

Satisfacción de los pacientes atendidos en dos modelos asistenciales de Atención Primaria distintos, en España y Portugal

Ricardo E. Reolid Martínez^a, María Flores Copete^a, Mónica López García^a, Fernando Briones Monteagudo^a, Pilar Alcantud Lozano^a, Milagros Azorín Ras^a y María José Fernández Pérez^b

^a Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV de Albacete. Albacete (España).

^b Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV de Albacete. Albacete (España).

Correspondencia:
Ricardo E. Reolid Martínez.
Dirección postal: Centro de Salud Zona IV. C/ Seminario, 4. 02006 – Albacete (España).
Correo electrónico:
ricardoerm@hotmail.com

Recibido el 2 de mayo de 2018.
Aceptado para su publicación el 5 de junio de 2018.

Algunos de los datos recogidos en este trabajo fueron presentados en la WONCA Europe Conference 2016, celebrada en Copenhague, y en el XXXVII Congreso de la semFYC, celebrado en Madrid en 2017.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida en un centro de salud español (público, SESCAM) y otro portugués (Unidad de Salud Funcional).

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Participantes: Pacientes que acudían de forma consecutiva a consulta durante los meses de julio (Portugal) y noviembre (España) de 2014 (80 y 87 pacientes, respectivamente) y 2016 (144 y 174, respectivamente).

Mediciones Principales: Cuestionario EUROPEP, con 23 ítems, validado y estandarizado internacionalmente; otras variables: edad, sexo, nivel de estudios. El análisis estadístico incluyó descripción de variables y comparación de respuestas en ambos centros (U de Mann-Whitney)

Resultados: En 2014, la media de edad fue de 50,1 años en los españoles y 56,9 en los portugueses ($p=0,011$); en 2016 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por edad, con una media global de 49,9 años. En ambos años existía un ligero predominio femenino en los dos centros.

En general, los pacientes portugueses tenían una opinión más favorable acerca de la atención que recibían. Las diferencias más llamativas ($p<0,001$) se encontraron, en 2014, para los ítems: el médico le habla suficientemente acerca de sus síntomas (97,2 vs 81,7 %), le ayuda a manejar las emociones (94,5 vs 74,1 %) y con el tiempo de espera (74,7 vs 40,0 %). En 2016: el médico muestra interés sobre su situación (59,9 vs 75,5 %), facilita poder contar sus problemas (59,6 vs 79,0 %), se esmera en el abordaje de sus problemas (55,9 vs 73,3 %), le explora (58,1 vs 81,2 %), le ofrece prevención (50,0 vs 74,5 %), le habla suficientemente acerca de sus síntomas (58,0 vs 77,2 %), le ayuda a manejar las emociones (47,5 vs 71,2 %), sabe lo que se ha hecho durante anteriores visitas (52,8 vs 74,8 %), y con el tiempo de espera (12,9 vs 35,7 %). Con relación a ítems que valoran algunos aspectos relacionados con profesionalismo (escucha, confidencialidad, ayudar a sentirse bien) o administrativos (conseguir una cita o contactar por teléfono), no existían diferencias significativas.

Conclusiones: Los pacientes portugueses atendidos en la Unidad de Salud Funcional han mostrado una mayor satisfacción con la asistencia recibida que los atendidos en el centro de salud español.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de Salud. Satisfacción del Paciente. Organización y Administración.

ABSTRACT

Satisfaction of patients attended in two different Primary Care models, in Spain and in Portugal

Objective: The aim of the study is to know the level of patient satisfaction with the care received in a Spanish health center (public, SESCAM) and in a Portuguese health center (Functional Health Unit).

Design: cross-sectional study.

Location: Primary Care.

Participants: Patients who visited the health center consecutively during the months of July (Portugal) and November (Spain) in 2014 (80 and 87 patients, respectively) and 2016 (144 and 174, respectively).

Main measurements: EUROPEP questionnaire, with 23 items, validated and internationally standardized. Other variables: age, sex, education level. The statistical analysis included a description of the variables and a comparison of answers in both health centers (Mann-Whitney U test).

Results: In 2014, the mean age was 50.1 in Spain and 56.9 years in Portugal ($p=0.011$); in 2016 there were no statistically significant differences (NS) by age, with a global average of 49.9 years. In both years there was a slight female predominance in both centers.

In general, Portuguese patients had a more favorable opinion about the care received. The most striking differences ($p<0.001$) were found, in 2014, for items: the doctor explains sufficiently about their symptoms (97.2 vs 81.7 %), helps to deal with emotions (94.5 vs 74.1 %); and waiting time (74.7 vs 40.0 %). In 2016: the doctor shows interest in their situation (59.9 vs 75.5 %), makes it easier to talk about their problems (59.6 vs 79.0 %), takes great care in addressing their problems (55.9 vs 73.3 %), examines (58.1 vs 81.2 %), provides prevention (50.0 vs 74.5 %), explains sufficiently about their symptoms (58.0 vs 77.2 %), helps to deal with emotions (47.5 vs

71.2 %), knows what has been done during previous visits (52.8 vs 74.8 %), and waiting time (12.9 vs 35.7 %).

With regard to questions assessing some aspects related to professionalism (listening skills, confidentiality, helping to feel well) and administrative aspects (getting an appointment, or contact by telephone) there were NS.

Conclusion: Portuguese users of Functional Health Unit have shown a higher degree of satisfaction with the care provided compared with those who were attended in the Spanish health center.

KEY WORDS: Primary Health Care. Patient Satisfaction. Organization and Administration.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios ha ido ganando interés conforme estos han ido teniendo un mayor protagonismo dentro del sistema. El hecho de que se acepte que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales justifica que ésta se haya incorporado como una medida de calidad¹. La evaluación por parte de los pacientes de la atención recibida es considerada cada vez más por médicos, administradores, responsables políticos, y por los mismos pacientes, como un indicador de calidad independiente².

El análisis de la satisfacción también se está utilizando como instrumento para avalar diferentes modelos asistenciales y para mejorar la organización de los servicios, ya que su uso sistemático proporciona una retroalimentación que ayuda a elegir entre diferentes alternativas³⁻⁵.

En el ámbito de la Atención Primaria se ha mostrado un especial interés por estas actividades, sabedores de que las evaluaciones de los pacientes pueden ser utilizadas para mejorar la asistencia sanitaria y comparar la atención en diferentes sistemas de salud. La organización y la provisión de servicios en atención primaria difiere entre distintos países, especialmente en nuestro entorno europeo, en aspectos como el papel de "puerta de entrada" al sistema y las relaciones con la asistencia hospitalaria, el acceso gratuito o el pago por consulta, con los correspondientes sistemas de reembolso... Las diferencias o similitudes en los puntos de vista de los pacientes, siempre que se utilicen instrumentos internacionalmente estandarizados y validados, pueden ser útiles para contrastar fortalezas y debilidades de los distintos servicios de salud⁶.

Un grupo de investigadores de distintos países desarrollaron el instrumento EUROPEP en los años 1995-1998, ya desde el inicio con un enfoque internacional, utilizando rigurosos procedimientos de traducción y validación. El cuestionario contiene 23 preguntas que evalúan diferentes aspectos de la atención, con opciones de respuesta cerrada sobre una escala de 1 a 5, desde "pobre" a "excelente"⁷.

En 2014, dos residentes de Medicina de Familia y Comunitaria de la Unidad Docente de Albacete tuvieron la oportunidad de realizar una rotación externa en la Unidad de Salud Familiar (USF) São Julião, de Oeiras, en Portugal⁸. El impacto de co-

nocer un sistema sanitario con grandes diferencias con el nuestro hizo surgir la idea de contrastar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida en aquel entorno y el de nuestros centros de salud. En 2016, otros dos residentes realizaron una rotación externa en la misma USF, planteando la oportunidad de ver la evolución de la satisfacción de los pacientes en esos dos años. Se consideró especialmente relevante en la actual coyuntura socio-económica y política, con recortes acumulados en la prestación de los servicios públicos.

Nuestra hipótesis era que la satisfacción percibida por los pacientes varía para distintos modelos de organización asistencial en Atención Primaria. En concreto, que los pacientes de la USF tendrían una opinión más favorable acerca de la atención recibida que los de nuestro centro de salud. El objetivo del estudio se concretó en conocer el grado de satisfacción con relación al servicio de atención sanitaria en nuestro centro de salud español (público, SESCAM) y el portugués (Unidad de Salud Familiar).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal, en el que participaron pacientes de 18 o más años que consultaban en Atención Primaria, bien en el centro de salud Zona IV de Albacete (España) o en la Unidad de Salud Familiar de Oeiras (Portugal).

El tamaño muestral fue calculado inicialmente para comparar unas proporciones de pacientes satisfechos con la asistencia recibida, que se supusieron alrededor del 70 % entre los españoles y del 90 % entre los portugueses. Con una potencia del 80 % y un nivel de confianza del 95 %, se precisarían 65 pacientes en cada centro. Para la segunda fase, tomamos como referencia la satisfacción con el tiempo de espera para pasar a la consulta, que era el aspecto en que encontramos mayores diferencias en el estudio inicial. Considerando que el nivel de satisfacción se mantuviera en la USF (75 %) y esperando encontrar una mejoría en nuestro centro de salud, de hasta el 60 %, para los mismos valores de potencia y nivel de confianza, se precisarían 155 pacientes en cada centro.

Como variable dependiente se seleccionó la respuesta al EUROPEP (Anexo 1), validado y estandarizado internacionalmente. El cuestionario incluye 23 preguntas que evalúan cinco dimensiones de la relación paciente-médico: relación y comunicación, servicios de atención médica, información y apoyo, disponibilidad y acceso, y organización.

Las variables independientes incluían: edad, sexo, nivel de estudios, y ocupación del participante y del cónyuge o cabeza de familia, a fin de estimar la clase social basada en la ocupación⁹ (esta variable solo se registró en Albacete).

Se invitó a participar a los pacientes que acudían de forma consecutiva a consulta en dos cupos médicos de cada centro de salud, durante los meses

de julio (Portugal) y noviembre (España) de 2014 y 2016. Se solicitó a los pacientes consentimiento informado y se les entregó el cuestionario a fin de cumplimentarlo en las salas de espera del centro de salud.

Los datos fueron codificados e introducidos en un archivo informatizado de datos mediante el programa SPSS 19.0.

Aspectos éticos: La participación de los pacientes en el estudio fue voluntaria, solicitando la firma del documento de consentimiento informado. Se garantizó el anonimato en relación con la información obtenida.

Ningún paciente manifestó negativa a participar en el estudio. Dado el carácter voluntario de la participación no se llevó registro de quienes devolvían y quienes no el cuestionario una vez rellenado.

Análisis estadístico: El análisis estadístico ha sido realizado con el paquete estadístico SPSS 19.0. Ha incluido la descripción de las frecuencias de las

distintas variables y la comparación de proporciones y de medias, para contrastar la distribución de las variables independientes en ambos centros de salud. Las respuestas de los pacientes en ambos centros de salud se han comparado por medio del test U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Respondieron al cuestionario, en 2014, 80 y 87 pacientes, respectivamente en Portugal y España, y en 2016, 144 y 174. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los mismos. En 2014, la media de edad fue de 50,1 años en los españoles y 56,9 en los portugueses ($p=0,011$); en 2016 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (NS) por edad, con una media global de 49,9 años. En ambos años existía un ligero predominio femenino en ambos centros, especialmente en Portugal, si bien esta diferencia solo fue estadísticamente significativa en 2016. No se encontraron diferencias con relación al nivel de estudios. La clase social basada en la ocupación solo se registró en los pacientes españoles.

	Albacete		Oeiras		p	
	2014 (n=87)	2016 (n=174)	2014 (n=80)	2016 (n=144)	2014	2016
Edad: media (DE)	50,1 (16,3)	51,2 (18,6)	56,9 (17,0)	48,5 (18,2)		
No consta	6	38	6	17	0,011	0,232
Sexo (%)						
• Mujer	49 (60,5)	92 (57,1)	49 (70,0)	90 (69,2)		
• Varón	32 (39,5)	69 (42,9)	21 (30,0)	40 (30,8)	0,224	0,034
• No consta	6	13	10	14		
Nivel de estudios (%)						
• Sin estudios	3 (54,5)	10 (6,8)	3 (4,2)	9 (7,2)		
• Lee y escribe	10 (62,8)	17 (11,5)	10 (13,9)	17 (13,6)		
• Primarios	22 (63,9)	49 (33,1)	20 (27,8)	35 (28,0)		
• Secundarios	18 (50,0)	31 (20,9)	14 (19,4)	41 (32,8)	0,836	0,139
• Titulado medio / superior	30 (50,0)	41 (27,7)	25 (34,7)	23 (18,4)		
• No consta	4	26	8	19		
Clase social (%)						
• Alta y media-alta	8 (11,4)	18 (12,9)				
• Media	39 (55,7)	56 (40,3)				
• Baja	23 (32,9)	65 (46,8)				
• No consta	17	35	80	144		

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes que participaron en el estudio. Entre paréntesis se muestran los porcentajes correspondientes a cada categoría, para los pacientes en los que constaba esa información, excepto para la edad, para la que se presenta la media, y entre paréntesis la desviación estándar (DE).

En las Tablas 2 y 3 se presentan las respuestas al cuestionario EUROPEP de los pacientes españoles y portugueses, en 2014 y 2016. En general,

los pacientes portugueses tenían una opinión más favorable acerca de la atención que recibían. Las diferencias más llamativas ($p < 0,001$) se encontra-

	Albacete		Oeiras		p	
	2014 (n=87)	2016 (n=174)	2014 (n=80)	2016 (n=144)	2014	2016
Tiene tiempo	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (5-5)	5 (5-5)	0,002	0,003
No consta	0	2	0	1		
Muestra interés	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (5-5)	5 (5-5)	0,018	<0,001
No consta	0	0	0	0		
Facilita	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (5-5)	5 (5-5)	0,005	<0,001
No consta	1	3	1	1		
Su opinión cuenta	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,038	0,001
No consta	5	6	0	2		
Le escucha	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (5-5)	5 (5-5)	0,009	0,071
No consta	3	4	2	1		
Confidencialidad	5 (5-5)	5 (5-5)	5 (5-5)	5 (5-5)	0,576	0,126
No consta	0	9	2	7		
Alivia síntomas	4 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,002	0,04
No consta	1	1	1	3		
Ayuda a sentir bien	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,073	0,055
No consta	5	3	3	2		
Se esmera	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,016	<0,001
No consta	5	4	9	9		
Explora	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (5-5)	5 (5-5)	0,127	<0,001
No consta	5	26	8	6		
Ofrece prevención	5 (3,5-5)	4,5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,001	<0,001
No consta	6	10	5	7		
Explica	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (5-5)	5 (4-5)	0,017	0,01
No consta	5	12	5	4		
Le habla suficientemente	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4,25-5)	5 (5-5)	<0,001	<0,001
No consta	5	12	8	8		
Ayuda a manejar emociones	4 (3-5)	4 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	<0,001	<0,001
No consta	6	14	7	5		
Ayuda a comprender	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,048	0,01
No consta	6	13	5	5		
Sabe qué se ha hecho	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,730	<0,001
No consta	6	13	9	5		
Le prepara	4 (4-5)	4 (3-5)	4,5 (4-5)	5 (4-5)	0,464	0,002
No consta	7	15	12	14		

Tabla 2. Evaluación del médico de familia: mediana y rango intercuartílico (entre paréntesis) de la puntuación otorgada a cada uno de los ítems. Para cada uno de los ítems se indica también el número de no respuestas.

	Albacete		Oeiras		p	
	2014 (n=87)	2016 (n=174)	2014 (n=80)	2016 (n=144)	2014	2016
Amabilidad del personal	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (4-5)	5 (4-5)	0,039	0,03
No consta	2	10	1	4		
Conseguir cita	4 (3,5-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,103	0,439
No consta	2	8	1	8		
Contactar por teléfono	4 (2-5)	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)	0,624	0,237
No consta	3	13	10	17		
Hablar por teléfono	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)	0,693	0,209
No consta	7	18	13	23		
Tiempo de espera	3 (2-4)	3 (2-4)	4 (3-5)	4 (3-5)	<0,001	<0,001
No consta	2	4	1	4		
Servicios rápido	4 (3-5)	4 (4-5)	4 (4-5)	5 (4-5)	0,319	0,004
No consta	6	11	9	11		

Tabla 3. Evaluación del centro de salud: mediana y rango intercuartílico (entre paréntesis) de la puntuación otorgada a cada uno de los ítems. Para cada uno de los ítems se indica también el número de no respuestas.

ron, en 2014, para los ítems: el médico le habla suficientemente acerca de sus síntomas (97,2 vs 81,7 %), le ayuda a manejar las emociones (94,5 vs 74,1 %) y con el tiempo de espera (74,7 vs 40,0 %). En 2016: el médico muestra interés sobre su situación (59,9 vs 75,5 %), facilita poder contar sus problemas (59,6 vs 79,0 %), se esmera en el abordaje de sus problemas (55,9 vs 73,3 %), le explora (58,1 vs 81,2 %), le ofrece prevención (50,0 vs 74,5 %), le habla suficientemente acerca de sus síntomas (58,0 vs 77,2 %), le ayuda a manejar las emociones (47,5 vs 71,2 %), sabe lo que se ha hecho durante anteriores visitas (52,8 vs 74,8 %), y con el tiempo de espera (12,9 vs 35,7 %). Con relación a ítems que valoran algunos aspectos relacionados con profesionalismo (escucha, confidencialidad, ayudar a sentirse bien) o administrativos (conseguir una cita o contactar por teléfono), no existían diferencias significativas.

DISCUSIÓN

La hipótesis de que los pacientes de la USF tendrían una opinión más favorable acerca de la atención recibida se ha visto confirmada por nuestros resultados. En general, los pacientes portugueses tenían una opinión más favorable acerca de la atención recibida. Las diferencias más llamativas se centraban en el hecho de ser preguntados por lo que querían saber acerca de su enfermedad, ayudar a enfrentar problemas emocionales relacionados con su estado de salud y el tiempo de espera para entrar a la consulta. No se encontraron diferencias con respecto a cuestiones acerca del profesionalismo y de tipo administrativo.

La Atención Primaria está experimentando nuevos desarrollos, principalmente en términos de organización de la práctica. La búsqueda creciente de la satisfacción por parte de los usuarios de un determinado servicio no ha sido ajena al sector de la salud. Pese a que inicialmente esta búsqueda era más propia del sector servicios y el ámbito privado, la atención sanitaria no deja de ser un servicio más, en el que los gestores de la sanidad cada vez prestan más atención a su calidad.

Los médicos de Atención Primaria se consideran en muchos países como uno de los pilares del sistema de salud médica. La satisfacción del paciente se considera un indicador importante de la calidad de la salud junto con la calidad de vida, la mortalidad y los costos de salud y es de creciente interés para los profesionales de la salud y los gestores. Es un factor clave en la evaluación global de los servicios de atención de la salud, porque los pacientes y los médicos no siempre coinciden en las prioridades de los diferentes indicadores de seguimiento y la satisfacción de los pacientes puede influir en su estado de salud y costos médicos. La evaluación de los servicios de salud que utilizan la satisfacción de los pacientes generalmente es bien aceptada por los médicos de Atención Primaria.

Caminal¹⁰ describió diversas razones por las cuales la satisfacción de los usuarios ha de ser tenida en cuenta dentro del proceso asistencial. Mencionaba cómo la satisfacción de los usuarios se había vinculado como un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y adhesión a la consulta. Por otro lado, la satisfacción

podría ser empleada como un instrumento de medida de evaluación de las consultas y modelos de comunicación por parte de los profesionales, todo ello, con el fin de conseguir una mejora en los servicios a ofrecer a los pacientes.

Una de las principales dificultades para cuantificar la satisfacción de los usuarios de cara a compararla con la prestada en otro centro sería el valor de la experiencia subjetiva de la persona que ha recibido la atención, la cual se encuentra influida por el estado de salud en el momento del encuentro. Por otro lado, factores externos condicionantes como serían el estilo de vida, experiencias previas, expectativas y los valores del propio individuo o la sociedad en la que se encuentra también deben de ser tenidos en cuenta.

Dentro de estos factores externos o condicionantes, podríamos encontrar respuesta a algunos de los resultados hallados en nuestro trabajo. El tratarse de dos sistemas de atención de salud distintos, de dos países diferentes, donde la tradición de la sociedad también influiría en esa percepción subjetiva de la atención recibida, podría condicionar la calificación de las respuestas de los pacientes en cuanto a la calidad de la atención sanitaria recibida.

Del mismo modo, dentro de los usuarios de la USF, cabe destacar cómo algunos de ellos se han incorporado a este tipo de asistencia médica, estando previamente en otro servicio de salud público, en el que la duración de los encuentros médicos era mucho menor, y la accesibilidad y tiempos de espera eran mayores. Estos encuentros previos, tal y como hemos mencionado, podrían del mismo modo sesgar la calificación de la atención recibida posteriormente en la USF.

Varios estudios han utilizado el cuestionario desarrollado por el proyecto EUROPEP (Grupo de Trabajo Europeo sobre Evaluación de Pacientes de Práctica General) para evaluar la satisfacción de los pacientes con los servicios de atención médica en Atención Primaria. Los resultados de estos estudios se comparan favorablemente con nuestros propios resultados.

Sebo et al¹¹ realizaron un estudio de satisfacción usando este cuestionario en Ginebra (Suiza), que mostró altos niveles de satisfacción de los pacientes con aspectos organizativos de la atención, excepto en cuanto a la posibilidad de hablar con el médico por teléfono y el tiempo que aguardan en la sala de espera, que estaban peor calificados. Solo el estado de certificación de los médicos (títulos especializados o no) se asoció con la satisfacción general en los análisis multivariantes. Datos que coinciden con los encontrados tras la realización de nuestros cuestionarios y también con un estudio esloveno¹² (n = 1.809 pacientes, 36 médicos), en el que más del 80 % de los participantes juzgaron muy favorablemente los servicios de atención médica. De nuevo, la calificación más baja se dio al tiempo de espera, ya que solo aproximadamente

te el 60 % estaban satisfechos o muy satisfechos. Aunque es comprensible que a muchos pacientes no les guste pasar demasiado tiempo en la sala de espera, este inconveniente parece ser menos importante para los pacientes que la libre elección de un médico o una cita. Además, el tiempo pasado con el médico parece un mejor predictor de la satisfacción general de los pacientes que el tiempo que aguardan en la sala de espera¹³. En otras palabras, la asociación negativa entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente fue moderado por el tiempo pasado con el médico. Como resultado, el peor escenario fue la combinación de un largo tiempo de espera y un corto tiempo de visita.

Los estudios no solamente se centran en la satisfacción personal, sino que van más allá. En Dinamarca, también estudiaron qué características propias de los pacientes podrían estar en relación con esta conformidad. Dentro del trabajo de Caminal mencionado previamente, los pacientes describen como principales motivos de insatisfacción dentro de la Atención Primaria la accesibilidad, problemas en la relación médico-paciente y problemas en la comunicación¹⁰.

Volviendo a los trabajos daneses, estos estudios concluyeron que los pacientes crónicos solían tener una visión positiva; mientras que aquellos con una "autopercepción" de salud pobre, están más descontentos con la atención prestada. No se encontraron diferencias en cuanto a género o el nivel cultural. Curiosamente, tampoco el tiempo de espera para la consulta en este caso modificaba los resultados¹⁴. Sebo et al¹¹ también encontraron que el aumento de la edad se asociaba con una mayor satisfacción. Se formuló la hipótesis de que los pacientes mayores podrían recibir más respeto, consideración y atención por parte de sus médicos y que podrían ser más reacios a criticarlos debido a una fuerte relación médico-paciente desarrollada a lo largo de los años. Curiosamente, mientras que los pacientes de mayor edad informaron mayores calificaciones de satisfacción, el estudio mostró que también eran más exigentes, lo que sugiere, a pesar de esto, que sus médicos han cumplido con sus expectativas. El hallazgo de la influencia de la edad en las expectativas de los pacientes podría explicarse por el hecho de que las personas mayores a menudo se enfrentan a problemas médicos complejos o crónicos (o ambos), que requieren un gran número de consultas médicas. Destaca también que los pacientes mayores eran menos exigentes con respecto al tiempo que aguardan en la sala de espera, probablemente porque estaban jubilados la mayoría y, como resultado, tenían pocas limitaciones de tiempo. Además, observaron que los pacientes que consultan a médicos que trabajan en grandes consultorios también son más exigentes, lo que podría explicar por qué tendían a reportar calificaciones de satisfacción más bajas.

Estas características podrían explicar algunas coincidencias con nuestros datos, dado que la población atendida en el centro de salud de Albacete es predominantemente mayor y se trata de un centro

de salud que cuenta con cupos grandes y con hasta 15 consultas médicas, además de atender a una población con un nivel socio cultural medio-bajo.

También en Dinamarca se estudió la satisfacción de los pacientes en relación con las características del médico de familia y su práctica clínica. Dentro de los resultados encontrados, los pacientes valoraron negativamente la edad del médico en relación con todos los aspectos excepto la accesibilidad^{15,16}.

Del mismo modo, se apreció una fuerte asociación entre la forma de organizar la consulta y la evaluación de accesibilidad de los pacientes. A mayor cantidad de horas trabajadas semanalmente, mejores valoraciones obtenían de los pacientes, valorándose la continuidad llevada a cabo por el médico de cabecera¹⁷⁻¹⁹.

Se ha generalizado la convicción de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes²⁰, pero hay que tener en consideración que la satisfacción con la atención depende del grado en que la actuación del profesional se corresponde con la expectativa del paciente y que, con frecuencia, una mala experiencia influye en su satisfacción más que experiencias positivas previas. Así, evaluaciones negativas que pueden ser vistas como un indicador de nece-

sidad de mejoras deben ser contextualizadas teniendo en cuenta que los pacientes tienen sus propias percepciones sobre la asistencia que reciben, que con frecuencia no coinciden con los puntos de vista de los profesionales o de los planificadores sanitarios²¹⁻²³. Las evaluaciones negativas de sus pacientes deberían llevar a los médicos a reflexionar sobre su práctica para responder mejor a las expectativas de sus pacientes.

Por tanto, la recogida sistemática de información sobre las necesidades y las experiencias de los pacientes, usando instrumentos metodológicamente sólidos, como cuestionarios validados, deben formar parte de la evaluación rutinaria de la actividad asistencial, en la que los diferentes actores están totalmente interrelacionados. Si es indudable que la calidad de la atención depende de características de los pacientes, como la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico, y los cambios del estado de salud, no es menos cierto que las características de los pacientes influyen en la actitud de los profesionales, que a su vez repercute en la satisfacción del usuario²⁴.

Somos conscientes de la limitación que supone desarrollar el estudio en dos centros de salud seleccionados por conveniencia; sin embargo, hemos tomado esta decisión por razones de factibilidad.

ANEXO I. CUESTIONARIO EUROPEP

Estimado(a) Sr(a):

Este cuestionario ha sido elaborado para que podamos conocer el grado de satisfacción de nuestros pacientes sobre la atención recibida. Agradecemos su disponibilidad para dar su opinión.

Por favor responda a las siguientes preguntas puntuando entre 1 y 5, considerando: 1 la peor atención posible y 5 la mejor atención.

CUESTIONES Y RESPUESTAS

Teniendo en cuenta los últimos 12 meses, cómo evalúa a su Médico de Familia con relación a:

1. Sentir que usted tiene tiempo para poder contarle sus problemas durante la consulta					
POBRE					EXCELENTE
1	2	3	4		5
2. El médico muestra interés sobre su situación personal					
POBRE					EXCELENTE
1	2	3	4		5
3. Le facilita el poder contar sus problemas					
POBRE					EXCELENTE
1	2	3	4		5
4. Tiene en cuenta su opinión a la hora de tomar decisiones sobre su atención médica					
POBRE					EXCELENTE
1	2	3	4		5
5. Le escucha					
POBRE					EXCELENTE
1	2	3	4		5
6. Mantiene la confidencialidad de su historial y datos					
POBRE					EXCELENTE
1	2	3	4		5
7. Alivia de manera rápida sus síntomas					
POBRE					EXCELENTE
1	2	3	4		5

8. Ayuda a que usted se sienta bien para que pueda realizar sus actividades diarias de manera normal
POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

9. Se esmera en el abordaje de sus problemas

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

10. Le explora

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

11. Le ofrece servicios de prevención de enfermedades (por ejemplo, detección precoz de enfermedades, chequeos, vacunaciones...)

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

12. Le explica la finalidad de las pruebas y tratamientos que le realiza o prescribe

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

13. Le habla suficientemente acerca de sus síntomas y / o enfermedades

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

14. Le ayuda a manejar las emociones relacionadas con su estado de salud

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

15. Le ayuda a comprender por qué es importante seguir las recomendaciones de su Médico de Familia

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

16. Sabe lo que se ha hecho o dicho durante sus anteriores visitas a la consulta.

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

17. Le prepara para lo que puede esperar sobre sus próximas visitas a otros médicos del hospital

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

Teniendo en cuenta los últimos 12 meses, ¿Cuál es su evaluación del Centro de Salud con respecto a:

18. La amabilidad del personal del centro de salud (que no sea el médico) hacia usted

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

19. Conseguir una cita que le convenga

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

20. Conseguir contactar con el centro de salud por teléfono

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

21. Ser capaz de hablar con el médico de familia por teléfono

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

22. Tiempo de espera en la sala de espera

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

23. La prestación de servicios rápidos para problemas de salud urgentes?

POBRE EXCELENTE

1 2 3 4 5

EDAD _____

Sexo: HOMBRE MUJER

Nivel de estudios Sin estudios
Lee y escribe
Primarios
Secundarios
Titulados medios y superiores

Profesión _____

Profesión del cónyuge (en su caso) _____

Profesión del cabeza de familia (en el caso de menores no emancipados)

BIBLIOGRAFIA

1. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II-Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ*. 1991; 302 (6785): 1129-32.
2. Richards T. Patients' priorities. *BMJ*. 1999; 318 (7179): 277.
3. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000; 144 (Supl. 3): 26-33.
4. Rodríguez-Legido C. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit*. 1995; 9 (50): 311-5.
5. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ*. 1991; 302 (6781): 887-9.
6. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H et al; European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract*. 2000; 50 (460): 882-7.
7. Wensing M, Baker R, Vedsted P, Heje H, Klingenberg A, Broge B et al. EUROPEP 2006. Revised Europep instrument and user manual. Disponible en: http://equip.dudal.com/files/25/europep_2006rapport.pdf [acceso el 30-08-2016].
8. Reolid Martínez RE, Flores Copete M, Escobar Rabadán FJ, Gomes Corte-Real S, de Jesus Ramalho Proença VC. Conociendo las Unidades de Saúde Familiar: otro modelo de Medicina de Familia. *Rev Clin Med Fam*. 2015; 8 (2): 137-44.
9. Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit*. 1989; 3 (10): 320-6.
10. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16 (4): 276-9.
11. Sebo P, Herrmann FR, Bovier P, Haller DM. What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices? *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 328.
12. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care*. 2000; 12 (2): 143-7.
13. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7: 31.
14. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 178.
15. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract*. 1996; 46 (411): 601-5.
16. Kvamme OJ, Sandvik L, Hjortdahl P. Practice patterns, physicians' characteristics and patient-evaluated quality of general practice in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2000; 120 (21): 2499-502.
17. van den Hombergh P, Engels Y, van den Hoogen H, van Doremalen J, van den Bosch W, Grol R. Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? *Fam Pract*. 2005; 22 (1): 20-7.
18. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ*. 1992; 304 (6837): 1287-90.
19. Baker R, Mainous AG 3rd, Gray DP, Love MM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultation with family doctors. *Scand J Prim Health Care*. 2003; 21 (1): 27-32.
20. Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? *Cuadernos de Gestión*. 1995; 1: 23-33.
21. Richards T. Partnership with patients. *BMJ*. 1998; 316 (7125): 85-6.
22. Cockburn J, Pitt S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations— a questionnaire study. *BMJ*. 1997; 315 (7107): 520-3.
23. Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? *Br J Gen Pract*. 1997; 47 (425): 805-9.
24. Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care*. 1993; 31 (1): 84-94.