



Universitat de Girona

**TESIS DOCTORAL**

**EXPECTATIVAS Y  
PREFERENCIAS EN LA  
UTILIZACION DE  
SERVICIOS EN  
ATENCIÓN PRIMARIA**

**Rebeca Alfranca Pardillos**

**Año 2014**



Universitat de Girona

**TESIS DOCTORAL**

**EXPECTATIVAS Y  
PREFERENCIAS EN LA  
UTILIZACION DE SERVICIOS  
EN ATENCION PRIMARIA**

Rebeca Alfranca Pardillos

Año 2014

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS EXPERIMENTALES Y  
SOSTENIBILIDAD**

**Dirigida por: Dra. Carme Saurina Canals y Dr. Marc Saez Zafra**

Memoria presentada para optar al título de doctora por la Universidad de Girona



Universitat de Girona

La Dra. **Carme Saurina i Canals** i el Dr. **Marc Saez Zafra**, ambdós de la Universitat de Girona,

Informem favorablement la tesi titulada “**Expectativas y preferencias en la utilización de servicios en Atención Primaria**”, realitzada per **Rebeca Alfranca Pardillos**, i amb aquest informe donem el nostre vist-i-plau al dipòsit d’aquesta tesi doctoral, així com al resum divulgatiu de la mateixa.

I, perquè així consti i tingui els efectes oportuns, signem aquest document.

Prof. Dra. Carme Saurina

Prof. Dr. Marc Saez

Girona, 4 de maig de 2014

*A Alex y a nuestros hijos,  
lo que más quiero.*

# AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que han hecho que esta tesis sea posible, a todas ellas quisiera expresar mi más sincero agradecimiento.

En primer lugar, he de agradecer a la Dra. Carme Saurina y al Dr. Marc Saez, directores de la tesis, el apoyo incondicional que me han brindado en todo momento. Gracias, tanto a nivel científico como personal. Sin su orientación, su corrección y su motivación, estoy segura que este trabajo no podría haberse realizado. He de agradecer su acompañamiento y su guía en este largo recorrido, y la confianza depositada desde el primer momento hasta el final.

Un agradecimiento especial a todos los profesionales del CAP de Castelló d'Empúries. He de agradecer a Manel Espinet y a Lidia Berengué la disponibilidad y el respeto mostrados.

Guardo un maravilloso recuerdo del pueblo de Castelló d'Empúries, donde ha transcurrido la mayor parte de mi carrera profesional. Gracias, en especial, a los usuarios que han participado activamente en la tesis.

Gracias, también, a todos lo que han dedicado su tiempo y su saber en el trabajo de campo. A Yasmina Pérez y Anna Salmerón, por su gran ayuda en el análisis estadístico.

A Dolors Muñoz, que puso a mi servicio su conocimiento en técnicas cualitativas.

A Laura Vall-Ilosera y su experiencia investigadora.

A Dídac Ettinghausen, por su cuidada revisión en inglés.

Gracias a Silvia Mañas, Olga Domínguez y Anna Sánchez, por su paciencia y constancia para contactar con los participantes en el estudio.

He de agradecer al Instituto Catalán de la Salud, empresa en la que trabajo, las infraestructuras puestas a mi disposición tanto a nivel informático como físico para la realización de las entrevistas y grupos focales.

Agradezco a la Universidad de Girona la posibilidad de materializar esta investigación.

Finalmente, he de mostrar mi agradecimiento a mis padres y a mi hermano. Quiero agradecer su sacrificio y sus cuidados durante tantos años de estudio y todo el cariño y el amor que me han dado.

Las últimas líneas son para la familia más cercana, porque son los que han vivido más intensamente este trabajo. Muchas gracias a Alex y nuestros hijos, Alex y David, por la comprensión en este tiempo y en la difícil conciliación de la vida familiar y laboral. Si a un nivel logístico ha sido necesaria la ayuda de los directores para el desarrollo de la tesis, a un nivel

personal ha sido necesario todo el cariño y la entrega de Alex y los niños. Soy consciente de que sin unos ni otros, no hubiera conseguido llegar hasta aquí.

Gracias a todos.

Girona, 15 de enero del 2014

## LISTA DE ABREVIATURAS

CAP	Centro de Atención Primaria
CIS	Centro de investigaciones sociológicas
Dr.	Doctor
Dra.	Doctora
ECAP	Estación clínica de Atención Primaria
EUROPEP	Grupo europeo de evaluaciones de pacientes de Medicina General
GRECS	Grupo de Investigación en Estadística, Econometría y Salud
ICS	Instituto Catalán de la Salud
Idescat	Instituto de Estadística de Cataluña
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPA	Importance Satisfaction Analysis
ITSAL	Proyecto inmigración, trabajo y salud
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña
NHS	National Health Service
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PLAENSA	Plan de encuestas de satisfacción de asegurados del Catsalut
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPAC	Programa de prevención y atención a la cronicidad
RCA	Registro central de asegurados

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población según origen .....	45
Tabla 2: Entrevistas según origen .....	46
Tabla 3: Pesos de elevación .....	46
Tabla 4: Distribución de participantes en los grupos focales .....	56
Tabla 5: Criterios de confiabilidad .....	62
Tabla 6: Bloques generales de la encuesta .....	64
Tabla 7: Relación edad/origen de los encuestados .....	65
Tabla 8: Situación laboral .....	66
Tabla 9: Valoraciones favorables generales del centro .....	69
Tabla 10: Valoraciones favorables del personal de Recepción .....	70
Tabla 11: Valoraciones favorables del personal médico .....	73
Tabla 12: Valoraciones favorables del personal de enfermería .....	75
Tabla 13: Valoraciones de importancia de atributos .....	78
Tabla 14: Grupos focales .....	86
Tabla 15: Comparación de los resultados de los estudios cualitativo y cuantitativo en relación a la edad .....	101
Tabla 16: Comparación de los resultados de los estudios cualitativo y cuantitativo en relación al sexo .....	102
Tabla 17: Comparación de los resultados de los estudios cualitativo y cuantitativo en relación al origen .....	102
Tabla 18: Comparación de los resultados de los estudios cualitativo y cuantitativo en relación al nivel socioeconómico .....	103

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1: Representación del análisis IPA .....	59
Gráfico 2: Resultados del análisis IPA .....	84

# INDICE GENERAL

1. Introducción .....	17
1.1. Expectativas y preferencias en salud .....	18
1.2. Principales factores relacionados con las expectativas y las preferencias en salud .....	26
2. Hipótesis del estudio .....	39
3. Objetivos del estudio .....	41
3.1. Objetivo general .....	42
3.2. Objetivos específicos .....	42
4. Metodología .....	43
4.1. Diseño del estudio cuantitativo .....	44
4.1.1. Selección de la población de estudio .....	44
4.1.2. Diseño y tamaño de la muestra .....	44
4.1.3. Método de muestreo y captación de individuos .....	47
4.1.4. Elaboración del cuestionario .....	48
4.1.5. Administración del cuestionario .....	54
4.2. Diseño del estudio cualitativo .....	55
4.3. Métodos de análisis de los resultados .....	58
4.3.1. Importance-Satisfaction Analysis (IPA) .....	58
4.3.2. Los grupos focales .....	61
5. Resultados .....	63
5.1. Resultados del análisis descriptivo .....	64
5.1.1. Bloque A: Datos personales .....	64
5.1.2. Bloque B: Utilización del centro .....	67
5.1.3. Bloque C: Aspectos del centro .....	68
5.1.4. Bloque D: Valoración del personal de Recepción .....	69
5.1.5. Bloque E: Valoración del personal sanitario .....	71
5.1.6. Bloque F: Importancia de atributos .....	78
5.1.7. Factor 1: Edad .....	81
5.1.8. Factor 2: Sexo .....	82
5.1.9. Factor 3: Origen .....	82
5.1.10. Factor 4: Nivel socioeconómico .....	82
5.2. Resultados del análisis IPA .....	84
5.3. Resultados del estudio cualitativo .....	86
5.3.1. Apartado 1: Atención prestada en el centro .....	87
5.3.2. Apartado 2: Relación con el personal sanitario .....	90
5.3.3. Apartado 3: Sistema sanitario catalán y relación con otros países .....	94

5.3.4. Factor 1: Edad .....	99
5.3.5. Factor 2: Sexo .....	99
5.3.6. Factor 3: Origen .....	99
5.3.7. Factor 4: Nivel socioeconómico .....	100
5.4. Comparación de los resultados .....	101
6. Discusión .....	<b>105</b>
7. Conclusiones .....	<b>111</b>
8. Bibliografía .....	<b>114</b>
9. Anexos .....	<b>126</b>
Anexo 1: Demografía de Castelló d'Empúries .....	127
Anexo 2: The Picker Questionnaire PPE-15 .....	128
Anexo 3: Cuestionario PLAENSA Atención Primaria 2012 .....	130
Anexo 4: Cuestionario definitivo en catalán y castellano .....	132
Anexo 5: Guión de preguntas para los grupos focales .....	140
Anexo 6: Tarjetas gráficas para la valoración de la importancia .....	141

## RESUMEN

Las expectativas juegan un papel fundamental en la relación de la población con el sistema sanitario. La falta de conocimiento por parte del profesional médico puede producir una discordancia de objetivos que repercutirán negativamente en la relación médico-paciente y secundariamente en el proceso de la enfermedad. Los usuarios prefieren un médico de familia cercano que les oriente tanto en un primer momento como en la continuidad asistencial. Las expectativas y preferencias preformadas influyen también en la satisfacción con el servicio prestado. No todos los usuarios esperan recibir lo mismo del sistema sanitario ni lo valoran del mismo modo. Entre los factores que condicionan estas diferencias, el más estudiado ha sido el del origen debido al cambio demográfico producido por la gran llegada de inmigrantes en un corto periodo de tiempo. En general, la salud del inmigrante es buena y las desventajas en términos sanitarios están condicionadas por el nivel socioeconómico, que para muchos autores es el factor determinante del estado de salud. La crisis económica del 2009 y los recortes en Sanidad han influido también en la satisfacción y en la relación de los pacientes con los servicios médicos.

El objetivo principal de la tesis es el estudio de las expectativas y las preferencias de la población catalana ante el sistema sanitario público y la valoración de la influencia de los factores edad, sexo, origen de procedencia y nivel socioeconómico. Secundariamente, se evalúa el efecto de la crisis económica en la satisfacción del usuario con los servicios médicos.

El diseño del estudio engloba dos fases: una primera cuantitativa y una posterior cualitativa.

Los datos del estudio cuantitativo proceden de 409 encuestas realizadas entre octubre del 2010 y mayo del 2011, a usuarios del CAP de Castelló d'Empúries y del Dispensario de Empuriabrava, seleccionados con un muestreo ad-hoc y captados con un muestreo del punto de transecto (point transect sampling). El cuestionario utilizado se basa en el modelo servqual y en el empleado en el PLAENSA. Se ha realizado un exhaustivo análisis descriptivo de todas las variables del archivo de datos y se ha aplicado el  $\chi^2$  para el análisis de la diferencia de proporciones. Los resultados considerados diferentes son los que muestran una significación estadística del 95% de confianza. Los valores de satisfacción obtenidos en el cuestionario y los valores de importancia concedidos a 6 tarjetas gráficas que representan diferentes ítems de la atención sanitaria, han permitido aplicar el análisis IPA y conocer mejor la opinión de los pacientes acerca del servicio prestado.

La finalidad del estudio cualitativo es profundizar y poder concretar los efectos de los diferentes factores y el impacto de la crisis en las expectativas y las preferencias, complementando así los datos del estudio cuantitativo. La información cualitativa procede del análisis discursivo de los 38 usuarios del CAP y del Dispensario, que participaron en los 6 grupos focales realizados en mayo del 2013, y para los que se contó con un guión semiestructurado.

Los resultados permiten concluir que las expectativas y las preferencias en salud pueden ser estimadas a partir de la satisfacción y la importancia de diversos aspectos del servicio sanitario.

Por otro lado, se confirma la alta importancia concedida por los pacientes, en especial los de mayor edad, a la competencia y a la relación con los profesionales de la salud y como dicha relación condiciona la satisfacción y el cumplimiento de las expectativas previas. Las expectativas de la población se cumplen en referencia a la competencia y el trato respetuoso, pero no se cumplen en la relación de cercanía establecida con el profesional sanitario.

En relación a los factores estudiados, el que más influye es la edad y en segundo lugar el nivel socioeconómico. La influencia de la crisis económica sólo se objetiva en los usuarios mayores de 65 años.

La tesis refleja una mayor afectación de la crisis económica y de los recortes en salud en los pacientes de edad avanzada, que son a su vez los que presentan más patología y una mayor insatisfacción e incumplimiento de expectativas. Probablemente, son necesarios programas específicos dirigidos a esta edad que cubran las expectativas de disponer de profesionales sanitarios cercanos y de confianza.

## RESUM

Les expectatives juguen un paper fonamental en la relació de la població amb el sistema sanitari. La manca de coneixement per part del professional mèdic pot produir una discordança d'objectius que repercutiran negativament en la relació metge-pacient i secundàriament en el procés de la malaltia. Els usuaris prefereixen un metge de família proper que els orienti tant en un primer moment com en la continuïtat assistencial. Les expectatives i preferències preformades influeixen també en la satisfacció amb el servei prestat. No tots els usuaris esperen rebre el mateix del sistema sanitari ni el valoren de la mateixa manera. Entre els factors que condicionen aquestes diferències, el més estudiat ha estat el de l'origen a causa del canvi demogràfic produït per la gran arribada de immigrants en un curt període de temps. En general, la salut del immigrant és bona i els desavantatges en termes sanitaris estan condicionats pel nivell socioeconòmic, que per a molts autors és el factor determinant l'estat de salut. La crisi econòmica del 2009 i les retallades en Sanitat han influït també en la satisfacció i en la relació dels pacients amb els serveis mèdics.

L'objectiu principal de la tesi és l'estudi de les expectatives i les preferències de la població catalana davant el sistema sanitari públic i la valoració de la influència dels factors edat, sexe, origen de procedència i nivell socioeconòmic. Secundàriament, s'avalua l'efecte de la crisi econòmica en la satisfacció del usuari amb els serveis mèdics.

El disseny de l'estudi engloba dues fases: una primera quantitativa i una posterior qualitativa.

Les dades de l'estudi quantitatiu procedeixen de 409 enquestes realitzades entre octubre de 2010 i maig de 2011, a usuaris del CAP de Castelló d'Empúries i del Dispensari d'Empuriabrava, seleccionats amb un mostreig ad-hoc i captats amb un mostreig del punt de transecte (point transect sampling). El qüestionari utilitzat es basa en el model SERVQUAL i en l'empleat en el PLAENSA. S'ha realitzat un exhaustiu anàlisi descriptiu de totes les variables de l'arxiu de dades i s'ha aplicat el  $\chi^2$  per a l'anàlisi de la diferència de proporcions. Els resultats considerats diferents són els que mostren una significació estadística del 95% de confiança. Els valors de satisfacció obtinguts en el qüestionari i els valors d'importància concedits a 6 targetes gràfiques que representen diferents ítems de l'atenció sanitària, han permès aplicar l'anàlisi IPA i conèixer millor l'opinió dels pacients sobre el servei prestat.

La finalitat de l'estudi qualitatiu és aprofundir i poder concretar els efectes dels diferents factors i l'impacte de la crisi en les expectatives i les preferències, complementant així les dades de l'estudi quantitatiu. La informació qualitativa procedeix de l'anàlisi discursiu dels 38 usuaris del CAP i del Dispensari, que van participar en els 6 grups focals realitzats al maig de 2013, i per als quals es va comptar amb un guió semiestructurat.

Els resultats permeten concloure que les expectatives i les preferències en salut poden ser estimades a partir de la satisfacció i la importància de diversos aspectes del servei sanitari.

D'altra banda, es confirma l'alta importància concedida pels pacients, especialment els de més edat, a la competència i a la relació amb els professionals de la salut i com aquesta relació condiona la satisfacció i el compliment de les expectatives prèvies. Les expectatives de la

població es compleixen en referència a la competència i el tracte respectuós, però no es compleixen en la relació de proximitat establerta amb el professional sanitari.

En relació als factors estudiats, el que més influeix és l'edat i en segon lloc el nivell socioeconòmic. La influència de la crisi econòmica només s'objectiva en els usuaris majors de 65 anys .

La tesi reflecteix una major afectació de la crisi econòmica i de les retallades en salut en els pacients d'edat avançada, que són al seu torn els que presenten més patologia i una major insatisfacció i incompliment d'expectatives. Probablement, són necessaris programes específics dirigits a aquesta edat que cobreixin les expectatives de disposar de professionals sanitaris propers i de confiança.

## ABSTRACT

Expectations play a key role in the relationship between patients and the healthcare system. A lack of knowledge by healthcare professionals may cause a mismatch of objectives that impact negatively on the physician-patient relationship and secondarily on the disease process. Patients prefer a close family physician to guide them, just as much at a first visit as during the continuity of care. Preformed expectations and preferences also influence satisfaction with the service provided. Not all users expect the same from the healthcare system nor value it in the same way. Among the factors that determine these differences, the most studied has been the demographic change caused by a large influx of immigrants in a short period of time. Overall, immigrant health is good and disadvantages in terms of health are conditioned by socioeconomic status, which for many authors is the determinant of health status. The economic crisis of 2009 and cuts in the health service have also influenced patient satisfaction and their relationship with the health service.

The main aim of this thesis is to study the expectations and preferences of the Catalan population regarding the public health system, and an appraisal of the influence played by factors such as age, gender, geographical origin and socioeconomic status. Secondarily, the effect of the economic crisis on patient satisfaction with the health service is evaluated.

The study design included two phases: firstly quantitative, then qualitative.

Quantitative study data came from 409 surveys undertaken between October 2010 and May 2011, by patients at the Castelló d'Empúries primary health centre (CAP) and the Empuriabrava Dispensary, selected by ad-hoc sampling and captured with a point transect sampling. The questionnaire was based on the servqual model and that employed in the PLAENSA. A comprehensive descriptive analysis of all data variables was performed and  $\chi^2$  was applied to analyse the difference of proportions. Results were considered statistically significant with a 95% confidence interval. The values of satisfaction obtained from the questionnaire and the values of importance granted to 6 graphics cards representing different health care items, permitted application of IPA analysis and conveyed patients' views about the service.

The purpose of the qualitative study was to characterize in more detail the effects of different factors and the impact of the economic crisis on patient expectations and preferences, thus complementing the quantitative data. Qualitative information came from the discursive analysis of the 38 members of the CAP and Dispensary who participated in the 6 focal groups conducted in May 2013, through use of a semi-structured script.

The results showed that expectations and preferences in healthcare can be estimated from the satisfaction with and the importance given to various aspects of the health service.

On the other hand, they confirmed the high importance attached by patients, especially the elderly, to competency and relationships with health professionals and how that relationship affects the satisfaction and fulfillment of previous expectations. Patient expectations were met by competency and respectful manner, but not by closeness in the relationship established with the healthcare professional.

As to the factors studied, the most influential was age, followed by socioeconomic status. The influence of the economic crisis was only objectivized in patients over 65 years.

This thesis reflects a greater influence of the economic crisis and health cuts in the elderly, who in turn present greater pathology, as well as a greater dissatisfaction and failed expectations. Specific programs aimed at this age group are probably needed to meet their expectations of closer and well-trusted health professionals.

# **1. INTRODUCCION**

## 1.1. EXPECTATIVAS Y PREFERENCIAS EN SALUD

El presente trabajo busca profundizar en las expectativas y las preferencias de la población catalana ante el sistema sanitario público y valorar la influencia que en ellas ejercen diferentes factores como la edad, el sexo, el origen de procedencia y el nivel socioeconómico.

El concepto expectativa en salud hace referencia a aquello que el paciente espera encontrar cuando acude a un servicio sanitario. Expectativa, según el diccionario de la Real Academia Española, se define como la esperanza de realizar o conseguir algo, la posibilidad razonable de que algo suceda<sup>1</sup>. Desde un punto de vista filosófico, las expectativas están relacionadas con las creencias, con el modo de interpretar la realidad y la conducta depende de ellas<sup>2</sup>.

El concepto de preferencia en salud se refiere a aquello más valorado por el usuario en el servicio sanitario. Según la definición del diccionario es la elección de alguien o algo entre varias personas o cosas<sup>1</sup>. Filosóficamente, las preferencias forman parte de la constitución humana, siendo el sistema de valores y la forma de preferirlos el cimiento del carácter<sup>3</sup>.

Las expectativas y preferencias actúan desde dentro de las personas y modulan su relación con el medio que les rodea. Radica aquí la importancia que se les ha concedido en este estudio, ya que una falta de conocimiento por parte del profesional sanitario de las expectativas y las preferencias del paciente puede producir una discordancia de objetivos que repercutirán negativamente en la relación médico-paciente y secundariamente en el proceso de la enfermedad.

En la literatura médica, numerosos trabajos reflejan la influencia de las expectativas en el pronóstico de las enfermedades:

1. Los conocimientos, las actitudes y creencias relacionadas con la enfermedad y la salud influyen en la capacidad de autocuidado de los individuos y en la adhesión a los fármacos prescritos. Así lo pone de manifiesto el estudio DISCOVER<sup>4</sup> realizado en pacientes con insuficiencia cardiaca en quienes se valoraba la experiencia cultural de su enfermedad por medio de entrevistas, grupos focales e informadores clave. Por experiencia cultural se entendió las actitudes y creencias, y la influencia que la cultura y el origen étnico ejercían sobre ellas. Los resultados indicaron que la familia y la cultura eran importantes en la elaboración de estas creencias y en la toma de decisiones de autocuidado y de tratamiento. También se observó que en las personas de edad avanzada, las creencias religiosas tradicionales adquirían mayor relevancia. Se evidenció que una patología tan orgánica como la insuficiencia cardiaca estaba influenciada por factores psicológicos como la actitud y las creencias y por factores sociales como el tipo de familia.
2. La interpretación de la enfermedad es importante en el tratamiento. La edad, la cultura y las creencias sobre la etiología de las enfermedades psiquiátricas son factores que influyen en el

origen y pronóstico de la depresión. Es la conclusión de una revisión<sup>5</sup> de 71 estudios acerca de creencias y necesidades percibidas por pacientes con ansiedad y depresión. Los grupos que menos se adhirieron al tratamiento y resultaron más vulnerables en términos de falta de ayuda psicológica y de medicación fueron grupos minoritarios culturales y los pacientes más jóvenes y los más ancianos. Otro dato observado fue que el porcentaje de personas con depresión que creían en la etiología orgánica y la efectividad de los psicofármacos fue mayor que el de personas sanas.

3. Entre los pacientes que padecen una misma enfermedad, no todos reaccionan del mismo modo. Sus creencias y expectativas influyen en la búsqueda de ayuda y en el cumplimiento terapéutico, especialmente en patologías psiquiátricas. Un estudio<sup>6</sup> realizado en 866 pacientes con diagnóstico de depresión evidenció diferentes puntos de vista entre pacientes con un grado de enfermedad moderada o severa. A los pacientes se les pasó un cuestionario sobre actitudes ante la depresión y su tratamiento. Aquellos pacientes que se adhirieron más al tratamiento y buscaron apoyo familiar tuvieron puntuaciones significativamente menores en las preguntas que hacían referencia a la depresión como un estado incapacitante y permanente y a los antidepresivos como adictivos e ineficaces, y puntuaciones mayores en la interpretación de la depresión como una condición médica a tratar. El entorno social y familiar tuvo gran importancia en la evolución de los pacientes depresivos.

Las expectativas influyen también en la satisfacción con el resultado de los procedimientos quirúrgicos. No sólo la técnica aplicada o la capacidad del cirujano determinan el éxito de la cirugía percibido por el paciente. Varios estudios de la especialidad de Traumatología lo confirman:

1. Las creencias preformadas en los pacientes condicionan el resultado posterior. El optimismo en las expectativas de los pacientes, así como el bienestar mental se relacionan con mejores resultados clínicos y mayor satisfacción del paciente. Así lo demuestra un estudio<sup>7</sup> que analizó las expectativas preoperatorias de 79 pacientes y los resultados posteriores a una discectomía cervical. Antes de la operación, los pacientes se dividieron en dos grupos según las expectativas: los que esperaban la resolución completa del dolor (44 en total) y los que esperaban algo de dolor residual postoperatorio (33 pacientes). Los pacientes que esperaban la resolución completa del dolor tras la cirugía obtuvieron puntuaciones menores en la escala de dolor postoperatorio (a más puntuación, más dolor) que aquellos que acudieron a la intervención esperando algo de dolor residual. Las expectativas más positivas favorecieron la resolución del cuadro clínico.
2. Junto con las expectativas, las características sociodemográficas de los pacientes también influyen en la satisfacción y en el resultado percibido. Un estudio<sup>8</sup> de 128 pacientes sometidos

a cirugía del manguito de los rotadores del hombro a los que se les pasó diversos cuestionarios sobre expectativas y preocupaciones preoperatorias puso de manifiesto que el alivio de los síntomas generó el mayor nivel de expectativas y la duración de la recuperación fue el tema más preocupante. Las expectativas más altas las presentaron los pacientes con una mejor situación laboral, un mayor nivel de información por su médico y un peor estado funcional preoperatorio. El sexo femenino se asoció con más preocupaciones. Quedó patente que factores sociodemográficos como el sexo o la profesión modulan nuestras expectativas, De nuevo en este estudio, los resultados funcionales postoperatorios mejoraron significativamente en el grupo con altas expectativas.

3. Algunos autores van más allá al afirmar que las diferencias en las expectativas de los pacientes pueden explicar las variaciones observadas en los resultados en las series publicadas, hasta el punto que conociendo y evaluando las expectativas preoperatorias podría preverse el resultado. Esta es la conclusión del trabajo<sup>9</sup> realizado en 125 pacientes intervenidos por el mismo traumatólogo del manguito de los rotadores. Como en el caso anterior, se pasaron cuestionarios preoperatorios y posteriormente se aplicó un análisis multivariante por edad, sexo, tabaquismo, situación laboral, duración de los síntomas, número de operaciones anteriores, número de comorbilidades, tamaño del desgarró del manguito y técnica de reparación. Se confirmó que las mayores expectativas eran un importante factor predictor independiente de la satisfacción con los resultados de la cirugía.
4. El cumplimiento de las expectativas se asocia con una mayor satisfacción del paciente, pero unas expectativas desmesuradas y poco realistas pueden producir el efecto contrario. Un estudio prospectivo<sup>10</sup> de seguimiento de pacientes intervenidos de columna cervical y lumbar asoció la satisfacción con el cumplimiento; pero observó que las expectativas más elevadas preoperatorias, a pesar de producir unos buenos resultados funcionales, conllevaban, a menudo, una mala satisfacción postquirúrgica. Se concluyó que el traumatólogo ha de conocer previamente a la intervención las expectativas y preferencias del paciente, dada su importancia en el resultado final e intentar ajustarlas a la realidad. En la relación médico-paciente y en el transcurso de la enfermedad, las expectativas fueron cruciales

A partir de la evidencia aportada, las expectativas podrán diferir según la cultura, pero influyen en todos los pacientes.

Si se busca el origen de las expectativas de la población, se encuentra, en gran parte, en la información recibida, tanto de los medios de comunicación como a través de las nuevas tecnologías.

La radio y la televisión crean, a menudo, una alarma social infundada respecto a una patología, una epidemia o una vacuna; hasta el punto que el concepto de riesgo y enfermedad se ha

convertido en un concepto social. La percepción de riesgo de la población está más influenciada por los programas de televisión y por las últimas noticias difundidas que por el consejo proporcionado por los profesionales sanitarios. Un ejemplo es la negativa masiva de padres en los últimos años a vacunar a sus hijos, con el peligro para la salud pública que conlleva. Las renuncias a la vacunación pueden ser por motivos médicos, religiosos o por razones filosóficas. Aunque las razones son muy variadas, el aumento de la negativa y en especial hacia la vacuna triple vírica (parotiditis, rubeola y sarampión) parece estar influenciado por informaciones sobre el riesgo de las vacunas escuchadas en ciertos programas televisivos<sup>11</sup>.

La información dada al público en los medios sobre las tecnologías más avanzadas o medicamentos más novedosos no es aplicable a todos los casos. Muchas veces el médico en la consulta debe deshacer las expectativas que el paciente se había creado con fuentes de información no fidedignas. Y como se ha comentado, unas grandes expectativas, a menudo erróneas, producirán una población insatisfecha con el servicio médico prestado.

Las nuevas tecnologías facilitan la comunicación e influyen en la relación médico-paciente de diferentes modos. Internet se ha convertido en una forma alternativa de acceder a consejos de salud. La población busca información sobre salud en la web, en especial las personas de mediana edad y los grupos de mayor nivel socioeconómico. Los usuarios de la red encuentran rápidamente información extensa sobre cualquier patología, medicinas, dietas, técnicas quirúrgicas... Una búsqueda en internet sobre cualquier problema médico genera en segundos millones de enlaces. Por ejemplo, escribiendo dolor de espalda en el buscador Google se obtienen 3730000 referencias en 0,21 segundos. Los pacientes llegan a la consulta del médico más informados, pero la información obtenida de Internet puede ser errónea y crear expectativas desmesuradas alejadas de la realidad. Una información desajustada puede ser causa de conflicto y tensión en la relación con el médico, mientras que una información adecuada puede favorecer el apoderamiento. El empowerment o apoderamiento describe al paciente que tiene las características y habilidades necesarias para ser el responsable principal de su salud y poder tomar decisiones de forma compartida con el profesional médico<sup>12</sup>. El empowerment de la sociedad en materia sanitaria es uno de los objetivos principales de las políticas sanitarias y planes de salud en el momento actual porque originaría una gestión más efectiva y eficiente de los recursos disponibles.

La información proporcionada por las nuevas tecnologías tiene, también, una gran influencia en las condiciones de vida de la población, y puede condicionar los momentos vitales experimentados, ayudando en ocasiones a reducir el estrés que los grandes cambios conllevan. Un estudio<sup>13</sup> comprobó que las nuevas tecnologías ayudaron a aliviar la ansiedad en la adaptación y asentamiento en familias inmigradas, y facilitaron a los pacientes información sobre sus enfermedades y cuidados de salud. Los inmigrantes se enfrentaron a las exigencias de la competencia lingüística, la supervivencia económica, la pérdida de las redes sociales y la

desconexión social propias del reasentamiento. La tecnología informática proporcionó nuevas oportunidades de trabajo y estrategias para superar las barreras y el estrés creado por el cambio, y el correo electrónico facilitó en gran medida la adaptación a estas familias.

Una utilización adecuada de Internet y una asimilación correcta de la información encontrada, ayudarían a la población a disminuir la ansiedad en los momentos vitales y de enfermedad, y ajustarían las expectativas y conductas ante el sistema sanitario.

En lo expuesto hasta ahora, se observa que las expectativas juegan un papel fundamental en la relación del paciente con el sistema sanitario. Las preferencias son el otro factor principal en dicha relación.

Respecto a las preferencias de la población en el ámbito de la salud, hay que fijarse en primer lugar en cómo contacta la población con el sistema sanitario y qué puerta elige para acceder a la atención médica cuando tiene un problema de salud.

Numerosos trabajos científicos que han estudiado la elección de la puerta de entrada al sistema reflejan las preferencias de la población por un médico general o de familia cercano que les conozca, les aconseje y les oriente tanto en un primer momento como en la continuidad asistencial. Esta conclusión es válida para los pacientes de todos los países y culturas estudiados.

Destacan los trabajos realizados en Hong Kong, donde conviven y se mezclan la medicina tradicional china y la medicina occidental. En China existe la libre elección de médico y el acceso libre al especialista, sin tener que acudir primero al médico de familia. Llama la atención que la mayoría de la población china opte en primer lugar por un médico general al que conocen y les genera confianza.

1. El 85% de los pacientes manifiesta su preferencia por el médico de familia como primer contacto médico, según un trabajo combinado<sup>14</sup> de 1204 encuestas y grupos focales. Más de la mitad de estos pacientes, estaban dispuestos incluso a pagar una cuota mensual a un médico general para un control regular en el caso de tener enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. Los atributos médicos más valorados fueron el conocimiento previo, la acción rápida y eficaz y el trato amable y sincero. Quedó demostrado que los pacientes buscaban sobre todo, un médico cercano.
2. La elección inicial en un mercado libre como el de Hong Kong es el médico general y esta elección se lleva a cabo priorizando la cercanía geográfica y la accesibilidad en un primer momento, y posteriormente la competencia y la atención percibida. Es la conclusión de un estudio<sup>15</sup> cuantitativo y cualitativo con encuestas telefónicas y grupos focales en 1647 pacientes. La accesibilidad era el factor determinante en el primer contacto en todos los grupos sociales y en los diferentes niveles económicos. También se observó que si bien la accesibilidad determinaba la primera consulta, para la continuidad asistencial y la decisión de contactos regulares se priorizaba la competencia clínica percibida y la atención integral

recibida. La cercanía buscada por los pacientes no se refería sólo a la localización geográfica sino también a la empatía y la relación.

3. Es en ciertas enfermedades, sobre todo de la esfera psiquiátrica, donde es más patente la preferencia por el médico de familia antes que por el especialista. En el mismo trabajo del párrafo anterior se observó que los enfermos que sufren depresión preferían ser tratados por su médico de familia con quien podían mantener una relación más cercana y evitar la estigmatización de acudir a la consulta de psiquiatría<sup>16</sup>. De los 1647 individuos encuestados, el 49,0% afirmó que buscaría la ayuda de su médico de familia regular, el 19,3% acudiría a un psiquiatra, el 4,8% a un médico no psiquiatra que no era el suyo habitual, el 16,5% utilizaría recursos no médicos, el 6,9% no buscaría ningún tipo de ayuda y el 3,5% no estaba seguro de lo que haría. Los que no buscarían ningún tipo de ayuda eran, sobre todo, hombres o personas sin médicos regulares. Se puede concluir que si el paciente dispone de un médico general en el que tiene confianza, será a quien consulte habitualmente sus dudas de salud.

En la mayoría de países de la Unión Europea, el paso primero en el sistema sanitario público, excluyendo las urgencias, es el médico de familia y el centro de salud, con lo que queda restringido y limitado el acceso libre a los especialistas. El médico de familia es no sólo la puerta de entrada al sistema sanitario, es la referencia para la mayoría de la población en sus problemas de salud y es por ello por lo que el presente trabajo se centra en la Atención Primaria. La importancia de la medicina de familia como base del sistema es también una característica del modelo sanitario catalán, en el que es necesario detenerse para entender mejor el contexto sociosanitario en el que se desarrolla la tesis.

Cataluña gestiona su propio sistema sanitario desde 1990, concretado en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC). El sistema sanitario catalán es un sistema con financiación pública y con cobertura universal, al cual tienen acceso todos los ciudadanos catalanes. Se financia con recursos que recibe del Departamento de Salud provenientes del presupuesto aprobado por el Parlamento de Cataluña. Cuenta con más de 400 centros de atención primaria y 68 hospitales de utilización pública<sup>17</sup>. El Instituto Catalán de la Salud (ICS) es la principal empresa pública de servicios médicos, de él dependen el 77% de los equipos de Atención Primaria, como es el caso del Centro de Atención Primaria de Castelló d'Empúries, ámbito geográfico donde se ha realizado la tesis.

Volviendo de nuevo al estudio de las preferencias de la población y a su relación con los servicios de atención primaria, entre los trabajos realizados en la Unión Europea destacan los del Picker Institute de Oxford, entidad inglesa sin ánimo de lucro encargada de promover políticas de salud desde la perspectiva del paciente. Periódicamente por encargo del National Health Service u otros proveedores de salud recoge las opiniones de los pacientes. Esta entidad elaboró el

proyecto "The future patient"<sup>18</sup>, realizado en ocho países europeos entre ellos España. Los países fueron Alemania, Inglaterra, Italia, Polonia, Suiza, Suecia, Eslovenia y España. El proyecto puso de manifiesto los cambios experimentados en la mentalidad del paciente. Basado en una metodología de entrevistas y grupos focales, llegó a la conclusión de que lo que la población espera del sistema sanitario, por orden de importancia, es reducir los tiempos de espera, credibilidad y confianza en los profesionales, explicaciones comprensibles sobre su estado y tratamiento, ser escuchados, implicación en la toma de decisiones y ser tratados con respeto y dignidad. Exceptuando el tiempo de espera, las expectativas de los pacientes todas tenían que ver con su relación con los profesionales y con cualidades y habilidades sociales, concediendo menor importancia a la estructura y organización del sistema<sup>19</sup>.

Cuando se pide a los pacientes que nombren uno de los valores médicos para ellos más importantes, a menudo se refieren a la humanidad. Esta conclusión se extrae de una revisión<sup>20</sup> realizada por EUROPEP (Grupo Europeo de evaluaciones de pacientes de Medicina General). Entre las prioridades de los pacientes en los médicos generales, se encontró que el factor que ocupó el primer lugar en el 86% de los trabajos fue la humanidad, seguido de la competencia, participación en la toma de decisiones y tiempo de atención. De nuevo, se observa que entre las preferencias que la población tiene para su médico de familia ocupan el primer lugar cualidades de valía personal y cercanía.

Las habilidades interpersonales que buscan los pacientes en su médico están fuertemente relacionadas con la confianza. Los pacientes quieren ser capaces de confiar en los médicos que consultan. Para que esa confianza pueda darse, esperan encontrar honestidad, apertura, receptividad e interés. Pero aunque la confianza es muy importante, no se debe confundirse con la fe ciega. Los enfermos necesitan empatía y apoyo, pero también información honesta sobre su estado y opciones de tratamiento. La población pide humanidad y cercanía a su médico de cabecera, pero a la vez la sinceridad que necesitan para depositar en ellos su confianza.

En estos trabajos descritos se ve que las cualidades y valores que esperan encontrar todos los pacientes al ir al médico de atención primaria son prácticamente siempre las mismas. Hay numerosos estudios como los anteriormente citados que con diferentes cualidades (confianza, integridad, humanidad, credibilidad...) muestran que entre las expectativas y preferencias de la población figura lo que un Grupo de trabajo del Royal College Physicians de Londres<sup>21</sup> ha definido como el profesionalismo médico, entendiendo como tal un conjunto de valores, comportamientos y relaciones que subyacen a la confianza que la población tiene en los médicos. Esta profesionalidad se encuentra en el corazón de ser un buen médico. Los pacientes son conscientes de que la falta de profesionalidad es perjudicial para sus intereses. Cuando un paciente acude a la consulta lo hace en una situación especial de miedo, ansiedad y duda, y espera encontrar en el profesional que le atiende el consejo y apoyo que precisa.

Las preferencias de los pacientes no se quedan sólo en los valores humanos, sino que también tienen que ver con la información que reciben. Los médicos más valorados son aquellos que se preocupan en comunicarse, que dan una información evaluada y que promocionan la participación en la toma de decisiones<sup>22</sup>.

Respecto a la estructura del sistema, el paciente prefiere médicos cercanos, refiriéndose tanto a una cercanía física como de relación. Los centros médicos de mayor tamaño que ofrecen una mayor cartera de servicios presentan menores niveles de satisfacción que centros más pequeños con un menor número de médicos asociados. En estos últimos la población percibe una mayor accesibilidad, cercanía y continuidad asistencial. Esta es la conclusión de un trabajo de valoración de satisfacción de pacientes de 89 consultas de medicina general<sup>23</sup>.

Se observa, en lo expuesto hasta ahora, que la utilización que la población hace de los servicios de Atención Primaria se encuentra condicionada por unas expectativas y preferencias preformadas, que influirán también en la satisfacción con el servicio prestado.

## 1.2.PRINCIPALES FACTORES RELACIONADOS CON LAS EXPECTATIVAS Y LAS PREFERENCIAS EN SALUD

Cuando los pacientes acuden al centro de salud lo hacen con unas expectativas y preferencias particulares, no todos los usuarios esperan recibir lo mismo del sistema sanitario ni lo valoran del mismo modo.

Numerosos factores condicionan estas diferencias. Esta tesis centra el estudio en la influencia de cuatro de ellos: la edad, el sexo, el origen de procedencia y el nivel socioeconómico.

La influencia de la edad en el estado de salud es patente. La salud empeora con los años y aparecen nuevas enfermedades, muchas de las cuales son crónicas y degenerativas. Dado el aumento de la esperanza de vida en las sociedades occidentales, el cuidado de la cronicidad supone un reto actual ya que el paciente anciano y el crónico consumen la mayoría de recursos de los servicios de Atención Primaria.

Respecto a la relación de la edad con las expectativas y preferencias con los servicios sanitarios de Atención Primaria no se ha encontrado en la literatura científica ningún estudio con dicho objetivo específico pero sí que se observan diferencias en varios trabajos:

1. Los pacientes de mayor edad son los que más priorizan el ser atendidos por su médico de familia habitual, estando dispuestos a asumir una lista de espera para la cita más larga que los pacientes más jóvenes, si el médico que les atiende es el suyo. Es la conclusión que se desprende de un estudio del National Health Service. También se observó que los pacientes que trabajaban son los que más valoraron un tiempo de espera corto<sup>24</sup>.
2. Respecto a la accesibilidad, los pacientes de menor edad, trabajadores y con títulos académicos son los que más valor conceden a la posibilidad de concertar cita en el mismo día<sup>25</sup>.
3. Las expectativas y las preferencias también difieren según la edad en otros ámbitos, como puede ser la eficacia de los tratamientos psiquiátricos. En la revisión<sup>5</sup> de estudios de creencias y necesidades percibidas por pacientes con ansiedad y depresión, se observaron diferencias respecto a la edad y la adhesión al tratamiento, registrándose un mayor incumplimiento en los pacientes más jóvenes y más ancianos.

Respecto al sexo, aunque tampoco se ha encontrado un estudio específico sobre expectativas y preferencias en Atención Primaria, se observan diferencias en la relación que hombres y mujeres establecen con los servicios sanitarios. Las mujeres frecuentan más que los hombres y

tienen más facilidad para expresar sentimientos y para realizar consultas sobre malestar psicológico. Se encuentran también, referencias a variaciones en cuanto al sexo en trabajos ya citados:

1. Las mujeres priorizan y prefieren más que los hombres ser atendidas por su médico de familia habitual y asumen un tiempo de espera más largo, según se refleja en el trabajo del NHS<sup>24</sup>.
2. En el estudio<sup>8</sup> de pacientes sometidos a cirugía del manguito de los rotadores al que se ha hecho referencia en el apartado de expectativas y creencias, las mujeres manifestaron más preocupaciones preoperatorias que los hombres.

De los factores principales relacionados con las preferencias y expectativas, el más estudiado recientemente ha sido el del origen. Numerosos estudios actuales han tenido como objetivo la influencia del origen y de la cultura en la salud y la repercusión de la inmigración en los servicios sanitarios.

A continuación, se hace un repaso de dichos estudios y de la influencia de la inmigración en el ámbito de la salud.

La inmigración se define como la entrada en un país de personas que nacieron o proceden de otro lugar. El flujo migratorio es un movimiento donde grupos más o menos masivos de personas se instalan de manera provisional, estacional o definitiva en otro país.

Las migraciones han existido siempre a lo largo de la historia de la humanidad. Situaciones políticas de guerra y económicas de crisis y pobreza han provocado migraciones masivas, en busca de una vida mejor.

En los dos últimos siglos, el flujo de inmigrantes se producía mayoritariamente desde los países europeos hacia Estados Unidos, Canadá, Brasil, Argentina y Australia. En cambio, en la actualidad el origen de la migración se encuentra en los países de Iberoamérica, Asia y África, y los países receptores son los estados norteamericanos y las naciones de Europa Occidental.

En España el fenómeno de la migración no es nuevo y ha tenido una gran importancia en la historia de nuestro país, motivado por condicionantes, sobre todo económicos y políticos. Durante el siglo XX hubo numerosas migraciones de españoles tanto internas como a otros países europeos y de Sudamérica. Pero desde 1990, el fenómeno migratorio se ha caracterizado por una variación de flujo; el aumento en nuestro país de inmigrantes de nacionalidades diversas en tal magnitud y en un corto periodo de tiempo ha producido un gran cambio en la demografía. El aumento del porcentaje de inmigrantes no ha sido fijo y alcanzó su máximo crecimiento en el 2005, para quedarse estancando según el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>26</sup> en el 2010. En este estancamiento de los dos últimos años ha influido la situación actual de crisis económica de

nuestro país, y probablemente en los próximos años viviremos de nuevo un cambio de flujo en que el número de emigraciones en nuestro país superará el de las inmigraciones

En 1999, el 2% de la población española era extranjera. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en la actualidad es del 12%. Pero este cambio demográfico, aunque presente en todo el territorio, no ha sido homogéneo y principalmente se ha registrado en cuatro comunidades autónomas (Cataluña, Madrid, Andalucía y Comunidad valenciana), según un estudio realizado por el Instituto de Estudios Fiscales de Madrid<sup>27</sup>. Dentro de Cataluña, destaca el aumento de población inmigrante en la provincia de Girona, y muy especialmente en ciertas localidades como Salt, Roses o Castelló d'Empúries. Es precisamente en Castelló d'Empúries, municipio catalán con la mayor tasa de inmigración (51% en el 2010), donde se ha realizado el trabajo empírico de la tesis. En el anexo 1 se describe con más detalle su demografía especial.

Inmigrante, según se define en un trabajo<sup>28</sup> de recomendaciones sobre definiciones y variables para la investigación e información en salud es “la persona que llega a un país donde no ha nacido para fijar su residencia”.

Pero esta definición es muy amplia. Los colectivos inmigrantes difieren mucho entre sí y son muy diversas las circunstancias que les han llevado a emigrar de sus países de origen.

Cuando se hace referencia a ciertos colectivos de población que residen en España o Cataluña y son de ciertas nacionalidades (como francesa, alemana, escandinava o estadounidense) no se suele utilizar el término inmigrante, aunque técnicamente lo sean. Habitualmente, cuando se utiliza el concepto de inmigrante se hace para referirse a las personas que han llegado procedentes de otros países y presentan diferencias marcadas en cuanto a nivel económico, cultural y de estilos de vida. Son los inmigrantes conocidos como inmigrantes económicos y la motivación principal que les hizo salir de su país de origen fue la búsqueda de trabajo. El 83,9% de inmigrantes que llegó España en 2007 lo hizo sin contrato previo<sup>29</sup>.

En la literatura actual no existe una definición consensuada de inmigrante económico. En esta tesis se ha aceptado la definición de inmigrante económico propuesta por Laura Vall-Ilosera<sup>30</sup> y que se adapta más al concepto buscado de inmigración.

Se entiende, como inmigrante en términos económicos, aquella persona nacida en alguno de los países que forma parte de la clasificación de países en desarrollo agrupados por grandes regiones.

Esta clasificación corresponde a la del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)<sup>31</sup> y establece seis grandes regiones:

- Unión Europea antes del 2003, Estados Unidos, Canadá y Australia.
- Europa del Este
- Centro y Sudamérica

- Africa del Norte
- Africa Subsahariana
- Asia

España pertenece a la primera gran región. El resto de regiones están formadas por países en vías de desarrollo.

Según esta clasificación, que ha servido para realizar los grupos de estudio por origen, el concepto de inmigrante económico se referiría a los individuos que no proceden de nuestra gran región y que proceden de Europa del Este, Sudamérica, Africa y Asia.

La motivación de los inmigrantes de Europa Central, muchos ya jubilados, que residen en la costa catalana ha sido la búsqueda de una mejor calidad de vida dada por el clima o la situación geográfica, siendo mucho menores las diferencias culturales y de estilo de vida. Difieren de los inmigrantes económicos y su integración y repercusión en la vida social del país de acogida también es diferente.

En el presente trabajo, se ha agrupado al colectivo procedente de Europa Central y la población catalana, y se ha reservado el concepto de inmigrante para referirse a los inmigrantes económicos.

La inmigración económica conlleva una amplia diversidad cultural, social, económica y religiosa, que supone un reto para la integración ciudadana. Este masivo flujo migratorio también ha tenido sus consecuencias en la Salud Pública y en la organización del sistema sanitario y no tanto por el riesgo de enfermedades tropicales importadas que es mínimo, sino por las condiciones de pobreza que muchas veces acompañan a la población inmigrante a su inicio en el país de acogida. Estas son las conclusiones del trabajo de investigación “Estudio de salud de la Comunidad de Madrid relativo a la población inmigrante”<sup>32</sup>. Tras analizar 8500 entrevistas, los resultados fueron los siguientes:

- La inmigración no supone ningún riesgo grave para la salud pública del país de acogida.
- Los problemas de salud de las poblaciones inmigradas son muy parecidos a los de la población autóctona.
- La situación irregular de estancia en el país y las condiciones higiénicosanitarias de vida suponen el verdadero riesgo para la salud de los inmigrantes. De hecho, en los barrios con peores condiciones sociosanitarias los inmigrantes presentan exactamente los mismos problemas de salud que el resto de la población. En cambio, las patologías “tropicales” no tienen una prevalencia significativa.

En general, la salud del inmigrante es buena y padece menos enfermedades crónicas que la población española. La mayoría son jóvenes, entre 25 y 44 años, y al ser más jóvenes que la población autóctona gozan de mayor salud (efecto del "inmigrante sano").

Existen, de todos modos, peculiaridades de la salud de los inmigrantes que se pueden encontrar en diferentes trabajos:

- El mejor estado de salud del inmigrante se cumple en todas las patologías excepto en lo que se refiere a clínica ansioso-depresiva, según datos de la Encuesta de Salud de Cataluña<sup>33</sup>. Otro estudio realizado en pacientes marroquíes en el País Vasco<sup>34</sup> en que se valoraron mediante cuestionarios la calidad de vida y la presencia de síntomas de ansiedad/depresión de 2774 personas (1239 marroquíes en Marruecos, 149 marroquíes en el País Vasco y 1388 autóctonas) obtuvo resultados similares y mostró de nuevo que los inmigrantes residentes en España tenían mejores indicadores de salud que los nativos pero referían con mayor frecuencia síntomas de ansiedad y depresión. Ser inmigrante, respecto a seguir viviendo en Marruecos, actuó como factor de protección en casi todas las patologías; sin embargo, fue un factor de riesgo para la aparición de síntomas de ansiedad/depresión. El bajo apoyo social y la insatisfacción con la vida social aumentó el riesgo de síntomas de ansiedad/depresión en los marroquíes del País Vasco. Dentro de la patología mental, también parece existir una mayor prevalencia de procesos más graves como cuadros psicóticos y psicósomáticos, según un trabajo realizado en Andalucía<sup>35</sup> en inmigrantes económicos.
- Se observa una alta fecundidad. El patrón de fecundidad de las mujeres extranjeras es diferente al de las españolas, y se caracteriza fundamentalmente por una mayor fecundidad, muy acentuada para el grupo de mujeres adolescentes<sup>36</sup>. Según refleja un estudio transversal de fecundidad realizado entre los años 1996 y 2006, las mujeres extranjeras tuvieron más hijos (índice sintético de fecundidad de 2 frente a 1,2 de las autóctonas) y a edades más tempranas, siendo la fecundidad en mujeres de 19 años o menor edad seis veces superior.
- En el caso de algunas enfermedades infecciosas como la tuberculosis se registra una mayor incidencia media y un peor cumplimiento terapéutico. Los casos de tuberculosis en población extranjera son más jóvenes y tienen menos patologías crónicas de base, presentando un peor perfil en la realización del estudio de contactos y en el cumplimiento del tratamiento que los autóctonos, como se observa en los registros del Instituto Vasco de Estadística y el Ikuspegi-Observatorio Vasco de Inmigración<sup>37</sup>. El tratamiento y seguimiento de la tuberculosis presenta una mayor dificultad en pacientes inmigrantes. Un estudio de cohortes prospectivo de 296 casos<sup>38</sup> cuantificó un abandono del tratamiento tuberculostático del 8,4%.
- Las visitas a servicios de Atención al viajero por parte de inmigrantes son escasas con el consecuente riesgo de importación de enfermedades transmisibles. Los inmigrantes que viajan a visitar familiares y amigos acuden menos a las Consultas de Consejo a Viajeros que los

turistas (32,2% frente a 57,2%). Los inmigrantes procedentes de Africa subsahariana son los que tienen el mayor riesgo de importar enfermedades transmisibles de curso agudo potencialmente letal<sup>39</sup>.

- También hay peculiaridades en los niños hijos de inmigrantes, los llamados inmigrantes de segunda generación y que en el padrón están registrados como inmigrantes porque adquieren la nacionalidad de los padres y no la española aunque nazcan en territorio español. La cobertura vacunal primaria en niños inmigrantes es menor, siendo del 85% frente al 96,5% de los niños catalanes<sup>40</sup>. Las dosis de recuerdo aplicadas de vacunas en los inmigrantes de segunda generación también son menores. Los niños inmigrantes tienen significativamente menos trastornos crónicos diagnosticados y acuden menos veces al pediatra, aunque presentan un mayor número de ingresos. Sus padres tienen un peor estado de salud percibido de sus hijos que los padres catalanes. Estas diferencias respecto a utilización de servicios y estado de salud entre niños autóctonos e inmigrantes se observan en los datos de la Encuesta Catalana de Salud en menores<sup>41</sup>.
- La prevalencia de violencia de género es más elevada entre las mujeres inmigrantes. Esta mayor probabilidad de sufrir violencia doméstica se analizó en 10202 mujeres, siendo entre las mujeres inmigrantes del 27,3% y entre las españolas del 14,3%. Las mujeres extranjeras pusieron más denuncias de violencia de género que las autóctonas<sup>42</sup>.

Todas estas peculiaridades originan diferencias marcadas entre el estado de salud y la calidad de vida percibida de la población autóctona y de la inmigrada. Los problemas de salud y las consultas médicas por las que acuden al centro de salud también difieren entre sí.

La búsqueda de empleo fue la causa primordial para emigrar en la mayoría de los inmigrantes económicos que viven en España, pero el trabajo encontrado al llegar a España no fue, a menudo, el esperado. Una gran parte de la población inmigrada recibe una remuneración baja y trabaja en condiciones laborales precarias. Hay que añadir, además, las frecuentes situaciones irregulares en los trabajos que desempeñan.

La actividad laboral de los inmigrantes en nuestro país es limitada, lo que supone un barrera para ellos tanto en términos económicos como de satisfacción y realización personal. Las limitaciones se encuentran por un lado en el tipo de trabajo ofertado, concentrándose la inmensa mayoría de los ocupados en la construcción, la hostelería, el servicio doméstico y la agricultura; y por otro lado en las dificultades para acceder a otros tipos de trabajo (por ejemplo, administración pública)<sup>43</sup>. La crisis económica ha intensificado estas limitaciones y dificultades.

Los riesgos laborales en los inmigrantes no difieren de los riesgos de los trabajadores autóctonos en similares circunstancias, pero los inmigrantes padecerían exposiciones más frecuentes e intensas por el acceso mayoritario a puestos menos cualificados y por la necesidad de prolongar las jornadas de trabajo. También se destaca su desconocimiento general en relación

con los derechos de protección y de salud en el trabajo. Esta es la conclusión del proyecto de investigación de salud laboral de inmigrantes en España ITSAL<sup>44</sup>, estudio cualitativo exploratorio-descriptivo con entrevistas realizadas a 43 informadores claves de 34 organizaciones, asociaciones y colectivos relacionados con la población inmigrante en Alicante, Barcelona, Huelva, Madrid y Valencia.

Algunas características de la precariedad laboral percibidas por los inmigrantes irregulares fueron: elevada inestabilidad laboral, ausencia de un marco de protección legal, elevada vulnerabilidad agudizada por su situación legal y su estatus de inmigrante, nivel de ingresos insuficiente y más bajo que el del resto de los compañeros, ausencia marcada de derechos laborales y escaso poder para exigir mejores condiciones y un tiempo de trabajo extenso y a un ritmo acelerado. Las condiciones de empleo y la situación legal repercuten en la salud produciendo problemas de salud física y mental que pueden ser importantes<sup>45</sup>.

La repercusión en la salud se refleja en una mayor morbi-mortalidad. Las tasas más altas de lesiones fatales y no fatales son más comunes en inmigrantes que en las poblaciones nativas. Este aumento se debe en parte a que los inmigrantes trabajan en ocupaciones de alto riesgo (por ejemplo, agricultura y construcción), pero la morbilidad laboral y la mortalidad es mayor entre los inmigrantes que los trabajadores nativos en las diversas categorías ocupacionales, como puede verse en una revisión de los estudios de accidentes laborales en inmigrantes en Estados Unidos<sup>46</sup>.

Además de ocupaciones de alto riesgo, también destaca en nuestro país el elevado número de mujeres inmigrantes, en especial latinoamericanas, que trabajan en el servicio doméstico y cuidado de enfermos y ancianos. Bajo condiciones laborales precarias e irregulares, a menudo, viven en el domicilio de los contratantes, lo que aumenta el horario de la jornada laboral. Todo esto supone un riesgo psicosocial añadido y percibido negativamente por la población inmigrada femenina<sup>47</sup>.

Respecto a la influencia del origen en la demanda de servicios y a la utilización de servicios médicos, llama la atención el menor uso que realiza esta parte de la población.

- La utilización de los recursos sanitarios es menor que la de los autóctonos. La consulta al médico general y la hospitalización constituyen los servicios sanitarios en que se ha encontrado una menor diferencia en su frecuentación entre ambas poblaciones, mientras que el médico especialista y los servicios preventivos constituyen los servicios sanitarios en que se ha encontrado una mayor diferencia<sup>48</sup>.
- Si el uso de servicios médicos en general es menor, especialmente minoritaria es la realización de actividades preventivas, como pueden ser vacunaciones y cribajes. El porcentaje de mamografías y citologías es menor en las mujeres inmigrantes que en las mujeres autóctonas<sup>49</sup>.
- Este menor consumo sanitario también se cumple en el ámbito de Girona, como refleja un trabajo<sup>30</sup> que estudió a 645 usuarios de centros de atención primaria de la provincia y en el que

de nuevo se objetivó el menor uso de servicios médicos y el menor gasto generado por la población inmigrante respecto a la autóctona.

- Junto con ese menor uso de servicios sanitarios, se observa también un menor consumo de medicamentos que la población catalana de la misma edad y sexo. Los gastos farmacéuticos son mucho más bajos para los inmigrantes respecto a los pacientes autóctonos, tanto en el porcentaje de recetas dispensadas en las farmacias como en el número de contenedores de medicamentos obtenidos. Los precios de los medicamentos utilizados son también más baratos y originan un menor coste. El porcentaje de individuos que compra medicamentos durante un período de seis meses es del 53,7% entre los inmigrantes y del 79,2% entre los catalanes, según un estudio prospectivo observacional realizado en Lleida a 1630 inmigrantes y 4154 españoles<sup>50</sup>. Otro trabajo realizado en Girona<sup>51</sup> obtiene resultados similares, cuantificando en un 50% el consumo de fármacos en la población inmigrante versus un 66,7% en la población autóctona.
- A pesar de la mayor presencia, ya comentada con anterioridad, de síntomas de ansiedad y depresión en los inmigrantes el consumo de fármacos antidepresivos es bajo. Son los resultados de un estudio transversal en que se analizaron las historias clínicas informatizadas y los registros farmacéuticos de medicamentos dispensados en las farmacias de 232717 catalanes y 33361 inmigrantes. Todos los inmigrantes, sin importar el país de origen, tenían un menor consumo de antidepresivos que la población autóctona de la misma edad y sexo. Las mujeres latinoamericanas presentaban los niveles más altos de consumo, y los hombres subsaharianos los más bajos. Los perfiles de prescripción también difirieron, ya que los inmigrantes consumieron más medicamentos genéricos y menos fármacos activos de reciente comercialización<sup>52</sup>.
- Este menor uso de recursos no se cumple en la utilización de servicios de urgencias. Los inmigrantes procedentes de países de bajos ingresos utilizan los servicios de urgencias hospitalarias más que la población de origen español. Son las conclusiones de un estudio transversal de las 96916 visitas de pacientes de 15 a 64 años de edad atendidos durante los años 2004 y 2005 en un hospital público de Lleida. Las diferencias en los patrones de utilización fueron especialmente marcadas para los hombres y las mujeres magrebíes y mujeres subsaharianas, que fueron los que más acudieron a los servicios de urgencias y presentaron mayor número de hospitalizaciones<sup>53</sup>. Un trabajo realizado en Murcia obtiene resultados similares, presentando en este trabajo una mayor utilización de servicios de urgencias las mujeres africanas y sudamericanas entre 20 y 40 años generando una tasa de hospitalizaciones mayor que la de las españolas<sup>54</sup>.
- La mayor utilización de servicios de urgencias se debe a la facilidad de acceso a los servicios de emergencia y la falta de conocimiento sobre el sistema de salud del nuevo país y no tanto a factores de mal estado de salud<sup>55</sup>.

Han sido diversas las explicaciones que se han dado para este menor consumo de recursos sanitarios:

- El desconocimiento del funcionamiento del sistema es la principal barrera detectada en el acceso al sistema por parte de la población inmigrante<sup>56</sup>.
- Un dato curioso es que en parte este desconocimiento de este sistema y cómo acceder a él, ha favorecido que una parte de los inmigrantes con mayor poder económico opten por contratar mutuas o seguros privados, desviando parte del gasto sanitario al sector privado. El aumento de la población en Cataluña y el del porcentaje de inmigrantes se ha visto reflejado en una mayor demanda de seguros privados (doble cobertura) principalmente en grupos de renta media-alta y con hijos, con la finalidad de poder acceder con mayor prontitud a servicios especializados y de emergencias privadas<sup>57</sup>.
- Otro factor que podría influir en esta menor frecuentación es la hipótesis de que los profesionales sanitarios puedan prestar una atención diferente a los pacientes según su origen, pero el personal sanitario manifiesta en diversos estudios no prestar una atención diferente a los pacientes inmigrantes y no refieren un trato discriminatorio. Así lo reflejan los estudios realizados en médicos de familia<sup>58</sup> y en enfermeras<sup>59</sup>. A pesar de no existir un trato diferente a estos pacientes, más de la mitad de los profesionales refieren dificultades y problemas en la atención a pacientes inmigrantes. En un trabajo realizado en médicos de familia, el 52% de los encuestados reconoció estos problemas catalogando como principales barreras la movilidad de los inmigrantes que dificultaba la continuidad asistencial (82,9%), el idioma que dificultaba la comunicación (82,3%) y las diferencias culturales que dificultaban la comprensión y cumplimiento de los consejos de salud y tratamiento (71,3%)<sup>60</sup>. Otro estudio realizado en Cataluña reflejó que entre los profesionales sanitarios el tener que prestar atención sanitaria a pacientes inmigrantes generó, en ocasiones, sentimientos de angustia, sobrecarga y agotamiento, particularmente en la atención primaria. Las barreras de comunicación surgieron de nuevo como el principal problema<sup>61</sup>.

Aunque hay numerosos estudios realizados en España, y concretamente en Cataluña, acerca del estado de salud de la población inmigrante y de su repercusión en nuestro sistema sanitario, apenas hay estudios de las expectativas con que llegan a las consultas médicas y de sus preferencias. Sí que pueden encontrarse en la literatura científica trabajos de investigación sobre la satisfacción y la influencia de las creencias de la población inmigrante en su relación con el sistema sanitario:

- La mayoría de la población inmigrante está satisfecha con la asistencia sanitaria recibida en Cataluña, como refleja un estudio descriptivo y cualitativo realizado en pacientes marroquíes que concluyó que la mayoría de los inmigrantes de origen marroquí estaban satisfechos con la

atención médica, indicando como principales problemas las dificultades para acudir a las visitas programadas y el idioma. El tiempo de residencia en España no disminuyó las dificultades y las diferencias en la relación con el sistema sanitario de la satisfacción con la asistencia recibida. En este trabajo también se exploraron las creencias de este colectivo, objetivándose que creían mayoritariamente en la efectividad de los fármacos y los programas de vacunación, pero también pensaban que la enfermedad dependía de la voluntad de Alá (93,7% de las mujeres entrevistadas y 95,0% de los hombres)<sup>62</sup>.

- Las creencias de enfermedad y salud de la población inmigrante distan en muchos conceptos de las creencias europeas. Un estudio cualitativo centrado en la somatización y significado de enfermedad en mujeres inmigrantes, puso de manifiesto que presentaban con mayor frecuencia somatizaciones como expresión de distrés emocional<sup>63</sup>. Otro estudio en mujeres inmigrantes de mediana edad, también detectó marcadas diferencias en creencias culturales y espirituales, que influían en el modo de contacto y relación con los servicios asistenciales<sup>64</sup>.

El último factor relacionado con las expectativas y preferencias que se ha planteado estudiar en esta tesis es el nivel socioeconómico. Para diversos autores, éste es el factor determinante del estado de salud.

Si se vuelve a revisar los trabajos que estudiaban el factor origen y su influencia, habría que preguntarse si las diferencias en salud proceden de la diversidad de creencias culturales y estilos de vida diferentes, o lo hacen básicamente por unas condiciones socioeconómicas desaventajadas respecto a la población autóctona:

- En algunos de los estudios anteriormente citados, como el realizado en marroquíes del País Vasco o en inmigrantes de segunda generación, los autores relacionan directamente los síntomas de ansiedad/depresión y la mala calidad de vida percibida con factores socioeconómicos, como el bajo apoyo social o la insatisfacción con la vida social, y con la dificultad idiomática de los inmigrantes<sup>34,41</sup>.
- Las complicaciones perinatales no parecen más frecuentes en los hijos de mujeres inmigrantes. Las diferencias que se observan se refieren más al apoyo social. El bajo apoyo social y familiar es el factor clave de las diferencias en el control del embarazo en inmigrantes, presentando embarazos bien controlados las mujeres inmigrantes con buen apoyo social sin diferencias con las autóctonas, según un trabajo realizado en 1352 mujeres embarazadas<sup>65</sup>. En este trabajo las proporciones de parto prematuro, bajo peso y muy bajo peso no difirieron entre las dos categorías de madres. Las complicaciones valoradas por una puntuación en el test de Apgar menor o igual a 6, ingreso en la unidad neonatal e ingreso en cuidados intensivos e intermedios, no fueron más frecuentes en los hijos de madres inmigrantes. Las mujeres inmigrantes tuvieron

menos apoyo social y familiar y fueron muchas menos las que disfrutaron de baja laboral por maternidad.

- La falta de apoyo social se asocia con un peor estado de salud y una mala calidad de vida percibida. Los inmigrantes al llegar a nuestro país presentan una pobre red social y a la vez unos bajos ingresos económicos, factores que se asocian a menudo, perjudicando su salud. La falta de apoyo social y unos ingresos mensuales menores de 500 euros son los factores que se asociaron con un estado de salud peor en un trabajo realizado en 15 centros de salud de Madrid<sup>66</sup> y la población inmigrante presentaba con más frecuencia que la autóctona la falta de apoyo social.
- Los inmigrantes encuentran al principio grandes dificultades para acceder al sistema sanitario del nuevo país al que han emigrado. Estas dificultades pueden retrasar el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades que padecen agravándolas. En un estudio realizado en Estados Unidos en mujeres inmigrantes hispanas, mayoritariamente de México, con un buen estado de salud al llegar a Estados Unidos encontraron que la principal dificultad para mantener su salud y para poder contactar con el sistema sanitario fueron los factores sociales como desconocimiento de funcionamiento del sistema, dificultad idiomática o falta de transporte. Estas barreras generaron en ellas percepciones negativas hacia el sistema de salud y les llevaron a optar en algunas circunstancias, por modelos de medicina alternativa<sup>67</sup>.
- Otro factor social que también influye en el estado de salud es el sentimiento de discriminación que pueda tener el inmigrante. Los inmigrantes con sentimiento de discriminación se encuentran con un riesgo significativamente mayor de presentar problemas de salud, especialmente patologías mentales. Un 70% de inmigrantes en España perciben ese sentimiento de discriminación. Son datos de un estudio transversal y cualitativo<sup>68,69</sup> en cuatro ciudades españolas (Madrid, Barcelona, Valencia y Huelva) con una muestra de 2434 inmigrantes procedentes de Ecuador, Marruecos, Rumania y Colombia. Los resultados reflejaron que el 73,3% de los hombres y el 69,3% de las mujeres inmigrantes percibían discriminación por la condición de inmigrante. El colectivo marroquí mostró la mayor prevalencia de discriminación percibida.
- La buena salud inicial del inmigrante y las diferencias en salud parecen además diluirse en parte con el tiempo, al ir adquiriendo los inmigrantes los hábitos, dieta y costumbres de la población autóctona, aumentando entonces los factores de riesgo cardiovascular. Así se aprecia en un estudio<sup>70</sup> comparativo entre diferentes etnias en Estados Unidos que afirma que los inmigrantes recién llegados tiene un menor prevalencia de tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial y enfermedad crónica, y que la prevalencia va aumentando con los años de permanencia en el país.

- Las duras circunstancias iniciales de los inmigrantes económicos provocan que un 15% de ellos experimente un deterioro de su estado de salud previo, un declive sanitario. La salud del inmigrante va empeorando no sólo por la adquisición de los hábitos alimentarios del nuevo país sino también por las situaciones sociales desventajadas y de pobreza a las que se enfrentan. Así lo refleja un estudio canadiense realizado a 7716 inmigrantes a los seis meses, dos años y cuatro años de su llegada a Canadá<sup>71</sup>.

Las diferencias en salud son mayores entre los diferentes grupos sociales que las diferencias que existen entre la población española y la inmigrada considerada como colectivo. El nivel socioeconómico parece ser el factor que se asocia con mayor fuerza con el estado de salud, mucho más que la nacionalidad, la cultura o los hábitos de vida. Así se desprende de los datos de Encuesta Nacional de Salud en España<sup>72</sup>, donde se evidencia que los recursos económicos como el mayor nivel de renta son el factor determinante más importante en salud. Hay autores que afirman que la percepción de salud es un reflejo de la situación sociocultural del paciente<sup>73,74</sup>.

Ante la importancia del factor económico en la salud, una última cuestión planteada es la influencia de la crisis económica del 2009 en la sociedad actual y en su estado de salud.

El giro reciente en la historia, debido a la crisis económica y financiera desde el 2009, ha hecho que la abundancia de alimentos, servicios sociales y bienes de consumo peligran. Así lo reflejan las estadísticas en España; el paro y la situación económica aparecen de nuevo ocupando los primeros puestos en las preocupaciones de los españoles. La preocupación por la salud también ha aumentado, en especial en los últimos dos años, pasando de ocupar el puesto número 11 entre las preocupaciones principales de los españoles en el Barómetro del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) de junio del 2010<sup>75</sup> al puesto número 4 en el Barómetro de mayo del 2012<sup>76</sup>. Este cambio probablemente ha sido motivado por los recortes sanitarios que han tenido gran repercusión, especialmente en Cataluña.

La crisis económica ha añadido miedo e inestabilidad a la acomodada sociedad intercultural del siglo XXI, miedo que se refleja en el ámbito de la salud.

La Medicina que no queda al margen de los momentos sociales, ha experimentado tanto la universalización de servicios y abundancia de inversiones previas como la escasez y recorte de recursos actuales. En el contexto de época de recesión económica en nuestro país, los gestores médicos hablan de un excesivo y mal uso de los recursos que dispara el gasto sanitario y hace que el sistema sea insostenible. El sistema sanitario español es un sistema público y universal. Los pacientes lo han incorporado como un derecho más, sin percibir el progreso que representa frente a otros sistemas sanitarios (National Health Service inglés, sistema privado de Estados Unidos...). El paciente se ha vuelto impaciente y no es tolerante con las esperas ni con la distancia a los centros sanitarios. El recorte actual de los recursos sanitarios y de las urgencias y su gran

repercusión en la sociedad catalana hace pensar que las creencias que la población tenía hasta ahora y sus expectativas respecto al sistema sanitario público estaban lejos de la realidad y eran excesivas, como también eran erróneas las creencias en relación al gasto ocasionado por las actuaciones médicas y la sostenibilidad del sistema. Un estudio de revisión cuyo objetivo era predecir los efectos que se pueden esperar en la salud en un periodo de crisis, basándose en la experiencia de crisis anteriores, concluyó que crisis económicas como la actual producen empobrecimiento y desempleo, empeoramiento de la dieta, la calidad de vida y la salud mental<sup>77</sup>. Este deterioro no se produce por igual en toda la población sino que hay colectivos que resultan más afectados como son los niños, los ancianos y las familias monoparentales.

Ante todo lo anteriormente expuesto, surge el fundamento de esta tesis, valorar qué factores: sexo, edad, origen y socioeconómicos, tienen más peso y marcan la diferencia entre expectativas y preferencias de los pacientes en el sistema sanitario.

## **2. HIPOTESIS**

1. Las expectativas y las preferencias en salud pueden ser estimadas a partir de la satisfacción e importancia de diversos aspectos del servicio sanitario.
2. La satisfacción y la importancia en relación al servicio sanitario prestado dependen fundamentalmente del profesional sanitario.
3. Las expectativas y las preferencias en salud se encuentran influenciadas por la edad, el sexo, el origen y los condicionantes socioeconómicos.
4. La crisis económica del 2009 ha influido en la satisfacción con los servicios sanitarios.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Estimar y analizar la influencia en las expectativas y las preferencias en salud de la edad, el sexo, el origen y los condicionantes socioeconómicos, en Atención Primaria durante el periodo comprendido entre octubre del 2010 y mayo del 2011.

### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

3.2.1. Evaluar factores predictivos de la satisfacción e importancia del servicio prestado en Atención Primaria, estratificado por sexo y edad.

3.2.2 Evaluar factores predictivos de la satisfacción e importancia del servicio prestado en Atención Primaria, según el origen.

3.2.3. Evaluar factores predictivos de la satisfacción e importancia del servicio prestado en Atención Primaria, según el nivel socioeconómico.

3.2.4. Evaluar el efecto de la crisis económica sobre la satisfacción del usuario con los servicios sanitarios de Atención Primaria.

## **4. METODOLOGIA**

## **4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO CUANTITATIVO**

### **4.1.1. Selección de la población de estudio**

El trabajo empírico se decidió realizar en Castelló d'Empúries, pues como ya se ha comentado con anterioridad, se consideró el lugar idóneo al ser el municipio catalán que presenta un mayor porcentaje de inmigración, llegando a ser del 51% en el año 2009<sup>78</sup>.

La población a estudio se definió como la población registrada en el padrón del Ayuntamiento de Castelló d'Empúries.

Esta es también la población que atiende el Centro de Atención Primaria (CAP) de Castelló d'Empúries y el Dispensario de Empuriabrava, ambos pertenecientes al ICS (Instituto Catalán de la Salud) y que son los proveedores públicos de salud de la zona.

La relación entre la población que atienden el CAP y el Dispensario y la población empadronada es muy estrecha, pudiendo considerarse que es la misma. El hecho de ser el único proveedor de servicios sanitarios de atención primaria hace que la cobertura sea alta, de un 87,67%, según datos de la Unidad de Recerca de Atención Primaria del ICS de Girona, es decir que más del 87% de la población del municipio consulta al menos una vez al año y que la totalidad de la población pasa por el CAP o el Dispensario al menos una vez en el término de dos años.

Los sesgos que se han podido realizar al considerar ambas poblaciones como idénticas son:

- Habitantes del municipio empadronados en el mismo pero que acuden a un centro médico distinto.
- Personas que tienen médico asignado en los centros del estudio pero están empadronadas en municipios vecinos.

Estos dos casos recogen una mínima parte de la población.

En el año 2009 en el padrón municipal de Castelló d'Empúries había inscritos 12229 habitantes. Dos terceras parte de la población, 8117 habitantes, residían en Empuriabrava y una tercera parte, 4112 habitantes, en el pueblo de Castelló d'Empúries.

### **4.1.2. Diseño y tamaño de la muestra**

Para el cálculo del tamaño de la muestra se contó con el padrón del Ayuntamiento de Castelló d'Empúries del 2009. Se optó por valorar la población empadronada porque reflejaba con más realidad y fidelidad la población a estudio que la que se encuentra recogida en el ECAP (sistema informático del Instituto Catalán de la Salud) y porque del censo del Ayuntamiento se podía conocer el origen y la nacionalidad.

En abril del 2010 se dispuso de la población censada estratificada por sexo, edad y origen.

Para simplificar el análisis se formaron cuatro grandes grupos al considerar que los individuos pertenecientes a cada uno de ellos cumplían unas características de grupo y no diferían entre sí, en función de los objetivos planteados:

1. Autóctonos y Europa Central
2. Europa del Este
3. Africa
4. Centro y Sudamérica

Se decidió unificar en un mismo grupo los pacientes de Europa Central con los autóctonos (catalanes y españoles) por presentar características socioeconómicas similares y diferir del resto de los grupos que corresponderían a inmigrantes económicos, concepto explicado ya en la introducción.

#### FACTORES DE EXCLUSION

Se descartó a los pacientes de Norte América, Asia, Oceanía y apátridas, que suponían 88 habitantes y representaban menos del 1% de la población en conjunto, concretamente el 0,73%.

También se excluyó a los pacientes pediátricos y se realizó la encuesta a individuos mayores de 15 años, que es la edad en que pasan de la consulta de pediatría a la de medicina de familia. Los menores de 18 años entrevistados fueron muy pocos en número y estuvieron acompañados de un adulto.

Tras la aplicación de estos dos factores de exclusión la población efectiva sobre la que se planteó el diseño muestral fue de **11366** individuos.

#### POBLACION DEL MUNICIPIO AGRUPADA POR ORIGEN

**Tabla 1: Población según origen**

Origen	Habitantes	Porcentaje
Autóctonos - Europa Central	8993	79,12%
Africa	1064	9,36%
Europa del Este	829	7,29%
Centro y Sudamérica	480	4,22%

Fuente: Elaboración propia

A partir de la población censada se calculó la muestra necesaria en n=500 personas. Esta fue la muestra teórica prevista, que con la corrección de la población finita supuso una muestra

teórica efectiva de 480. Este tamaño de muestra suponía trabajar bajo el supuesto de máxima indeterminación para proporciones, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error para los datos globales del 4,4%.

Al finalizar el trabajo de campo se dispuso de un total de 409 entrevistas válidas, lo que supuso trabajar con un error global del 4,9%. Se eliminaron del estudio aquellos cuestionarios que estaban incompletos, tenían errores de transcripción o mostraban respuestas claramente contradictorias.

**Tabla 2: Entrevistas según origen**

	Autóctonos y Europa Central	Africa	Europa del Este	Centro y SudAmérica
Porcentaje de población	0,79	0,09	0,07	0,04
Porcentaje muestral	0,36	0,22	0,22	0,19
Error muestral	0,081	0,103	0,103	0,11
n	148	91	91	79

Fuente: Elaboración propia

El muestreo llevado a cabo no se realizó mediante un muestreo proporcional al tamaño de la población sino que se estableció un muestreo ad-hoc con la finalidad de conseguir un error máximo aceptable para cada uno de los colectivos objeto del estudio, tal como se muestra en la tabla 3. Esto obligó a establecer los pesos correspondientes a cada grupo para que al trabajar más tarde con los datos ponderados se mantuviese la representatividad real de cada colectivo según los datos de población del padrón.

**Tabla 3: Pesos de elevación**

	Autóctonos y Europa Central	Africa	Europa del Este	Centro y SudAmérica
Peso elevación	2,19	0,42	0,33	0,22

Fuente: Elaboración propia

### 4.1.3. Método de muestreo y captación de individuos

Una vez realizado el diseño muestral, se pasó a definir el método de captación de individuos para entrevistar.

Ante la dificultad de realizar un muestreo sobre la población adscrita a los centros sanitarios de Empuriabrava y de Castelló d'Empúries utilizando los métodos habituales, se optó por el muestreo por transectos, concretamente el método denominado "point transect sampling" (muestreo del punto de transecto).

El muestreo por transectos abarca técnicas propias de la estadística ambiental<sup>79</sup>. Ha sido ampliamente utilizado en la gestión forestal y el estudio de la cobertura de la flora<sup>80</sup>, así como en la estimación de la abundancia y la densidad de diferentes poblaciones animales<sup>81</sup>. En el medio natural, el transecto es una banda de muestreo sobre la que se procede a la toma de los datos que se han definido previamente. Se basa en el análisis en detalle de una determinada superficie considerada representativa de una zona más amplia. El observador se mueve en el transecto localizando y diferenciando elementos<sup>82</sup>.

Fuera de la estadística ambiental, el point transect sampling se ha utilizado en el área del turismo<sup>83</sup>, hecho que ha inspirado su utilización en esta tesis, ya que la experiencia de su aplicación en el campo de la investigación médica es escasa.

En la adaptación del método al muestreo de individuos, el diseño del transecto implicó prefijar unos lugares y unos intervalos horarios concretos del día para encuestar a los usuarios de los diferentes centros de salud que forman parte del estudio.

El point transect sampling es un método sencillo de aplicar. Su principal ventaja es que permite aleatorizar al máximo momentos de tiempo y espacio en la captación de individuos, aumentando así la representatividad de la muestra sobre la que se realiza el análisis de los datos.

Se es consciente de que el sesgo de selección de la muestra viene dado principalmente por el hecho de que los cuestionarios recogidos hacen referencia a los usuarios de estos dos centros sanitarios durante el periodo de tiempo de recogida de los datos, quedando excluidas aquellas personas que estando adscritas a dichos centros no realizaron ninguna visita al centro sanitario entre octubre del 2010 y mayo del 2011.

#### 4.1.4. Elaboración del cuestionario

El primer trimestre del 2010 se realizó la revisión de cuestionarios existentes sobre expectativas y preferencias en salud. Resultó difícil encontrar encuestas concretas sobre expectativas y preferencias realizadas en una muestra amplia porque es complicado plasmar esta información en respuestas cerradas, y dichos datos se recogen mejor en estudios cualitativos que transcriben las opiniones de los participantes. Sí son más abundantes las encuestas sobre satisfacción, que es una medida indirecta de la consecución de expectativas<sup>84,85</sup> y de la percepción<sup>86</sup> del servicio recibido. Se entiende como satisfacción en salud el estado psicológico global que se produce cuando la emoción que rodea la no-confirmación de las expectativas se une con los sentimientos o sensaciones que tiene el usuario a priori respecto a la experiencia con los servicios de salud<sup>87</sup>.

A continuación se exponen los principales estudios revisados sobre satisfacción de los usuarios con la sanidad, detallando especialmente el modelo servqual y el Plan de encuestas de satisfacción de asegurados del Catsby, en que se basó el cuestionario utilizado en esta tesis.

- Encuestas de salud realizadas periódicamente por el Picker Institute of Oxford<sup>88</sup>. Su objetivo es conocer la satisfacción de los británicos respecto al National Health Service y promover políticas de salud desde la perspectiva del paciente. Este centro ha diseñado también cuestionarios breves para entidades médicas que deseen conocer la satisfacción de sus usuarios. Las preguntas recogen principalmente datos sobre tiempo de espera, accesibilidad, calidad de la información dada por el profesional sanitario y si el trato ha sido adecuado y respetuoso. En el anexo 2 se puede consultar un ejemplo de encuesta de salud del Picker Institute.
- Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>89</sup>. Realizado con una periodicidad anual, se basa en un cuestionario elaborado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Recoge datos de las opiniones de los ciudadanos respecto al funcionamiento del sistema sanitario, sistema público/privado, frecuentación, accesibilidad, comparación entre comunidades autónomas y legislación sobre alcohol/tabaco. La mayoría de las respuestas se recogen codificando mediante una escala del 1 al 10 (funciona mal a bien), o un registro dicotómico (de acuerdo / desacuerdo).
- Cuestionario de calidad de vida autopercibida y satisfacción realizado por la Gerencia de Atención Primaria de Guadalajara<sup>90</sup>. Centrado en el tiempo de espera, la información dada y la amabilidad de los profesionales.

- La Facultad de Farmacia de la Universidad de Sevilla realizó también un trabajo similar sobre satisfacción de los pacientes con el personal farmacéutico<sup>97</sup> que valoró la empatía, la información, la competencia profesional, la capacidad de respuesta, la accesibilidad y el estado de las instalaciones.

## EL MODELO SERVQUAL

El modelo servqual es un cuestionario para valorar la calidad en el sector servicios,

Ha sido aplicado a servicios muy diversos. Es considerado, en general, como un instrumento de medida valioso y ha sido adoptado por diversas organizaciones para valoración periódica de calidad<sup>92</sup>, como es el caso de la Cornig Corporation.

Es uno de los cuestionarios más extendidos para medir la satisfacción de los usuarios en el ámbito de la salud<sup>93</sup>.

Fue diseñado por Parasuraman en 1985. Este autor representó el concepto de calidad del servicio desde la medición de percepciones y expectativas del cliente<sup>94</sup>.

La escala servqual ha sido un instrumento de medida de calidad muy debatido y se han escrito numerosos artículos con argumentos a favor y en contra.

A un nivel conceptual, se ha debatido qué valora realmente la escala: calidad percibida, satisfacción con el servicio prestado o la confirmación o no confirmación de las expectativas. También es discutible la aritmética aplicada en el cálculo de la diferencia entre percepciones y expectativas, porque una diferencia de un punto puede ser obtenida de muchas maneras y no se puede asegurar que un mismo valor -1 corresponda a un mismo valor de satisfacción<sup>95,96</sup>.

Se ha cuestionado el número de dimensiones y categorías que debe contener el cuestionario para poder valorar la calidad percibida y generalizar la escala a diferentes tipos de servicios<sup>97</sup>.

Se diseñó el servperf, como modelo alternativo midiendo solamente las percepciones que tienen los consumidores acerca del rendimiento del servicio, aludiendo que la escala servqual no presentaba mucho apoyo teórico y evidencia empírica como punto de partida para medir la calidad de servicio percibida<sup>98</sup>; pero su uso no se ha generalizado.

Aun con las críticas que aportan los trabajos anteriores, el modelo servqual ha sido ampliamente aplicado en el sector servicios y está aceptado como una escala valiosa para la medida de calidad y satisfacción que adquiere mayor importancia cuando se aplica a lo largo del tiempo, ya que al informar del nivel de calidad del servicio, permite adoptar los cambios necesarios para su mejora<sup>99</sup>.

El cuestionario servqual original estudiaba diez categorías:

- Accesibilidad (access). Incluye todo lo que significa facilidades en el contacto: horarios adecuados, líneas telefónicas no colapsadas, tiempos de espera razonables, localización geográfica adecuada.
- Profesionalidad (competence). Significa tener las habilidades y conocimientos para realizar el servicio, tanto del personal en contacto directo con el servicio como del personal auxiliar y del conjunto de la organización.
- Interés (responsiveness). Se refiere a la preocupación de los trabajadores por proporcionar el servicio de manera rápida.
- Fiabilidad (reliability). Trata de la consistencia del servicio. En otras palabras, quiere decir que la empresa cumple las promesas hechas y que da un buen servicio desde el primer momento.
- Amabilidad (courtesy). Incluye la consideración y el respeto que se merece el cliente tanto en el trato como en el aspecto externo del personal que está en contacto directo con el servicio.
- Información (communication). Sabe dar a cada tipología de cliente la información de la manera más adecuada, para que la pueda entender bien, así como informar de todo lo que sea de interés para el cliente: tiempo de realización, precio...
- Credibilidad (credibility). En definitiva, quiere decir tener en cuenta los intereses reales de los clientes de una manera honesta.
- Seguridad (security). Engloba la seguridad física, la financiera y el trato confidencial.
- Comprensión y conocimiento del cliente (understanding / knowing the customer). Se refiere al conocimiento de las necesidades específicas de cada cliente, reconociendo el cliente habitual y sabiendo dar atención individualizada.
- Tangible (tangible). Incluye la parte más externa y física del servicio

Tras una depuración, el cuestionario servqual actual mantiene cinco dimensiones:

- Tangible (tangible)
- Fiabilidad (reliability)
- Interés (responsiveness)
- Seguridad (assurance)
- Empatía (emphaty)

## PLAN DE ENCUESTAS DE SATISFACCION DE ASEGURADOS DEL CATSALUT (PLAENSA)

En Cataluña, desde el año 2001, basándose en el modelo servqual, existe un Plan de encuestas de satisfacción de asegurados del CatSalut por línea de servicio<sup>100</sup>. Los resultados obtenidos identifican las áreas de excelencia y de mejora. Dispone de tres estrategias clave<sup>101</sup>:

- Medir sistemática y objetivamente la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.
- Elaborar propuestas de mejora acorde con un modelo sistematizado y normalizado con actividades de seguimiento.
- Fomentar la equidad mediante la diseminación en los centros sanitarios y en los territorios.

El PLAENSA complementado con el análisis de valoración-importancia (IPA), ha demostrado ser un instrumento válido para detectar los temas de actuación prioritarios para la mejora de la prestación de servicios y para fomentar la equidad territorial<sup>102</sup>. La fiabilidad y validez del cuestionario se garantizan con su validación estadística<sup>103</sup>.

La valoración de la satisfacción con la línea de Atención Primaria se ha realizado hasta ahora en 4 ediciones: 2003, 2006, 2009 y la última que corresponde al 2012. La valoración se realiza en diversos niveles: global para toda Cataluña, por regiones sanitarias y por áreas básicas de salud.

En el 2012, se entrevistó telefónicamente al menos a 80 pacientes de cada una de las 369 áreas básicas de salud públicas, siendo la muestra de 30100 individuos.

Dicha muestra se extrajo aleatoriamente del Registro Central de Asegurados (RCA), para garantizar la representatividad.

El cuestionario del 2012, que puede consultarse en el anexo 3, consta de 22 ítems:

- Tiempo en concertar cita por teléfono
- Solicitud de visita por internet
- Facilidad para el día de visita
- Puntualidad para entrar en la consulta
- Ruido habitual
- Limpieza de C.A.P.
- Tiempo dedicado por el médico
- Escucha del médico
- Oportunidad de opinar
- Información dada por el médico

- Explicaciones claras
- Sensación de estar en buenas manos
- Trato personal del médico
- Escucha de la enfermera
- Trato personal de la enfermera
- Coherencia de la información
- Conocimiento del médico del seguimiento
- Atención de un problema urgente
- Atención en Recepción
- Trato personal en Recepción
- Grado de satisfacción global
- Deseo de continuar acudiendo al CAP

Los datos obtenidos se analizaron para el total de Cataluña, por región sanitaria y también por ABS.

## PRUEBAS PILOTO

Para poder realizar una correcta administración del cuestionario elaborado, en mayo del 2010 se realizaron dos pruebas piloto:

- La primera a 10 profesionales sanitarios y administrativos del centro de salud de Castelló d'Empúries
- Otra a 37 pacientes de diferente origen (20 autóctonos, 7 de Europa del Este, 6 de Africa y 4 de Sudamérica)

Se valoraron las dificultades en la administración de la encuesta, se registraron y se elaboró una tabla para la detección de problemas. No hubo problemas importantes en la administración del cuestionario, pero basándose en la tabla de detección de problemas, se realizaron dos cambios en el diseño del cuestionario:

- Se eliminó una pregunta que hacía referencia a la toma de decisiones (“El médico tiene en cuenta mi opinión y me permite decidir pruebas y tratamientos”) porque se observó que los encuestados no comprendían bien el concepto y creaba confusión. Sigue habiendo otros ítems en el cuestionario que hacen referencia, aunque más indirectamente, a la toma de decisiones y a compartir información con el médico, y que se entendían mejor.

- Se redactaron de nuevo y cambiaron de orden algunas preguntas. En un principio, el cuestionario inicial se dividía en tres grandes apartados (Recepción, Enfermera y Médico), lo que lo hacía extenso y largo de administrar. Como muchas preguntas de ambos apartados eran comunes, se decidió agrupar los ítems comunes de modo que sólo hiciera falta leer una vez el texto de la pregunta, mejorando así la comprensión y reduciendo el tiempo de administración.

Las pruebas piloto permitieron percatarse de las siguientes dificultades:

- Las personas de edad avanzada manifestaban dificultad para rellenar el cuestionario que en un principio se pensó sería autoadministrado, por problemas de visión.
- Dificultades de comprensión de pacientes con un nivel cultural bajo
- Dificultades idiomáticas en pacientes inmigrantes

## CUESTIONARIO DEFINITIVO

El cuestionario definitivo, que se puede consultar en el anexo 4, constaba de diversas preguntas agrupadas que hacían referencia a:

- Datos personales
- Aspectos generales del centro
- Valoración del personal de Recepción
- Valoración del médico de familia y/o enfermera/o

Las preguntas de los apartados anteriores recogieron información sobre la satisfacción del usuario con el servicio prestado. Para valorar la importancia que dicho usuario concedía a los diferentes ítems se añadió un último apartado que consistía en ordenar por orden de mayor a menor importancia seis tarjetas gráficas, que se pueden consultar en el anexo 5, que mostraba el entrevistador y que hacían referencia a diferentes categorías o atributos. Estos atributos fueron:

1. Trato recibido por el personal sanitario
2. Equipamiento, señalización
3. Accesibilidad, cita, tiempo de espera
4. Competencia profesional
5. Información recibida, claridad
6. Recepción

#### **4.1.5. Administración del cuestionario**

En un principio se había pensado en un cuestionario autoadministrado, traducido a diferentes idiomas (catalán, castellano, inglés, árabe y francés). Pero había un problema importante con los pacientes de Africa, ya que procedían de diferentes países con diferentes lenguas, y los pacientes de Marruecos, la mayor parte de la población africana del centro, hablan diversos dialectos del árabe, siendo un porcentaje importante analfabeto, sobre todo mujeres.

Se decidió para subsanar estos problemas y los detectados en las pruebas piloto, formar un entrevistador que explicara el objetivo del estudio, leyera las preguntas y marcara las respuestas. De este modo, se disminuyeron las negativas a participar en el trabajo, se homogeneizaron las respuestas y se redujo el tiempo empleado en pasar la entrevista. Este encuestador también aclararía las dudas que pudieran surgir al pasar el cuestionario.

El disponer de un entrevistador que dominaba el catalán, castellano e inglés y era quien leía y traducía si era necesario las preguntas, limitó los problemas a los pacientes africanos, ya que tampoco hubo ningún problema con ningún paciente de lengua francesa, ya que suelen tener dominio del catalán y/o castellano. En el caso de individuos de Africa sin dominio del catalán o castellano, se permitió la traducción por parte de la mediadora cultural del Consell Comarcal del Alt Empordà que trabajaba a tiempo parcial en el centro, o el acompañamiento por un familiar o amigo que hiciera de traductor. Esta última opción fue la que escogieron la mayoría de pacientes con dificultad idiomática.

El encuestador recibió formación y entrenamiento para administrar el cuestionario. El hecho de ser un solo entrevistador eliminó los sesgos de interpretación que se producen cuando se pasan las encuestas por diferentes entrevistadores.

Previamente a la administración de la encuesta, el entrevistador explicó el objetivo del estudio y respondió a las dudas surgidas. Cada individuo encuestado dio su consentimiento oral y respondió libremente a las preguntas realizadas.

En todo momento se guardó la confidencialidad necesaria y no quedó reflejado ningún dato personal que pudiera identificar a los participantes. Cada encuesta tenía un número identificativo y posteriormente todas fueron registradas en soporte informático

Durante el periodo de administración del cuestionario, la entrevistadora se desplazó al CAP de Castelló d'Empúries y al Dispensario de Empuriabrava, y en una consulta realizó las entrevistas a las personas que acudían a consulta al centro médico, seleccionando los encuestados según el método de muestreo "point transect sampling", ya explicado con anterioridad.

En los anexos se puede consultar un modelo de la encuesta administrada en catalán y castellano.

Se pasaron 480 encuestas, de las cuales 409 resultaron válidas.

Las encuestas se realizaron en consultas del Centro de Atención Primaria de Castelló d'Empúries y del Dispensario de Empuriabrava.

En el período comprendido entre septiembre del 2010 y febrero del 2011, el centro sanitario de Empuriabrava se encontraba cerrado por obras y los profesionales y pacientes de la localidad acudían al CAP de Castelló. En este término de tiempo, las encuestas se realizaron en la consulta del CAP de Castelló. Lógicamente, los pacientes de Empuriabrava hacían referencia en las preguntas del cuestionario acerca de estructuras al edificio del dispensario de Empuriabrava, que es al que acuden asiduamente, exceptuando este periodo de obras.

Las encuestas fueron realizadas entre octubre del 2010 y mayo del 2011.

La mayoría de las encuestas se realizaron en el tiempo en el que se compartió espacio entre los pacientes de los centros médicos de Castelló y Empuriabrava. Quedaron unas pocas encuestas, principalmente de personas de Europa del Este cuya frecuentación es menor y que se recogieron en los dos últimos meses hasta completar la muestra teórica de 480 individuos.

## **4.2. DISEÑO DEL ESTUDIO CUALITATIVO**

La finalidad del estudio cualitativo era profundizar y poder concretar los efectos de los diferentes factores (sexo, edad, origen y nivel socioeconómico) en las expectativas y preferencias de la población en Atención Primaria, complementando así los datos del estudio cuantitativo.

La intención de realizar los grupos focales dos años después de las encuestas fue valorar el impacto de la crisis económica en este período en las expectativas y las preferencias de los usuarios y la percepción de cambios en la atención recibida y en el sistema sanitario.

Para obtener la información cualitativa se convocaron 6 grupos focales según diferentes características en relación a los factores en estudio:

- Autóctonos/europeos de mediana edad

- Autóctonos/europeos de mayor edad
- Hombres africanos
- Mujeres africanas
- Sudamericanos
- Europeos del Este

Participaron en total 38 usuarios cuya distribución se puede consultar en la tabla 4.

**Tabla 4: Distribución de participantes en los grupos focales**

Grupo	Total	Hombres	Mujeres
G1-Autóctonos mediana edad	7	2	5
G2-Autóctonos mayor edad	11	6	5
G3-Hombres africanos	5	5	0
G4-Mujeres africanas	5	0	5
G5-Sudamericanos	4	0	4
G6-Europa del Este	6	1	5

Fuente: Elaboración propia

Los participantes fueron escogidos de la lista de pacientes asignados a los médicos del CAP de Castelló d'Empúries y de Empuriabrava según el ECAP y el contacto se realizó de dos modos:

- Llamada telefónica explicando el estudio y citándolos en el CAP el día y hora del grupo focal. De este modo se contactó con la mayoría de los participantes.
- Captación en el momento de realización del grupo focal de usuarios que cumplían con los requisitos para poder ser incluidos y que acudían ese día a consulta al centro. Este fue el modo de contacto con 6 pacientes y permitió la realización de los grupos de mujeres marroquíes y de Europa del Este, cuya captación telefónica resultó más difícil por errores en los números de teléfonos y móviles que constaban en el registro del e-cap y por absentismo de alguno de los usuarios citados.

Se excluyeron pacientes con patología mental.

Los grupos focales fueron dirigidos por la autora de la tesis. En el primer grupo estuvo también presente una experta en metodología cualitativa. Se consiguió un clima de confianza en todos los grupos, favorecido en parte porque alguno de los usuarios citados habían sido pacientes anteriores de la organizadora de los grupos, así como un clima de libertad por no ser pacientes en la actualidad, hecho que podía haber condicionado la conversación y respuestas dadas.

Los grupos focales se realizaron en la biblioteca y sala de reuniones del CAP de Castelló d'Empúries durante el mes de mayo de 2013.

Una vez pedido el consentimiento por escrito firmado por cada participante, se gravó todo el discurso de los grupos focales, utilizándose para ello una grabadora digital de voz que permitió pasar el contenido al ordenador para una transcripción posterior más fidedigna.

En la transcripción se recogió tanto el discurso literal de los entrevistados como otros conceptos importantes para una correcta interpretación y que acompañan a la comunicación oral: gesticulación, tono, silencios, estados de ánimo... Se eliminó cualquier dato que pudiese revelar la identidad de los participantes.

Se contó con un guión semiestructurado que puede consultarse en el anexo número 5, para garantizar las mismas preguntas y obtener un discurso coherente. Dicho guión se estructuró en bloques relacionados con los apartados generales del análisis general cualitativo:

- Atención prestada en el centro.
- Relación con el personal sanitario.
- Sistema sanitario catalán, impacto de la crisis y relación con otros países.

El análisis discursivo de los datos comprendió los siguientes pasos, similares a los utilizados en otros estudios cualitativos<sup>74</sup>:

- División del contenido del discurso de los grupos en tres ejes, que coincidían con los tres bloques del guión semiestructurado.
- Identificación de las unidades de significado, en este caso las frases que contienen elementos de interés para el análisis.
- Identificación de las unidades de importancia en el texto original, manteniendo el contexto en el que se construyó la frase. Se comparó el contenido sistematizado y el texto original para garantizar que el análisis reflejase lo que los individuos querían decir.
- Creación de categorías de análisis de los ejes y de las unidades de significado.
- Búsqueda de asociaciones entre los ejes y las categorías de acuerdo a los grupos focales.
- Establecer diferencias discursivas y similitudes entre cada grupo.

- Integración de las similitudes discursivas, las disparidades y las asociaciones entre los ejes y las categorías en un texto analítico.
- Elaboración de los resultados.

En el siguiente apartado se explica con más detalle la metodología del grupo focal.

### **4.3. METODOS DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

Se realizó un exhaustivo análisis descriptivo de todas las variables del archivo de datos. Se aplicó el  $\chi^2$  para el análisis de la diferencia de proporciones.

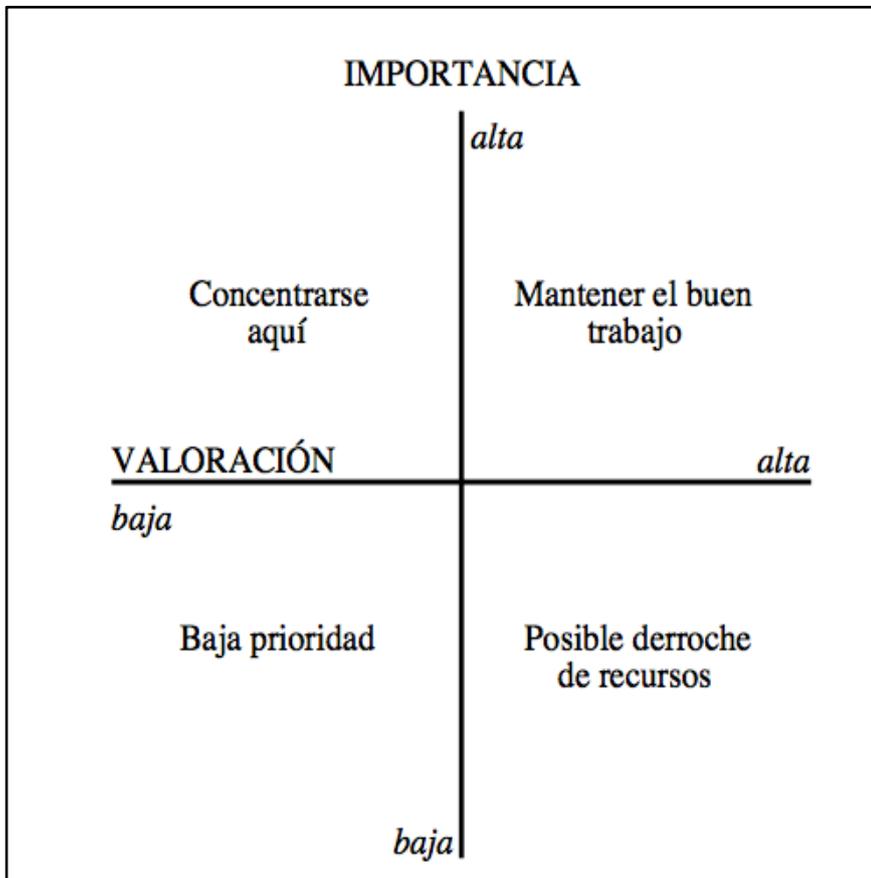
#### **4.3.1. Importance-Satisfaction Analysis (IPA)**

El Análisis de Importancia-Valoración (IPA: Importance-Performance Analysis) constituye una aproximación indirecta a la medida de la satisfacción que permite representar, de manera sencilla y funcional, los puntos fuertes y áreas de mejora de un determinado producto o servicio. Partiendo de la importancia y la valoración que los usuarios otorgan a cada uno de los atributos relevantes de un servicio, es posible obtener un gráfico dividido en cuatro cuadrantes, del que se pueden extraer conclusiones para la gestión de recursos<sup>104</sup>.

De esta manera, la valoración global de los consumidores o usuarios puede ser estimada mediante la agregación de la importancia que posee cada uno de los atributos para los sujetos y la valoración de la prestación de cada uno de esos atributos o procesos por parte del proveedor del servicio<sup>105</sup>.

Gráficamente, el análisis IPA se representa biaxialmente. En el eje de ordenadas se proyectan las valoraciones de importancia, mientras que en el eje de abscisas se marcan las valoraciones de satisfacción. El plano formado por los dos ejes determina cuatro zonas de interés para la toma de decisiones. Las puntuaciones medias de la importancia y de la valoración obtenidas para cada atributo definen el punto central en el gráfico.

**Gráfico 1: Representación del análisis IPA**



Fuente: Martilla JA, James JC<sup>104</sup>

En la gestión de recursos, la matriz IPA se interpreta de la siguiente manera:

- Importancia y valoración altas. Esta área muestra dónde se está cumpliendo las expectativas. Los productos en esta área tienen un impacto significativo en la satisfacción general. Se debe mantener (o aumentar ligeramente) el énfasis en los elementos de esta área.
- Importancia baja y valoración alta. Esta área muestra dónde se está obteniendo un resultado mucho mejor de lo esperado. Los productos en esta área no afectan significativamente el nivel general de satisfacción. Se debe mantener (o disminuir ligeramente) el énfasis en los elementos de esta área.
- Importancia alta y valoración baja. Esta área muestra dónde no se está obteniendo un buen resultado, que los usuarios esperan recibir. Esta área tiene un impacto significativo en la satisfacción y se debe aumentar el énfasis en los elementos de esta área.

- Importancia y valoración bajas. Esta área muestra dónde no se está funcionando bien, pero en relación a otras áreas, los usuarios la consideran menos importante. Esta zona no afecta significativamente a la satisfacción general porque los artículos son menos importantes, se deben mantener los actuales niveles de énfasis en los elementos de esta área.

El análisis IPA ha sido utilizado en ámbitos tan diversos como el estudio de satisfacción de usuarios de transportes<sup>106</sup>, valoración de calidad de productos informáticos<sup>107</sup> y digitales<sup>108</sup>, o la evaluación de parques nacionales<sup>109</sup> y refugios de montaña<sup>110</sup>. Es un modelo frecuentemente aplicado en el sector de la hostelería y el turismo<sup>111</sup>.

También se ha empleado en el ámbito sanitario para la valoración del usuario de sistemas sanitarios<sup>112</sup>, servicios hospitalarios concretos como el laboratorio<sup>113</sup>, colectivos profesionales como las enfermeras de neonatología<sup>114,115</sup> o la atención sanitaria prestada a una población específica como los universitarios<sup>116</sup>.

La aplicación del modelo IPA ha permitido desarrollar nuevas estrategias de mercado en el sector de la salud<sup>117</sup>. Su utilización ha favorecido la comparación entre hospitales<sup>118</sup> y ha sido una herramienta empleada por el National Health Service para contratar servicios sanitarios<sup>119</sup>.

En España, se ha aplicado en la valoración de centros de atención primaria de Extremadura<sup>120</sup> y de Galicia<sup>121</sup>.

En Cataluña, se ha utilizado conjuntamente con el PLAENSA 2012 para medir la importancia y satisfacción de los ciudadanos con el Servicio Catalán de la Salud<sup>102</sup>.

Metodológicamente, no existe acuerdo general en la forma de medir la importancia otorgada a los distintos aspectos del servicio evaluado, aunque sí se acepta que la mejor manera de obtener información acerca de la importancia atribuida es con medidas directas y no a través de medidas de tipo indirecto como las obtenidas en un análisis de regresión<sup>122</sup>. El problema principal es que si se utiliza la misma escala Likert para medir la importancia y la satisfacción, se facilitan las respuestas que tienden a situar los valores en la parte alta de la escala para todos los aspectos evaluados, y puede ocurrir que este efecto al alza sesgue el análisis IPA.

Debido a lo anteriormente expuesto, en esta tesis, para obtener los valores de importancia que cada usuario otorgaba a los diferentes ítems, al final del cuestionario se mostraron seis tarjetas gráficas (ver anexo 6), de las que se obtuvo un valor numérico según el orden de importancia concedido. Se utilizó una escala de rangos y no de Likert, realizando cada entrevistado una clasificación de la lista de atributos por orden decreciente de importancia, siendo ésta una medida más objetiva y precisa, y se obtuvieron así las puntuaciones que después se utilizaron en el modelo IPA.

De las preguntas de la encuesta, se pudo obtener el valor de satisfacción concedido por los usuarios a cada una de las categorías y las correspondientes puntuaciones: A continuación, se especifican los ítems de la encuesta que puntuaron en cada categoría:

1. Trato recibido por el personal sanitario: trato y respeto, preocupación por estado de ánimo, preocupación por situación actual
2. Equipamiento, señalización: rótulos, instalaciones
3. Accesibilidad, cita, tiempo de espera: facilidad para concertar cita, horarios adecuados, tiempo de espera adecuado
4. Competencia profesional: conocimientos suficientes, resolución
5. Información recibida, claridad: solución de dudas, claridad del tratamiento
6. Recepción: disposición a ayudar, resolución, información dada,

#### **4.3.2. Los grupos focales**

Se decidió completar la tesis con técnicas cualitativas porque existe un sesgo evidente en las encuestas de satisfacción de calidad, la gente se presenta a sí misma como mucho más feliz de lo que es en realidad, lo que se conoce como efectos autodefensivos y de deseabilidad social<sup>123</sup>.

Existen diversos modos de recogida cualitativa de información, pero las técnicas más empleadas son las dinámicas de grupo y las entrevistas en profundidad<sup>124</sup>.

En la tesis, se optó por una técnica de grupo focal. Dicha técnica consiste en reuniones de grupos de personas donde se debate un tema específico<sup>125</sup>. Los participantes son seleccionados expresamente por responder a unas determinadas características relevantes para el estudio y para asegurar el buen funcionamiento: comunicabilidad entre ellos, homogeneidad grupal y heterogeneidad entre grupos. Se aconseja que el número de participantes no sea menor de 4 ni mayor de 9<sup>126</sup>.

Los grupos focales son muy aconsejables en las fases finales de la investigación, ya que permiten profundizar en el discurso social<sup>127</sup>.

La técnica discursiva aborda diversas perspectivas: conocimientos, hábitos, subjetividad, interacciones entre los sujetos, vivencias, posicionamiento de los diferentes agentes, divergencias, etcétera<sup>128,129</sup>. Los discursos se consideran prácticas que explican los procesos sociales<sup>130</sup> y permiten conocer las percepciones y valores de un grupo específico<sup>131</sup>.

A lo largo de la conversación en los diferentes grupos, se utilizan técnicas clásicas definidas por muchas investigaciones (resumen, técnica de silencio, reformulación...) y empleadas en numerosos trabajos<sup>132</sup>.

El inconveniente principal de las técnicas de recogida de información cualitativa es que tienen poca representatividad y por tanto, poca posibilidades de generalización. Por otro lado, las interpretaciones del investigador son indisociables del proceso de producción de conocimiento, es un tipo de investigación más interpretativa que descriptiva.

Respecto a los criterios de evaluación, no existe consenso entre los diferentes investigadores de técnicas cualitativas<sup>133</sup>. No pueden emplearse los mismos modelos de evaluación que en el método cuantitativo, es necesario ajustarse a las realidades del método cualitativo y a las complejidades de los fenómenos sociales sin perder los cánones de la "buena ciencia"<sup>134</sup>.

En la evaluación cualitativa, se distinguen tres grupos de criterios de calidad: confiabilidad, autenticidad y ética<sup>135</sup>.

La confiabilidad comprende tres elementos de validez y fiabilidad empleados en la metodología cuantitativa pero adaptados a la investigación cualitativa. Estos elementos son la credibilidad, la transferibilidad y la dependencia. Su relación con la metodología cualitativa se muestra en la tabla 5. La credibilidad trata del uso que se ha hecho de un conjunto de recursos técnicos (duración e intensidad de la observación-participación, triangulación de datos, métodos, investigadores, discusiones con colegas, revisiones de la información e interpretación con las personas estudiadas). La transferibilidad se consigue a través de diversos procedimientos de muestreo cualitativo. La dependencia hace referencia a una auditoría externa de los guiones de las entrevistas, transcripciones y documentos de trabajo.

**Tabla 5: Criterios de confiabilidad**

Métodos cuantitativos	Criterio de referencia	Métodos cualitativos
Validez interna	Veracidad	Credibilidad
Validez externa	Generalización	Transferibilidad
Fiabilidad	Consistencia	Dependencia

Fuente: Erladson DA, Harris EL, Skipper BL, Allen SD<sup>135</sup>

La autenticidad trata de mantener el contexto en el cual fue generada la información, identificando las unidades de significado para garantizar la correspondencia con lo que los individuos han querido decir.

La ética por medio de la privacidad, confidencialidad y consentimiento informado protege a los participantes en el estudio.

## **5. RESULTADOS**

Los siguientes resultados hacen referencia a las respuestas proporcionadas por los 409 usuarios encuestados del Centro de Atención Primaria de Castelló d'Empúries y del Dispensario de Empuriabrava escogidos por medio de un muestreo ad hoc y se expresan en porcentaje.

Para facilitar la interpretación de los resultados, los datos de la encuesta se han distribuido en seis bloques según se muestra en la tabla 6.

**Tabla 6: Bloques generales de la encuesta**

Bloques	VARIABLES
Bloque A: Datos personales	Edad, sexo, país, estudios, situación laboral
Bloque B: Utilización del centro	Centro médico, años que acude, servicios, modo de concertar cita
Bloque C: Aspectos generales del centro	Horarios, rótulos, instalaciones, silencio, imagen
Bloque D: Valoración del personal de Recepción	Actitud, eficacia, rapidez, información
Bloque E: Valoración del personal sanitario	Tiempo de espera, consejos, información, interés, satisfacción
Bloque F: Importancia de diferentes atributos	Trato, equipamiento, accesibilidad, competencia, información, recepción

Fuente: Elaboración propia

Los resultados considerados diferentes son los que muestran una significación estadística del 95% de confianza. En cada bloque se han comparado, siempre que ha sido posible, los resultados obtenidos con los resultados del estudio PLAENSA<sup>100</sup>, que se ha tomado de referencia al ser el trabajo de encuestas de satisfacción con el sistema sanitario público actual más importante realizado en Cataluña.

## **5.1. RESULTADOS DEL ANALISIS DESCRIPTIVO UNIVARIANTE Y BIVARIANTE**

### **5.1.1. Bloque A: Datos personales**

*Resumen:*

*La población encuestada estaba compuesta en un 64,7% por mujeres. En su mayor parte eran usuarios españoles o procedentes de Europa Central. La mayoría tenían estudios primarios o secundarios. El colectivo más numeroso fue el de los pensionistas.*

## SEXO

La mayoría de pacientes que acudieron al CAP y que fueron encuestados fueron mujeres, representando el 64,7 % del total. No hubo diferencias en cuanto al lugar de procedencia, en todos los grupos según origen, las mujeres representaron del 63,6% al 73,3% de los encuestados, siendo más numerosas en el grupo de Europa del Este.

Esto puede explicarse porque las mujeres frecuentan más las consultas de Atención Primaria.

En la población encuestada en el PLAENSA<sup>100</sup> también hubo un predominio mayor de mujeres, 59,3% frente a un 40,7% de hombres.

## EDAD

La edad media fue de 53,76 años con una desviación de 19,38 años.

La distribución de la muestra por grupos etarios fue 38,1% de usuarios de 15 a 44 años, 24,6% 45 a 64 años y 37,3% de más de 65 años.

En el PLAENSA<sup>100</sup>, la población estudiada fue más joven (40,8% 15-44 años, 37,7% 45-64 años y 21,5% más de 65 años).

Sí se observaron diferencias en relación a la edad y el origen, como muestra la tabla 7. La casi totalidad de los pacientes mayores de 65 años eran autóctonos o de Europa Central, y la mayoría de inmigrantes pertenecían al grupo etario de menor edad.

**Tabla 7: Relación edad/origen de los encuestados**

Edad	Autóctonos y Europa	Africa	Europa del Este	Sudamérica
15-44 años	55,2%	20,8%	16,2%	7,8%
45-64 años	83,8%	6,1%	5%	5,1%
65 o más	99,4%	0%	0%	0,6%

Fuente: Elaboración propia

## PAIS DE NACIMIENTO

El 79,1% de los encuestados fueron autóctonos o pertenecieron a países de Europa Central. El resto constituyen lo que anteriormente hemos definido como inmigrantes económicos y se

distribuyeron del siguiente modo: Africa 9,36%, Europa del Este 7,39%, Centro y Sudamérica 4,22%.

#### AÑOS VIVIENDO EN CATALUÑA

La media fue de 40,57 años viviendo en Cataluña con una desviación de 25,45 años.

#### NIVEL DE ESTUDIOS TERMINADOS

La mayoría de la población encuestada tenía estudios primarios (41,2% de la muestra) o secundarios (40,5%). El 10,9% de los entrevistados no tenían estudios primarios y el 7,4% disponía de estudios universitarios.

En la población encuestada en el PLAENSA<sup>100</sup> también hubo un predominio mayor de usuarios con estudios primarios (34,9%) y secundarios (32,5%).

#### SITUACION LABORAL

Los usuarios encuestados pensionistas representaban el mayor porcentaje. La explicación puede ser que, por edad y estado de salud, son los que más acuden al CAP.

**Tabla 8: Situación laboral**

Activos	32,20%
Parados	15,40%
Estudiantes	2,20%
Amas de casa	8,90%
Pensionistas	39,70%
Otros	1,50%

Fuente: Elaboración propia

Se observaron diferencias entre los grupos según origen de procedencia. Entre los autóctonos las situaciones laborales más frecuentes fueron pensionistas (50%) y activos (31,2%). Destaca el alto porcentaje de amas de casa entre los africanos (47,4%) y el alto porcentaje de parados entre la población inmigrante (33,3% sudamericanos, 32,3 % de Europa del Este y 26,3% de africanos) en relación a la población autóctona (11,4% parados).

## 5.1.2. Bloque B: Utilización del centro

*Resumen:*

*El servicio más frecuentado fue el de medicina de familia de Castelló d'Empúries con una media de 3 visitas en 3 meses. La mayoría de usuarios concertaron su cita por teléfono, empleando menos de 5 minutos. Las mujeres y el colectivo de autóctonos/Europa Central son los que más utilizaron el teléfono y los pensionistas el grupo que lo hizo en menor porcentaje.*

### FRECUENTACION

La encuesta hacía referencia a dos servicios: medicina de familia y enfermería. El servicio más utilizado en los últimos 3 meses (98,2% de encuestados) fue el de medicina. Al de enfermería hacían referencia el 42,7% de las encuestas.

La media de veces atendido en los últimos 3 meses fue de 2,83 consultas con una desviación de 2,30 consultas.

La mayoría de los pacientes eran usuarios del centro desde hacía años. La media de años que hacía que asistían al CAP era de 40,57 años con una desviación de 25,46 años.

La mayoría (82,7%) eran usuarios habituales del CAP de Castelló d'Empúries y sólo el 17,3% del Dispensario de Empuriabrava. Esto puede explicarse porque en el CAP hay más servicios (3 unidades de medicina de familia compuestas de médico y enfermera, 2 unidades de pediatría y comadrona) y en el Dispensario de Empuriabrava sólo se dispone de 2 unidades de medicina de familia, siendo el número de pacientes adscritos menor en el Dispensario de Empuriabrava (aproximadamente 4000 usuarios adultos) que en el CAP de Castelló d'Empúries (8000 usuarios entre niños y adultos)

### MODO DE CONCERTAR CITA

La mayoría de encuestados (70%) utilizaron el teléfono para concertar la cita como único modo o bien combinado con la programación presencial en recepción y el tiempo medio empleado en concertar dicha cita fue de 4,22 minutos con una desviación de 2,35 minutos. Un 4,6% de los encuestados habían concertado cita en alguna ocasión por Internet.

Por edad, se encontraron diferencias entre grupos. Aunque todos los grupos etarios utilizaron el teléfono como modo mayoritario de concertar cita (media 51,8%), el grupo de edad comprendido entre 45-64 años, lo hizo en un mayor porcentaje, 64,6%.

También se observaron diferencias en cuanto al sexo. Las mujeres utilizaron más el teléfono, 56,8% frente a 42,8%, y los hombres utilizaron más que las mujeres la petición de cita en recepción, 31% frente a 21,6%.

Respecto a origen, los usuarios de Europa Central y sudamericanos son los que más utilizaron el teléfono para concertar cita en un porcentaje del 56,6% y 55,6% respectivamente.

En relación a nivel de estudios, el grupo que más utilizó el teléfono fueron los usuarios con estudios secundarios, en un 61,1%.

Por situación laboral, fueron los pensionistas los que utilizaron el teléfono en un menor porcentaje (46%). Esto puede deberse a que al ser los usuarios que más frecuentaron y acudieron al CAP, pudieron ser más fácilmente programados para una siguiente cita por el personal sanitario o el de Recepción, o como se observa en los resultados de los grupos focales, por la dificultad en esta edad del uso del teléfono y de nuevas tecnologías como Internet.

En cuanto a frecuentación, los usuarios que fueron menos veces atendidos y acudieron menos al CAP utilizaron más el teléfono, con un porcentaje del 56,1%. La explicación seguramente es la misma que en el párrafo anterior.

Respecto al tiempo utilizado para concertar una cita, el modo más rápido fue el teléfono con un 54,4% de usuarios que refirieron que les costaba menos de 5 minutos concertar la cita. Aquellos que concertaron la cita en recepción mayoritariamente (48,3%) refirieron que les costó entre 5 y 10 minutos.

Los resultados difieren del modo utilizado para concertar cita por la población encuestada en el PLAENSA<sup>100</sup>, donde el 47,5% lo hizo de un modo presencial, el 39,5% por teléfono y el 13,3% por Internet. La diferencia de 2 años entre las primeras encuestas del presente trabajo y el PLAENSA 2012 y la promoción que se ha hecho en este tiempo de la cita por Internet desde el CatSalut y los centros de atención primaria, pueden justificar en parte la diferencia.

### **5.1.3. Bloque C: Aspectos generales del centro**

#### *Resumen:*

*Los usuarios evaluaron muy positivamente el centro, siendo la limpieza el ítem mejor valorado y el silencio en la sala de espera el que obtuvo menor puntuación.*

Las opiniones de los usuarios, en general, fueron muy favorables. Los diferentes ítems se valoraron por medio de una escala de Likert de 7 puntos. La mayoría de los usuarios encuestados dieron las puntuaciones más altas de la encuesta, valores de 6 o 7. En la tabla 9 se indica el porcentaje de usuarios que dieron estas puntuaciones más altas.

**Tabla 9: Valoraciones favorables generales del centro**

Facilidad para concertar cita	85,8%
Horarios adecuados	86,9%
Rótulos visibles	92,9%
Limpieza de las instalaciones	99%
Ambiente que inspira confianza	93,5%
Silencio en la sala de espera	71%

Fuente: Elaboración propia

En relación a los ítems semejantes de la encuesta del PLAENSA<sup>100</sup>, los resultados fueron similares, con una alta satisfacción por la limpieza (96,5% de valoraciones positivas) y menor con el silencio en el centro (90,6%). La satisfacción con la facilidad para concertar cita fue menor.

#### **5.1.4. Bloque D: Valoración del personal de Recepción**

*Resumen:*

*La valoración del personal de Recepción fue muy positiva, estando en general los usuarios satisfechos. Los pacientes mayores de 65 años y los que no tenían estudios fueron los que dieron una valoración más alta al interés puesto por el personal de Recepción en la atención prestada.*

Las opiniones fueron muy positivas. Los porcentajes de individuos que dieron puntuaciones favorables (valores 6 o 7) pueden observarse en la tabla 10.

**Tabla 10: Valoraciones favorables del personal de Recepción**

Aspecto aseado y cuidado	97,6%
Conocimientos suficientes	95,7%
Trato adecuado y respetuoso	94,7%
Disponibilidad para ayudar	84,4%
Resolución y eficacia	86,5%
Rapidez	89,4%
Información clara	94,4%
Interés en buscar soluciones	80,8%
Actitud que transmite confianza	84,1%

Fuente: Elaboración propia

El PLAENSA<sup>100</sup> en su apartado de Recepción también obtiene altos valores de satisfacción. Evalúa dos ítems: Atención en Recepción con un 83,6% de valoraciones positivas y trato personal en Recepción con un 84,9%, siendo en el grupo de 65 años o más la satisfacción mayor que en el resto de grupos (90,3% y 91,3% respectivamente) y en el de sin estudios (87,6% y 88,5%), hecho que también se observa en el presente trabajo, tal como se detalla a continuación.

#### PERCEPCIÓN DE INTERES DEL PERSONAL DE RECEPCION

El ítem que valoraba el interés en buscar soluciones a las demandas de los usuarios tuvo una respuesta menos favorable y fue el que costó más de responder a los encuestados, registrándose un 8,9% de datos perdidos mientras que en el resto de ítems fue del 0,5%.

Este ítem se analizó y estudió más detalladamente por ser de los que más reflejan la satisfacción general del usuario con el personal de Recepción. Se detectaron diferencias en cuanto a edad, siendo los mayores de 65 años los que lo valoraron más positivamente, en un 95,2% frente al valor medio que fue del 80,8% en los otros grupos etarios.

No hubo diferencias marcadas entre hombres y mujeres. Tampoco entre país de origen, aunque fueron los españoles y europeos los que en un porcentaje más alto valoraron positivamente ese interés, 81,3% frente a 73,3% de sudamericanos que registraron el menor porcentaje.

Los usuarios sin estudios fueron los más satisfechos con el interés prestado en Recepción (94,7%) y en cuanto a situación laboral, fueron los pensionistas los que ofrecieron un mayor porcentaje (94,1%) de puntuaciones altas.

### **5.1.5. Bloque E: Valoración del personal sanitario**

#### *Resumen:*

*El tiempo de espera habitual estuvo comprendido en general entre 10-15 minutos, siendo mayor para el médico que para la enfermera. La mayoría de usuarios lo consideró un tiempo adecuado siendo los pacientes de mayor edad y los pensionistas los más satisfechos. Los autóctonos y de Europa Central dieron las valoraciones más positivas.*

*Los usuarios evaluaron muy favorablemente a los médicos y enfermeras que les atendieron. Los pacientes ancianos y los pensionistas percibieron más interés del médico por su malestar psicológico y situación social, mientras que en el caso de la enfermera este interés se valoró mejor por los usuarios de 45-64 años y por las amas de casa. Respecto al nivel educativo, los usuarios con menor nivel de estudios fueron los más satisfechos. En relación al origen, los pacientes autóctonos, de Europa Central y Africa dieron valoraciones más positivas y fueron los más satisfechos con la consulta en general y los procedentes de Sudamérica los que dieron puntuaciones más bajas y mostraron menor satisfacción.*

#### **TIEMPO EN LA SALA DE ESPERA**

El tiempo de espera habitual en la sala de espera del médico fue de 14,79 minutos con una desviación de 10,64 minutos y para la enfermera fue de 11,35 minutos con una desviación de 8,46. minutos.

La mayoría de los usuarios (79,9% para el médico y 88,5% para enfermería) consideró que era un tiempo adecuado, dando puntuaciones altas con valores de 6 o 7 en la encuesta.

#### *Tiempo de espera para la consulta médica*

El tiempo en la sala de espera del médico fue mayor que el de la enfermera y consecuentemente, también tuvo una satisfacción menor asociada, un porcentaje medio de 79,9% de los encuestados le dieron valoración positiva.

Hubo diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad, siendo los mayores de 65 años los más satisfechos, un 94% frente a los menores de 45 años, valorándolo positivamente sólo un 63,8% de los pacientes de esta edad.

No hubo diferencias entre hombres y mujeres ni tampoco en relación al país de origen, aunque los más satisfechos con el tiempo de espera fueron los autóctonos (satisfacción en un 82,1%) y los menos los procedentes de países del Este (70%).

No se observaron diferencias en relación al nivel de estudios pero sí en cuanto a la situación laboral donde destacaba la alta satisfacción de los pensionistas (94,2%) y el menor porcentaje de satisfechos con el tiempo de espera que correspondió a los trabajadores en activo (66,2%).

#### *Tiempo de espera para la consulta de enfermería*

El tiempo en la sala de espera para la enfermera fue corto, de 11 minutos de media. La satisfacción fue mayor que con el tiempo de espera del médico. Un 88,5% de los usuarios dieron altas puntuaciones en este ítem.

Como en el caso de la consulta del médico, los mayores de 65 años fueron los más satisfechos, un 98% frente a los menores de 45 años (64,3%).

No hubo diferencias entre hombres y mujeres.

Las diferencias en cuanto a satisfacción en relación al país de origen fueron más marcadas que en el caso de la espera para el médico, siendo los más satisfechos los españoles y europeos (satisfacción en un 93,2%) y los menos los procedentes de Africa (64,3%).

No se observaron diferencias en relación al nivel de estudios.

Respecto a la situación laboral, los pensionistas manifestaron alta satisfacción en un 98% y las amas de casa fue el colectivo más descontento (satisfacción en un 66,7%)

En relación al PLAENSA<sup>100</sup>, la satisfacción con la puntualidad para entrar en la consulta fue el ítem peor valorado de toda la encuesta, con tan sólo un 59,9% de valoraciones positivas. El grupo de 65 años o más mostró mayor satisfacción (72,5%).

## MEDICO DE FAMILIA

La valoración de nuevo fue muy positiva, y la mayoría de encuestados dio una opinión favorable tanto del personal médico como de enfermería. Los porcentajes de pacientes que dieron las puntuaciones más altas pueden consultarse en la tabla 11.

**Tabla 11: Valoraciones favorables del personal médico**

Aspecto aseado y cuidado	98,7%
Conocimientos suficientes	97%
Trato adecuado y respetuoso	97,9%
Preocupación por el estado de ánimo	83,9%
Preocupación por situación familiar y laboral	78,8%
Consejos sobre hábitos de salud	86,1%
Información adecuada	94%
Tratamiento claro	98,9%
Compartir seguimiento con especialistas	92,1%
Tiempo empleado en burocracia	98,7%
Resolución del motivo de consulta	90%
Tiempo dedicado suficiente	92,4%
Clima de confianza adecuado	95,9%
Satisfacción general	93%

Fuente: Elaboración propia

A continuación se detalla las variables descriptivas anteriores que se ha considerado más importantes por valorar mejor la profesionalidad, humanidad y cercanía que como se ha comentado con anterioridad, forman parte de las expectativas preferentes de los pacientes.

### *Valoración del interés del médico por el malestar psicológico*

Destaca un 10,9% de encuestados que da una valoración negativa en este ítem.

Se encontraron diferencias en relación a la edad respecto a la percepción de la preocupación e interés del médico por el malestar psicológico y estado de ánimo del paciente y su repercusión en el estado de salud. El porcentaje de población menor de 45 años que dio una puntuación alta en este ítem fue del 73,3% mientras que fue del 91,9% en la población de 45 a 64 años y del 90% en los mayores de 65 años. Destaca también un 15,3% de estos usuarios jóvenes menores de 45 años que dieron puntuaciones negativas en este ítem.

No hubo diferencias entre hombres y mujeres. Tampoco se encontraron diferencias valorables entre los diferentes países de procedencia, siendo los usuarios africanos los que mejor evaluaron este interés dando puntuaciones favorables en un 87,7% y los pacientes de Sudamérica los que dieron menos puntuaciones favorables, en un 64,7%. Los autóctonos lo hicieron en un 84,8%.

Respecto a nivel de estudios, fueron los pacientes sin estudios y los que tenían estudios primarios los que más percibieron el interés del médico en su estado anímico, en un 88,9% y un 91,5% respectivamente, por encima de la media de 83,9%.

Se encontraron diferencias en cuanto a satisfacción en este ítem y la situación laboral, siendo los pensionistas los que dieron una valoración más favorable, puntuaciones positivas en un 89,1%.

#### *Valoración de la preocupación del médico por la situación social del paciente*

Respecto a edad, hubo diferencias en la percepción de la preocupación del médico por la situación familiar y laboral del paciente y su repercusión. Como en el ítem anterior, fueron los pacientes más jóvenes, menores de 45 años, los que dieron puntuaciones altas en la encuesta en un porcentaje menor, 65,1% frente al 78,8% de media. Las puntuaciones negativas en este grupo de edad alcanzaron el 18,5%.

No hubo diferencias entre hombres y mujeres.

Sí que se encontraron diferencias en relación al origen, siendo los españoles y usuarios de Europa Central los que más percibieron el interés del médico por su situación personal y lo valoraron positivamente en un 81,8%. De nuevo, los pacientes sudamericanos fueron los más descontentos, con puntuaciones favorables en un 56,3%.

En relación a nivel de estudios, no se hallaron diferencias valorables y fueron los de menor nivel educativo, los usuarios sin estudios primarios los que mejor evaluaron este ítem, puntuaciones positivas en un 91,1%.

Por situación laboral, destacó la alta satisfacción de los pensionistas con el interés mostrado por su situación social, 87,8% frente a la media 78,8%.

#### *Satisfacción general con la consulta médica realizada*

El 93% de los usuarios se encontraban satisfechos con la consulta médica realizada. No se encontraron diferencias significativas según la edad, sexo, país de origen y nivel de estudios. Sí que las hubo respecto a la situación laboral.

Conforme aumentaba la edad más satisfechos estaban los pacientes, siendo los mayores de 65 años los que presentaban un mayor grado de satisfacción con la consulta médica dando

valoraciones positivas en un 95,3% de los casos mientras que en el grupo de edad de 15 a 44 años el porcentaje era del 90,8%.

Las mujeres estaban ligeramente más satisfechas que los hombres (93,5% dieron puntuaciones favorables frente a 92,1%) pero también hubo un 1,1% que dieron puntuaciones negativas en este ítem, mientras que ningún hombre refirió estar insatisfecho.

Respecto al país de origen, los pacientes africanos fueron los que en un mayor porcentaje dieron valoraciones positivas (94,9%) y los sudamericanos los que lo hicieron en menor porcentaje (88,2%).

En relación al nivel de estudios terminados, los usuarios con estudios secundarios o universitarios el porcentaje de satisfechos era menor (91,1%) que en los que tenían estudios primarios o no tenían estudios (94,8%).

Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la situación laboral y el nivel de satisfacción general con la consulta del médico, siendo el porcentaje de pensionistas satisfechos un 95%, superior al de los otros grupos

En el PLAENSA<sup>95</sup> el ítem que hace más referencia a este concepto de cercanía es el de “el médico le escucha y se hace cargo” con un 92,3% de satisfacción, también mostrándose más satisfechos los usuarios de 65 o más años, 95,3% y sin estudios (93,6%)

## ENFERMERA

Los porcentajes de valoraciones más positivas quedan reflejados en la tabla 12.

**Tabla 12: Valoraciones favorables del personal de enfermería**

Aspecto aseado y cuidado	97,2%
Conocimientos suficientes	96,6%
Trato adecuado y respetuoso	97,9%
Preocupación por el estado de ánimo	83,8%
Preocupación por situación familiar y laboral	79,9%
Consejos sobre hábitos de salud	97,1%
Información adecuada	92,6%
Tratamiento claro	98,7%
Compartir seguimiento con especialistas	94,9%
Tiempo empleado en burocracia	99,5%

Aspecto aseado y cuidado	97,2%
Resolución del motivo de consulta	94,1%
Tiempo dedicado suficiente	95,5%
Clima de confianza adecuado	97,2%
Satisfacción general	93,1%

Fuente: Elaboración propia

A continuación y como con el personal médico, se detalla las variables descriptivas más importantes.

#### *Valoración del interés de la enfermera por el malestar psicológico*

Hubo diferencias en cuanto a edad respecto a la percepción de la preocupación e interés de la enfermera por el malestar psicológico del paciente. Destaca la gran satisfacción de usuarios de edad entre 45 y 64 años, ya que la totalidad (100%) dieron puntuaciones altas en este ítem. Hubo también un 17,5% de usuarios jóvenes menores de 45 años que dieron puntuaciones negativas.

No hubo diferencias en relación al sexo ni al origen. De nuevo los usuarios más satisfechos fueron los africanos, un 87,7% frente a los pacientes de Sudamérica que dieron puntuaciones favorables tan sólo en un 50%. Los autóctonos lo hicieron en un 84,1%.

Respecto a nivel de estudios, los pacientes con estudios primarios dieron las puntuaciones más altas, con un porcentaje del 94,1% que valoró positivamente el interés de la enfermera.

En cuanto a situación laboral, fueron las amas de casa las que dieron una valoración superior, puntuaciones elevadas en el 93,3%. También dieron valoraciones positivas los pensionistas en un 84,7%.

#### *Valoración de la preocupación de la enfermera por la situación social del paciente*

Respecto a edad, fueron los pacientes de edad entre 45 y 64 años los más satisfechos con la atención social de la enfermera, dando puntuaciones positivas en un 93,9% y los menores de 45 años, los que menos percibieron este interés, dando puntuaciones positivas en un 58,5% y negativas en un 24,4%.

En este ítem sí que se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, valorando positivamente la preocupación social de la enfermera un 91% de los hombres frente al 72,3% de las mujeres.

No se detectaron diferencias en relación a la procedencia, siendo los usuarios de Arica los que dieron una puntuación más elevada (84,6 %) y de nuevo, los pacientes sudamericanos fueron los

más descontentos, con puntuaciones favorables en tan solo un 50%. Los autóctonos lo hicieron en el 82% de los casos.

En relación a nivel de estudios, destacó la totalidad de usuarios sin estudios que evaluaron con las más altas puntuaciones este ítem (100%).

Pos situación laboral, la puntuación más alta fue dada por las amas de casa (85,7%) También fue muy positiva la valoración de los pensionistas (84,4%) por encima de la media de este ítem del 79,9%.

#### *Satisfacción general con la consulta de enfermería realizada*

El 93,6% de los usuarios se encontraban satisfechos con la consulta de enfermería realizada. No se encontraron diferencias significativas según la edad, sexo, país de origen y nivel de estudios. Sí que las hubo respecto a la situación laboral.

Como ocurrió con la consulta médica, conforme aumentaba la edad más satisfechos estaban los pacientes, siendo los mayores de 65 años los que presentaban un mayor grado de satisfacción con la consulta médica dando valoraciones positivas en un 96% de los casos mientras que en el grupo de edad de 15 a 44 años el porcentaje era del 88,1%.

Las mujeres estaban más satisfechas que los hombres (96,2% dieron puntuaciones favorables frente a 88,6%). En el ítem de satisfacción con la consulta de enfermería y a diferencia de lo ocurrido con la consulta médica, no hubo ningún usuario que diera puntuaciones negativas ni se declarara insatisfecho.

Respecto al país de origen, los pacientes africanos fueron los que en un mayor porcentaje dieron valoraciones positivas (92,9%) y los sudamericanos los que lo hicieron en menor porcentaje (80%).

En relación al nivel de estudios terminados, los usuarios con estudios secundarios o universitarios el porcentaje de satisfechos fue menor (90,9%) que en los que tenían estudios primarios o no tenían estudios (94,9%).

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la situación laboral y el nivel de satisfacción general con la consulta del enfermería como sí había ocurrido con la consulta realizada con el médico. Las amas de casa fueron las más satisfechas.

El ítem de “la enfermera le escucha y se hace cargo” del PLAENSA<sup>100</sup> muestra una satisfacción del 94% siendo mayor en los usuarios de 65 o más años (96,4%) y en los que no tenían estudios (95,4%).

### 5.1.6. Bloque F: Importancia de atributos

#### Resumen:

Los atributos a los que se dio más importancia fueron la competencia profesional y el trato recibido y a los que se concedió una menor importancia el equipamiento y la accesibilidad.

La competencia profesional fue el atributo más importante, sobre todo para usuarios de edad comprendida entre 45-64 años, autóctonos y de Europa Central, trabajadores en activo y los de mayor nivel educativo. Los pacientes africanos fueron los que concedieron menor importancia a este ítem

Los usuarios de mayor edad y pensionistas valoraron el trato recibido como el atributo más importante y fueron los que dieron menor importancia al equipamiento y accesibilidad. Este colectivo fue el que dio mayor valor a la recepción, respecto a los otros grupos de edad.

Los usuarios de Europa del Este fueron los que valoraron como menos importante el trato recibido y los que dieron mayor valor al equipamiento del centro.

Para facilitar el estudio de la parte final de la encuesta en la que se pedía que se ordenaran por grado de importancia diferentes atributos de la asistencia médica, se agrupó como importancia alta cuando ocupó las dos primeras opciones, importancia media las posiciones tercera y cuarta y poca importancia las últimas opciones.

La siguiente tabla muestra el porcentaje total de respuestas agrupadas de dicho modo.

**Tabla 13: Valoraciones de importancia de atributos**

Atributo	Importancia alta	Importancia media	Poca importancia
Trato recibido	73,20%	19,60%	7,20%
Equipamiento	6,80%	25,40%	67,90%
Accesibilidad	5,60%	36,90%	57,60%
Competencia	75,90%	19,60%	4,50%
Información	24,10%	56,30%	19,70%
Recepción	14,60%	42,90%	42,50%

Fuente: Elaboración propia

## TRATO RECIBIDO POR EL PERSONAL SANITARIO

A más edad más importancia se concedió al trato recibido. Los valores más altos los dieron los pacientes mayores de 65 años, un 86% frente a un 64,3% de los de 15 a 44 años, siendo estadísticamente significativa la diferencia.

No hubo diferencias según el sexo, 74,7% de las mujeres frente al 70,3% de los hombres.

Se registraron diferencias en cuanto al origen siendo un ítem de alta importancia para los autóctonos y europeos en un 76% de los casos y en menor porcentaje entre los inmigrantes, en especial entre los pacientes de Europa del Este, sólo un 50% le concedieron una alta importancia.

En cuanto al nivel de estudios, los estudiantes universitarios concedieron significativamente menos frecuentemente (50%) una alta importancia que el resto de grupos.

Como ocurría con los grupos etarios, los pensionistas (89,5%) fueron los usuarios que con diferencia más priorizaron este atributo en el contexto de las diferentes situaciones laborales.

En relación a la frecuentación de pacientes, los usuarios que menos frecuentan la consulta conceden más importancia al trato recibido que los hiperfrecuentadores (más de 3 visitas en 3 meses) con un porcentaje del 76,1% frente al 60,8%.

## EQUIPAMIENTO Y SEÑALIZACIÓN DEL CENTRO

Este atributo es el de menor importancia para los usuarios en general.

Respecto a edad todos le concedieron las últimas posiciones de importancia, en especial los pacientes menores de 65 años, que lo hicieron en un porcentaje del 73,2%.

No hubo diferencia en cuanto a sexo, hombres y mujeres, le concedieron poca importancia. Tampoco hubo diferencia en cuanto a nivel de estudios ni a situación laboral.

En cuanto a origen, fueron los autóctonos y de Europa Central los que dieron las más bajas puntuaciones, para el 70,4% de ellos era de poca importancia frente al 51,6% de Europa del Este.

## ACCESIBILIDAD, FACILIDAD PARA CONCERTAR CITA Y TIEMPO DE ESPERA

En general es un valor de poca importancia para la mayoría de usuarios.

Respecto a la edad, destaca el porcentaje de personas mayores de 65 años que le conceden poca importancia (68,8%), diferencia significativa en relación al resto de grupos.

No hay diferencias en cuanto al sexo o país de origen.

En relación al nivel de estudios se encuentran diferencias, las personas sin estudios son las que conceden una menor importancia a este atributo, con un porcentaje del 75,6%. Entre los universitarios, fue un valor de importancia media en el 50% sólo un 43,3% le concedió poca importancia, es este colectivo el que concedió mayor importancia a la accesibilidad.

Como ocurre con la edad, los pensionistas en un 69,9% fueron el grupo laboral que menos importancia concedió a este atributo.

## COMPETENCIA PROFESIONAL

Fue el valor más importante en general en la población encuestada.

Respecto a edad, la mayor importancia la concedió el grupo de edad media (45-64 años) con un porcentaje del 81,8% pero sin diferencias significativas con el resto de grupos etarios. Tampoco hubo diferencias entre hombres y mujeres.

Se encontraron diferencias significativas respecto al origen. Los españoles y europeos concedieron una gran importancia en un 80,9%, mientras que para los usuarios procedentes de Africa esta alta importancia sólo quedó reflejada por un 44,7% de los pacientes.

En relación al nivel de estudios, los usuarios con estudios secundarios o universitarios concedieron un mayor importancia, 81,9% y 83,9% respectivamente, significativamente mayor que el resto de grupos.

Respecto a la situación laboral también se encontraron diferencias, los trabajadores en activo concedieron mayor importancia (84,8%) que el resto de grupos.

## INFORMACIÓN RECIBIDA Y CLARIDAD

Fue un atributo de importancia media. No se le dio gran importancia pero tampoco fue de los valorados en último lugar por los encuestados.

No existieron diferencias en cuanto a edad, sexo, origen, nivel de estudios o situación laboral.

## RECEPCIÓN

En general fue un atributo de importancia media, pero se detectó alguna diferencia.

En relación a la edad, a menos edad, menor importancia. el porcentaje entre los menores de 45 años que valoraron la recepción como uno de los atributos menos importante fue del 52,6% mientras que este porcentaje sólo alcanzó el 29,9% en los mayores de 65 años.

No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ni en relación al nivel de estudios terminados. Tampoco se encontraron diferencias en relación al origen, pero el grupo que concedió una menor importancia a este atributo fue el de Europa del Este, con un porcentaje del 53,3% que lo consideró como uno de los atributos menos importante.

Sí que se detectaron diferencias según la situación laboral, siendo los trabajadores en activo los que en un mayor porcentaje (59,1%) le concedieron una importancia baja frente al 29,9% de pensionistas.

A continuación y para facilitar el análisis de resultados y las conclusiones, se hace referencia exclusivamente a las diferencias estadísticamente significativas encontradas en relación a los factores objeto estudio de la tesis.

#### **5.1.7. Factor 1: Edad**

- Los usuarios de 45 a 64 años son los que más utilizaron el teléfono como modo de concertar cita, 64,6% frente a la media de 58,5%.
- Los mayores de 65 años son los que percibieron más interés por solucionar problemas en la Recepción del centro, 95,2% frente a 80,8% de media.
- Los mayores de 65 años son los que manifestaron más satisfacción con el tiempo de espera (94%) y los menores de 45 años los que menos (63,8%).
- El interés del médico en el estado psicológico fue percibido en menor grado por los más jóvenes (73,3% de los menores de 45 años, 91,1% de 45 a 64 años y 90% de 65 años o más).
- La preocupación por la situación social y repercusión en la salud fue menos percibida en el grupo de menos de 45 años, 65,1% de valoraciones positivas frente a la media de 78,8%, destacando en este grupo de edad un 18,5% de puntuaciones negativas.
- El interés de la enfermera por el malestar psicológico fue bien valorado por el 70% de los menores de 45 años y en el 100% de los de 45 a 64 años
- El trato dado por el personal sanitario tuvo una importancia alta en el 86% de los encuestados de más de 65 años frente al 64,3% de los menores de 45 años.
- La accesibilidad fue valorada como poco importante por el 68,8% de los mayores de 65 años, la media fue del 57,6%.

### **5.1.8. Factor 2: Sexo**

- Las mujeres utilizaron más el teléfono que los hombres para concertar cita, 56,8% frente a 42,8%, y los hombres acudieron más a Recepción que las mujeres para solicitar cita, 31 % frente a 21,6%.
- Los hombres percibieron más la preocupación de la enfermera por la repercusión de la situación social, 91% frente al 72,3% de las mujeres.

### **5.1.9. Factor 3: Origen**

- Los autóctonos y de Europa Central percibieron más la preocupación del médico por su situación social actual (81%) y los sudamericanos los que menos (56,3%).
- Los autóctonos concedieron una alta importancia al trato de los profesionales sanitarios en 76%, mientras que los usuarios de Europa del Este sólo lo hicieron en un 50%.
- La competencia profesional tuvo una alta importancia para el 80,9% de los autóctonos y tan sólo la tuvo en el 44,7% de los africanos.

### **5.1.10. Factor 4: Nivel socioeconómico**

El nivel socioeconómico se midió indirectamente con la situación laboral y el nivel de estudios. Se clasificó como bajo nivel usuarios en paro y sin estudios, y como nivel más alto activos, con estudios universitarios y en situación laboral actual de estudiante. Los pensionistas que representaban, como se ha visto anteriormente, el mayor porcentaje de la muestra y eran casi en su totalidad autóctonos, se consideraron nivel medio.

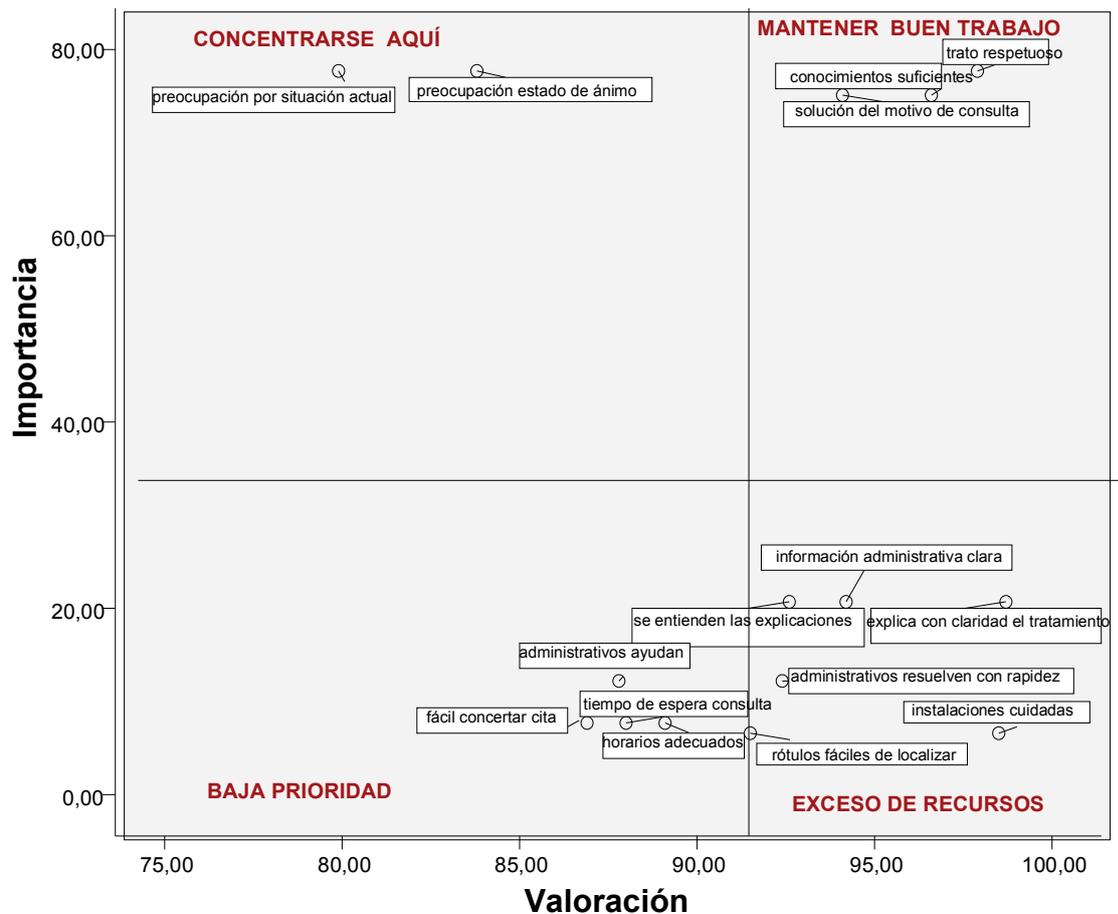
- Los usuarios en paro son los que menos satisfechos estaban con el interés del médico por su estado psicológico, 75% frente al 83,9% de media. Los pensionistas los que más en un 89,1%
- Los encuestados activos son los que menos satisfechos se mostraron con la consulta médica en general, dando valoraciones positivas en un 89,3% frente a la media del 93% Los parados lo hicieron en un 95,2%.

- Entre los usuarios con estudios universitarios, se registró el menor porcentaje que concedió una alta importancia al trato recibido del profesional sanitario, sólo en un 50% frente al 73,2% de la media.
- Respecto a situación laboral, los estudiantes fueron los que en menor porcentaje concedieron una alta importancia a al trato recibido, 40%, frente al 89,5% de los pensionistas.
- La accesibilidad fue valorada como poco importante por el 75,6% de los encuestados sin estudios y los universitarios fueron los que mejor la valoraron, para un 50% tenía una importancia mediana.
- La competencia profesional tuvo una alta importancia en el 83,9% de encuestados universitarios frente al 75,9% de la media.
- Respecto a situación laboral, la competencia también fue valorada como importante por el 84,8% de los usuarios en activo.
- La Recepción fue valorada como poco importante por el 59,1% de los activos frente al 29,9% de los pensionistas.

## 5.2. RESULTADOS DEL ANALISIS IPA

El gráfico 1 muestra el resultado del análisis IPA aplicado al orden de importancia otorgado a las tarjetas gráficas por los entrevistados y a la valoración dada por los mismos a los diferentes atributos en la encuesta.

**Gráfico 2: Resultados del análisis IPA**



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico se observa que los ítems a los que se les concede mayor importancia son los que tienen que ver con el trato y la competencia profesional, y entre los de menor importancia figuran la accesibilidad, las equipaciones y la Recepción. Las valoraciones son altas para el trato respetuoso, la competencia y las instalaciones. Las valoraciones más bajas corresponden al interés del profesional sanitario por el estado psicológico y la situación actual y a la accesibilidad.

El análisis delimita cuatro áreas:

- Baja prioridad. En relación a la accesibilidad y la Recepción fundamentalmente, donde la valoración no es alta pero la importancia que conceden los usuarios es baja.
- Exceso de recursos. Principalmente hace referencia a las instalaciones y comunicación cuya valoración es alta pero carece de importancia para los participantes entrevistados.
- Buen trabajo. Figuran los atributos de mayor importancia para los usuarios y que son bien valorados, la competencia profesional y el trato respetuoso. Desde el punto de vista de la gestión, se ha de mantener el trabajo que se está realizando pues es satisfactorio.
- Area que precisa cambios. Los esfuerzos deben de concentrarse aquí, porque hace referencia a los atributos de gran importancia que están siendo mal valorados. Figuran en este área ítems que se relacionan con la cercanía, como son el interés por el estado anímico y la preocupación por la situación social del paciente.

En relación a las expectativas de la población, objeto de la tesis, podemos concluir con estos resultados que las expectativas en cuanto a la competencia y el trato respetuoso quedan cubiertas pero no se cumplen las expectativas que los usuarios tienen en cuanto a la relación y la cercanía del profesional sanitario, ítem al que conceden un lugar preferente en su escala de valores.

### 5.3. RESULTADOS DEL ANALISIS CUALITATIVO

Se han analizado las entrevistas realizadas a los 38 usuarios participantes en los 6 grupos focales, según los criterios metodológicos ya citados en el capítulo anterior.

La tabla 14 muestra tanto la duración como el número de participantes de cada grupo focal y su distribución por sexo y edad.

**Tabla 14: Grupos focales**

Grupo	Total	Hombres	Mujeres	Edad (años)	Duración (minutos)
G1-Autóctonos mediana edad	7	2	5	34-64	43
G2-Autóctonos mayor edad	11	6	5	65-76	41
G3-Hombres africanos	5	5	0	20-47	28
G4-Mujeres africanas	5	0	5	18-30	20
G5-Sudamericanos	4	0	4	36-56	47
G6-Europa del Este	6	1	5	20-48	31

Fuente: Elaboración propia

La duración media fue de 35 minutos. En los grupos de autóctonos y sudamericanos hubo una mayor participación y el discurso fue más largo, hecho que puede deberse a la mayor facilidad para expresarse en la lengua materna.

La edad media fue de 45,87 años con diferencias marcadas entre los diversos grupos, obviamente por las características específicas de cada uno de ellos. La media de edad de los participantes en los grupos focales fue menor que la de los entrevistados en la primera fase del estudio (53,76 años).

Para el diseño de los grupos focales se confeccionaron listas de 12 posibles participantes para cada grupo. Los datos fueron extraídos del registro del e-cap y se les llamó por teléfono explicándoles en qué consistía el estudio y citándoles en el CAP de Castelló d'Empúries el día del grupo focal.

Participaron más mujeres (63,15%) que hombres (36,85%), porcentaje similar al de la muestra del estudio cuantitativo. No se presentó ninguno de los hombres sudamericanos citados.

Respecto al origen, acudieron más los pacientes autóctonos que los inmigrantes citados, que resultaron más difíciles de localizar porque muchos teléfonos eran erróneos o habían sido dados de baja. Los inmigrantes presentaron más problemas laborales para acudir a la cita, y también

hubo un mayor absentismo de los citados el día del grupo focal. En el grupo de autóctonos se contó con la participación de un usuario de nacionalidad inglesa en el de mediana edad y de nacionalidad alemana en el de mayor edad, ambos llevaban más de 15 años residiendo en el municipio. Todos los entrevistados africanos eran de Marruecos, exceptuando uno que era de Gambia. Los participantes de Europa de Este procedían en su totalidad de Rumanía. Las entrevistadas sudamericanas eran de Argentina, Uruguay, Ecuador y Colombia.

La mayoría de los participantes tenían estudios primarios y secundarios. Había tres universitarios de diferente origen (autóctono, sudamericano y de Europa del Este). En el colectivo africano figuraba el mayor porcentaje de sin estudios.

Los autóctonos de mayor edad estaban todos jubilados. El 28,6% de los autóctonos de mediana edad estaban en el paro y de los que trabajaban un 60% tenían trabajos temporales. Un 60% de los africanos estaban en el paro. Ninguna mujer marroquí trabajaba. El 75% de sudamericanas estaban en activo. De Europa del Este, el 33.3% trabajaba, el 50% no trabajaba y había una estudiante universitaria.

Los participantes estaban familiarizados con el sistema sanitario catalán y hacía años que residían en el municipio. Solamente una de las usuarias hacía 7 meses que vivía en Castelló d'Empúries pero había frecuentado las consultas médicas y de enfermería porque estaba embarazada. Las dos participantes marroquíes más jóvenes eran inmigrantes de segunda generación, nacidas en Cataluña.

A continuación, se hace un análisis más detallado de la información cualitativa recogida según diferentes apartados y factores relacionados con la atención prestada. Las transcripciones literales se muestran en letra cursiva y entre comillas, no se ha hecho la corrección lingüística para poder reflejar con mayor exactitud el discurso del grupo. Después de cada intervención figura entre paréntesis el grupo focal al que pertenece el participante (G1 a G6) y el número de entrevistado que se le adjudicó dentro del grupo (E1,E2, E3....).

### **5.3.1. Apartado 1: Atención prestada en el centro**

*Resumen:*

*La satisfacción general es alta en todos los grupos. Los usuarios de mayor edad son los más satisfechos con la accesibilidad y los inmigrantes los que menos. Los usuarios que trabajan son los más satisfechos con los horarios. Hay diferencias en cuanto a la programación de citas en relación a la edad y origen. La satisfacción con el personal de Recepción es buena con alguna*

*queja puntual. Aprecian una disminución de recursos de material y personal que relacionan con la crisis.*

## SATISFACCIÓN GENERAL

En todos los grupos la satisfacción general es alta.

*“Yo, siempre que he venido muy bien, no tengo ninguna queja, muy bien” (G1E4).*

*“Estoy contento con la atención...bien” (G3E2).*

## ACCESIBILIDAD

Satisfechos con la accesibilidad, sobre todo los usuarios de mayor edad, que encuentran el CAP más accesible que los centros de municipios más grandes o ciudades.

*“Es un privilegio vivir aquí. En la ciudad tienes que cruzar calles, ir en autobús o en coche... te dan cita dentro de muchos días y somos personas mayores” (G2E4).*

Los inmigrantes manifiestan algún problema de accesibilidad. La burocracia les dificulta el acceso.

*“En el dispensario me pidieron un montón de papeles para hacer la tarjeta sanitaria...Tienes que traer libro de familia para el colegio. ¿De dónde lo voy a sacar?” (G6E3)*

## TIEMPO EN LA SALA DE ESPERA

No hay quejas en cuanto al tiempo de espera. Comentan que ha disminuido y lo relacionan más con la crisis y los cambios en la frecuentación de los pacientes que con los cambios de agenda que haya podido hacer el centro. *“Ahora, de hecho es casi mejor, hay menos tiempo de espera, menos gente” (G1E5).*

## HORARIOS

Discrepancia entre los diferentes grupos. Los usuarios de mayor edad se quejan de que el cambio de médicos ha provocado horarios no fijos de visitas. *“Lunes por la tarde no puede ser.... ¿viernes por la mañana tampoco? He de poder ir al médico lunes, martes, miércoles...” (G2E5).*

Por otro lado, los encuestados trabajadores en activo están contentos con el cambio. *“Ahora hacen consulta también por la tarde, y eso va bien”* (G5E3)

## PROGRAMACION DE VISITAS

Se aprecia dificultad en los encuestados de mayor edad para la programación.

*“Llamas y no te coge el teléfono nadie... Si quiere visita pulse 1, si urgencias 061, si no sé qué el 4...”* (G2E9).

*“Los abuelos no tenemos ordenador. A nuestra edad Internet no lo conoces, no lo entendemos”* (G2E6).

Los pacientes más jóvenes utilizan Internet en su mayoría.

*“La página web va muy bien para poder programar la visita uno mismo”* (G1E5). Varios asienten.

Entre los pacientes inmigrantes, alguno de los más jóvenes utilizan Internet, pero la mayoría acude al centro presencialmente. No manifiestan dificultades

*“No sé por ordenador, vengo aquí”* (G3E4).

*“Venimos directamente”* (G6E6).

## RECEPCION

Aunque la satisfacción con el trato en Recepción es buena, es menor que con el recibido por parte de los profesionales sanitarios. Las quejas son puntuales y por situaciones concretas vividas

*“Si vienes aquí a pedir hora o a lo que sea, estás bien atendida”* (G2E6).

*“Cuando vengo aquí, a veces tengo problemas, no tanto por el idioma, sino por el trato”* (G4E3)-

## EQUIPAMIENTO Y MATERIAL

Aprecian una disminución de recursos, tanto a nivel de material como de personal, patente en todos los grupos focales y directamente relacionada con la crisis.

*“Tengo dos niñas y han quitado la enfermera y la pediatra que tenían”* (G1E7).

*“Tenían que sacarme dos dientes pero el dentista estaba solo y me dijo sólo te puedo sacar uno porque estoy solo y perdería mucho tiempo y hay muchos pacientes” (G2E10).*

*“Los profesionales bien, pero se nota diferencia con la crisis en material, equipaciones... yo creo que los médicos lo tienen que notar” (G5E2).*

### **5.3.2. Apartado 2: Relación con el personal sanitario**

*Resumen:*

*Muestran satisfacción con la competencia y resolución del centro, en especial los autóctonos de mediana edad, siendo las quejas de retrasos principalmente del hospital. Manifiestan su preferencia por un médico cercano y de confianza sobre todo los autóctonos, sudamericanos y pacientes de mayor edad. Hay quejas por el cambio de médicos que relacionan con los recortes en Sanidad. La principal barrera para los usuarios inmigrantes es la idiomática. Destaca la falta de empoderamiento y la preferencia por un modelo paternalista para el seguimiento de patologías crónicas en los pacientes de mayor edad.*

#### **COMPETENCIA Y RESOLUCION**

Se muestran satisfechos y los autóctonos de mediana edad están sorprendidos de la competencia y resolución del CAP.

*“Los médicos están bien formados, estudian muchos años” (G6E1)*

*“Cosas que antes las hacían en el hospital, como las espirometrías, te las hacen aquí ahora y cada día hacen más cosas. Esto va mejor y hacemos menos visitas al hospital” (G1E1).*

Los autóctonos de mayor edad no han notado cambio en la realización de más pruebas ni aumento de resolución.

*“Electros han hecho siempre...lo normal” (G2E2).*

En general, se percibe más satisfacción con la competencia y resolución de los profesionales de atención primaria que en los especialistas del hospital.

*“Si vas a urgencias al hospital, a veces, te tienen cuatro o seis horas. Aquí, en el CAP, de urgencias, te atienden más rápido” (G3E1).*

Refieren más retraso para realizar pruebas complementarias y en las visitas de especialistas. Este retraso queda patente en todos los grupos y es apreciado como la consecuencia más importante de la crisis y los recortes en Sanidad.

*“Tardan más tiempo en verte en el hospital que antes, he tardado más de un mes para que me vieran el tobillo” (G3E2).*

“La crisis se nota un poco en la Sanidad, en las pruebas. Si queremos algo urgente del hospital, es como si lo retrasasen unos días más” (G4E5).

*“Ahora, la Medicina va más retrasada que tiempo atrás porque hablas con gente que está en lista de espera para una prótesis...interminable” (G2E2).*

La insatisfacción con el retraso no se aprecia tanto en patologías graves.

*“A mi la mar de bien, me dicen tal día a tal hora en el hospital y me ponen la quimio, y salgo de allí con la cita para otro día, hora...” (G2E1).*

## CONFIANZA Y CERCANIA

El disponer de un médico fijo es una de las prioridades, en especial en los grupos de autóctonos y sudamericanos, sobre todo en los usuarios de mayor edad. Destaca la importancia concedida en estos colectivos a tener un médico de familia de confianza.

*“Lo que no queremos perder es tener un médico de familia, un médico que te conozca, que te lleve bien” (G1E2).*

*“El médico cura más con la confianza que con las medicinas” (G2E2).*

*“Me calma, yo le cuento mi situación. Al principio estaba sola cuando vine y no tenía nadie a quién contarle mis problemas. Me escuchaba, me daba consejos...” (G5E4)*

En el discurso se percibe la alta importancia concedida a la confianza y la cercanía en la relación médico-paciente.

*“No hay nada como saber que vas a encontrar a la misma persona, porque ya te conoce y conoce tu vida” (G1E5)*

En relación a esta necesidad de un médico de confianza surgen las quejas por los cambios de personal sanitario, quejas patentes en todos los grupos.

*“Ultimamente, cada vez que vengo me toca un médico diferente” (G1E6).*

*“¡Tres! ¡Tres médicos he visto yo en los últimos ocho meses!... y con las enfermeras pasa lo mismo” (G1E4).*

*“Nos gusta más tener médico fijo, un médico que lleve aquí años...si es nuevo has de empezar de nuevo” (G4E2)*

*“Si lo han puesto de urgencias, te mira...y adiós, no es como un médico fijo” (G4E1)*

El contar con un médico de confianza adquiere tanta importancia, sobre todo para los pacientes de mayor edad, que si no está, pueden no acudir a la consulta.

*“Si es médico o enfermera nueva cuesta más expresarse...Venimos igual, pero cuesta más, no te conoce. Mi abuelo sí que se queja, no va bien con médicos nuevos. Ha hecho análisis y electro pero viene con la enfermera que ya le conoce” (G4E1).*

Ven en los cambios de médico una consecuencia de la crisis y los recortes en Sanidad, y piensan que no se solucionará.

*“Influyen los recortes, nos pasa ahora y nos va a pasar mañana, continuamente” (G2E4).*

*“Piensas: mañana, ¿a quién me voy a encontrar? No sé si son lo recortes o que se está estructurando el sistema de nuevo, pero revienta tantos cambios” (G2E2).*

Algún paciente piensa también que la crisis repercute en el trato dispensado por los profesionales. sanitarios

*“Si a los profesionales les bajan el sueldo, no te atienden con las mismas ganas” (G5E2).*

Entre los inmigrantes, a excepción de los sudamericanos, la principal barrera en la relación médico paciente es idiomática y de comprensión.

*“Cuando vengo aquí me cuesta entender todo: el médico, el sistema... Vengo con un amigo que traduce” (G3E2).*

*“Sé hablar lo básico, no tengo problemas para entender pero sí para expresarme, y eso hace que cueste. Vengo a lo que me duele y ya está” (G4E3).*

Respecto al trato, se percibe satisfacción, aunque la población inmigrante no precisan tanta confianza y cercanía.

*“Lo personal se queda dentro” (G3E5).*

*“Hay una buena comunicación, pero no hablo de mis cosas” (G6E3).*

*“No comento cosas que me preocupan o entristecen” (G6E4).*

Las inmigrantes de segunda generación que participaron sí mostraron tener una relación de confianza con su médico.

*“Tengo confianza con el médico para contarle si estoy triste, no sólo cosas médicas” (G4E5).*

En el grupo de pacientes sudamericanas se describe alguna situación conflictiva y de malos entendidos que dificultó la relación médico paciente.

*“Me peleé con un médico, pero fui yo que entendí mal lo que me dijo” (G5E2).*

*“Me discutí con un médico e inmediatamente me borré de él. Me ofendió” (G5E4).*

Los médicos más jóvenes inspiran menos confianza a los pacientes de mayor edad.

*“Vi una doctora tan joven que pensé... ¡juy!. Me dio una receta, me leí todo el prospecto y no me lo tomé. Si me lo hubiera dado mi médico de siempre, me lo tomo sin mirar” (G2E6).*

## SEGUIMIENTO DE LA CRONICIDAD

Llama la atención en la mayoría de los autóctonos de mayor edad la falta de empoderamiento y de implicación en la toma de decisiones, y la preferencia por un modelo paternalista de atención.

*“Lo que hecho de menos es el seguimiento. Personas mayores como nosotros necesitamos un seguimiento, necesitamos que los médicos nos manden. No tenemos capacidad de llevar día a día nuestra situación. Son los médicos los que tienen que mandarnos a nosotros lo que tenemos que hacer” (G2E4).*

“Y si una persona no ha venido, hay que molestarle y llamarle por teléfono, son los médicos los que tienen que preocuparse de esto” (G2E4).

Hay opiniones diferentes respecto a las pruebas de seguimiento, pero siguen reclamando un médico de confianza para el seguimiento de la cronicidad. Destaca la importancia que adquiere para los enfermos crónicos que el seguimiento sea realizado por médicos y enfermeras fijas.

*“Me han hecho soplar, electrocardiograma, análisis... ¡Me han mirado todo! ...pero no hay un médico fijo” (G2E5).*

Las pacientes sudamericanas también piden este seguimiento cercano de la cronicidad en los pacientes ancianos.

*“Este año no llamaron para la vacuna de la gripe al anciano que cuido ni a mi madre” (G5E2).*

Los usuarios de países donde la prevalencia de la cronicidad es menor no dan tanta importancia al seguimiento ni a las actividades preventivas. Este contraste de opiniones se observó en los grupos focales de africanos.

*“Nosotros, si hay alguna cosa urgente...venimos. No es que no me preocupe tener el colesterol alto, pero no me lo planteo. Nunca voy a ver al médico para tensión o azúcar.” (G3E1)*

*“Me salto, a veces, las visitas de sintrom” (G3E4)*

Entre la población autóctona más joven, sobre todo los trabajadores en activo, hay la percepción de que es más fácil conseguir cita para seguimiento de patologías crónicas y pruebas en el CAP que para una urgencia, se quejan de la falta de accesibilidad en atención de urgencia

menor y remarcan la importancia que tiene para ellos el poder concertar cita el mismo día que la solicitan.

*“Si me pongo mala tengo que ir al médico ese día y no de aquí tres porque necesito un papel para no ir a trabajar...” (G1E3).*

### **5.3.3. Apartado 3: Sistema sanitario catalán, impacto de la crisis y relación con otros países**

*Resumen:*

*No aprecian diferencia en el trato dispensado a la población inmigrante. Los efectos de la crisis son percibidos con mayor intensidad en el entorno social y laboral que en la sanidad, sobre todo entre los participantes inmigrantes y con menos recursos. Se aprecia preferencia por médicos autóctonos. Se detecta una gran satisfacción con el sistema sanitario catalán en relación a otros países, siendo los participantes de mayor edad los que notaron más la repercusión de los recortes sanitarios.*

#### **PACIENTES EXTRANJEROS E INMIGRANTES**

Ni los autóctonos ni la gran mayoría de inmigrantes aprecian diferencia en el trato dispensado por el personal del centro.

*“La atención es igual” (G1E4).*

*“El trato que el médico da a los extranjeros es el mismo” (G2E4).*

*“No he notado diferencia con los de aquí ” (G4E5).*

Solamente hay una participante que describe situaciones de discriminación en el grupo de Europa del Este. *“En este centro no he notado diferencias pero en otros centros sanitarios sí hay diferencias...” (G6E3).*

Persiste la creencia en la mayoría de los autóctonos de mayor edad de que los inmigrantes frecuentan más los servicios sanitarios.

*“Lo que sí he notado es que van mucho al médico, más que nosotros, para cualquier cosa” (G2E6).*

*“Por cualquier pequeñez consultan” (G2E11).*

Pero hay rectificaciones de otros participantes de la misma edad.

*“Es más un impresión que otra cosa. No creo que abusen del sistema, como se dice siempre. Van cuando les hace falta” (G2E2).*

*“En la sala de espera se ven pero porque nos llaman más la atención, nosotros somos un paciente más” (G2E11).*

Relacionan con la crisis la disminución de inmigrantes en el municipio, la oleada previa de la inmigración ya ha pasado y piensan que el turismo sanitario son casos aislados de europeos que pagan los recursos utilizados. No existe la percepción actual de abuso del sistema.

*“Antes el pueblo estaba lleno de gente del Norte de Africa, ahora se han ido... hay menos turismo, menos ingleses... La impresión de hace años de que había mucha gente aprovechándose del sistema ahora no está” (G1E5).*

*“España era un país de oportunidades, un chollo... había para todos” (G1E2).*

*“Hay gente de fuera que viene de vacaciones aquí a operarse... Muchos ingleses y rusos vienen a operarse de una prótesis y pagan 4500 euros y después a tomar el sol” (G1E1).*

*“No seamos mal pensados, enferman estando aquí” (G1E1).*

Los participantes inmigrantes en numerosos momentos del discurso de los grupos focales hacen referencia a las dificultades económicas y a nuevas migraciones motivadas por la búsqueda de empleo.

*“Antes vivía bien aquí...ahora difícil” (G3E2).*

*“He ido a trabajar a Francia, hay más trabajo que aquí” (G3E5).*

*“Muchos volvieron a Uruguay. Y gente catalana también ha marchado a trabajar allá” (G5E2).*

*“Mis hijos están ahora en Alemania, no consiguieron trabajo aquí. Mi hija tampoco trabaja, ahora estudia otra vez. Yo voy para tres años sin conseguir trabajo. En mi casa, no trabaja nadie” (G5E4).*

Las dificultades económicas y de desempleo condicionan el estado anímico y la salud mental.

## MEDICOS EXTRANJEROS

En general, no se aprecia dificultad en la relación con médicos extranjeros.

*“Menos confianza no, depende del trato que te dé” (G2E6).*

*“Igual, igual...sin diferencia” (G5E3).*

Entre los usuarios catalanes, existe preferencia por los médicos autóctonos.

*“Diferente, no mejor ni peor, pero tienes la sensación de querer ver a tu médico de siempre para que te confirme lo que te han dicho” (G1E5).*

*“A mí me generan más desconfianza” (G1E1).*

La desconfianza principal, patente sobre todo entre los participantes autóctonos de mediana edad, es hacia la competencia profesional y los estudios realizados en las universidades de otros países.

*“Un médico de otro país ha estudiado de otra manera y es muy complicado igualar... Aquí son más metódicos y el trato también es diferente” (G1E2).*

Algunos participantes inmigrantes de diferente origen y de diferentes grupos focales, relatan situaciones conflictivas puntuales en la relación con un médico extranjero.

*“En urgencias, médicos de fuera muchas veces nos tratan diferente y mal” (G3E1).*

*“Mi marido estaba muy grave y me atendió una médico extranjera muy mal, discutimos” (G5E4).*

## IMPACTO DE LA CRISIS Y COMPARACION DEL SISTEMA SANITARIO CATALAN CON OTROS SISTEMAS SANITARIOS

La mayoría de los usuarios destaca la gran satisfacción con el sistema sanitario público catalán, no tienen duda de su excelencia en comparación a los sistemas de otros países.

*“El sistema sanitario de Cataluña es el mejor del mundo. Los mejores hospitales del mundo están en Catalunya y no tienes que pagar” (G1E1).*

*“En comparación al país mío, la sanidad es mucho mejor aquí” (G5E4)*

Destaca la gran satisfacción de muchos inmigrantes con la cobertura y las prestaciones recibidas, sobre todos entre los procedentes de Marruecos.

*“En España, muy bien, hay mucha diferencia con Marruecos. Hice operación cuando vine, aún no tenía papeles. Me lo hicieron sin pagar nada. Nunca pensé que me tratarían tan bien” (G3E3)*

La mayor insatisfacción se detectó en los pacientes mayores, que manifiestan una actitud de enfado ante la crisis y culpabilizan a los políticos y gobernantes.

*“El sistema sanitario es un fracaso” (G2E5).*

*“Los gobernantes no buscan soluciones” (G2E2)*

Sensación de que la situación empeorará.

*“¿Mejorar? Al contrario, empeorará” (G2E6).*

Entre los participantes de mediana edad, la actitud ante los cambios experimentados en los últimos años es de conformidad.

*“Como no depende de nosotros...” (G1E2).*

En relación a otros países cercanos a Cataluña y pertenecientes a Europa Central, se muestra preferencia por el sistema sanitario catalán. El discurso muestra los recortes hechos en estos países.

*“En Alemania la mayoría de pueblos de este tamaño no tienen médico, te has de desplazar. No preguntan a la gente, cierran un centro médico de un día para otro. Lo que están haciendo aquí, en Alemania hace ya cuatro o cinco años. Es un sistema para ahorrar dinero. La gente mayor si enferma, se va a la ciudad” (G2E11)*

*“Los británicos están encantados aquí. Están impresionados con la atención” (G1E5).*

Destaca la precariedad de los servicios sanitarios públicos en el continente africano. Hay numerosas quejas en relación a la corrupción en estos países, hecho que hace que gran parte de la población opte por acudir a médicos privados.

*“La Sanidad es pública, pero si es algo urgente para que te pasen tienes que pagar. No queda registrado. Desde hace años es así” (G4E5)*

*“Soy de Tánger, hay un hospital grande... y un médico o enfermera cada dos o tres barrios grandes en un centro que la mayoría de las horas está cerrado” (G3E1)*

*“Siempre que me ha pasado algo en Marruecos he ido al privado” (G4E2)*

*“En Gambia tienes médico lejos, hay que caminar 4 o 5 kilómetros y también tienes que pagar” (G3E4).*

El discurso en los grupos focales refleja la situación del sistema sanitario marroquí. El gobierno de Marruecos aprobó dos reformas en el años 2005. El objetivo de la primera reforma era aumentar la cobertura sanitaria del 16% al 30% gracias a un plan que combinaba seguros públicos y privados. La segunda reforma tenía como finalidad la asignación de un presupuesto público para garantizar la asistencia a los más pobres. Ambas reformas han contado con numerosos problemas y no han llegado a implantarse con éxito, lo que ha ocasionado que una parte importante de la población no tenga acceso a unos servicios sanitarios básicos<sup>136</sup>.

Situación similar a la de Marruecos, se vive en Rumanía.

*“Antes no se pagaba, se financiaba con los impuestos. Ahora me han dicho que todo se paga, el hospital, las citas...desde 2008-2009. Donde vivíamos nosotros no era ciudad grande y tienes que ir muy lejos para hacer pruebas” (G6E2)*

*“Aunque la sanidad es pública, no te atienden si no les das dinero. Se paga en negro” (G6E3)*

*“En Rumanía es mejor privado que público. Tienen todos lo aparatos muy antiguos, fatal” (G6E1)*

Estas afirmaciones reflejan la situación de Rumania, Desde 1998, existe cobertura sanitaria para todos los ciudadanos, administrada por la National Insurance House que contrata servicios a proveedores, pero es ineficiente y crónicamente está en déficit. La mayoría de los hospitales del país tienen deficiencias estructurales, en el mantenimiento y la limpieza, carencias de material (instrumental quirúrgico, guantes...) y desprovisión de medicamentos como los antibióticos más básicos, Esto obliga a menudo a la población rumana a pagar aparte un suplemento para poder conseguir aquello de lo que carece el hospital<sup>137</sup>.

En el grupo de participantes sudamericanas se comparó el sistema sanitario de su país con el de España. Llama la atención la situación de las donaciones de sangre y de los bancos de sangre en Sudamérica.

*“Uruguay ha copiado el sistema a España. Hicieron centros polivalentes en los barrios para vacunas y consultas. El problema es que a lo mejor, de un día para otro, te roban todo el material del centro médico. Allá los hospitales son muy pobres, tienes que llevar sábanas, gasas...Estás obligado a tener una mutua, un sanatorio privado” (G5E2)*

*“Lo mismo pasa en Ecuador. Hay los dispensarios para lo básico y los hospitales para urgencias que tienes que llevar todo. Te operan gratis, pero tienes que comprar medicinas y las bolsas de sangre se pagan” (G5E3)*

*“En Colombia si te van a operar, tienes que llevar los donantes y están esperando mientras te operan” (G5E4)*

*“En Argentina hace tiempo que hay dispensarios” (G5E1).*

El discurso hace referencia al movimiento de reorganización de los servicios de salud surgido en Latinoamérica basado en el Documento de la OPS/OMS del 2007 que marca la Atención Primaria como eje central de los sistemas sanitarios. Los cambios que se van realizando poco a poco deben superar numerosos obstáculos: garantizar la equidad, aumentar coberturas, dotar de un equipo profesional y tecnológico de calidad, afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional y el cambio de perfil epidemiológico y conseguir la sostenibilidad financiera<sup>138,139,140</sup>.

A continuación y como se ha hecho en el trabajo cuantitativo, se detallan las principales diferencias detectadas en el discurso de los grupos focales en relación a los factores en estudio.

#### **5.3.4.Factor 1: Edad**

- Los usuarios de mayor edad son los que valoran mejor la accesibilidad.
- Los pacientes ancianos son los que más se quejan de los horarios no fijos.
- Las dificultades para concertar cita se presentan en los participantes más mayores. Un alto porcentaje de los usuarios jóvenes utilizan Internet para la programación.
- Los usuarios de mediana edad son los más valoran la competencia y resolución del centro.
- Para los usuarios de mayor edad adquiere una gran importancia disponer de profesionales sanitarios fijos y de confianza y se quejan del cambio de médicos y enfermeras, hecho que relacionan con la crisis.
- Preferencia entre los pacientes ancianos por un modelo paternalista para el seguimiento de patologías crónicas.
- La resolución del centro es peor percibida entre los participantes más mayores.
- Los médicos más jóvenes inspiran menos confianza a los usuarios de mayor edad.
- Los autóctonos más mayores tienen la creencia de que los inmigrantes frecuentan más los servicios sanitarios.
- Los participantes de mediana edad, sobre todo autóctonos, son los que más importancia dan a la formación de los médicos de Cataluña y extranjeros.
- Los usuarios de mayor edad son los más insatisfechos con el sistema sanitario catalán y lo que más perciben los recortes en Sanidad.

#### **5.3.5.Factor 2: Sexo**

- No se aprecian diferencias destacables en el discurso de los grupos focales entre hombres y mujeres.

#### **5.3.6.Factor 3: Origen**

- Los inmigrantes, sobre todo los procedentes de Europa del Este, son los que menos satisfechos están con la accesibilidad y refieren trabas burocráticas.
- La mayoría de pacientes inmigrantes concierta cita presencialmente en el centro.
- Autóctonos y sudamericanos manifiestan la necesidad de un médico cercano, necesidad que no se percibe en los usuarios africanos y de Europa del Este que consultan más de urgencia por patologías menores. Entre los inmigrantes de segunda generación si se aprecia la importancia de la cercanía y confianza.

- La principal barrera en la relación con los profesionales sanitarios para los inmigrantes, a excepción de los sudamericanos, es la idiomática. Los usuarios sudamericanos refieren alguna situación conflictiva y de malos entendidos.
- Los usuarios de Europa del Este son los únicos que refirieron alguna situación puntual de discriminación o racismo.
- Los efectos de la crisis son percibidos más a nivel personal en los inmigrantes que a nivel sanitario.
- Se detectan situaciones conflictivas puntuales en la relación entre pacientes inmigrantes y médicos extranjeros, en especial usuarios marroquíes y sudamericanos.
- Los participantes catalanes, sobre todo los de mediana edad, son los que manifiestan una preferencia mayor por los médicos autóctonos

#### **5.3.7.Factor 4: Nivel socioeconómico**

- Los inmigrantes en situación irregular presentan problemas de accesibilidad y dificultades burocráticas para conseguir la tarjeta sanitaria.
- Los pensionistas valoran como muy importante tener un médico fijo y de confianza.
- Los estudiantes concedieron menor importancia a la relación de cercanía y confianza con los profesionales sanitarios.
- Destaca la falta de empoderamiento y la preferencia por un modelo paternalista de atención entre los pensionistas.
- Los usuarios con menos recursos, sobre todo inmigrantes y parados, perciben poco los efectos de la crisis en el entorno sanitario y más a nivel laboral, siendo ésta la causa de nuevas migraciones.
- Los inmigrantes económicos son los que más valoran el sistema sanitario público catalán y muestran más satisfacción con la cobertura.
- Los pensionistas son los más descontentos y quejosos con el sistema sanitario catalán y los recortes en Sanidad.

## 5.4. COMPARACION DE LOS RESULTADOS

Las tablas 15, 16, 17 y 18 comparan los resultados obtenidos en los estudios cuantitativo y cualitativo en relación a los cuatro factores principales: edad, sexo, origen y nivel socioeconómico.

**Tabla 15: Comparación de los resultados de los estudios cuantitativo y cualitativo en relación a la edad**

Edad	De 15 a 44 años	De 45 a 64 años	65 años o más
Aspectos generales del centro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor insatisfacción con el tiempo de espera (Cn)</li> <li>- Mayor programación de visitas por Internet (CI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor programación de visitas telefónica (Cn)</li> <li>- Mayor satisfacción general con la competencia y resolución del centro (CI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor satisfacción con el tiempo de espera (Cn)</li> <li>- Poca importancia de la accesibilidad (Cn)</li> <li>- Alta importancia de la accesibilidad (CI)</li> <li>- Mayor dificultad para concertar cita (CI)</li> <li>- Mayor importancia a disponer de horario fijos de consulta (CI)</li> <li>- Menor satisfacción con la resolución del centro (CI)</li> </ul>
Personal de Recepción			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor satisfacción con el personal de Recepción (Cn)</li> </ul>
Personal sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor satisfacción con el interés por su estado psicológico (Cn)</li> <li>- Menor satisfacción con el interés por su situación personal (Cn)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor importancia a la formación y la competencia (CI)</li> <li>- Preferencia más marcada por médicos autóctonos (CI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Más importancia al trato (Cn)</li> <li>- Mayor satisfacción con el interés por el estado psicológico (Cn)</li> <li>- Más importancia a tener profesionales fijos de confianza (CI)</li> <li>- Mayor insatisfacción con cambios de personal (CI)</li> <li>- Preferencia marcada por modelo paternalista (CI)</li> <li>- Preferencia mayor por médicos no jóvenes (CI)</li> </ul>
Crisis			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor percepción de recortes sanitarios (CI)</li> <li>- Mayor insatisfacción con sistema sanitario (CI)</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Cn = estudio cuantitativo, CI = estudio cualitativo

**Tabla 16: Comparación de los resultados de los estudios cuantitativo y cualitativo en relación al sexo**

Fuente: Elaboración propia

Sexo	Hombres	Mujeres
Aspectos generales del centro	- Programación mayor de visitas presencial (Cn)	- Programación mayor de visitas telefónica (Cn)
Personal sanitario	- Satisfacción mayor con el interés de la enfermera por su situación actual (Cn)	

Cn = estudio cuantitativo, CI = estudio cualitativo

**Tabla 17: Comparación de los resultados de los estudios cuantitativo y cualitativo en relación al origen**

Origen	Autóctonos y de Europa Central	Africa	Europa del Este	SudAmérica
Aspectos generales del centro		- Programación mayor de visitas presencial (Cn)	- Programación mayor de visitas presencial (Cn) - Insatisfacción mayor con la accesibilidad, trabas burocráticas (CI)	- Programación mayor de visitas presencial (Cn)
Personal sanitario	- Más importancia a la formación y la competencia (Cn, CI) - Importancia mayor al trato (Cn, CI) - Satisfacción mayor con el interés por su situación actual (Cn) - Preferencia marcada por médicos autóctonos (CI)	- Poca importancia a la competencia (Cn) - Poca importancia al trato (CI) - Importante barrera idiomática (CI)	- Poca importancia al trato (Cn, CI) - Barrera idiomática ocasionalmente (CI)	- Importancia marcada al trato (Cn, CI) - Satisfacción marcada con el interés por su situación actual (Cn)
Crisis		- Percibida a nivel personal (CI)	- Percibida a nivel personal (CI)	- Percibida a nivel personal (CI)

Fuente: Elaboración propia

Cn = estudio cuantitativo, CI = estudio cualitativo

**Tabla 18: Comparación de los resultados de los estudios cuantitativo y cualitativo en relación al nivel socioeconómico**

Fuente: Elaboración propia

Nivel socioeconómico	Estudios	Situación laboral	Pensionistas	Inmigrantes económicos
Aspectos generales del centro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia mayor de accesibilidad para universitarios (Cn)</li> <li>- Poca importancia de accesibilidad para usuarios sin estudios (Cn)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfacción mayor con la accesibilidad, trabas burocráticas (CI)</li> </ul>
Personal de Recepción		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poca importancia de Recepción para trabajadores activos (Cn)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta importancia de Recepción (Cn)</li> </ul>	
Personal sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia alta a la competencia para universitarios (Cn)</li> <li>- Poca importancia al trato para universitarios (Cn, CI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia alta a la competencia para activos (Cn)</li> <li>- Buena satisfacción general en parados (Cn)</li> <li>- Menor satisfacción general en activos (Cn)</li> <li>- Insatisfacción por interés por el estado psicológico en parados (Cn)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia mayor al trato (Cn)</li> <li>- Satisfacción alta con el interés por el estado psicológico (Cn)</li> <li>- Importancia mayor a profesionales fijos de confianza (CI)</li> <li>- Preferencia marcada por modelo paternalista (CI)</li> </ul>	
Crisis		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percibida a nivel personal en parados (CI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor percepción de recortes sanitarios (CI)</li> <li>- Mayor insatisfacción con sistema sanitario (CI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percibida a nivel personal (CI)</li> <li>- Alta satisfacción con sistema sanitario y cobertura (CI)</li> </ul>

Cn = estudio cuantitativo, CI = estudio cualitativo

## COINCIDENCIAS

Hay datos que se repiten tanto en el estudio cuantitativo como en el discurso cualitativo:

- La alta importancia concedida a la competencia y la formación del profesional sanitario por los usuarios autóctonos.
- La elevada importancia dada por los participantes catalanes y de Europa Central, sobre todo los de mayor edad, al trato y a la relación con el médico y la enfermera. Esta importancia es mucho menor entre los estudiantes y los pacientes más jóvenes.
- En relación a los pacientes inmigrantes, los usuarios sudamericanos conceden importancia alta al trato, mientras que para los participantes de Europa del Este el trato y la relación con el médico son poco importantes, priorizándose una atención de urgencia.

## DISCREPANCIAS

Las discrepancias más marcadas entre los resultados de los estudios cuantitativo y cualitativo observan en el grupo de mayor edad y se centran en dos ítems:

- La accesibilidad. En el estudio cuantitativo, los datos indican una baja importancia concedida por los usuarios de más de 65 años, siendo uno de los atributos menos valorados. En contraste, en el grupo focal de autóctonos de mayor edad, el discurso muestra el alto valor concedido a la accesibilidad, destacando la satisfacción por acudir a un centro médico rural, pero también las quejas por los cambios de horarios.
- La satisfacción general. Mientras en el estudio cuantitativo, los pensionistas y usuarios más mayores eran los más satisfechos con el sistema sanitario y la consulta en general, en los grupos focales son los que se muestran más críticos e insatisfechos.

Estas discrepancias podrían explicarse por la diferencia de tiempo entre ambos estudios y el impacto de la crisis en esos dos años entre la población anciana. Los cambios de horarios y de profesionales sanitarios atribuibles a los recortes en Sanidad ha tenido mayor repercusión entre los pacientes de mayor edad, que valoran más el disponer de un médico y enfermera fijos con quienes poder establecer una relación de cercanía.

## **6. DISCUSSION**

Aunque la evidencia en el tema objeto de la tesis es bastante escasa, conviene finalmente discutir los resultados obtenidos en la misma. Los resultados de esta tesis permiten conocer mejor las expectativas y las preferencias de la población en relación al sistema sanitario y valorar los factores que influyen en la importancia concedida a diferentes atributos de la Atención Primaria y en la satisfacción con la atención recibida.

En relación a la metodología empleada para estudiar dichas preferencias y expectativas, el análisis IPA ha sido una herramienta útil y valiosa, ya que su aplicación a los valores de satisfacción y de importancia de los usuarios ha permitido detectar con más facilidad y claridad los aspectos que precisan mejoras. De los resultados del análisis IPA surge una de las conclusiones principales de la tesis: la gran importancia para los pacientes de la relación establecida con los profesionales sanitarios de Atención Primaria y la falta de cumplimiento de expectativas en la percepción de un trato cercano por parte de ellos. Si se busca referencias bibliográficas para confirmar esta conclusión, los resultados coinciden con los del análisis IPA aplicado al PLAENSA 2012<sup>102</sup>, y aunque los estudios no son comparables porque se utilizan ítems diferentes, en ambos trabajos los ítems relacionados con la cercanía destacaron por su alta importancia y al mismo tiempo por recibir la peor puntuación en satisfacción. El ítem de “trato médico y de enfermería” utilizado es similar al de “trato respetuoso” del IPA-PLAENSA; y el concepto de cercanía que se ha valorado con los ítems “preocupación por la situación actual” y “preocupación por el estado de ánimo” se valora en el IPA-PLAENSA con los ítems “tiempo dedicado por el médico” y “disposición para ser escuchado”. Tanto en el gráfico IPA obtenido como en el del estudio PLAENSA los ítems de cercanía figuran en el área que precisa cambios y se tienen que concentrar esfuerzos, el área de mayor prioridad.

La información recogida en el cuestionario y en los grupos focales refuerzan la idea de que lo más importante para el usuario de servicios de Atención Primaria es la relación con el médico y la enfermera que le atienden. El trato y la competencia son prioritarios y dejan en un segundo plano otros aspectos como la accesibilidad y las instalaciones. Este hecho no es nuevo y coincide con la revisión de estudios de evaluaciones de pacientes de Medicina General realizada por EUROPEP<sup>20</sup>, donde la humanidad del profesional ocupa el primer lugar en prioridades y la competencia el segundo.

El discurso de los grupos focales de la tesis complementa los datos obtenidos en el cuestionario y en el análisis IPA y profundiza en las expectativas de los pacientes. En dicho discurso, surgen repetidamente la escucha, la confianza y la cercanía como los valores buscados por los pacientes en la relación con el médico de familia y coinciden con el factor humanidad del estudio del EUROPEP y el concepto de profesionalismo médico del Royal College Physicians de Londres<sup>21</sup>.

De los trabajos a los que se ha hecho referencia en la tesis, es el estudio PLAENSA el más cercano a la población catalana y el más similar respecto a la metodología. En el capítulo de resultados se ha comparado cada apartado en concreto. Son muchas las coincidencias del PLAENSA con la tesis pero hay alguna discrepancia respecto a la satisfacción con la accesibilidad. Aunque la accesibilidad no es uno de los ítems prioritarios para los pacientes, los resultados del PLAENSA reflejan una marcada insatisfacción con la puntualidad para entrar en la consulta del médico y de la enfermera. En la encuesta del estudio PLAENSA la satisfacción con la puntualidad es el ítem peor valorado de toda la encuesta, 59,9% de valoraciones positivas, mientras que en la encuesta aplicada en la tesis un 79,9% de pacientes dan valoraciones positivas a la puntualidad del médico y un 88,5% a la puntualidad de la enfermera. El tiempo de espera también es el aspecto peor valorado en las encuestas realizadas por el Picker Institute<sup>19</sup> y figura como el ítem en que los usuarios esperan más mejoras. Esto no ha quedado reflejado en la tesis y la satisfacción con la puntualidad ha sido mayor de la esperada. Este hecho puede deberse a que se ha realizado en un centro pequeño con un número de médicos menor que los centros de salud urbanos, lo que condiciona una mayor percepción de accesibilidad y continuidad asistencial<sup>20</sup>.

Respecto a los factores analizados en la tesis (la edad, el sexo, el origen y el nivel socioeconómico), ha sido la edad el más determinante.

Repasando la bibliografía médica existente sobre estos factores, llama la atención el gran número de trabajos científicos centrados en la influencia del origen en la salud quedando demostrado que el origen es menos determinante que la situación socioeconómica y que gran parte de las diferencias entre usuarios autóctonos e inmigrantes puede explicarse más por el nivel social que por las características étnicas<sup>45</sup>, esta realidad queda reflejada también en el discurso cualitativo de la tesis. En los grupos focales, las barreras de comunicación fueron el principal problema percibido por los usuarios africanos y de Europa del Este para poder establecer una relación médico-paciente adecuada, hecho ya recogido en otros estudios realizados en Cataluña<sup>61</sup>. En las preferencias y las expectativas de los inmigrantes en la atención médica se observa alguna diferencia respecto a la población catalana, tal como se observa en la información cualitativa recogida y estando en concordancia con otros trabajos sobre el tema<sup>30,51,54,55,56</sup>. Las actividades preventivas en salud y el seguimiento tienen poca importancia para estos usuarios y se observa una preferencia mayor por la atención médica de urgencia, en especial en los pacientes africanos. Esta preferencia está condicionada posiblemente por la mayor facilidad de acceso y el desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema sanitario. No se ha detectado en los grupos focales sentimiento de discriminación, difiriendo así de la percepción del 70% de usuarios inmigrantes al que se hace referencia en otros estudios<sup>68,69</sup>.

Son también numerosos los trabajos que señalan las diferencias socioeconómicas como factor determinante en salud, en la satisfacción y en la relación con los servicios sanitarios. Este factor sería el segundo en importancia en el estudio realizado en la tesis. El nivel socioeconómico resulta difícil de valorar y de comparar con otros trabajos médicos. En la tesis, se ha hecho una medición indirecta con la situación laboral y el nivel de estudios. Muchos de los participantes inmigrantes, al ser inmigrantes económicos y estar en paro, padecían dificultades económicas y se encontraban en una situación social desaventajada. La satisfacción de los inmigrantes económicos con el sistema sanitario catalán en comparación con el de sus países de origen es muy alta<sup>62</sup> y en los grupos focales se recogen datos que así lo confirman, en especial en el grupo de usuarios marroquíes.

Pero son pocos los trabajos que se centran en la influencia de la edad en las expectativas y preferencias, siendo el factor que en el estudio presente obtiene el mayor peso y una gran importancia.

La edad, obviamente, es un factor determinante en salud; conforme aumenta la edad, aumenta el riesgo de enfermar y de adquirir patologías crónicas. Como se observa en la información recogida en los grupos focales, la edad y la cronicidad condicionan la relación con el sistema sanitario y las preferencias y expectativas de los pacientes. Los pacientes jóvenes y en situación laboral activa enfatizan en el discurso cualitativo la importancia de conseguir cita en el mismo día que la solicitan, mientras que los pacientes de mayor edad insisten en la importancia primordial del trato y de la relación de cercanía con el médico y la enfermera. Estos datos coinciden con los recogidos en otros estudios<sup>25</sup> y en las encuestas del National Health Service<sup>24</sup>. Los grupos focales ponen de manifiesto la existencia de diferentes modelos de pacientes detectados ya en otros trabajos<sup>13,18</sup>. Hay pacientes que reclaman un seguimiento cercano, usuarios que buscan básicamente una resolución rápida de sus problemas y usuarios que anteponen el disponer de un médico fijo y de confianza. Estos diferentes roles podrían tener, tal como apuntan los resultados de la tesis, en la edad y la cronicidad derivada los factores condicionantes principales.

La cronicidad no ha sido estudiada como factor aislado, pero su influencia e importancia en la relación que el usuario establece con el sistema sanitario y los profesionales médicos está presente en el discurso de los grupos focales y, como es lógico, especialmente en el grupo de mayor edad. Las enfermedades crónicas van en aumento por el incremento de la esperanza de vida y porque el envejecimiento aumenta la posibilidad de tener más de una enfermedad crónica, como es el caso de más de la mitad de los pacientes crónicos. En la actualidad, la cronicidad es uno de los problemas prioritarios en la gestión sanitaria, ya que en Europa supone el 75% del gasto sanitario. Es debido a esto que la carga asistencial y el gasto sanitario se concentra principalmente en los pacientes mayores de 65 años. Para poder afrontar este tipo de patologías, en Cataluña, en los últimos años, se ha puesto en marcha el Programa de prevención y atención a la cronicidad<sup>141</sup> (PPAC), centrado principalmente en la Atención Primaria y cuyo objetivo es

ofrecer una mejor atención y un tratamiento personalizado del enfermo crónico en su domicilio, evitando reagudizaciones e ingresos hospitalarios y reduciendo así el gasto sanitario. Programas similares se están desarrollando en otros países<sup>142</sup>, pero a pesar de este interés creciente por la cronicidad y por las necesidades médicas y sociales de los pacientes más ancianos, apenas se han estudiado las preferencias, expectativas y satisfacción de este tipo de pacientes y el peso que tienen en la relación con los profesionales sanitarios y el sistema médico. El PPAC y los programas dirigidos a la atención domiciliaria además de mejorar la eficiencia, deberían cubrir las expectativas de disponer de profesionales sanitarios cercanos y de confianza que actualmente tienen los usuarios de mayor edad. Los datos existentes, aunque son programas recientes y pendientes de más valoraciones, muestran un incremento de la satisfacción de los pacientes crónicos y ancianos con los programas de seguimiento de la cronicidad y de atención domiciliaria<sup>143</sup>.

Respecto al efecto de la crisis económica en la salud en la población a estudio, de nuevo la edad surge como factor determinante. No todos los participantes en los grupos focales perciben la crisis y los recortes sanitarios con la misma intensidad. Son los más mayores los que muestran más insatisfacción, manifestando incluso una actitud de enfado que contrasta con la de conformidad de los más jóvenes. Los ancianos junto con los niños y las familias monoparentales son los más afectados por la crisis<sup>77</sup>. La vulnerabilidad social de los ancianos, patente en el grupo focal de participantes de mayor edad, ha aumentado considerablemente con la crisis. La pauperización y la exclusión social de los ancianos es un tema preocupante, tal como reflejan los trabajos de la plataforma AGE europea<sup>144,145</sup>. Se estima que un 13% de las personas mayores de 65 años de la Unión Europea viven por debajo del umbral de la pobreza o pasan serias dificultades económicas. Las pensiones, principal fuente de ingreso de la mayoría de estos pacientes se contienen a pesar del aumento del coste de la vida. La crisis y el aumento de la población en paro han ocasionado cambios en la estructura familiar, un 26% de los hogares europeos tienen como referencia económica y de sostén familiar a una persona de edad avanzada. El copago de la medicación y la contención de prestaciones sanitarias repercute especialmente en los pacientes de mayor edad y con patologías crónicas. Todo lo expuesto justifica las quejas y el descontento de los pacientes de mayor edad en comparación con los otros grupos focales y explica la falta de cumplimiento de expectativas previas en relación al sistema sanitario.

Las limitaciones principales de la tesis son la representatividad y las posibilidades de generalización. Los resultados del estudio cuantitativo hacen referencia a la población de Castelló d'Empúries y más concretamente a los usuarios entrevistados entre octubre del 2010 y mayo del 2011, pero en el diseño muestral se buscó mantener la representatividad de los diferentes grupos de origen estableciendo los pesos de elevación correspondientes y trabajando con datos ponderados. La población de Castelló d'Empúries cuenta con un elevado porcentaje de inmigración, pero muchos extranjeros son de Europa Central, con una cultura y nivel social que se

asemeja a la población catalana y no son considerados inmigrantes económicos. Es por ello que la población de Castelló d'Empúries no se puede considerar diferente al resto de la sociedad catalana y los resultados obtenidos no diferirían mucho de haberse realizado en otro municipio catalán, pudiendo así generalizarse a poblaciones catalanas con un número similar de habitantes. Probablemente al ser un municipio rural, la generalización no sería válida para núcleos más grandes o urbanos, en los cuales la relación que los usuarios establecen con el centro de Atención Primaria y los profesionales sanitarios es diferente y con frecuencia, más distante<sup>23</sup>. La parte cualitativa hace referencia a los participantes en los grupos focales y tiene menor representatividad y menor posibilidad de generalización que los datos cuantitativos, pero el objetivo del estudio cualitativo más que obtener datos que pudieran generalizarse al resto de la sociedad catalana, era complementar y detallar la información obtenida con el método cuantitativo y valorar el impacto de la crisis económica. Los numerosos datos recogidos en las horas de grabación de discurso de los grupos focales ha conseguido registrar esos detalles y las diferentes actitudes y perspectivas de los usuarios según edad, origen y nivel social.

De cara al futuro y a nuevas líneas de estudio, la tesis remarca la importancia de contar con la participación del paciente en la investigación médica, en especial en la Atención Primaria. Los estudios de satisfacción y expectativas de los usuarios no pueden ser ajenos a los programas de asistencia sanitaria y de gestión de recursos, pues aportan una perspectiva nueva y enriquecen la visión de los profesionales y gestores médicos. La metodología a emplear también deberá adaptarse, y en muchos casos será cualitativa, pues recoge detalles de información que no pueden registrarse con los métodos cuantitativos clásicos.

En cuanto a líneas de actuación, dado que los resultados obtenidos muestran una mayor afectación de la crisis económica y de los recortes en salud en los pacientes de edad avanzada y éstos son a su vez los que presentan más patología, probablemente son necesarios programas específicos dirigidos a esta edad, como el actual Programa de prevención y atención a la cronicidad, para mejorar la calidad de vida, minimizar el impacto de la crisis y aumentar la satisfacción con la atención médica recibida.

Como se expuso con anterioridad, la evidencia en estudios de expectativas y preferencias en Atención Primaria es bastante escasa. De hecho, no se encuentran en la literatura más trabajos relacionados con los resultados de la tesis de los que se pueda discutir. Esta tesis busca, con su aportación, ayudar a superar la falta actual de conocimiento y motivar nuevos trabajos científicos en esta área.

## **7. CONCLUSIONES**

En relación a las hipótesis propuestas, se confirma la primera hipótesis. Las expectativas y las preferencias en salud pueden ser estimadas a partir de la satisfacción y la importancia de diversos aspectos del servicio sanitario. El estudio por medio del análisis IPA de los valores de satisfacción dados por los usuarios a diferentes ítems en el cuestionario diseñado y el orden de importancia asignado a las tarjetas gráficas de dichos ítems permite estimar las expectativas y las preferencias de la población en la utilización de servicios en la Atención Primaria y detectar aquellos aspectos en los que es más importante incorporar mejoras.

Respecto a la segunda hipótesis, la satisfacción e importancia en relación al servicio sanitario prestado depende fundamentalmente del profesional sanitario; los resultados obtenidos confirman la alta importancia concedida por los pacientes a la competencia y a la relación con los profesionales de la salud y como dicha relación condiciona la satisfacción y el cumplimiento de las expectativas previas. Los usuarios conceden mayor importancia al trato y la competencia profesional, y menor importancia a la accesibilidad, las instalaciones y la recepción. La satisfacción es alta con el trato respetuoso, la competencia y las instalaciones. Las valoraciones de satisfacción más bajas corresponden al interés del profesional sanitario por el estado psicológico y la situación actual y a la accesibilidad. Las expectativas de la población se cumplen en referencia a la competencia y el trato respetuoso pero no se cumplen en la relación de cercanía establecida con el profesional sanitario.

En relación a la tercera hipótesis, las expectativas y preferencias en salud se encuentran influenciadas por la edad, sexo, origen y condicionantes socioeconómicos; se confirma la influencia de la edad, origen y situación socioeconómica, pero no se confirma la influencia del sexo. El factor que más influye en las expectativas y preferencias es la edad y en segundo lugar el nivel socioeconómico. El origen tiene una menor influencia y las diferencias detectadas entre los inmigrantes y la población autóctona se pueden explicar más por la influencia de la edad y la situación social que por el país de nacimiento.

Analizando la influencia de la edad, se observa que los usuarios más jóvenes no tienen necesidad de una relación cercana con el médico o la enfermera, los de mediana edad conceden una importancia alta a la competencia y la resolución y destaca entre los más mayores la gran importancia del trato y la relación de cercanía con los profesionales sanitarios. Entre los pacientes de mayor edad, la preferencia por el modelo de asistencia continua siendo paternalista.

El estudio de los factores socioeconómicos indica que los inmigrantes económicos son los más insatisfechos con la accesibilidad y encuentran trabas burocráticas. Entre ellos y los parados, la afectación de la crisis se percibe más a un nivel personal que de asistencia sanitaria. Los pensionistas son los que más perciben el impacto de la crisis y los recortes sanitarios.

En referencia al origen, el trato y la relación de confianza es importante para los usuarios autóctonos, de Europa Central, sudamericanos e inmigrantes de segunda generación. Los usuarios africanos y de Europa del Este conceden más importancia a la asistencia de urgencia.

Respecto a la última hipótesis propuesta, la crisis económica del 2009 ha influido en la satisfacción con los servicios sanitarios, dicha influencia sólo se confirma en los usuarios mayores de 65 años, produciendo marcado descontento y quejas respecto al sistema sanitario.

## **8. BIBLIOGRAFIA**

1. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 22ª Edición. Madrid: 2001. Disponible a: <http://www.rae.es/rae.html>
2. Ortega y Gasset, J. *Obras completas*. Tomo V. *Ideas y creencias*. Madrid: Ed. Taurus; 2006.
3. Ortega y Gasset, J. *Obras completas*. Tomo V. *Estudios sobre el amor*. Madrid: Ed. Taurus; 2006.
4. Davidson PM, Macdonald P, Moser DK, Ang E, Paull G, Choucair S, Daly J, Gholizadeh L, Dracup K. Cultural diversity in heart failure management: findings from the DISCOVER study (Part 2). *Contemp Nurse*, 2007; 25(1-2):50-61.
5. Prins MA, Verhaak PF, Bensing JM, van der Meer K. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression the patients' perspective explored. *Clin Psychol Rev*, 2008; 28(6):1038-1058.
6. Weich S, Morgan L, King M, Nazareth I. Attitudes to depression and its treatment in primary care. *Psychol Med*, 2007; 37(9):1239-1248.
7. Carr FA, Healy KM, Villavicencio AT, Nelson EL, Mason A, Burneikiene S, Hernández TD. Effect on clinical outcomes of patient pain expectancies and preoperative Mental Component Summary scores from the 36-Item Short Form Health Survey following anterior cervical discectomy and fusion. *J Neurosurg Spine*, 2011; 15(5):486-490.
8. Oh JH, Yoon JP, Kim JY, Kim SH. Effect of expectations and concerns in rotator cuff disorders and correlations with preoperative patient characteristics. *J Shoulder Elbow Surg*, 2012; Jan 20.
9. Henn RF 3rd, Kang L, Tashjian RZ, Green A. Patients' preoperative expectations predict the outcome of rotator cuff repair. *Bone Joint Surg Am*, 2007; 89(9):1913-1919.
10. Soroceanu A, Ching A, Abdu W, McGuire K. Relationship between preoperative expectations, satisfaction, and functional outcomes in patients undergoing lumbar and cervical spine surgery: a multicenter study. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2012; 37(2):103-108.
11. Hackett AJ. Risk, its perception and the media: the MMR controversy. *Community Pract*, 2008; 81(7):22-25
12. Jovell A, Navarro MD, Fernández L, Blancafort S. Participación del paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*, 2006; 38(04):234-237.
13. Tsai JH. Use of computer technology to enhance immigrant families' adaptation. *J Nurs Scholarsh*, 2006; 38(1): 87-93.

14. A Lee A, Siu S, Lam A, Tsang C, Kung K, Li PK. The concepts of family doctor and factors affecting choice of family doctors among Hong Kong people. *Hong Kong Med J*, 2010; 16(2):106-115.
15. Wun YT, Lam TP, Lam KF, Goldberg D, Li DK, Yip KC. How do patients choose their doctors for primary care in a free market?. *J Eval Clin Pract*, 2010; 16(6):1215-1220.
16. Wun YT, Lam TP, Goldberg D, Lam KF, Li DK, Yip KC. Reasons for preferring a primary care physician for care if depressed. *Fam Med*, 2011; 43(5):344-350.
17. Generalitat de Catalunya (Gencat). Modernidad. *Sistema Sanitario*. Disponible en: <http://www.gencat.cat/catalunya/cas/coneixer-sistemasanitari.htm>
18. Coulter A. *The future patient project*. Maidenhead: Open University Press; 2003.
19. Coulter A. What do patients and the public want from primary care?. *BMJ*, 2005; 331(7526):1199-1201.
20. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med*, 1998; 47:1573-1588.
21. Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med*, 2005; 5(1):5-40.
22. Coulter A. Patients' views of the good doctor. *BMJ*, 2002; 325(7366):668-669.
23. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract*, 1995; 45(401):654-659.
24. Rubin G, Bate A, George A, Shackley P, Hall N. Preferences for access to the GP: a discrete choices experiment. *Br J Gen Pract*, 2006; 56(531):743-748.
25. Stoddart H, Evans M, Peters TJ, Salisbury C. The provision of 'same-day' care in general practice: an observational study. *Fam Pract*, 2003; 20(1):41-47.
26. Instituto Nacional de Estadística (INE). *Padrón Continuo de Habitantes (PCH)*. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L>
27. Blanco A, Hernández J. El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal. *Gac Sanit*, 2009; 23 (Supl 1):25-28.
28. Malmusi D, Jansa JM. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:399-409.
29. Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007. *Cifras INE*; 2009; 1:1-8. Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0109.pdf>

30. Vall-Ilosera L. *La utilització dels serveis d'Atenció Primària a la regió sanitària Girona i els seus condicionants demogràfics, econòmics i socials*. Tesis doctoral. Girona: Universitat de Girona; 2010.
31. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informes sobre el desarrollo humano*; 2001. Disponible en: [http://www.undp.org.ar/archivos/A415\\_P52.pdf](http://www.undp.org.ar/archivos/A415_P52.pdf)
32. Peixoto JM. *Inmigración y salud: un nuevo reto para las políticas de salud pública*. VII Jornadas de Sociología de la UBA. *Pasado, presente y futuro de la sociología*. Buenos Aires; 2007.
33. García-Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit*, 2009; 23(1):38–46.
34. Rodríguez E, Lamborena N, Errami M, Rodríguez A, Pereda C, Vallejo G, Moreno G. Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes del País Vasco. *Gac Sanit*, 2009; 23(1):29–37.
35. Vázquez J. Atención inicial al inmigrante en atención primaria. *Aten Primaria*, 2001; 28(1): 10.
36. Luque MA, Bueno A. La fecundidad en España, 1996-2006: mujeres de nacionalidad extranjera frente a españolas. *Gac Sanit*, 2009; 23(1):67–71.
37. Basterrechea M, Sancho R, Idígoras P, et al. Caracterización de los casos de tuberculosis en población autóctona y extranjera de Guipúzcoa en el periodo 2003-2007. *Gac Sanit*, 2009; 23(1):74–79.
38. Sanz B, Blasco T, Galindo S. Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar. *Gac Sanit*, 2009; 23(1):80–85.
39. Valerio LI, Roure S, Rubiales A, Dolors M, Fernández-Rivas G, Martínez-Cuevas O, Moreno N. Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes adultos en visita a familiares y amigos. *Gac Sanit*, 2009; 23(1):86–88.
40. Borrás E, Domínguez A, Batalla J, Torner N, Cardeñosa N, Nebot M, Plasencia A, Salleras L. Vaccination coverage in indigenous and immigrant children under 3 years of age in Catalonia (Spain). *Vaccine*, 2007; 25(16):3240-3243.
41. Rivera B, Casal B, Currais L. Estado de salud y frecuentación de servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes. *Gac Sanit*, 2009; 23(1):53–56.
42. Vives-Cases C, Gil-González D, Plazaola-Castaño J. Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. *Gac Sanit*, 2009; 23(1):100–106.

43. Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (Proyecto ITSAL). *Gac Sanit*, 2009; 23(1):107–114.
44. García AM, López-Jacob MJ, Agudelo-Suárez AA, Ruiz-Frutos C, Ahonen EQ, Porthé V. Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gac Sanit*, 2009; 23(2):41-47.
45. Porthé V, García-Benavides F, Vázquez ML. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gac Sanit*, 2009; 23 (1):115–122.
46. Schenker MB. A global perspective of migration and occupational health. *Am J Ind Med*, 2010; 53(4):329-337.
47. Ahonen EQ, López-Jacob MJ, Vázquez ML, Porthé V, Gil-González D, García AM, Ruiz-Frutos C, Benach J, Benavides FG. Invisible work, unseen hazards: The health of women immigrant household service workers in Spain. *Am J Ind Med*, 2010; 53(4):405-416.
48. Pérez S, Muñoz N, Robledo A, Sánchez Y, Pallas CR, De la Cruz J. Characteristics of immigrant women and their neonates. *An Pediatr (Barc.)*, 2004; 60(1):3-8.
49. Echeverria SE, Carrasquillo O. The roles of citizenship status, acculturation, and health insurance in breast and cervical cancer screening among immigrant women. *Med Care*, 2006; 44(8):788-792.
50. Rué M, Serna MC, Soler-González J, Bosch A, Ruiz-Magaz MC, Galván L. Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born populations in Lleida, (Spain): a 6-months prospective observational study. *BMC Health Serv Res*, 2008; 8:35.
51. Vall-Llosera L, Saurina C, Saez M. Immigration and health: needs and primary health care use by immigrant population in the Girona Health Region. *Rev Esp Salud Pública*, 2009; 83(2):291-307.
52. Cruz I, Serna C, Real J, Rué M, Soler J, Galván L. Comparison of the consumption of antidepressants in the immigrant and native populations in a Spanish health region: an observational study. *BMC Public Health*, 2010; 10:255.
53. Rué M, Cabre X, Soler-González J, Bosch Almirall M, Serna C. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): a cross-sectorial study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res*, 2008; 8(81):1-8.
54. López A, Ramos JM. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit*, 2009; 23(1):12-18.

55. Cots F, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration of the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Serv*, 2007; 7:9.
56. Saura RM, Suñol R, Vallejo P, Lahoz S, Atxotegui J, El Manouari M. Study of the healthcare background and psychosocial environment of the Maghrebian immigrant population in Catalonia (Spain). *Gac Sanit*, 2008; 22(6):547-554.
57. Jiménez-Martín S, Jorgensen N. Inmigración y demanda de seguros sanitarios. *Gac Sanit*, 2009; 23(Supl 1):19–24.
58. García J, González C, Buil B, García M, Caballero L, Collazo F. Attitudes of Spanish doctors towards immigrants patients: an opinion survey. *Actas Esp Psiquiatr*, 2006; 34(6): 271-276.
59. Plaza FJ. Attitudes towards immigration a study among nursing professionals. *Rev Enfer*, 2009; 32(12): 60-64.
60. Esteva M, Cabrera S, Remartínez D, Díaz A, March S. Perception of difficulties in family medicine in the delivery of health to economic immigrants. *Aten Primaria*, 2006; 37(3):154-159.
61. Terraza-Núñez R, Vázquez ML, Vargas I, Lizana T. Health professional perceptions regarding healthcare provision to immigrants in Catalonia. *Int J Public Health*, 2011; 56(5):549-557.
62. Almagro MJ, Rojas MJ, Guix J, Garreta S, Ribot B, Arija V. Percepción del sistema sanitario catalán de la población marroquí. Creencias sobre salud y enfermedad. *Aten Primaria*, 2010; 5:266-272.
63. Baarnhielm S, Ekblad S. Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2000; 24:431-452.
64. Meadows LM, Thurston WE, Melton C. Immigrant women's health. *Social Science & Medicine*, 2001; 52:1451-1458.
65. Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit*, 2009; 23:261-265.
66. Salinero-Fort MA, Otero-Sanz L, Martín-Madrado C, Burgos-Lunar C, Chico-Moraleja RM, Rodés-Soldevila B, Jiménez-García M, Gómez-Campelo P. The relationship between social support and self-reported health status in immigrants: an adjusted analysis in the Madrid Cross Sectional Study. *BMC Fam Pract*, 2011; 12:46.
67. Garcés IC, Scarinci IC, Harrison L. An examination of sociocultural factors associated with health and health care seeking among Latina Immigrants. *J Immigrant Health*, 2006; 8:377-385.

68. Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Casas C, García AM, Ruiz-Frutos C, Felt E, Benavides FG. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*, 2011; 11:652.
69. Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, Porthé V, Paramio-Pérez G, García AM, Garí A. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Sci Med*, 2009; 68(10):1866-1874.
70. Singh GK, Siahpus M. Ethnic-immigrant differentials in health behaviours, morbidity and cause-specific mortality in the United States: an analysis of two national data bases. *Hum Bioll*, 2002; 74(1):83-109.
71. Fuller-Thomson E, Noack AM, George U. Health decline among recent immigrants to Canada: findings from a nationally-representative longitudinal survey. *Can J Public Health*, 2011; 102(4):273-280.
72. Hernández C, Jiménez-Rubio D. Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. *Gac Sanit*, 2009; 23 (1):47–52.
73. Mechanic D. Sociological Dimensions of Illness Behavior. *Social Science and Medicine*, 1995; 41:1207-1216.
74. Saurina C, Vall-Ilosera L, Saez M. A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare Region. *BMC Public Health*, 2010; 10:379.
75. Centro de Investigaciones Sociológicas. *Barómetro*, junio 2010. Disponible en: [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11\\_barometros/index.jsp](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11_barometros/index.jsp)
76. Centro de Investigaciones Sociológicas. *Barómetro*, mayo 2012. Disponible en: [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11\\_barometros/index.jsp](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11_barometros/index.jsp)
77. Jansà JM. Immigration and aging: new challenges in public health. *Gac Sanit*, 2006; 20(1):10-14.
78. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). *El municipi en xifres*, Castelló d'Empúries. Disponible en: <http://www.idescat.cat/emex/?id=170470>
79. Barnett V, Riley J. Statistics for environmental change. *Expl Agric*, 1995; 31:117.
80. Valentine HT, Gove JV, Gregoire TG. Monte Carlo approaches to sampling forested tracts with lines or points. *Canadian Journal of Forest Research*, 2001; 31:1410-1424.
81. Marques TA, Buckland ST, Borchers DL, Tosh D, McDonald RA. Punto de muestreo de transecto a lo largo de las funciones lineales. *Biometría*, 2010; 66(4):1247-1255.

82. Gregoire TG, Valentine HT. Line intersect sampling: Ell-shaped transects and multiple intersections. *Environmental and Ecological Statistics*, 2003; 10:263-279.
83. Royo M, Serarols C. El turismo rural-cultural: un modelo de gestión del marketing turístico a nivel local basado en la medida de la imagen del destino. *Cuadernos de Turismo*, 2005; 16:197-222.
84. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Revista de Calidad Asistencial*, 2000; 15:36-42.
85. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patients-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf*, 2012; 21:39-46.
86. Ruyter K, Bloemer J, Peeters P. Merging service quality and service satisfaction, An empirical test of an integrative model. *Economic Psychol*, 1997; 18:387-406.
87. Oliver RL. Measurement and Evaluation of satisfaction processes i Retail Settings. *Journal of retailing*, 1981; 57:25-48.
88. Jenkinson C, Coultier A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Helath Care*, 2002; 14(5): 353-358.
89. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Barómetro sanitario*. Disponible en: [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2011\\_total\\_marginales.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2011_total_marginales.pdf)
90. Diaz A, Nadal MJ, Hernandez A, Hita A, Magro R. Calidad de vida autopercebida y satisfacción de los sujetos de 40 a 85 años en el Area de Salud de Guadalajara. *Rev Clin Med Fam*, 2005, 1:29-33.
91. Ferrer-López I, Machuca M, Baena MI, Murillo I, Faus Mj, Martinez-Martinez F. Percepción de los pacientes obre la indicación farmacéutica, los farmacéuticos y las farmacias comunitarias en siete farmacias aleatorizadas en Sevilla capital. *Rev OFIL*, 2008; 18(1):27-36.
92. Buttle F. SERVQUAL: review, critique, reseach agenda. *European Journal of Marketing*, 1996; 30(1):8-32.
93. Bigne JE, Moliner MA, Vallet TM, Sanchez J. Una aproximación teórica a la medición de la calidad en los servicios públicos. V *Congreso Nacional de Economía*. Las Palmas de Gran Canaria, 1995; 7:511-522
94. Parasuraman A, Zeithalm VA, Berry LL. A Conceptual Model of service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 1985; 49:41-50.
95. Teas KR. Expectations, performance evaluation and consumer's perceptions of quality. *Journal of Marketing*, 1993; 57(4):18-24.

96. Teas KR. Expectations as a comparison standard in measuring service quality: An assessment of a reassessment. *Journal of Marketing*, 1994; 58:132-139.
97. Carman JM. Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*, 1990; 66(1):33-35.
98. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring Service quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 1992; 56:55-68.
99. Saurina C. *Mesura de la qualitat en el sector serveis*. Tesis doctoral. Girona: Universitat de Girona; 1997.
100. Servicio Catalán de la Salud (CatSalut). Area de Servicios y Calidad. División de Atención al Cliente y Calidad. *Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut*. Resultats Globals 2012 Atenció Primària, Barcelona: 2012.
101. Aguado-Blázquez H, Cerdà-Calafat I, Argimon-Pallàs JM, Murillo-Fort C, Canela-Soler J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut©. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Med Clin*, 2011; 137(2):55-59.
102. 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(4):304-309.
103. Alonso R, Blanco-Ramos MA, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Rev Calidad Asistencial*, 2005; 20:246-250.
104. Martilla JA, James JC. Importance-Performance Analysis. *Journal of Marketing*, 1977; 41:77-79.
105. Fishbein M, Ajzen I. *Beliefs, attitudes, intentions and behavior: An introduction to theory and research*. Reading MA: Addison-Wesley; 1975.
106. Tennessee Department of Transportation (TDOT). *Importance-Satisfaction Analysis TDOT*. Customer Satisfaction Survey. Section 3:I-S Analysis. Tennessee; 2006. Disponible en: <http://www.tdot.state.tn.us/osp/pdfs/importantsatisfaction.pdf>
107. Lee YC, Yen TM, Tsai Ch. Using importance-performance analysis and decision making trial and evaluation laboratory to enhance order winner-criteria: A study of computer industry. *Information Technology Journal*, 2008; 7:396-408.
108. Wong MS, Hideki N, George P. The use of importance-performance analysis (IPA) in evaluating Japan's e-government services. *Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research*, 2011; 6:17-30.
109. Hollenhorst S, Olson D, Fortney R. Use of importance-performance analysis to evaluate state park cabins: the case of the West Virginia state park system. *Journal of Park and Recreation Administration*, 1992; 10:1-11.

110. Sexton NR, Stewart SC, Koontz L. *Community survey results for Rappahannock River Valley National Wildlife Refuge: Completion Report*. U.S. Geological Survey Open-File Report; 2008.
111. Oh H. Revisiting importance-performance analysis. *Tourism Management*, 2001; 22:617-627.
112. Dolisnky AL, Caputo RK. Adding a competitive dimension to importance-performance analysis: an application to traditional health care systems. *Health Care Marketing Quarterly*, 1991; 8:61-79.
113. Scammon DL, Weiss R. Importance-performance analysis: a tool for service quality control by clinical laboratories. *J Ambul Care Mark*, 1991; 4: 71-88.
114. Leff EW. Using importance-performance analysis. *Nurs Manage*, 1990; 21:20-22.
115. Johnson PO, Axen DM, Beebe BF, Halvorson A. Using importance-performance analysis to define the RN role in discharge planning. *J Nurs Qual Assur*, 1988; 2: 75-77.
116. Kennedy DW, Kennedy SL. Using importance-performance analysis for evaluating university health services. *J Am Coll Health*, 1987; 36:27-31.
117. Hawes JM, Rao CP. Using importance-performance analysis to develop health care marketing strategies. *Journal of Health Care Marketing*, 1985; 5:19-25.
118. Yavas U, Shemwell DJ. Modified importance-performance analysis: an application to hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2001; 14:104-110.
119. Whynes DK, Reed G. Importance-performance analysis as a guide for hospitals in improving their provision of services. *Health Services Management Res*, 1995; 8:266-277.
120. Miranda FJ, Chamorro A, Murillo LR, Vega J. An importance-performance analysis of primary health care services: managers vs. patients perceptions. *Journal of Service Science and Management*, 2010; 3:227-234.
121. Abalo J, Varela J, Rial A. El análisis de importancia-valoración aplicado a la gestión de servicios. *Psicothema*, 2006; 18(4):730-737.
122. Heeler RM, Okechuku C, Reid S. Attribute Importance: Contrasting Measurements. *Journal of Marketing Research*, 1979; 16:60-63.
123. Strack F, Argyle M, Schwarz N. *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Pergamon Press. Oxford: 1991.
124. Vallès MS. Técnicas cualitativas de la investigación social Reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis. Madrid: 1999.
125. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage Publications. London: 1990.
126. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research*. Sage Publications. London: 1998.
127. Flicks U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata. Madrid: 2004.

128. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Sage Publications. University of Nebraska, Lincoln: 1998.
129. Merton RK, Fiske M, Kendall PL. *The focused interview: A manual of problems and procedures*. Collier MacMillan. London: 1990.
130. Garay A, Iñiguez L, Martínez L. La perspectiva discursiva en psicología social. *Revista subjetividad y Procesos cognitivos*, 2005; 7:105-130.
131. Muñoz Soler MD, Valls Pasola J, Saurina Canals C, Sáez Zafra M, Romero Díaz A, Curòs Vilà MP. *Habilitats i coneixements aplicats a la direcció d'empreses. Les dones directives. Estudi de gènere i direcció a les empreses gironines*. Institut Català de la Dona, Generalitat de Catalunya. Girona: 2003.
132. Lunt P, Livingstone S. Rethinking the Focus Group in Media and Communications Research. *Journal of Communication*, 1996; 46:79-98.
133. Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía. Métodos de investigación*. Paidós. Barcelona: 1994.
134. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures of Developing Grounded Theory*. Sage Publications. London: 1998.
135. Erlandson DA, Harris EL, Skipper BL, Allen SD. *Doing naturalistic inquiry*. Sage Publications. London 1993.
136. Ruger JP, Kress D. Health Financing and Insurance Reform in Morocco. *Health Aff*, 2007; 26(4):1009-1016.
137. Radu P, Purcarea V, Popa F. The costs of the economic crisis in the health sector. *J Med Life*, 2009; 2(1):1-4.
138. OPS, OMS. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington, DC: Biblioteca Sede OPS; 2007.
139. Giraldo Osorio A, Vélez Alvarez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Aten Primaria*, 2013; 45(7):384-392.
140. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 2007; 21:73-84.
141. Generalitat de Catalunya. *Programa de prevenció i atenció a la cronicitat*. Marc conceptual i Marc operatiu. Pla de Salut 2011-2015.
142. Coleman C, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff*, 2009; 28(1):75-85.

143. Orueta Sánchez S, Gómez-Calcerrada Jiménez RM, Sánchez Oropesa A, Gómez-Cano Marín S, Herrera Ontañón JR, Holgado Juan C, Toledano Sierra P. Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes. *Rev Clin Med Fam*, 2012; 5(1):3-8.
144. AGE Platform Europe. *Older people also suffer because of the crisis*. 2012. Disponible en: <http://www.age-platform.eu/age-a-the-media/age-communication-to-the-media-press-releases/1594-annual-convention-on-poverty-and-social-exclusion>
145. Martín Lesende I. Crisis económica y vulnerabilidad social en personas mayores *Aten Primaria*, 2014; 46(2):111-112.

## **9. ANEXOS**

## ANEXO 1: DEMOGRAFIA DE CASTELLÓ D'EMPÚRIES

Fuente: Idescat 2009

### Evolució de la població segons edat i any

Any	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<= 14 anys	1290	1458	1590	1669	1814	1873
15-64 anys	5439	6361	6940	7372	8110	8359
>= 65 anys	1138	1348	1491	1588	1729	1879
Total	7777	9167	10021	10629	11653	12111
Immigrants	2876	3887	4515	4926	5714	6025

### Augment de la immigració

Any	% augment immigració
2005	27%
2008	15,5%
2009	7,9%
2010	1,1%

### Percentatge d'immigració

Castelló d'Empúries	Empuriabrava
18,5%	<b>65,16%</b>

### Nacionalitats més freqüents de immigrants

Castelló d'Empúries / Empuriabrava	Catalunya
Marroc 21,45%	Marroc 21,4%
França 20,53%	Equador 11,1%
Alemanya 16,52%	Colòmbia 5,2%
Romania 6,57%	Romania 4,9%
Rússia 4,79%	Argentina 4,5%
Regne Unit 3,64%	Xina 3,5%
Itàlia 2,67%	
Bèlgica 2,44%	
Argentina 1,65%	

### Immigració segon lloc de naixement (%)

	UE	Resta Europa	Àfrica	Amèrica	Àsia i Oceania	Total
Castelló	57,9	6,9	24,3	9,4	1,5	6.164
Girona	30,8	5,8	34,2	23,1	6,1	160.279
Catalunya	25,8	4,4	25,6	34,2	10	1.189.279

## **ANEXO 2:THE PICKER QUESTIONNARIE PPE-15**

1. When you had important questions to ask a doctor, did you get answers that you could understand?

Yes, always/Yes, sometimes/No/I had no need to ask

2. When you had important questions to ask a nurse, did you get answers that you could understand?

Yes, always/Yes, sometimes/No/I had no need to ask

3. Sometimes in a hospital, one doctor or nurse will say one thing and another will say something quite different. Did this happen to you?

Yes, often/Yes, sometimes/No

4. If you had any anxieties or fears about your condition or treatment, did a doctor discuss them with you?

Yes, completely/Yes, to some extent/No/I didn't have any anxieties or fears

5. Did doctors talk in front of you as if you weren't there?

Yes, often/Yes sometimes/No

6. Did you want to be more involved in decisions made about your care and treatment?

Yes, definitely/Yes, to some extent/No

7. Overall, did you feel you were treated with respect and dignity while you were in hospital?

Yes, always/Yes, sometimes/No

8. If you had any anxieties or fears about your condition or treatment, did a nurse discuss them with you?

Yes, completely/Yes, to some extent/No/I didn't have any anxieties or fears

9. Did you find someone on the hospital staff to talk to about your concerns?

Yes, definitely/Yes, to some extent/No/I had no concerns

10. Were you ever in pain?

Yes/No

If yes...

Do you think the hospital staff did everything they could to help control your pain?

Yes, definitely/Yes, to some extent/No

11. If your family or someone else close to you wanted to talk to a doctor, did they have enough opportunity to do so?

Yes, definitely/Yes, to some extent/No/No family or friends were involved/My family didn't want or need information/I didn't want my family or friends to talk to a doctor

12. Did the doctors or nurses give your family or someone close to you all the information they needed to help you recover?

Yes, definitely/Yes, to some extent/No/No family or friends were involved/My family or friends didn't want or need information

13. Did a member of staff explain the purpose of the medicines you were to take at home in a way you could understand?

Yes, completely/Yes, to some extent/No/I didn't need an explanation/I had no medicines—go to question 15

14. Did a member of staff tell you about medication side effects to watch for when you went home?

Yes, completely/Yes, to some extent/No/I didn't need an explanation

15. Did someone tell you about danger signals regarding your illness or treatment to watch for after you went home?

Yes, completely/Yes, to some extent/No

## ANEXO 3: CUESTIONARIO PLAENSA ATENCION PRIMARIA 2012



Servei Català  
de la Salut

### QÜESTIONARI ATENCIÓ PRIMARIA 2012

P1. Com va demanar hora?

P 1.1. Quan truca per telèfon al CAP / ambulatori, què li sembla el temps que triguen a agafar la trucada?

P 1.2. La sol·licitud de la visita va ser..... P2. Què opina de la facilitat perquè li donin visita per al dia que a vostè li va bé?

P3. Tenint en compte l'hora de visita que li han donat, què li sembla la puntualitat per entrar a la consulta?

P4. Valori el soroll que hi ha habitualment a la sala d'espera.

P5. Quina impressió té de la neteja del CAP / ambulatori?

P6. Què opina del temps que li dedica el metge quan el visita?

P7. Quina disposició té el metge per escoltar-lo i fer-se càrrec del que a vostè li preocupa de la seva salut?

P8. Què li sembla la predisposició del metge perquè vostè pugui donar la seva opinió?

P9. El metge li dóna la informació que necessita sobre la seva malaltia, el tractament que fa, etc.?

P10. El metge li dóna la informació de manera que pugui entendre-la?

P11. Té la sensació d'estar en bones mans?

P12. Com valora el tracte, amabilitat, que té amb vostè el metge?

P13. Quina disposició té la infermera per escoltar-lo i fer-se càrrec del que a vostè li preocupa de la seva salut?

P14. Com valora el tracte, amabilitat, que té amb vostè la infermera?

P15. La informació que li donen els diferents professionals sobre el seu problema de salut és coherent?

P16. Quan ha anat a altres metges, el metge de capçalera i/o infermera té informació del que li han fet?

P17. Com valora l'atenció que rep quan va al seu CAP / ambulatori per un problema urgent?

P18. Com valora el suport, l'ajuda, que li donen durant l'atenció al taulell? P19. Com valora el tracte, amabilitat, que té amb vostè el personal del taulell?

P 101 I ara per acabar, valori de 0 a 10 el seu grau de satisfacció global amb el seu CAP / ambulatori.

P102. Si pogués triar, continuaria venint a aquest CAP / ambulatori?

## ANEXO 4: CUESTIONARIO DEFINITIVO EN CATALAN Y CASTELLANO

### ENQUESTA D'AVALUACIÓ DE LA QUALITAT D'UN CENTRE DE SALUT

Nombre de qüestionari

Des de la seva experiència com a pacient del Centre d'Atenció Primària de Castelló d'Empúries - Dispensari d'Empuriabrava ens agradaria saber la seva opinió sobre l'atenció rebuda

Dades personals

A1. Edat \_\_\_\_\_ anys

A2. Sexo:

2.1.  Home      2.2.  Dona

A3. País de naixement \_\_\_\_\_

A4. Anys vivint a Catalunya \_\_\_\_\_

A5. Nivell d'estudis acabats

5.1.  Sense estudis    5.2.  Primaris    5.3.  Secundaris / FP    5.4.  Universitaris

A6. Situació laboral:

6.1.  actiu    6.2.  parat    6.3.  estudiant    6.4.  mestressa de casa  
6.5.  pensionista    6.6.  altres (indicar)

Utilització del centre

C1 Centre mèdic al que habitualment acudeix:

1.1  CAP Castelló d'Empúries    1.2.  Dispensari Empuriabrava

C2. Anys que acudeix: \_\_\_\_\_

C3. Nombre de vegades que ha estat atès en els últims tres mesos \_\_\_\_\_

C4. Serveis utilitzats en els últims 3 mesos:

4.1.  Medicina de família    4.2.  Infermeria

C5. Manera de concertar la cita habitualment: (màxim indicar 2 opcions: 1,2)

5.1.  per telèfon    5.2.  recepció del CAP    5.3.  programada per metge/infermera  
5.4.  internet    5.5.  altres (indicar) \_\_\_\_\_

C6. Temps aproximat que triga habitualment a aconseguir la cita: \_\_\_\_ (en minuts)

## ASPECTES GENERALS DEL CENTRE DE SALUT CASTELLÓ D'EMPÚRIES-EMPURIABRAVA I DELS SEUS PROFESSIONALS

Ara li presentarem una sèrie de frases per recollir la seva opinió sobre el servei que li ofereix el centre d'Atenció Primària. Si creu que està d'acord amb l'enunciat de la frase marqueu el número 7 i si no està d'acord marqueu el número 1. Els valors del 2 al 6 permeten contestar amb matisos les frases enunciades. No hi ha respostes correctes ni incorrectes, només estem interessats en conèixer la seva opinió.

Quan contesti, no pensi exclusivament en la visita d'avui, reflecteixi més aviat la sensació general que vostè té, pensi per exemple en les visites que ha realitzat en els últims tres mesos

1	2	3	4	5	6	7
Totalment en desacord						Totalment d'acord.

D1. És fàcil concertar la cita

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D2. Els horaris d'atenció al públic del centre són adequats per a vostè.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D3. Els rètols de les consultes es visualitzen bé i són fàcils de localitzar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D4. Les instal·lacions del centre de salut i de les consultes estan netes i cuidades

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D5. L'ambient del centre de salut li inspira seguretat i confiança

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D6. Hi ha silenci a les sales d'espera

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D7. Té un aspecte polit i ofereix una imatge acurada de cara al públic

Personal de recepció							Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

D8. Té els coneixements suficients per ajudar-vos

Personal de recepció							Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

D9. Es dirigeix a vostè amb un tracte adequat i respectuós

Personal de recepció							Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

## VALORACIÓ DEL PERSONAL DE RECEPCIÓ

P1. Els administratius es mostren disposats a atendre i ajudar-

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

P2. El personal de recepció resol amb eficàcia les seves consultes (dubtes, citacions .)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

P3. El personal de recepció resol les seves consultes amb rapidesa, no emprant més temps del necessari

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

P4. La informació donada pel personal del centre és clara i fàcil d'entendre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

P5. Quan vostè té un problema, des del personal de recepció es posa interès en trobar una solució

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

P6. L'actitud del personal de recepció li transmet confiança

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

## VALORACIÓ DE L'ACTUACIÓ DEL METGE DE FAMÍLIA I EL SEU INFERMER/A

Q1. El temps habitual a la sala d'espera és::

Metge de Família							Infermer/a						
De _____ minuts							De _____ minuts						

Q2. Aquest temps d'espera li sembla adequat

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q3. A més de les malalties físiques es preocupa del seu estat d'ànim i malestar psicològic

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q4. Li aconsella sobre hàbits de salut (dieta, exercici)

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q5. Es preocupa per la seva situació actual (familiar, laboral ...) i com aquesta influeix en el seu estat de salut

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q6. Contesta els seus dubtes amb un llenguatge que entén i donant informació adequada

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q7. Li explica amb claredat el tractament (dosi, horari ...)

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q8. Comparteix amb vostè la informació i seguiment dels especialistes de l'hospital que l'atenen

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q9. El temps que s'utilitza en la consulta solucionant problemes administratius (recepta electrònica, ordinador, informes ...) és adequat

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q10. Ha resolt el motiu de consulta pel qual vostè havia acudit

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q11. El temps amb que vostè ha estat atès a la consulta ha estat suficient. (No ha deixat de comentar problemes de salut per falta de temps)

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q12. El clima de confiança en la consulta és adequat. (No ha deixat de comentar problemes de salut per falta de confiança).

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q13. En general, està satisfet de la consulta del

Metge de Família							Infermer/a						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

ATRIBUTS	IMPORTÀNCIA
Tracte rebut per personal sanitari	
Equipament, senyalització	
Accessibilitat, cita, temps d'espera	
Competència professional	
Informació rebuda, claredat	
Recepció	

## ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN CENTRO DE SALUD

Número de cuestionario

Desde su experiencia como paciente del Centro de Atención Primaria de Castelló d'Empúries – Dispensario de Empuriabrava nos gustaría saber su opinión acerca de la atención recibida

### Datos personales

**A1.** Edad \_\_\_\_\_ años

**A2.** Sexo:

2.1.  Hombre    2.2.  Mujer

**A3.** País de nacimiento \_\_\_\_\_

**A4.** Años viviendo en Cataluña \_\_\_\_\_

**A5.** Nivel de estudios terminados

5.1.  Sin estudios    5.2.  Primarios    5.3.  Secundarios/FP    5.4.  Universitarios

**A6.** Situación laboral:

6.1.  activo    6.2.  parado    6.3.  estudiante    6.4.  ama de casa  
6.5.  pensionista    6.6.  otras (indicar) \_\_\_\_\_

### Utilización del centro

**C1** Centro médico al que habitualmente acude:

1.1.  CAP Castelló d'Empúries    1.2.  Dispensario Empuriabrava

**C2.** Años que acude: \_\_\_\_\_

**C3.** Número de veces que ha sido atendido en los últimos tres meses \_\_\_\_\_

**C4.** Servicios utilizados en los últimos 3 meses:

4.1.  Medicina de familia    4.2.  Enfermería

**C5.** Modo de concertar la cita de manera habitual: (màxim indicar 2 opciones: 1,2)

5.1.  por teléfono    5.2.  en la recepción del CAP  
5.3.  programada por médico/enfermera    5.4.  internet  
5.5.  otros (indicar) \_\_\_\_\_

**C6.** Tiempo aproximado que tarda habitualmente en conseguir la cita: \_\_\_\_\_ (en minutos)

## ASPECTOS GENERALES DEL CENTRO DE SALUD CASTELLÓ D'EMPÚRIES-EMPURIABRAVA Y DE SUS PROFESIONALES

Ahora le presentaremos una serie de frases para recoger su opinión sobre el servicio que le ofrece el centro de Atención Primaria. Si cree que está de acuerdo con el enunciado de la frase marque el número 7 i si no está de acuerdo marque el número 1. Los valores del 2 al 6 permiten contestar con matices las frases enunciadas. No hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo estamos interesados en conocer su opinión.

Cuando conteste, no piense exclusivamente en la visita de hoy, refleje más bien la sensación general que usted tiene, piense por ejemplo en las visitas que ha realizado en los últimos tres meses.

1 Totalmente en desacuerdo	2	3	4	5	6	7 Totalmente de acuerdo
-------------------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------

D1. Es fácil concertar la cita

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D2. Los horarios de atención al público del centro son adecuados para usted

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D3. Los rótulos de las consultas se visualizan bien y son fáciles de localizar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D4. Las instalaciones del centro de salud y de las consultas están limpias y cuidadas

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D5. El ambiente del centro de salud le inspira seguridad y confianza

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D6. Hay silencio en las salas de espera

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

D7. Tiene un aspecto aseado y ofrece una imagen cuidada de cara al público

Personal de recepción							Médico de Familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

D8. Tiene los conocimientos suficientes para responder a sus preguntas

Personal de recepción							Médico de Familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

D9. Se dirige a usted con un trato adecuado y respetuoso

Personal de recepción							Médico de Familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

## VALORACIÓN DEL PERSONAL DE RECEPCIÓN

P1. Los administrativos se muestran dispuestos a atenderle y ayudarle

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

P2. El personal de recepción resuelve con eficacia sus consultas (dudas, citaciones...)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

P3. El personal de recepción resuelve sus consultas con rapidez, no empleando más tiempo del preciso

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

P4. La información dada por el personal del centro es clara y fácil de entender

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

P5. Cuando usted tiene un problema, desde el personal de recepción se pone interés en encontrarle una solución

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

P6. La actitud del personal de recepción le transmite confianza

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

## VALORACIÓN DE LA ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA Y/O SU ENFERMERA/O

Q1. El tiempo habitual en la sala de espera es:

Médico de familia							Enfermera/o						
De _____ minutos							De _____ minutos						

Q2. Este tiempo de espera le parece adecuado

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q3. Además de las enfermedades físicas se preocupa de su estado de ánimo y malestar psicológico.

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q4. Le aconseja sobre hábitos de salud (dieta, ejercicio)

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q5. Se preocupa por su situación actual (familiar, laboral...) y cómo ésta influye en su estado de salud.

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q6. Contesta sus dudas con un lenguaje que entiende y dando información adecuada

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q7. Le explica con claridad el tratamiento (dosis, horario...)

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q8. Comparte con usted la información y seguimiento de los especialistas del hospital que le atienden

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q9. El tiempo que emplea en la consulta solucionando problemas administrativos (receta electrónica, ordenador, informes...) es adecuado

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q10. Ha resuelto el motivo de consulta por el que usted había acudido

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q11. El tiempo con que usted ha sido atendido en la consulta ha sido suficiente. (No ha dejado de comentar problemas de salud por falta de tiempo).

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q12. El clima de confianza en la consulta es adecuado. (No ha dejado de comentar problemas de salud por falta de confianza).

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Q13. En general, está satisfecho de la consulta del

Médico de familia							Enfermera/o						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

ATRIBUTOS	IMPORTANCIA
Trato recibido por personal sanitario	
Equipamiento, señalización	
Accesibilidad, cita, tiempo de espera	
Competencia profesional	
Información recibida, claridad	
Recepción	

## **ANEXO 5: GUIÓN DE PREGUNTAS PARA LOS GRUPOS FOCALES**

### **BLOQUE 1: CAMBIOS EN EL C.A.P**

- 1.1. ¿Está satisfecho con la atención prestada en este centro?
- 1.2. En los años que lleva acudiendo, ¿diría que ha cambiado la atención y el servicio recibido? ¿A mejor o a peor?
- 1.3. ¿Ha notado cambios en la atención relacionados con la crisis y los recortes sanitarios? ¿cuáles?

### **BLOQUE 2: RELACION CON PERSONAL SANITARIO**

- 2.1. ¿Cómo es la relación con su médico y su enfermera? ¿Mantiene una buena relación?
- 2.2. ¿Son competentes? ¿Cree que están capacitados para su trabajo y lo realizan bien?
- 2.3. ¿Son cercanos? ¿Se preocupan por su situación actual: familia, trabajo...?
- 2.4. ¿Ha influido su situación actual o la crisis económica en su estado de salud o de ánimo? ¿Lo ha comentado con su médico o enfermera?
- 2.5. ¿Ha influido la relación con su médico en su estado de salud o en la evolución de su enfermedad?

### **BLOQUE 3: VALORACION SEGUN PROCEDENCIA (para inmigrantes)**

- 3.1. En relación con su país de origen, ¿Qué piensa de la medicina en España? ¿Qué diferencias hay?
- 3.2. Respecto a la financiación en su país ¿tiene que pagar cuando va al médico o cuándo le realizan pruebas complementarias?
- 3.3. ¿Cree que la atención que le dispensan en el CAP es diferente a la prestada a autóctonos/españoles?
- 3.4. ¿Piensa que utiliza los mismos recursos sanitarios y sociales que los autóctonos (medicinas, pruebas complementarias, ayudas...)? ¿Más o menos?

### **BLOQUE 3: VALORACION SEGUN PROCEDENCIA (para autóctonos)**

- 3.1. ¿Cómo cree que es la medicina en España en relación a otros países?
- 3.2. ¿La atención médica que le dispensan ha cambiado en este periodo de crisis económica?
- 3.3. ¿Cree que la atención que le dispensan es diferente a la prestada a inmigrantes?
- 3.4. ¿Piensa que utiliza los mismos recursos sanitarios y sociales que los inmigrantes (medicinas, pruebas complementarias, ayudas...)? ¿Más o menos?

**ANEXO 6: TARJETAS GRAFICAS PARA LA VALORACION DE LA IMPORTANCIA**



**COMPETENCIA  
PROFESIONAL**

**INFORMACIÓN,  
CLARIDAD.**



**TRATO**

**TIEMPO DE  
ESPERA, CITA**



**EQUIPAMIENTO,  
SEÑALIZACIÓN**

**RECEPCION**

