



Universidad de Valladolid  
Grado en Enfermería  
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2019-2020  
Trabajo de Fin de Grado

# *CALIDAD ASISTENCIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MEDIO RURAL*

**Laura Aparicio García**  
**Tutora: María Simarro Grande**  
**Cotutora: María José Álvarez Miguel**

## **RESUMEN**

Atención primaria (AP), como nivel básico de salud, aborda diferentes actividades dirigidas a la población, de modo que se garantice la calidad y accesibilidad a todas ellas de forma integral.

En el medio rural, concretamente en la comunidad de Castilla y León, los pacientes de atención primaria tienden a ser usuarios de edad avanzada. A esta circunstancia se le añade la problemática de la dispersión geográfica y la existencia de multitud de pueblos con una baja densidad de población, por lo cual el personal sanitario, en particular la enfermera, debe desplazarse entre municipios para realizar su trabajo asistencial haciendo que el tiempo dedicado a cada usuario se vea limitado.

Frente a esto, los profesionales deben ofrecer una atención de calidad con los recursos disponibles, en ocasiones escasos, debido en gran medida a la reducción de presupuestos orientados a la AP.

A través de este trabajo se pretende conocer la situación actual de atención primaria en nuestra región y plantear, en base a la evaluación de un proyecto propuesto, posibles mejoras en la asistencia en una zona básica específica de la provincia de Segovia, como por ejemplo disminuir la carga de trabajo de los sanitarios contratando a una mayor número de profesionales y cuidando también su salud física y mental.

**PALABRAS CLAVE:** atención primaria, profesional sanitario, calidad, rural, recursos.

## **ABSTRACT**

Primary care (PC), as a basic level of health, addresses different activities aimed at the population, so that the quality and accessibility of all of them are guaranteed in an integral way.

In rural areas, specifically in the community of Castilla y León, primary care patients tend to be elderly users. To this circumstance is added the problem of geographic dispersion and the existence of a multitude of towns with a low population density, which is why health personnel, particularly the nurse, must travel between municipalities to carry out their healthcare work, making the Time dedicated to each user is limited.

Faced with this, professionals must offer quality care with the available resources, sometimes scarce, due largely to the reduction of budgets oriented to the PA.

Through this work, the aim is to know the current situation of primary care in our region and to propose, based on the evaluation of a proposed project, possible improvements in care in a specific basic area of the province of Segovia, such as reducing the workload of the health workers hiring more professionals and also taking care of their physical and mental health.

**KEY WORDS:** primary care, health professional, quality, rural, resources.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	2
3. Objetivos.....	4
4. Metodología.....	4
5. Marco teórico.....	5
6. Desarrollo del proyecto.....	13
6.1. Objetivos del proyecto.....	13
6.2. Destinatarios.....	13
6.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	14
6.4. Acciones y medidas. Ejecución del proyecto.....	14
6.5. Evaluación del programa.....	15
6.5.1. Variables e instrumentos de medida.....	15
6.5.2. Método para la obtención de datos.....	16
6.6. Recursos.....	18
6.7. Consideraciones ético-legales.....	18
7. Discusión.....	19
7.1. Limitaciones.....	19
7.2. Fortalezas.....	19
7.3. Implicaciones para la práctica.....	19
8. Conclusiones.....	20
9. Bibliografía.....	22
10. Anexos.....	27

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Índice de Barthel.....	8
Tabla 2. Escala Gijón.....	8
Tabla 3. Cronograma del proyecto.....	15
Tabla 4. Valoración global de AP de los usuarios 2017.....	27
Tabla 5. Valoración de la accesibilidad AP 2017.....	27
Tabla 6. Valoración de la coordinación y competencia profesional AP 2017...28	
Tabla 7. Valoración del trato recibido AP 2017.....	28
Tabla 8. Valoración de información y participación AP 2017.....	29
Tabla 9. Valoración de la seguridad y el confort AP 2017.....	29

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Vista de la historia clínica del paciente en Medora.....	7
Figura 2. Pirámide de población Castilla y León 2018.....	11
Figura 3. Modelo de Consentimiento Informado.....	30

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AP: Atención Primaria

ITB: Índice tobillo-brazo

MMSE: Mini-Mental State Examination. Test cognoscitivo mini-mental

NANDA: Diagnósticos Enfermeros

NOC: Resultados

NIC: Intervenciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

PE: Proceso Enfermero

SACYL: Portal de Salud de Castilla y León

SNS: Sistema Nacional de Salud

## 1. INTRODUCCIÓN

La atención primaria se basa en un compromiso con la justicia social y la equidad y en el reconocimiento del derecho fundamental al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, tal como dispone el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1): «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]».

La OMS (2) define atención primaria como la asistencia esencial basada en métodos prácticos fundados científicamente, aceptados socialmente, y puesta al alcance de todos los individuos y la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La AP representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud. Su objetivo principal es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y se realiza fundamentalmente en los centros de salud.

Asimismo, esta debe cumplir una serie de características (3,4):

- De fácil acceso para la población, teniendo en cuenta factores como el económico (permite el acceso a la atención independientemente de la situación económica), geográfico, cultural y funcional (la atención se ofrece a quien lo necesita en todo momento).
- Continuada y longitudinal: ofrece atención durante toda la vida de la persona y en todos los ámbitos (también en trabajo).
- Integral, de manera que se abordan los problemas desde una perspectiva biopsicosocial.
- Integrada: se prestan actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- Activa. Los profesionales trabajan de forma activa y anticipatoria detectando los problemas de manera precoz.

- Llevada a cabo por equipos formados por sanitarios y no sanitarios (también administrativos, trabajadores sociales), incluidos fisioterapeutas, odontólogos, psicólogos o psiquiatras.
- Comunitaria y participativa: la atención se enfoca tanto a la persona como a la comunidad, contando con su participación.
- Programada y evaluable: las actuaciones responden a objetivos y métodos predeterminados, y con herramientas de evaluación.
- Investigadora y docente: con el fin de colaborar en la mejora del nivel de salud de la comunidad y la calidad de sus cuidados y buscar el mantenimiento y la mejora de la cualificación profesional.
- Coordinada con otros servicios, con otros niveles asistenciales, e instituciones sociales para así prestar una atención integral.
- Respecto a la función asistencial de la enfermera, ésta deberá mantener una relación abierta y respetuosa con una actitud ética, participativa y crítica, con los compañeros del equipo de AP, con la comunidad y con otros agentes relacionados con el cuidado de la salud.
- Por último, la enfermera de atención primaria participará en la gestión y la organización a varios niveles, como en la optimización de recursos enfermeros en la zona básica de salud o en la coordinación de la continuidad de los cuidados.

El enfoque comunitario es el objetivo de atención primaria, de manera que la comunidad sea partícipe de su proceso de salud a lo largo de su vida.

## **2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La atención primaria, como puerta de entrada al sistema de salud y prestadora de servicios básicos a la comunidad, debe ser considerada y cuidada con el fin de poder ofrecer dichas actividades.

En el ámbito de la atención primaria en Castilla y León, cabe destacar la importancia de la dispersión geográfica, la creciente pérdida de población, el envejecimiento o el aumento de enfermedades crónicas. En base a esta problemática se ha ido desarrollando un nuevo modelo de asistencia sanitaria

en el medio rural de nuestra comunidad cuyo objetivo es la transformación de la organización y la prestación de servicios, enfocándolo hacia una reordenación de los recursos en cada zona básica de salud.

En definitiva, he optado por escoger este tema con el objetivo de investigar y evaluar la satisfacción de los usuarios de atención primaria del medio rural, y así poder proponer medidas de mejora.



### 3. OBJETIVOS

#### Objetivo general:

- Comprender la función de atención primaria y su importancia dentro del sistema nacional de salud.

#### Objetivos específicos:

- Conocer cuál es la situación de la atención primaria en el ámbito rural.
- Plantear la ejecución de un proyecto para conocer la calidad en una zona básica de salud específica.
- Adquirir conocimiento en esta área y poder plantear, a raíz del proyecto propuesto, mejora en la asistencia.

### 4. METODOLOGÍA

Para comenzar realicé una primera búsqueda bibliográfica con el fin de reunir información general sobre el tema, empleándose las siguientes fuentes y bases de datos:

- Revisión de artículos de Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Revisión de páginas web como la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social sobre atención primaria.
- Portal de salud de Castilla y León (SACYL) para encuestas validadas de satisfacción (atención primaria, 2017).
- Las bases de datos consultadas fueron SciElo y Pubmed utilizándose los descriptores DeCS y MeSH, respectivamente (Descriptores en Ciencias de la Salud y Medical Subject Headings). El operador booleano AND fue el mayor empleado para combinar los términos de búsqueda de manera que cada resultado se obtuviera todos los términos introducidos. Por ejemplo se buscó *“health care and rural”*. Los booleanos OR y NOT no fueron utilizados.

Antes de realizar las consultas se establecieron además criterios de inclusión y exclusión para las bases de datos:

**Criterios de inclusión:**

- Artículos publicados en la última década.
- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos referentes a la atención primaria tanto nacional como regional.
- Artículos sobre calidad asistencial que incluyen enfermedades crónicas específicas.

**Criterios de exclusión:**

- Artículos publicados hace más de 10 años.

## **5. MARCO TEÓRICO**

A lo largo de la historia, el concepto de atención primaria de salud ha ido variando y se ha redefinido en varias ocasiones (5): en algunos casos se ha referido a la prestación de servicios de asistencia sanitaria personal ambulatoria o de primer nivel. En otros, se ha entendido como un conjunto de intervenciones sanitarias prioritarias para las poblaciones de bajos ingresos, y en otros contextos se ha considerado un componente esencial del desarrollo humano, especialmente en los ámbitos económico, social y político (6). En el año 1978 se crea en Rusia, a través de la OMS y UNICEF, el modelo de atención primaria de salud como elemento imprescindible para el logro del objetivo salud para todos.

Con el fin de mejorar la calidad de las prestaciones ofrecidas y garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) se aprobó el Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril (6) por el que se diferencian: la cartera común básica que comprende actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y transporte sanitario urgente financiados públicamente; cartera común suplementaria, que incluye prestaciones farmacéutica, ortoprotésica y productos dietéticos además de transporte sanitario no urgente; y, por último, la cartera de servicios accesorios, que incluye actividades no esenciales.

La cartera de servicios de AP necesita revisiones y nuevas actualizaciones para cubrir las necesidades de los usuarios. De este modo, la nueva cartera está compuesta por 48 servicios, de los cuales 14 son de nueva elaboración: 2 pertenecen al bloque de prevención y promoción de la salud individual y familiar (valoración del riesgo cardiovascular y prevención y detección del cáncer de colon) y los 14 restantes pertenecen a atención a los problemas de salud prevalentes (7).

La enfermería en el medio rural debe adaptarse al método científico para lo cual es necesaria la implementación del proceso enfermero (PE), que consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (8).

La valoración consiste en la recogida de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de fuentes primarias como la exploración física/entrevista o secundarias como las historias clínicas. Para ello se emplean modelos como los patrones funcionales de salud de Gordon o el modelo de necesidades de Virginia Henderson. La etapa de diagnósticos (NANDA) hace referencia a respuestas humanas y persigue el propósito de identificar problemas del paciente. Estos diagnósticos pueden ser reales, de riesgo y de promoción de la salud. En la fase de planificación se elaboran estrategias dirigidas a resolver, prevenir o controlar los problemas anteriormente identificados. En este caso se diferencian a su vez 4 etapas: determinación de prioridades, establecimiento de objetivos, desarrollo de intervenciones de enfermería y documentación del plan. Para esta planificación de cuidados los profesionales hacen uso de la taxonomía NANDA, NOC, NIC. En la siguiente fase de ejecución se lleva a cabo el propio plan de cuidados, que puede ser individualizado (para un paciente concreto) o estándar (se toma como base lo común). Por último, en la fase de evaluación se realizará el seguimiento del plan de cuidados. Se deberá tener en cuenta el estado de salud del usuario y su evolución así como posibles factores de riesgo, de manera que el plan se modificará de acuerdo a ello.

Tras finalizar el proceso y haber realizado las técnicas o procedimientos pertinentes sobre el usuario, se deben registrar a través del programa informático de AP Medora (9). Tanto en el medio urbano como rural, en los centros de salud se trabaja con protocolos y guías asistenciales (10) para asegurar la atención integral del paciente. Cabría destacar en este aspecto

protocolos como el de la anticoagulación oral, hipertensión o diabetes (para la cual existe una guía asistencial en Medora donde se realiza una valoración integral a través de cuestiones como el pie diabético y su exploración mediante métodos como el índice tobillo-brazo o ITB).

Actualmente además tiene especial relevancia el módulo de cuidados, en el caso de los paciente pluripatológicos (muy comunes en estas áreas ya que la población es envejecida), donde se asocian diagnósticos enfermeros a procesos: por ejemplo el deterioro de la memoria (00131) en caso de haber sufrido ictus o haber tenido un ingreso reciente. Otro aspecto a destacar son los cuestionarios y tests, principalmente en población de edad avanzada: el índice de Barthel (11) que evalúa el grado de dependencia del paciente mediante su capacidad para realizar diez actividades básicas de la vida diaria (ABVD), siendo 0 la mínima puntuación y 100 la máxima (grado máximo de independencia), o el test Mini-Mental (MMSE) (12,13) en casos de deterioro cognitivo, con el que se evalúa la orientación en tiempo y espacio, la memoria, la atención, la fijación, el cálculo, la comprensión y repetición, la escritura, la lectura y el dibujo, y cuya puntuación máxima es de 30 (con menos de 23 puntos se sospechará de patología). Es reseñable también la importancia que tiene la valoración del entorno sociofamiliar, existiendo en este aspecto la escala Gijón, para detectar posibles situaciones de riesgo en población > 65 años (se considera problema social una puntuación mayor de 16) (14).

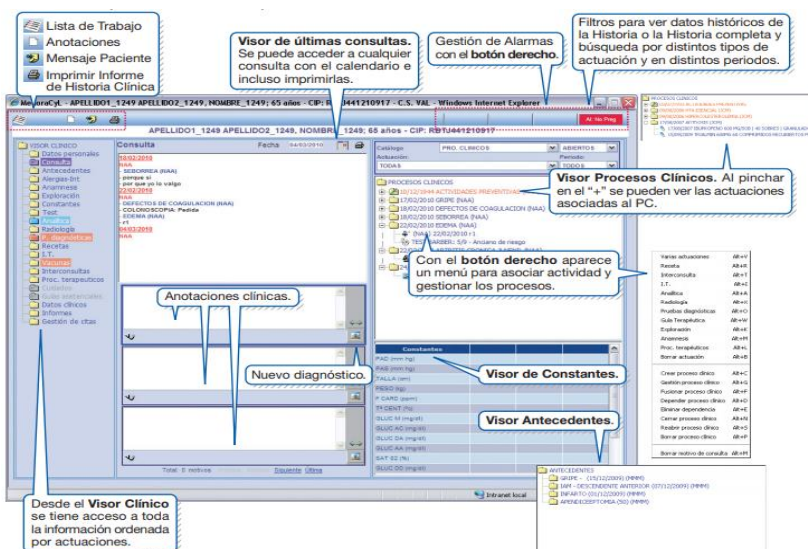


Figura 1. Vista de la historia clínica del paciente en Medora (9).

Tabla 1. Índice de Barthel (11).

Índice de Barthel

Índice de BARTHEL	
Alimentación	No le es posible
Baño	Dependiente
Arreglo personal	Necesita ayuda con su cuidado personal
Vestido	Dependiente
Defecación	Incontinente (o precisa enemas)
Control vesical	Incontinente, sondado, o incapaz de manejar su orina solo
Uso del inodoro	Dependiente
Traslados, de la cama a una silla y viceversa	Incapaz de mantenerse sentado
Movilidad en superficies planas	Inmovil, o menos de 45 metros de desplazamiento
Escaleras	Imposible

Calcula Índice de Barthel

Puntuación BARTHEL:

Valoración de la dependencia:

Tabla 2. Escala Gijón (14).

Escala de Gijón	
<b>SITUACIÓN FAMILIAR</b>	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
<b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b>	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4")	5
<b>VIVIENDA</b>	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peleños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
<b>RELACIONES SOCIALES</b>	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
<b>APOYO DE LA RED SOCIAL</b>	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliar	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Durante los últimos 5 años la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León ha establecido los siguientes objetivos (15): mejorar las condiciones laborales de los profesionales sanitarios (incentivando los puestos en AP rural), aumentar el reconocimiento y las expectativas de desarrollo profesional, promover la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, favorecer un entorno de trabajo seguro, promover la continuidad asistencial, orientar la atención sanitaria a pacientes crónicos, ampliar y mejorar la coordinación

sociosanitaria, mejorar la efectividad y eficiencia, llevar a cabo una gestión eficiente de recursos, promover la investigación, mejorar los sistemas de información y la accesibilidad de los usuarios a la información y al sistema sanitario y promover la participación de los ciudadanos. Desde la década de los 70 y 80 se cuenta con instrumentos de medida validados para evaluar la satisfacción del usuario respecto a la intervención sanitaria.

En un reciente estudio (16), realizado a partir de los datos de los últimos diez años del barómetro sanitario, se ha confirmado que la satisfacción de los pacientes depende de los recursos puestos a su disposición. Pero conviene recordar que existen otras variables, como la implicación del usuario en su propio proceso de salud. Esta participación activa implica atender no solo los aspectos estrictamente biológicos de la enfermedad sino también los aspectos emocionales o espirituales que supone el proceso de enfermedad para la persona (17).

Que los pacientes pasen de adoptar un rol pasivo a uno más activo es responsabilidad del conjunto del sistema sanitario y, por ende, social (incluyendo educativo), pero cabe destacar la importancia de la figura del profesional sanitario que interactúa directamente con los pacientes en el día a día. La transición del usuario de objeto a sujeto supone un cambio en la forma en la que se presta la atención sanitaria y esto se refleja en la evaluación del resultado de la intervención sanitaria. Fundamentalmente, el enfoque actual debe incorporar la perspectiva de la persona para poder asegurar la calidad del proceso y del resultado de la intervención sanitaria. Pero para lograr este cambio y así mejorar la calidad asistencial, es necesario «cuidar a quienes cuidan», una idea que viene recogida en el modelo de la *Cuádruple Meta*, por el que se defiende la mejora de la vida laboral de los trabajadores (18,19).

El debate sobre la mejora de la calidad asistencial (20) comenzó ya con Florence Nightingale, quien empleó los *esquemas de polos opuestos* para comparar el efecto del tratamiento recibido con la tasa de mortalidad en pacientes civiles y combatientes de la guerra de Crimea. En el siglo XX el Dr. Codman y el Dr. Donabedian (20) estudiaron los resultados de la asistencia prestada y describieron los procesos que los profesionales habían realizado. Éste último señaló que era posible cuantificar la calidad en función de la estructura de la propia asistencia (instalaciones, personal cualificado, etc.), en función del grado con el que el personal sanitario lleva a cabo un abordaje asistencial adecuado y del grado con el que el usuario experimenta los resultados esperados (satisfacción, coste económico, morbilidad). En definitiva, en el ámbito sanitario, toda organización asistencial puede prosperar a través de la aplicación sistemática de los principios de la mejora continuada de la calidad.

En el siglo XXI se han aportado diversas definiciones de calidad asistencial, llegándose a la conclusión de que la percepción de calidad que posee el paciente se basa en la comunicación con el profesional sanitario, la información que recibe de éste, los consejos de prevención, la coordinación y el tiempo de espera hasta la recepción de la atención (21). Estas definiciones distintas y a menudo contradictorias de la calidad, conllevan confusión en la sociedad. Las encuestas realizadas a la población demuestran que la gran mayoría se encuentra a favor de adoptar un modelo de vida saludable, siempre que éste no implique la modificación de los comportamientos de los usuarios en relación con la salud. Cabe destacar además la importancia que va cobrando la actitud cada vez más activa del propio paciente. Por otro lado, autores como Wennberg et al (20) han demostrado que, en función del área geográfica, existen variaciones importantes en los servicios ofrecidos a la comunidad y en los resultados experimentados. Sin embargo, aún no se conocen realmente los métodos que conseguirían facilitar una mejor asistencia. Ello se debe a la escasa financiación de la investigación sobre los servicios sanitarios y el hecho de que los estudios que se realizan a grupos de población pueden no tener la suficiente relevancia en la práctica real.

En el medio rural, en la comunidad de Castilla y León, la densidad de población

es menor en comparación con la media del país (26 habitantes por km cuadrado); un 25,36% son mayores de 65 años y la tasa de natalidad es del 6,24‰, por lo que la pirámide de población es regresiva (22).

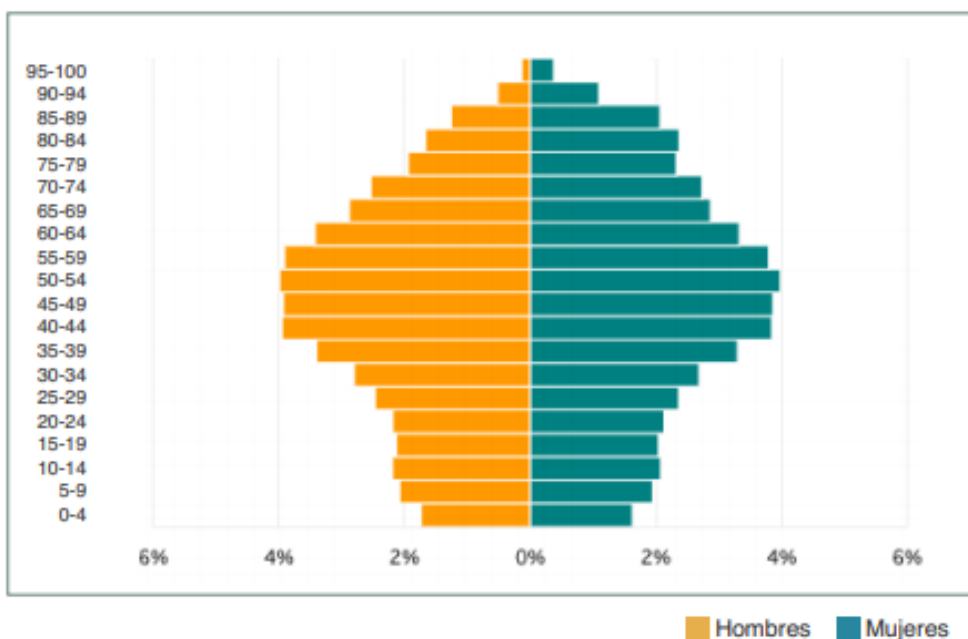


Figura 2. Pirámide de población de Castilla y León 2018 (23).

En encuestas realizadas en el año 2017 (24), los pacientes que participaron en las diferentes provincias de Castilla y León evaluaron su centro de salud o consultorio con un notable. Un 96% de los encuestados consideraron que la atención que reciben desde atención primaria es buena o muy buena (24). Todos los ítems medidos fueron evaluados con una satisfacción superior al 80% (25).

Un 96% de los encuestados valoraron la atención global como buena o muy buena; casi un 97% (96,9%) de los usuarios que participaron valoraron que la atención recibida había cumplido con sus expectativas; un 98,1% reconocieron que volverían para ser atendidos en el mismo centro, mientras que un 80,2% de los encuestados valoraron entre 8 y 10 (en una escala del 1 al 10) la satisfacción global con el centro de salud.

En cuanto a la accesibilidad: un 67% de los pacientes valoraron el horario de consulta entre 8 y 10 (sobre 10); un 65,8% de los participantes en la encuesta cuantificaron entre 8 y 10 la facilidad para conseguir una cita; el 60,3% valoró el tiempo de espera desde la petición de cita hasta la consulta entre 8-10.



Respecto a la puntualidad, fue un 52,4% de los encuestados los que la valoraron entre 8 y 10, y un 95,3% de los usuarios confirmaron la facilidad para recibir atención domiciliaria. Un 78,7% de los pacientes participantes valoraron como buena la coordinación del centro de salud con el hospital correspondiente. Otro ítem valorado en el cuestionario fue la competencia profesional: un 83% puntuó la atención médica entre 8 y 10 (sobre 10) y un 89,6% de los encuestados cuantificaron entre 8 y 10 al personal de enfermería (25).

En relación al trato recibido por los profesionales sanitarios y no sanitarios: un 88,9% valoró entre 8 y 10 el trato médico y un 91,5% puntuó entre 8 y 10 el trato enfermero. Al personal no sanitario, el 71,6% de los encuestados lo valoraron entre 8-10, y el 99% confirmó tener intimidad. Con respecto a la información que recibe el usuario y al grado de participación de éste en la toma de decisiones en su proceso de salud: un 79,8% de los pacientes puntuaron entre 8 y 10 la información facilitada por el médico y un 86,5% puntuó entre 8 y 10 la información que recibían por parte de la enfermera. El 95,1% de los encuestados consideraron además que la información sobre cuidados o medicación dada era clara. En cuanto a la participación de los pacientes, el 88,5% afirmó haber intervenido en su propia toma de decisiones.

Los últimos ítems a evaluar por los usuarios fueron la seguridad y la comodidad de las instalaciones. En cuanto a la seguridad del paciente: un 95,2% valoró positivamente el tiempo dedicado a ellos por parte del médico; un 81,3% consideró buena la atención al dolor recibida, y un 81,4% valoró entre 8 y 10 la receta electrónica. Respecto a la comodidad de las instalaciones, un 79,1% de los encuestados estimaron la limpieza del centro entre 8 y 10 (siendo la puntuación máxima de 10), y un 69,7% valoraron el confort del establecimiento entre 8-10. (25)

## **6. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Este proyecto de investigación se configura como un estudio observacional transversal (26). Este modelo de estudio consiste en la observación y registro de acontecimientos sin la intervención en su curso natural, de manera que las mediciones se pueden realizar a lo largo del tiempo (en cuyo caso se hablará de estudio longitudinal) o bien de forma única (estudio transversal).

### **6.1. OBJETIVOS DEL PROYECTO**

#### **Objetivo general:**

- Entender la percepción que tiene la población rural de AP.

#### **Objetivos específicos:**

- Conocer qué aspectos son los más valorados por los pacientes y potenciarlos.
- Incidir en aquellos ítems menos valorados para así reforzarlos.
- Ofrecer posibles soluciones con el fin de mejorar la atención a los pacientes.

### **6.2. DESTINATARIOS**

Se seleccionará de forma aleatoria una muestra de 30 usuarios mayores de 18 años pertenecientes al centro de salud de Santiuste de San Juan Bautista, de la provincia de Segovia.

A cada uno de ellos se le entregará una encuesta validada de satisfacción. El grupo de usuarios se va a dividir de la siguiente forma:

- 10 sujetos entre 18-30 años
- 10 sujetos entre 30-60 años
- 10 sujetos >60 años

Se establecerá un día del mes de septiembre para la selección de los participantes en el centro de salud y en un plazo de 15 días los usuarios deberán entregar sus encuestas. Finalmente se recogerán los datos estadísticos en función de la edad y sexo de los usuarios.

### **6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **Criterios de inclusión:**

- Ciudadanos con mayoría de edad.
- Censados en el pueblo de Santiuste de San Juan Bautista (Segovia).
- Usuarios que habiten o no en dicha población.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores de edad.

### **6.4. ACCIONES Y MEDIDAS. EJECUCIÓN DEL PROYECTO**

Previo al proyecto se establecerá un día para acudir al centro de salud a fin de explicar a los participantes en qué consiste el proyecto y sus objetivos. Además se les entregará el cuestionario propiamente dicho, un consentimiento informado y una hoja de información (27), en la que aparecerán los siguientes datos:

- El objetivo de participar en el estudio con esta encuesta es conocer el grado de satisfacción del paciente con la asistencia recibida en su centro de salud.
- No conlleva ningún riesgo, físico ni mental, su participación.
- Se trata de una acción única y voluntaria.
- Se deberá indicar el sexo y el rango de edad al que pertenece:
  - Entre 18 y 30 años
  - 30-60 años
  - >60 años
- Se ruega ser sinceros con el fin de poder mejorar, si fuera necesario, el nivel de atención de los profesionales sanitarios hacia el usuario.
- En caso de preguntas/dudas, se acudirá al responsable del estudio: Laura Aparicio García.
- Correo electrónico: [laura.aparicio.garcia@alumnos.uva.es](mailto:laura.aparicio.garcia@alumnos.uva.es)

Durante el tiempo que se prolongue el proyecto, los usuarios podrán mantener el contacto con el investigador principal y, si así lo desearan, retirarse del estudio.

Tras el período de respuesta de la encuesta, es decir, dos semanas desde su entrega, se recogerán los datos en el centro de salud.

Tabla 3. Cronograma del proyecto.

TAREAS	MES					
	Nov 2019	Dic 2019	Ene 20	Feb 20	Mar abr 20	Jun 20
Consenso del tema de trabajo						
Comienzo del proyecto: introducción						
Completar anexo I						
Tutoría con la coordinadora de TFG						
Búsqueda bibliográfica sobre atención primaria						
Planteamiento del proyecto						
1ª presentación de trabajo con la tutora de TFG						
Conclusiones Obtenidas						
Publicación del Trabajo						

## 6.5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

### 6.5.1. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Se diferenciarán las variables independientes, que recogen el tratamiento recibido, las características de los individuos al inicio y variables sociodemográficas, y las dependientes, que son las relacionadas con la respuesta que observamos en los individuos.

#### **Variables independientes:**

- Edad del paciente
- Sexo

#### **Variables dependientes:**

- Calidad asistencial
  - Atención recibida y trato/amabilidad
  - Accesibilidad al centro de salud

- Competencia profesional
- Participación del paciente y seguridad
- Comodidad de las instalaciones
- Nivel de satisfacción del paciente

### **6.5.2. MÉTODO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS**

Para medir el grado de satisfacción del paciente se entregará a cada uno de los 30 sujetos una encuesta de satisfacción (28) en la que se evaluarán diversos ítems con una puntuación del 1 al 5, estableciéndose el 1 para el total desacuerdo y el 5 para el máximo acuerdo (escala Likert, empleada para medir el nivel de acuerdo) o con respuestas del estilo sí/no. Las respuestas se agruparán en función de la edad y sexo del paciente. Los datos obtenidos serán verificados en busca de observaciones anormales mediante métodos gráficos y analíticos.

En dicho cuestionario se medirán los siguientes aspectos:

#### ÍTEM 1: accesibilidad

- Cuando Ud. pide cita en su centro de salud para acudir a consulta del médico de familia ¿cómo lo hace: por teléfono o en el mostrador del centro?
- ¿Le resulta sencillo conseguir cita con el médico de familia? ¿Se tiene en cuenta la hora que más le conviene a Ud.? Valore del 1 al 5.
- La última vez que pidió cita por teléfono, ¿cuántas llamadas, aproximadamente, tuvo que hacer para conseguirla?
  - 1 - 2 llamadas
  - 3 - 5 llamadas
  - >5 llamadas
  - No sabe/no contesta
- ¿Cuántas llamadas le parecerían aceptables tener que hacer para conseguir cita por teléfono?
  - 1 – 2 llamadas
  - 3 – 5 llamadas
  - >5 llamadas
  - No sabe/no contesta
- ¿Podría decirme cuando tiene la consulta su médico?
  - Mañana/tarde

- Mañana y tarde
- No sabe/no contesta

### ÍTEM 2: profesionales sanitarios

- A lo largo del último año, ¿ha sido atendido alguna vez por su enfermera?
  - Sí
  - No
  - No sabe/no contesta
- ¿Considera amable a su enfermera? Valore del 1 al 5.
- ¿Su enfermera es eficaz y atiende bien sus problemas de salud? Valore del 1 al 5.
- Con respecto al tiempo que Ud. ha esperado desde la hora que estaba citado hasta el momento de entrar en la consulta, ¿ha tenido que esperar mucho? Valore del 1 al 5.

Respecto al médico, valore del 1 al 5:

- ¿Considera que es amable?
- ¿Es eficaz y resuelve bien sus problemas de salud?
- ¿Le dedica todo el tiempo necesario?
- ¿Le deja hablar y escucha todo lo que usted quiere decir?
- ¿Le explica todo lo que quiere saber sobre su salud?
- Siempre que es necesario, ¿su médico le explora (ausculta, palpa, mira) para conocer bien el problema?
- Cuando su médico le receta medicamentos, ¿le queda claro cómo debe tomarlos?

### ÍTEM 3: espacio físico. Confort

Valore del 1 al 5 las siguientes preguntas:

- ¿Considera que su centro de salud está limpio?
- ¿Le resulta fácil encontrar las consultas?
- ¿El lugar de espera de su centro de salud es cómodo y confortable?

### ÍTEM 4: atención a domicilio

- ¿Durante el último año ha solicitado en alguna ocasión que el médico de familia o su enfermera fueran a visitarle/s a su casa?
  - Sí
  - No

- No contesta
- Cuando ha solicitado que fueran a visitarle a su casa, ¿han ido a visitarle siempre? ¿Le atendieron bien? Valore del 1 al 5.

## **6.6. RECURSOS**

Se contará con la infraestructura del centro de salud de Santiuste de San Juan Bautista (Segovia), donde se va a realizar la selección de los participantes en el estudio y la recogida de los resultados.

Asimismo se dispondrá del soporte informático necesario: Word, Excel, PowerPoint.

En cuanto a recursos humanos: serán necesarias las personas participantes, es decir, los 30 usuarios y el investigador principal. No serán necesarios recursos económicos ni financieros.

En referencia a recursos materiales: sistema informático, impresora y folios para encuestas, hojas de información y consentimiento informado.

## **6.7. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES**

Se recogerán los consentimientos informados de cada persona que participa en el estudio, habiendo explicado previamente a dicho sujeto en qué consiste el proyecto del que va a ser partícipe. Asimismo, se comunicará su derecho a la protección de datos de carácter personal de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (29). Se garantizará además el cumplimiento de las normas bioéticas, según la declaración Helsinki (30) y el informe Belmont (31).

Respecto a los documentos requeridos por los organismos provinciales, me puse en contacto con el Comité Ético de Investigación de Segovia con el propósito de obtener su aprobación y así ejecutar el proyecto. Sin embargo, debido a la situación de alarma por coronavirus, no pudo llegarse a evaluar y, por tanto, no ha sido posible llevarlo a cabo. Es por eso que dicho proyecto simplemente se propone para realizarse, si así se desea, en un futuro próximo.

## **7. DISCUSIÓN**

### **7.1. LIMITACIONES**

Una de las principales limitaciones a la que me he enfrentado es la interrupción de la evaluación de proyectos de investigación en el Comité Ético debido a la declaración del estado de alarma por la crisis sanitaria Covid-19. Este hecho ha obligado a modificar el trabajo sin ser posible la ejecución del proyecto.

En relación con el proyecto: al ser una localidad de poca población, y en su mayoría de edad avanzada, pueden existir problemas a la hora de decidir si participar o no en el estudio y que la muestra de usuarios no sea suficiente. En este caso no sería representativa y los resultados no se adecuarían a la realidad. Podría ocurrir también que, en el caso de las encuestas a la población de >60 años, hubiera resultados alterados a causa de problemas cognitivos o ausencia de alfabetización en los más mayores.

Además podríamos encontrarnos un posible sesgo en la comparación de los resultados debido a que puede haber participantes en una situación personal complicada y difícil de evaluar durante el período de investigación. Otro sesgo podría ser que los sujetos respondan en función de lo que piensen que es considerado correcto en el ámbito social y no lo que perciben ellos realmente.

### **7.2. FORTALEZAS**

Se trata de un estudio que no conlleva grandes costes en recursos materiales ni humanos y el proceso de participación (completar los cuestionarios) es sencillo para los usuarios. Por todo ello, es un estudio fácil de reproducir.

Además, este proyecto contribuye a que el usuario de atención primaria se involucre y sea crítico en la evaluación de la atención que recibe.

### **7.3. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

La aplicabilidad práctica está basada en la posibilidad de ofrecer una atención de mayor calidad en el medio rural.

Siendo conscientes de la percepción que tiene la población de la asistencia que recibe y conociendo las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios,



se pretende incidir en los aspectos menos valorados y así mejorar la calidad de vida tanto de usuarios como de médicos y enfermeras de atención primaria.

Además podría servir para insistir más en la implicación del paciente en su propio proceso de salud, atendiendo a la esfera psicosocial y, fortaleciendo así, la relación profesional-usuario. De esta manera también se mejoraría la calidad de vida.

Se entiende también, que este estudio puede aprovecharse para futuras investigaciones y comparar los resultados de pequeños lugares de nuestra región (como la localidad de Santiuste) con los resultados obtenidos en otros lugares similares de la geografía española para así poder plantearse un cambio en la organización o distribución de recursos, en función del tamaño de la zona básica y las necesidades de los pacientes.

## **8. CONCLUSIONES**

La atención primaria supone el nivel básico de salud, la puerta de entrada del individuo en el sistema nacional de salud. Por este motivo es imprescindible que se cuente con los recursos humanos y materiales necesarios para atender a la sociedad.

Con el fin de mejorar el proceso asistencial en atención primaria, en las áreas rurales concretamente, será necesario comprender qué opinión tienen los usuarios. Es importante para ello realizar cuestionarios a la población y permitir que se expresen también los profesionales.

Gracias a los estudios realizados hasta la fecha de hoy, se ha demostrado que la población valora de manera muy positiva el trabajo y la atención de los profesionales sanitarios y, sin embargo, en lo que se refiere a organización y asuntos administrativos la población es más crítica.

Por todo ello considero que sería importante hacer hincapié en el personal sanitario: considerar la carga de trabajo o la disponibilidad de recursos materiales y humanos para atender a los pacientes, ya que, en medios rurales pequeños, existen trabajadores que deben trasladarse de pueblo y en ocasiones el tiempo es escaso. Debido a este motivo el proceso enfermero se

ve afectado así como el registro de cuidados, técnicas y procedimientos en el programa informático Medora. Ello podría repercutir también en la continuidad asistencial ya que si no queda registrado, otros profesionales no podrán observarlo y continuar con la asistencia en base a cómo comenzó con cada paciente.

En definitiva, desde mi punto de vista se debería tener más en cuenta la experiencia y opinión de médicos y enfermeros rurales y cuidar su esfera psicológica para que la labor asistencial sea también la adecuada.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. La Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. París; 10 de diciembre de 1948. Available at: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
2. Dra. Margaret Chan. Directora General de la OMS. Regreso a Alma-Ata. Organización Mundial de la Salud (OMS). 15 de septiembre de 2008. Available at: <https://www.who.int/dg/20080915/es/>
3. Alex Moisés Rosas Prieto, Víctor Narciso Zarate, María Sofía Cuba Fuentes. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. SciELO Perú. Lima; 2013. Available at: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172013000100008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008)
4. Maricela Torres Esperón, Caridad Dandicourt Thomas y Aida Rodríguez Cabrera. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. La Habana. 2004. Available at: <https://instituciones.sld.cu/polmachaco/files/2016/06/Funciones-de-enfermer%C3%ADa-en-la-atenci%C3%B3n-primaria-de-salud.pdf>
5. Atención primaria. Organización Mundial de la Salud. 27 de febrero de 2019. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
6. Jefatura del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE. 2012. Available at: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>
7. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Portal de Salud. Junta de Castilla y León. SACYL. Available at: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>
8. PAE. Enfermería Blog. Available at: <http://enfermeriablog.com/pae/>
9. Guía Rápida Medora CyL. Junta de Castilla y León. SACYL. Available at: [https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/estrategia-salud/desarrollo-proyectos/medora-historia-clinica-electronica-atencion-primaria.ficheros/119847-Guia\\_Medora\\_3.0.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/estrategia-salud/desarrollo-proyectos/medora-historia-clinica-electronica-atencion-primaria.ficheros/119847-Guia_Medora_3.0.pdf)

10. Procesos asistenciales de la Gerencia Regional de Salud. Portal de Salud de Castilla y León. SACYL. Available at: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud>
11. Índice de Barthel. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SAMIUC). 2018. Available at: <http://www.samiuc.es/indice-de-barthel/>
12. Fernando José Revillas Ortega. General ASDE. Manual de usuario. MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC). Valencia. 2014. Available at: <http://www.generalasde.com/mini-examen-cognoscitivo/mini-examen-cognoscitivo-manual.pdf>
13. Cuestionario MINIMENTAL: Mini examen del estado cognoscitivo de Lobo. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 2014. Available at: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/prevalencia-factores-asociados-deterioro-cognitivo-adquirid.ficheros/375580-Cuestionario%20MINIMENTAL.pdf>
14. Anexos 2018. Junta de Andalucía. Available at: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956d99647\\_10\\_anexos\\_2018.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d99647_10_anexos_2018.pdf)
15. Líneas Estratégicas y Objetivos. Gerencia Regional de Salud. 2015-2019. Available at: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/lineas-estrategicas-objetivos-gerencia-regional-salud-casti.ficheros/1102254-L%C3%ADneas%20estrat%C3%A9gicas%20GRS%202015-2019.pdf>
16. J.J. Mira, A. Martínez, J. Aranaz, M. Guilabert. Satisfacción *versus* experiencia del paciente, calidad de diseño *versus* calidad de conformidad. Alicante. 2019; 42 (3): 361-363. Available at: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/75535/47237>
17. Albert J Jovell, Maria Dolors Navarro Rubio, Laura Fernández Maldonado, Sergi Blancafort. Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Barcelona. 2006; 38 (4): 234-237. Available at: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-participacion-del-paciente-nuevo-rol-13092347>

18. Thomas Bodenheimer, Christine Sinsky. De triple a cuádruple objetivo: el cuidado del paciente requiere el cuidado del proveedor. *The Annals of Family Medicine*, noviembre de 2014; 12 (6) 573-576. Available at: <http://www.annfammed.org/content/12/6/573>
19. Grupo de trabajo. Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud. Documento estratégico y de gestión. Galicia. 2019. Available at: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1154/Por%20una%20atenci%C3%B3n%20primaria%20vertebradora%20del%20sistema%20de%20salud%20-%20WEB.pdf>
20. Richard G Roberts. Evaluación y mejora de la calidad asistencial: las personas no son coches. *EEUU*. 2007; 39 (6): 279-282. Available at: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-mejora-calidad-asistencial-las-13106278>
21. Adrián-Arrieta L, Casas Fernández de Tejerina JM. Patients' assessment of their chronic illness care. *Navarra*. 2018; 50 (7): 390-397. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28882623>
22. Pirámide de población de Castilla y León. *Expansión/Datosmacro.com*. Diciembre 2018. Available at: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/espana-comunidades-autonomas/castilla-leon>
23. Población de Tarjeta Sanitaria de Castilla y León Diciembre 2018. *SACYL*. Available at: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/sanidad-cifras/informes-estadisticos/ordenacion-alfabetica/poblacion-tarjeta-sanitaria.ficheros/1263135-Poblaci%C3%B3n%20de%20Tarjeta%20Sanitaria%20de%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n.%20Diciembre%202018.pdf>
24. Encuesta de satisfacción de pacientes Atención Primaria 2017. Junta de Castilla y León. *SACYL*. Available at: <https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/sanidad-cifras/informes-estadisticos/ordenacion-alfabetica/encuestas-satisfaccion-sacyl/encuesta-satisfaccion-usuarios>
25. Proyecto corporativo de mejora EFQM. DG Innovación y Resultados en salud. Servicio de calidad y seguridad de pacientes. Encuesta de satisfacción

de pacientes, Atención Primaria. 2017. SACYL. Available at: [https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/sanidad-cifras/informes-estadisticos/ordenacion-alfabetica/encuestas-satisfaccion-sacyl/encuesta-satisfaccion-usuarios.ficheros/1199920-](https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/sanidad-cifras/informes-estadisticos/ordenacion-alfabetica/encuestas-satisfaccion-sacyl/encuesta-satisfaccion-usuarios.ficheros/1199920-20180725%20SATISFACCI%C3%93N%20ATENCI%C3%93N%20PRIMARIA%202017-sanidad%20en%20cifras.pdf)

[20180725%20SATISFACCI%C3%93N%20ATENCI%C3%93N%20PRIMARIA%202017-sanidad%20en%20cifras.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/transparencia/es/transparencia/sanidad-cifras/informes-estadisticos/ordenacion-alfabetica/encuestas-satisfaccion-sacyl/encuesta-satisfaccion-usuarios.ficheros/1199920-20180725%20SATISFACCI%C3%93N%20ATENCI%C3%93N%20PRIMARIA%202017-sanidad%20en%20cifras.pdf)

26. Carlos Manterola y Tamara Otzen. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. SciELO. Chile. 2014; 32 (2): 634-645. Available at: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022014000200042](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042)

27. Estrella Arranz de Dios, M<sup>a</sup> Belén Cantón Álvarez. PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO. PRESENTACIÓN DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES POSTAUTORIZACION (EPA) Y OTROS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA. COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE SEGOVIA. Gerencia de Asistencia Sanitaria. Segovia. 2017.

28. Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid. 2001.

29. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado (BOE). 2018. Available at: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>

30. Dr. Jorge Luis Manzini. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. Santiago (Chile). 2000; 6 (2). Available at: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000200010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010)

31. Observatori de Bioètica y Dret, Parc Científic de Barcelona. INFORME BELMONT: PRINCIPIOS Y GUÍAS ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN. COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y DEL COMPORTAMIENTO. U.S.A. 1979. Available at: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

## 10. ANEXOS

Tabla 4. Valoración global de AP de los usuarios 2017 (25).

	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora	Sacyl
<b>Valoración global de la atención</b>												
% encuestados que la valoran como muy buena o buena	92,0	96,5	96,6	96,0	98,5	98,5	96,0	96,0	94,0	95,6	95,1	96,0
<b>Cumplimiento de expectativas</b>												
% encuestados que valoran que la atención ha sido mucho mejor, mejor o más o menos igual que lo que esperaba	93,5	96,5	98,0	98,5	98,5	96,0	94,9	97,9	96,6	98,4	96,3	96,9
<b>Fidelidad</b>												
% encuestados que volvería para ser atendido en su centro, en caso de poder elegir	98,5	98,5	99,5	98,0	99,5	98,5	97,0	98,0	97,0	97,5	96,6	98,1
<b>Satisfacción global con el centro de salud o consultorio</b>												
% encuestados que la valoran entre 8-10 (escala 1-10)	81,8	79,2	79,8	81,1	83,4	78,7	82,8	85,6	77,8	82,4	75,5	80,2

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Encuesta satisfacción pacientes atendidos en atención primaria 2017

Tabla 5. Valoración de la accesibilidad AP 2017 (25).

	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora	Sacyl
<b>Horario de atención en consulta</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	70,0	68,8	63,1	64,7	71,4	67,3	67,0	69,2	66,0	69,3	63,2	67,0
<b>Facilidad para conseguir cita</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	67,0	64,9	64,0	67,2	68,3	60,4	68,0	75,1	63,1	67,3	70,6	65,8
<b>Tiempo desde petición de cita hasta día de consulta</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	65,5	60,4	59,6	57,2	62,3	54,5	62,6	64,2	55,7	62,9	66,7	60,3
<b>Puntualidad de la consulta</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	53,7	54,0	48,8	49,3	50,3	50,5	53,2	54,7	54,7	55,6	53,9	52,4
<b>Facilidad para la atención en el domicilio</b>												
% encuestados que responde Sí	91,3	97,1	97,5	95,4	96,1	95,6	95,1	97,7	96,8	89,8	97,0	95,3

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Encuesta satisfacción pacientes atendidos en atención primaria 2017



Tabla 6. Valoración de la coordinación y competencia profesional AP 2017 (25).

## Coordinación

	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora	Sacyl
<b>Coordinación con el hospital</b>												
% encuestados que responde Sí	76,0	82,8	79,4	82,1	76,5	82,1	76,2	84,8	71,7	75,8	75,7	78,7

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Encuesta satisfacción pacientes atendidos en atención primaria 2017

## Competencia profesional

	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora	Sacyl
<b>Competencia médicos</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	80,8	83,7	83,3	84,6	86,9	83,7	80,8	85,6	77,3	82,0	85,8	83,0
<b>Competencia enfermería</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	87,5	86,7	91,2	88,7	90,4	93,6	90,0	88,9	82,8	92,7	90,0	89,6

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Encuesta satisfacción pacientes atendidos en atención primaria 2017

Tabla 7. Valoración del trato recibido AP 2017 (25).

	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora	Sacyl
<b>Trato y amabilidad médicos</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	87,7	89,1	89,2	89,6	88,9	91,1	85,7	89,6	85,7	89,3	90,2	88,9
<b>Trato y amabilidad enfermería</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	90,6	88,3	91,2	93,0	93,0	96,0	90,0	90,7	86,1	94,2	93,1	91,5
<b>Trato personal no sanitario</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	79,8	67,4	71,4	68,4	73,4	72,4	69,4	72,5	72,9	76,7	63,8	71,6
<b>Respeto a la intimidad</b>												
% encuestados que responde Sí	99,5	100,0	99,0	99,0	99,5	99,5	98,5	99,0	98,5	98,5	98,0	99,0

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Encuesta satisfacción pacientes atendidos en atención primaria 2017

Tabla 8. Valoración de información y participación AP 2017 (25).

	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora	Sacyl
<b>Información facilitada por el médico sobre su enfermedad</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	79,3	82,7	80,3	81,6	79,9	79,2	77,3	81,6	73,4	80,0	81,9	79,8
<b>Información facilitada por enfermería</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	84,4	89,2	87,2	85,2	84,2	88,0	90,0	85,2	79,5	86,9	88,5	86,5
<b>Claridad de la información sobre medicación o cuidados a seguir en domicilio</b>												
% encuestados que responde Sí	95,0	93,6	96,5	95,4	95,4	95,5	93,5	94,0	94,6	94,1	97,0	95,1
<b>Participación en la toma de decisiones</b>												
% encuestados que responde Sí	86,3	90,9	85,8	90,7	87,4	89,1	88,7	90,9	89,4	87,4	88,6	88,5

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Encuesta satisfacción pacientes atendidos en atención primaria 2017

Tabla 9. Valoración de la seguridad y el confort AP 2017 (25).

## Seguridad del paciente



	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora	Sacyl
<b>Tiempo empleado por los médicos</b>												
% encuestados que responde Sí	93,6	96,0	94,0	98,0	95,4	96,0	94,0	96,4	92,9	96,5	97,0	95,2
<b>Atención al dolor</b>												
% encuestados que responde Sí	83,8	83,5	81,6	85,2	80,8	76,2	79,6	84,1	81,5	82,7	77,7	81,3
<b>Receta electrónica</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	80,8	81,7	85,2	85,1	76,4	82,7	81,8	76,6	79,3	80,5	78,4	81,4

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Encuesta satisfacción pacientes atendidos en atención primaria 2017

## Hostelería y confort



	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora	Sacyl
<b>Limpieza de las instalaciones</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	81,8	80,7	76,4	78,1	76,9	76,7	78,8	81,1	82,3	79,0	80,9	79,1
<b>Comodidad/ confort de las instalaciones</b>												
% encuestados que valoran entre 8-10 (escala 1-10)	71,9	73,3	67,5	67,2	65,8	70,3	71,4	72,1	71,4	66,8	69,1	69,7



### ANEXO VI. Modelo de Formulario de Consentimiento Informado

Título del proyecto: \_\_\_\_\_

Investigador Principal: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He hablado con \_\_\_\_\_
- He podido hacer preguntas y he recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - cuando quiera
  - sin tener que dar explicaciones
  - sin que esto repercuta en mis cuidados médicos
- Soy consciente de que este consentimiento es revocable.

Por todo lo cuál,

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y *(si procede)* para que se realice el análisis genético.
- *(Si procede)* Doy mi conformidad para que personas distintas al personal sanitario que me atiende accedan a mis datos clínicos, exclusivamente para los fines del estudio.
- Deseo ser informado sobre los resultados del estudio (Marque lo que proceda):

SI  NO

Figura 3. Modelo de Consentimiento Informado (27).



- *(Si procede)* Acepto que las muestras derivadas de este estudio puedan ser almacenadas y utilizadas en futuras investigaciones relacionadas con ésta (Marque lo que proceda):

SI       SI (excluyendo análisis genéticos)       NO

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Firma del Investigador Principal:

Firma del padre/madre o tutor (si procede):

Firma del representante legal (si procede):

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

REVOCACIÓN;

Yo, \_\_\_\_\_

He decidido revocar mi Consentimiento para participar en este estudio.

Firma del participante:

Firma del Investigador Principal:

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Figura 3. Modelo de Consentimiento Informado (27).