos y gestores responsables del sistema sanitario.

Bibliografía

1. Palacio Lapuente F, Marquet Palomer R, Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Bel Reverter M, Piñol Morero JL. Las expectativas de los pacientes. ¿Qué aspectos valoran en un centro de salud?: un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria*. 2003;31:307-14.
2. Lin CT, Alberston GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med*. 2001;161:1437-42.
3. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*. 2005;20:226-33.
4. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* (on line). 2004;53.
5. Mainous AG, Goodwin MA, Stange KC. Patient-physician shared experiences and value patients place on continuity of care. *Ann Fam Med*. 2004;2:452-4.
6. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004;2:445-51.
7. Morgan ED, Pasquarella M, Holman JR. Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17:341-6.
8. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med*. 2003;1:131-3.
9. Pereira AG, Pearson SD. Patient attitudes toward continuity of care. *Arch Intern Med*. 2003;163:909-12.
10. Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationship between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract*. 2002;52:392-3.
11. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PhD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15:25-38.

12. Martínez de la Iglesia J, Mateos C, Perula de Torres LA, Rodríguez Torronteras A, Criado A, Jiménez García C, et al. Factores socioeconómicos: ¿influyen sobre la demanda y el grado de satisfacción en atención primaria? *Aten Primaria*. 1990;7:106-11.
13. Bolívar I. La satisfacción con la atención primaria: factores poblacionales. *Gac Sanit*. 1999;13:371-83.
14. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Arch Fam Med*. 2000;9:1148-55.
15. Fiscella K, Franks P. Impact of patients' socioeconomic status on physician profiles: a comparison of census-derived and individual measures. *Med Care*. 2001;39:25-8.
16. Jung HP, Baerveldt C, Olesen F, Grol R, Wensing M. Patient characteristics as a predictor of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expec*. 2003;6:160-81.
17. Linn LS. Factors associated with patients' evaluation of health care. *Milbank Mem Fund Q Health Soc Fall*. 1975;53:531-48.
18. Peck BM, Ubel PA, Roter DL, Goold SD, Asch DA, Jeffreys AS, et al. Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients' satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2004;19:1080-7.
19. Glynn LG, Byrne M, Newell J, Murphy AW. The effect of health status on patients' satisfaction with out-of-hours care provided by a family doctor cooperative. *Family Practice*. 2004;21:679-85.
20. Flach SD, McCoy KD, Vaughn TE, Ward MM, Bootsmiller BJ, Doebbeling BN. Does patient-centered care improve provision of preventive services? *J Gen Intern Med*. 2004;19:1019-26.
21. Fansg MC, McCarthy EP, Singer DE. Are patients more likely to see physicians of the same sex? Recent national trends in primary care medicine. *Am J Med*. 2004;117:613-4.
22. Little P, Everitt H, Williamson I, Moore M, Gouls C, Ferrier K, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322:468.
23. Fiscella K, Goodwin MA, Stange KC. Does patient educational level affect office visits to family physicians? *Natl Med Assoc*. 2002;94:157-65.
24. Nolan P, Badger F. Aspects of the relationship between doctors and depressed patients that enhance satisfactions with primary care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005;12:146-53.
25. Gené Badia J. Decidiendo juntos ganaremos efectividad. *Aten Primaria*. 2005;35:175-7.
26. Nebot Adell C, Baqués Cavallé T, Crespo García A, Valverde Caballero I, Canela Soler J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;35:290-4.
27. Barca Fernández I, Parejo Míguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria*. 2004;33:361-4.
28. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD001271.
29. Scherger JE. Primary care needs a new model of office practice. *BMJ*. 2005;330:358-9.