

El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios

Enriqueta Pujol Ribera^a / Joan Gené Badia^{a,b,c} / Mireia Sans Corrales^{a,d} / Laura Sampietro-Colom^e / María Isabel Pasarín Rúa^f / Begoña Iglesias-Pérez^a / Josep Casajuana-Brunet^a / Georgia Escaramis-Babiano^c

^aInstitut Català de la Salut (ICS), Barcelona, España; ^bConsorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE), Barcelona, España; ^cDepartament de Salut Pública, Universitat de Barcelona, Barcelona, España; ^dDepartament de Ciències Mèdiques, Campus Bellvitge, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España;

^eUnitat de Planificació Estratègica, Departament de Salut, Barcelona, España; ^fAgència de Salut Pública de Barcelona, España.

(Primary health care product defined by health professionals and users)

Resumen

Objetivo: Definir los componentes del producto de la atención primaria de salud (APS) a partir de las opiniones de profesionales y usuarios, para establecer indicadores de evaluación.

Métodos: Estudio con metodología cualitativa, con técnicas grupales: grupo nominal (profesionales) y grupos focales (usuarios). Ámbito de realización: APS de Catalunya. Se realizaron 7 grupos: *a*) médicos de familia y pediatras; *b*) enfermeras y trabajadoras sociales; *c*) personal de la unidad de admisión y atención al usuario; *d*) otros médicos especialistas; *e*) usuarios, y *f*) gestores, farmacéuticos y farmacólogos y técnicos de salud. Los participantes respondieron a la pregunta: «Respecto a los servicios que debería ofrecer la APS, ¿cuáles son los aspectos que se deberían valorar?». Se realizó un análisis de contenido. Los datos textuales se descompusieron en unidades, posteriormente agrupadas en categorías, siguiendo el criterio de analogía. Se tuvo en cuenta el contexto de interpretación del equipo investigador.

Resultados: Profesionales y usuarios identifican 4 dimensiones del producto de la APS, coincidentes con sus atributos básicos: *a*) accesibilidad a los servicios; *b*) coordinación y continuidad del equipo de APS con otros niveles asistenciales; *c*) relación entre profesionales y usuarios, y *d*) calidad científico-técnica de los equipos de atención primaria y cartera de servicios. Equidad, satisfacción y eficiencia aparecen en los discursos como ejes transversales de todos los componentes del producto identificados.

Conclusión: Hay una gran coincidencia en la definición del producto entre profesionales y usuarios. La relación profesional-paciente aparece como un elemento clave en todos los grupos. Estas 4 dimensiones deberían formar parte de la evaluación de los equipos de APS.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Producto de la atención primaria de salud. Investigación cualitativa. Técnicas de grupo focales y nominales.

Abstract

Objective: To identify the components of the primary health care (PHC) product defined by health professionals and users in order to establish indicators for evaluation.

Methods: Qualitative methodology was used with group techniques: a nominal group (health professionals) and focus groups (users). The study was performed in PHC centers in Catalonia (Spain). There were 7 groups: *a*) family physicians and pediatricians; *b*) nurses and social workers; *c*) staff from admissions units and customer services; *d*) other medical specialists; *e*) users; *f*) managers, pharmacists, pharmacologists, and technicians. Participants responded to the question: «Which features should be evaluated in the services that should be provided by PHC?». A content analysis was performed. Textual data were broken down into units and then grouped into categories, following analogy criteria. The interpretative context of the research team was taken into account.

Results: Health professionals and users identified 4 dimensions of the PHC product, coinciding with its basic attributes: *a*) access to services; *b*) coordination and continuity of the PHC teams with other levels of healthcare; *c*) relationship between health professionals and users, and *d*) scientific-technical quality of the PHC teams and the portfolio of services. Equity, satisfaction and efficiency appeared as keystones in all the components of the product identified.

Conclusion: There was broad agreement in the product definition among health professionals and users. The relationship between health professionals and patients was a key element in all groups. The four dimensions should be included in the evaluation of PHC teams.

Key words: Primary health care. Primary health care outcome. Qualitative research. Focus and nominal group techniques.

Correspondencia: Dr. Joan Gené Badia.

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE). Roselló, 161. 08036 Barcelona. España.

Correo electrónico: jgene@clinic.ub.es

Recibido: 3 de mayo de 2005

Aceptado: 7 de febrero de 2006.

Introducción

La complejidad del concepto de atención primaria de salud (APS), desarrollada en las definiciones oficiales¹, dificulta que haya una definición operativa y consensuada del producto de su servicio que pueda utilizarse en su evaluación.

Podemos entender el producto desde 2 perspectivas². La primera valora la eficiencia de los servicios y considera que es el resultado de las medidas estructurales, organizativas, culturales y de gestión de los servicios sanitarios. La segunda contempla el valor que los servicios aportan al paciente, aumentando su bienestar. El producto sería la mejora en el nivel de salud y la eficiencia de los sistemas sanitarios para conseguirla.

Sabemos que los países que cuentan con un sistema sanitario orientado hacia la APS tienen unos mejores resultados sobre la salud de la población y son más eficientes³, pero una reciente revisión bibliográfica pone de relieve que hay una escasa evidencia de la relación entre cada uno de los conceptos que definen la APS y la salud o la satisfacción de los ciudadanos⁴.

No hay un consenso internacional sobre las dimensiones que componen el producto de la APS. Las definiciones han evolucionado desde modelos eficientistas basados en planteamientos exclusivamente técnicos, a otros que aportan una visión más holística y plural⁵⁻⁷. Estos nuevos enfoques obligan a definir el producto de la APS contando no sólo con profesionales y gestores, sino incorporando también la perspectiva de los ciudadanos. El producto es tanto el contenido del servicio que desean ofrecer los profesionales de APS como el que esperan obtener los usuarios.

Este estudio tiene por objetivo identificar los componentes del producto de la APS a partir de las opiniones de los diferentes agentes implicados en un servicio de APS, con el objeto de proponer indicadores de evaluación de los equipos de APS.

Métodos

Se realizó una investigación cualitativa⁸, con el objetivo de compartir los significados del producto de la APS entre los diferentes actores de este nivel de atención: médicos de familia, pediatras, enfermeras, farmacólogos, odontólogos, ginecólogos, otros médicos especialistas, gestores y administrativos y usuarios. La información de los profesionales se obtuvo utilizando el grupo nominal⁹⁻¹¹. La información de los usuarios se generó empleando los grupos focales¹²⁻¹⁷, que se consideraron más pertinentes en este caso, a causa de la

variabilidad de sus perfiles. Se utilizó un muestreo teórico, considerando que los participantes debían aportar la máxima variedad y riqueza de puntos de vista sobre el producto de la APS¹⁸.

Criterios para la selección de informantes y composición de los grupos

Los informantes de los diferentes grupos fueron seleccionados por el equipo investigador, siguiendo los criterios que se presentan en la tabla 1. Para ello, se contó con la ayuda de los responsables de los diferentes ámbitos de gestión del Institut Català de la Salut, por su conocimiento y contacto con la población de estudio. La principal variable de segmentación para la formación de los grupos fue, en el caso de los profesionales, el perfil homogéneo en cuanto a la actividad en APS. Se consideró la participación de 2 personas del resto de variables contempladas. Se realizaron 5 grupos nominales: a) médicos de familia y pediatras; b) enfermeras y trabajadoras sociales; c) personal de la unidad de admisión y atención al usuario; d) otros médicos especialistas, y f) gestores, farmacéuticos y farmacólogos y técnicos de salud. Para los usuarios, la principal variable de segmentación para la formación de los grupos fue el nivel de estudios y se realizaron 2 grupos focales (grupo E). Las reuniones grupales se desarrollaron en el Institut d'Estudis de la Salut de Barcelona durante los meses de junio y julio de 2003. La duración fue de 4 h en el caso de los grupos nominales y de 2 h en los focales. En la tabla 2 se muestra la composición de los grupos. Al inicio de la sesión, se explicaron los objetivos y la dinámica de la misma y se solicitó el consentimiento escrito para su grabación. Los informantes no recibieron ningún incentivo, aunque se compensaron los costes del desplazamiento.

La pregunta

Los participantes respondieron a la siguiente pregunta:

«Respecto a los servicios que debería ofrecer la APS, ¿cuáles son los aspectos que se deberían valorar?».

La sistematización de los registros y la codificación

Los registros se elaboraron según la técnica de recogida de la información utilizada. En los grupos nominales de profesionales, los listados elaborados por ellos mismos se incorporaron en los diferentes enun-

Tabla 1. Criterios para la selección de participantes

Criterios para la selección de profesionales	Criterios para la selección de los usuarios
Ambos sexos	Ambos sexos
Diferente tiempo de ejercicio profesional	Ámbito geográfico de residencia rural y urbano (municipios de más de 45.000 habitantes)
Diferente trayectoria profesional: personas que siempre han ocupado el mismo lugar de trabajo y personas con cambio de lugar de trabajo	Diferentes edades
Ámbito geográfico de residencia o de práctica asistencial rural y urbano (municipios de más de 45.000 habitantes)	Uso de diferentes servicios
Profesionales con práctica asistencial en APS: médicos, pediatras, enfermeras, trabajadoras sociales, profesionales de atención al usuario, farmacólogos clínicos/farmacéuticos, gestores, técnicos de salud y especialistas	Lugar de procedencia (autóctono, inmigrante)
Práctica asistencial en el Institut Català de la Salut y en equipos gestionados por otras entidades	Situación laboral: pensionista, trabajador manual, etc.
Profesionales que trabajan en APS con o sin contrato de dirección clínica	Diferentes niveles de estudios

APS: atención primaria de salud.

Tabla 2. Diseño de los grupos nominales y de los grupos focales

Grupo A	
Medicina de familia y pediatría	Total de participantes 10. Todos trabajan para el Institut Català de la Salut 2 pediatras varones que trabajan en la ciudad 5 médicas de familia: 4 trabajan en la ciudad y 1 en el medio rural, de < 40 y > 40 años de edad 3 médicos de familia: 1 trabaja en la ciudad y 2 en el medio rural, de < 40 y > 40 años de edad
Grupo B	
Enfermería y trabajo social	Total de participantes 11. Diez trabajan para el Institut Català de la Salut y 1 en otra entidad 4 enfermeras que trabajan en la ciudad, de < 40 y > 40 años de edad 5 enfermeros: 3 trabajan en la ciudad y 2 en medio rural, de < 40 y > 40 años de edad 2 trabajadores sociales: 1 hombre y 1 mujer
Grupo C	
Profesionales de la UAAU	Total de participantes 11. Diez trabajan para el Institut Català de la Salut y 1 en otra entidad 6 administrativas: 4 trabajan en la ciudad y 2 en medio rural, de < 40 y > 40 años de edad 5 administrativos: 2 trabajan en la ciudad y 3 en medio rural, de < 40 y > 40 años de edad
Grupo D	
Médicos especialistas	Total de participantes 10: 1 dermatólogo, 1 cardiólogo, 1 neumólogo, 1 especialista en salud mental, 2 ginecólogas, 1 geriatra del Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Soporte, 3 especialistas de especialidad no confirmada
Grupo E1	
Usuarios sin estudios o estudios primarios	Total de participantes 6: 2 cuidadoras de pacientes crónicos en atención domiciliaria, 2 inmigrantes procedentes de latinoamérica (hombre y mujer), 1 mujer joven que consulta a ginecología, 1 hombre de más de 40 años que consulta por problemas crónicos
Grupo E2	
Usuarios con estudios de grado medio o universitarios	Total de participantes 7: 1 estudiante joven que consulta a ginecología, 1 mujer de más 30 años que consulta a ginecología, 1 hombre estudiante joven, 2 inmigrantes jóvenes regularizados (hombre y mujer), 1 hombre de más de 50 años en paro que consulta por problemas crónicos, 1 cuidadora de una mujer de 80 años en atención domiciliaria
Grupo F	
Gestores, farmacéuticos farmacólogos y técnicos de salud	Total de participantes 10: 1 director de equipo que trabaja en otras entidades, 5 directores de servicio de APS (4 hombres y 1 mujer), 1 gerente de ámbito, 1 farmacóloga y 1 responsable del Sistema de Información y Comunicación

UAAU: unidad de admisión y atención al usuario; APS: atención primaria de salud.

ciados propuestos y sus argumentaciones fueron grabadas y posteriormente transcritas. En los grupos focales de usuarios, se grabaron las sesiones y después se transcribieron para ser analizadas. Los registros fueron anónimos y se aplicó a cada participante un código identificador.

El marco de análisis de los datos

Con la información resultante se realizó un análisis de contenido categorial temático^{18,19}. Los datos textuales se dividieron en unidades, posteriormente agrupadas en categorías, siguiendo el criterio de analogía (simi-

litudes entre las diferentes unidades). Durante esta etapa se tuvo en cuenta el contexto de interpretación del equipo investigador en el sentido social y del texto.

Etapa de preanálisis. Se organizó el material y se diseñaron los ejes analíticos que permitieron examinar los datos y realizar efectivamente el análisis.

Etapa de codificación. Se transformaron los «datos brutos» (material original) en «datos útiles» (resultado del análisis en función de los objetivos preestablecidos), a partir de la fragmentación del texto y el establecimiento de unidades con significación semántica.

Etapa de categorización. Se organizaron las unidades atendiendo a los criterios de diferenciación establecidos, para obtener una visión condensada de los datos y así trabajar posteriormente con ellos. Se depuró la información teniendo en cuenta la congruencia de las categorías, la nivelación semántica (principio de equivalencia), la fiabilidad (verificación de la adecuación de las categorías a los objetivos de la investigación) y la capacidad de proporcionar una nueva visión de los datos.

Resultados

A partir de las diferentes transcripciones se identificaron 4 dimensiones del producto de la APS: accesibilidad a los servicios, coordinación-continuidad de la atención, relación entre profesionales y usuarios y calidad científico técnica-cartera de servicios-capacidad resolutive.

Dimensión: accesibilidad

Los participantes identificaron diferentes aspectos de la accesibilidad, tal como se muestra en la tabla 3. Se puede observar una máxima coincidencia entre los mismos, destacando la importancia de la accesibilidad horaria: «Nos deberíamos organizar teniendo en cuenta las necesidades de la gente (no como nos va bien a nosotros)» (grupo F). «Para los jóvenes no hay facilidades. Se hace muy difícil pedir hora..., cuando te la dan, ya te ha pasado el resfriado... Hay mucha lista de espera» (grupo E, urbano).

Todos pusieron de manifiesto la relevancia de la accesibilidad telefónica: «El teléfono está colapsado..., te dicen un momento y te tienes que esperar eternamente» (grupo C). «Los servicios para dar hora no funcionan, hay pocas personas atendiendo el teléfono y la gente está quemada de tanto esperar..., al final acaban yendo al centro a pedir hora» (grupo C). «Cuántas llamadas telefónicas tienes que hacer para contactar con el centro... para resolver tu demanda» (grupo F).

Los profesionales y los ciudadanos expresaron sus expectativas respecto a la accesibilidad a la información: «Los ciudadanos tendrían que conocer los servicios y cómo acceder a ellos, cómo funcionan: la cita previa, las urgencias y los sábados» (grupo B). Asimismo, los profesionales de la unidad de admisión y atención al usuario (UAAU), manifestaron la necesidad de disponer de la información necesaria para realizar correctamente su tarea de informar a los ciudadanos: «Nosotros recibimos poca información. Nos falta información para poder informar correctamente al usuario» (grupo C).

Dimensión: continuidad y coordinación

La coordinación dentro del centro de APS (CAP) y con otros CAP, entre niveles asistenciales (APS, especialistas y hospital), con los servicios sociales y sociosanitarios, las escuelas, las asociaciones de vecinos, el ayuntamiento y otros recursos comunitarios disponibles, también aparece como un componente destacado por los participantes. En la tabla 4 se presentan las expectativas sobre la coordinación que emergen de los discursos.

Algunas aportaciones sobre este tema son: «La coordinación también es importante entre los diferentes niveles asistenciales. Del hospital a veces te llegan personas sin informe...» (grupo B).

«Coordinación de los servicios sociosanitarios, servicios sociales, hospital y otros servicios. También en los recursos externos. Es importante que haya referentes» (grupo B).

«Hay descoordinación entre los ayuntamientos, las asociaciones de vecinos y los servicios sociales y los centros de atención primaria» (grupo C).

«Hacer más énfasis en la coordinación entre la atención primaria y las escuelas. Es un buen instrumento para la educación sanitaria, aunque se requiere más tiempo, más recursos humanos» (grupo D).

Dimensión: relación entre profesionales y usuarios

Los aspectos relacionales fueron considerados un elemento clave del producto de la APS. Tal como se muestra en la tabla 5, los informantes resaltaron:

– La contención y orientación ante los problemas psicológicos y sociales: «los problemas sociales influyen en la salud de las personas y si no hacemos contención... Las personas han de ser escuchadas... y muchas veces sólo puedes hacer contención» (grupo B). «Tenemos que dar respuesta a los problemas globales de nuestros usuarios» (grupo A). «A veces todo lo que uno tiene es psicológico, bueno no todo, pero basta que la doctora te dé un poco de la atención que en este momento estás deseando, yo creo que con eso,

Tabla 3. Aspectos de la accesibilidad identificados por los diferentes grupos

Accesibilidad	Grupos que identificaron ^a						Aspectos considerados	
	A	B	C	D	E	F	De estructura	De proceso
Telefónica			x		x	x	Disponer de recursos humanos y materiales suficientes (C)	Gestión de la demanda: mejorar el uso del contestador (F) Reducción del número de llamadas para resolver la demanda (F)
Horaria	x		x	x	x	x	Adaptar horarios a las necesidades de todos los usuarios (jóvenes, trabajadores (E) (C), madres solteras (F), pediatría (F) Reducción de cupos (A) Determinar las necesidades de salud de la población (A) Establecer criterios para la asignación de los pacientes (F)	Mejora de la gestión de las listas de espera del médico de cabecera (E) (A) (D) y de los especialistas (A) (E) y para las pruebas diagnósticas (E) Disponer del mismo tiempo para los usuarios en la consulta (E) Atender al usuario sentado (E) (D) Cumplimiento del horario por parte de los profesionales (E) (C)
Geográfica o territorial	x			x		x	Disminución de la distancia geográfica de los usuarios a los programas (p. ej., metadona) (A) y a pruebas complementarias (D)	Transporte sanitario rápido (F)
Socioeconómica					x	x	Detección de necesidades de salud no expresadas (colectivos más vulnerables: gente mayor, personas con precariedad laboral, inmigrantes) (F)	
Cultural				x	x		Contratación de mediadores (D) (F)	Regulación del uso de mediadores a los servicios según su utilidad (D) Formación de los profesionales (D)
Informativa								
Conocimiento de los servicios y su funcionamiento por parte de los profesionales y los usuarios		x			x		Teléfono de información para los trabajadores (C)	Control de los procesos de información de los medios de comunicación de masas (C) Sistemas generales de acceso a la información para los profesionales (comunicación Institución-CAP) (C) Unificación de criterios
Estructural				x			Eliminación de barreras arquitectónicas para personas dependientes o discapacitadas (escaleras...) (D)	

^aGrupo A: médicos y pediatras; grupo B: enfermeras y trabajadoras sociales; grupo C: profesionales de la unidad de admisión y atención al usuario; grupo D: especialistas; grupo E: ciudadanos/usuarios; grupo F: gestores, farmacéuticos-farmacólogos clínicos y técnicos de salud.
CAP: centro de atención primaria.

al menos para mí, es suficiente, porque hay veces que voy y la doctora ni te mira y, entonces, te vas más enferma de lo que has llegado...» (grupo E).

– La escucha activa: «El paciente entra y tú le dices diga, diga, que ya le escucho (mientras tú estas escribiendo... ??). » (grupo A). «La forma de escuchar..., la escucha activa, no es escuchar y ya está, sino escuchar de una determinada manera» (grupo D). «No puede ser una cuestión de suerte que te toque un profesional que te escuche... eso tendría que ser un mínimo». Tienes que exigir que te escuchen... es una pre-

misa básica en la sanidad pública» (grupo E). «... Que te miren a la cara y que te escuchen... Miran al ordenador y no te miran a ti» (grupo E).

– La empatía: «No te explican lo que tienes... y no te ayudan a significar lo que te pasa. Te pasan más cosas que aquello por lo que consultas. Eres una persona más completa» (grupo E). «Tenemos que saber lo que ha entendido el paciente de lo que le hemos dicho y, a la inversa... saber escuchar...» (grupo F). «También hay que aprender a decirle al médico lo que te pasa. Si no les ayudas... a veces no saben» (grupo E).

Tabla 4. Continuidad y coordinación dentro del centro de atención primaria de salud, con otros niveles asistenciales y con los recursos externos

Coordinación	Grupos que identificaron ^a						Aspectos considerados	
	A	B	C	D	E	F	Estructura	Proceso
Coordinación dentro del centro de APS entre los miembros del equipo	x	x	x		x		Estabilidad de los equipos (A)	Trabajo de equipo (A) (B) (C) (E) Unificación de registros/sistemas información (C) Coordinación de casos (B) Redefinición del rol de enfermería (A) Conocimiento de las competencias de la trabajadora social por parte del equipo (B) Criterios de derivación a la trabajadora social (B) Revisión conjunta de las agendas de los profesionales (C)
Coordinación entre médicos de APS especialistas y médicos de APS y hospital	x	x	x	x	x	x	Especialistas en el CAP	Establecer coordinación simétrica (F) Identificar centros que funcionen (B) Conocimiento de las guías de práctica clínica de APS por parte del hospital (B) Utilizar guías de práctica clínica conjuntas (D) Utilizar informes entre médicos de cabecera y especialistas (C) Utilizar informes de alta del hospital a la APS (B) Solicitar pruebas complementarias para el especialista en APS (A) (E) Unificar y crear criterios comunes en la cartera de farmacia (F)
Continuidad entre CAP						x		Atención a los usuarios desplazados (F)
Coordinación entre APS y otros recursos externos		x	x	x				Información sobre los recursos existentes (D) Establecer relaciones con: Asociación de vecinos (C) Servicios sociosanitarios (B) Servicios sociales del Ayuntamiento (C) Escuelas (D)

CAP: centro de atención primaria; APS: atención primaria de salud.

^aGrupo A: médicos y pediatras; grupo B: enfermeras y trabajadoras sociales; grupo C: profesionales de la unidad de admisión y atención al usuario (UAAU); grupo D: especialistas; grupo E: ciudadanos/usuarios; grupo F: gestores, farmacéuticos-farmacólogos clínicos y técnicos de salud.

– La confianza en los profesionales, el respeto y la longitudinalidad: «Si el paciente tiene confianza en los profesionales y las personas que le atienden, entiende mejor las cosas que le estás diciendo y se adapta mejor al equipo y los servicios. La confianza se genera con el respeto mutuo» (grupo C). «El tiempo del médico en el mismo ambulatorio también influye, es diferente la confianza que genera un médico que lleva toda la vida en el mismo centro y ya conoce a todos los pacientes, que la de los médicos que van cambiando cada semana» (grupo C).

– La confidencialidad/intimidad: «El tema de las cosas..., cuando hablas con el usuario en el mostrador no puedes hacerlo con tranquilidad, sin que te oiga todo el mundo. Sobre todo cuando tienen que hacerse pruebas de orina, o personas que tienen algún problema que les da vergüenza explicar delante de los demás, personas con sida, o una persona que no sabe leer...» (grupo C).

– La acogida a las personas usuarias: «La atención primaria es puerta de entrada de los usuarios y es muy

importante como el administrativo (que es la persona que le atiende en primer lugar) reciba al usuario. Dependerá de cómo esta persona reciba al usuario que la cosa vaya muy bien o vaya muy mal» (grupo A). «Un sitio agradable, que no tengas que explicar tu problema en medio de una cola..., que te miren a la cara...» (grupo B).

Al expresar las expectativas respecto a las actitudes relacionales, la duración de la visita aparece como un aspecto muypreciado por parte de los ciudadanos participantes y los profesionales. «Necesitamos más tiempo o menos pacientes. La gente mayor tarda mucho sólo en sacarse la ropa, sobre todo en invierno...» (grupo D). «El médico tiene 2 minutos para atenderte. De pie no se puede atender. Falta decoro para poder indagar a nivel global lo que te pasa» (grupo E). «Yo procuro ir a las horas tempranas porque así no tienes que esperar y te atienden mejor..., tienen más tiempo. Claro, después se acumulan las visitas y hay menos tiempo» (grupo E).

Tabla 5. Relación entre profesionales y usuarios

	Grupos que identificaron ^a						Aspectos considerados	
	A	B	C	D	E	F	Estructura	Proceso
Contención y orientación ante los problemas sociales y psicológicos	x	x			x	x		Definir límites (A) (B) Derivación a trabajadora social (B) Formación y tiempo para atender los aspectos psicosociales (F)
Escucha activa	x	x	x	x	x	x	Espacios adecuados (C) Disponer de tiempo (E)	Mirar a la cara/contacto visual (E) (A) Escuchar (D) (E) (B) Animar/estimular a hablar (E) Alargar el tiempo de consulta (E) Invitar a sentarse al usuario (E) Contrastar y negociar significados (F) (E)
Confianza y respeto			x					Confianza y respeto mutuo entre usuarios y profesionales (C) Tiempo de la relación (C) Credibilidad (C)
Empatía				x	x	x		Tiempo dedicado por usuario (E) Formación de los profesionales en la aproximación a otras culturas (D)
Confidencialidad-intimidad		x	x				Espacios abiertos y masificados (B)	Ser cuidadosos al informar al usuario (B) Evitar hacer explicaciones sobre temas privados en público (C) Evitar interrupciones en las consultas (B)
Longitudinalidad (relación de agencia)	x		x	x		x		Seguimiento a través del tiempo (D) (F) Incorporar una visión global (D) Generar confianza (C)
Acogida	x	x	x		x			Acogida de los usuarios por parte de los profesionales de la UAAU (A) (C) (E) Recursos formativos para los profesionales (D)
Relaciones simétricas			x	x				Toma de decisiones conjuntas (C) Promover el uso de los propios recursos por parte del usuario (D)

UAAU: unidad de admisión y atención al usuario.

^aGrupo A: médicos y pediatras; grupo B: enfermeras y trabajadoras sociales; grupo C: profesionales de la unidad de admisión y atención al usuario; grupo D: especialistas; grupo E: ciudadanos/usuarios; grupo F: gestores, farmacéuticos-farmacólogos clínicos y técnicos de salud.

Dimensión: calidad científico-técnica y capacidad resolutive de la atención primaria

La calidad de los de servicios de APS y la capacidad resolutive fueron dimensiones identificadas por los participantes. En la tabla 6 se muestran los diferentes aspectos emergentes de los discursos.

Atención a los problemas diagnósticos y terapéuticos de la patología aguda

Los profesionales ponen de manifiesto la carga asistencial atribuible a la atención a la patología aguda y la escasa contribución-ponderación de ésta en las evaluaciones. «La atención a la patología aguda (desde diagnosticar un resfriado hasta extraer un tapón del oído...) es el 90% de nuestro trabajo y no se tiene en cuenta en la evaluación» (grupo A).

Atención a las necesidades de los problemas diagnósticos y terapéuticos de la enfermedad crónica, la atención domiciliaria (ATDOM) y los problemas de salud mental

Respecto a la enfermedad crónica, la ATDOM y los problemas de salud mental conviene destacar la identificación de necesidades formativas en geriatría, rehabilitación y salud mental, expresadas por los profesionales y la necesidad de formación a las familias manifestada por los cuidadores. «Te tienen que enseñar a convivir con la enfermedad. Conocer el uso y los efectos de los medicamentos» (grupo E). «Necesitaríamos cursos para aprender a manejar una enfermedad como la demencia. No sé cómo debo actuar en muchas otras cosas que me pasan con mi padre...» (grupo E).

Los profesionales y los ciudadanos participantes ponen de relieve la necesidad de soporte psicológico a los cuidadores y de acompañamiento en los proce-

Tabla 6. Calidad científico-técnica de los servicios de atención primaria y capacidad resolutive

Componentes	Grupos que identificaron ^a						Propuestas de mejora	
	A	B	C	D	E	F	Estructura	Proceso
Resolución de los problemas diagnósticos y terapéuticos de la patología aguda	x		x	x		x	Elaboración de la cartera de servicios (A) Número y tipo de pruebas diagnósticas solicitadas	
Resolución de los problemas diagnósticos y terapéuticos de la patología crónica	x			x	x		Introducción del voluntariado (E) Servicios de rehabilitación (D) Incorporación de geriatras (A)	Especialización y formación específica a los profesionales (A) (D) Formación de las familias (E) Soporte emocional a los cuidadores (E) (A) Acompañamiento en el proceso (D) Prescripción correcta (E)
Resolución de los problemas diagnósticos y terapéuticos en salud mental				x	x		Aumento del número de especialistas (D)	Facilitar el contexto relacional para expresarse (E) (D) Soporte psicológico a los cuidadores (E) Facilitar el tiempo y la formación necesarias para detectar la enfermedad (E) Derivaciones
Programa de atención domiciliaria (ATDOM)	x	x	x	x	x	x	Más recursos durante las epidemias (C) Más medios (vehículos y conductores) en áreas rurales y metropolitanas (C) Introducción del voluntariado (E) Transformación de los PADES en equipos de soporte de los EAP (A) (D) Aumentar la capacidad de respuesta inmediata por parte de los PADES Servicios de rehabilitación (D) Incorporación de geriatras (A)	Formación de las familias (E) Soporte emocional a los cuidadores (E) (A) Acompañamiento en el proceso (D) Prescripción correcta (E)
Actividades preventivas	x	x	x		x	x	Registro de vacunas centralizado (A) Trabajo por programas (F) Incorporar a los agentes de salud (C)	Prevención de enfermedades crónicas, sida y enfermedades de transmisión sexual en jóvenes (C) Prevención consumo drogas en jóvenes (C) Embarazos en adolescentes (A) Consejo genético (A) Revisiones escolares (A) Obesidad (C) Enfermedades importadas (C) Trastornos en la alimentación (E)
Actividades educativas o promoción de la salud en la consulta y en la comunidad	x	x		x		x	Educación sanitaria compartida con otros agentes (campañas publicitarias) (D)	Promover actividades en la comunidad: escuelas, carretera, empresas, etc.) (D) Unificar criterios sobre cómo realizar las actividades educativas y cómo evaluar su efectividad (B) Evaluar las actividades educativas (F) Realizar educación grupal (A)
Rehabilitación de problemas osteoarticulares (reuma y trauma), respiratoria				x			Incorporar rehabilitadores en la APS (D)	
Aumentar las pruebas complementarias en APS	x			x			Ecografías (A) Amniocentesis (D)	
Atención continuada	x		x			x	Definir y separar atención urgente de atención continuada (A)	
Medicinas complementarias				x	x		Incorporar en la atención las medicinas alternativas (D) (E)	
Cirugía menor	x						Se podría asumir en APS	

PADES: Programa de Atención Domiciliaria-Equipos de Soporte; EAP: equipos de atención primaria; APS: atención primaria de salud.

^aGrupo A: médicos y pediatras; grupo B: enfermeras y trabajadoras sociales; grupo C: profesionales de la unidad de admisión y atención al usuario; grupo D: especialistas; grupo E: ciudadanos/usuarios; grupo F: gestores, farmacéuticos-farmacólogos clínicos y técnicos de salud.

sos crónicos. «Los enfermos crónicos somos personas muy frágiles. Cuando hay enfermedades especiales hay que prevenir las depresiones. La enfermera que viene a casa procura que no tenga una depresión» (grupo E). «En la gente mayor o con pluripatología o enfermedad crónica avanzada, el seguimiento y el acompañamiento son fundamentales» (grupo D).

Sobre la atención a los problemas de salud descritos, surge la demanda de incorporar geriatras, servicios de rehabilitación, más especialistas en salud mental y disponer de más tiempo. «Atención especial significa que necesitan unas cosas específicas, más dedicación, más tiempo, educación sanitaria» (grupo A). «La inmigración no es un conflicto, también tienen problemas las personas de 80 años, tienes que hacer prevención a todos... Lo que pasa es que se necesita más tiempo para atender a una persona mayor o a un inmigrante» (grupo D).

Actividades preventivas y de promoción de la salud en la consulta y en la comunidad

Todos los grupos participantes expresan expectativas positivas sobre la necesidad de la aplicación de actividades preventivas y la promoción de la salud a nivel individual y comunitario. «Prevención primaria: enseñarle a prevenir el cáncer de colon, las enfermedades cardiopulmonares, las enfermedades de transmisión sexual, la caries...» (grupo B). «Hay que hacer educación grupal en personas diabéticas, mujeres en la menopausia (demasiado medicalizada, sin ser una enfermedad), prevención del embarazo en adolescentes, promoción de la lactancia materna, revisiones escolares, consejo genético, etc., un poco en función de las necesidades» (grupo A).

En el caso de los adolescentes se puso de manifiesto la necesidad de realizar las actividades preventivas fuera del centro de salud. «En el caso de los adolescentes, hay que realizar las actividades preventivas fuera del centro de salud, hay que pillarlos por sorpresa» (grupo C). «Las actividades comunitarias siempre se quedan para el final. Igual que hacemos visitas programadas, hay que hacer actividades fuera del centro, en institutos, escuelas... básicamente actividades preventivas» (grupo F).

Otros servicios: medicinas alternativas, cirugía menor y ampliar las pruebas complementarias desde la APS

Los especialistas y los ciudadanos expresaron la demanda de incluir en los servicios la medicina alternativa. «Con las medicinas alternativas se podrían ahorrar muchos medicamentos. ¿Por qué la primaria no podría ofrecer medicina alternativa? Es una forma de responder a una demanda. La Seguridad Social no cubre las medicinas alternativas, aun cuando la homeopatía, por

ejemplo, ha demostrado ser válida para determinadas cosas. La primaria como mínimo no las debería rechazar, o por lo menos escuchar. En las medicinas complementarias, como en todo, hay gente competente y gente que no lo es. Como mínimo, se deberían respetar estas medicinas» (grupo D). «Nosotros utilizamos la medicina alternativa y ellos lo han de tener en cuenta...» (grupo E).

También se planteó la posibilidad de asumir la cirugía menor: «La cirugía menor también la podría asumir la atención primaria» (grupo A).

En las diversas dimensiones identificadas aparece la calidad de la prescripción como un elemento clave.

La equidad entendida como accesibilidad de todos los usuarios, sin diferencias de edad, clase social, nivel socioeconómico y territorial, la satisfacción y la eficiencia técnica, de gestión y dinámica, entendida como capacidad de innovación, flexibilidad y adaptabilidad productiva, también aparecen en los discursos como elementos clave, en todos los componentes del producto identificados.

Discusión

Los profesionales y los usuarios identifican 4 dimensiones del producto de la APS que coinciden con sus responsabilidades y atributos básicos: accesibilidad; coordinación y continuidad; relación profesional-paciente; calidad científico-técnica, cartera de servicios y capacidad resolutoria. Consideran que los servicios actuales no cumplen todas sus expectativas en estas dimensiones. Es interesante la coincidencia entre grupos en las dimensiones identificadas y el hecho de que la relación entre profesionales y usuarios aparezca como elemento clave en todos los grupos, como es esperable dada la amplitud y profundidad que caracteriza la relación interpersonal en este nivel asistencial³.

Los participantes manifestaron sus expectativas sobre el producto de la APS, a partir de su contexto y experiencia particular y merece la pena destacar la riqueza y validez subjetiva de sus aportaciones en todas las categorías que emergen de los discursos.

La coincidencia entre los grupos en la identificación de las dimensiones del producto de la APS permite asumir que se alcanzó la saturación de la información. No obstante, si bien la selección se realizó siguiendo los perfiles descritos en la tabla 1, los elementos comunes de la formación, la tendencia a responder según el fenómeno de aceptabilidad social, la conciencia de que algunas expectativas pueden ser desmesuradas y la vinculación con la APS, podrían limitar en parte la sinceridad de las respuestas y la representatividad de los resultados.

La pregunta inicial a los grupos que introducía la necesidad de valorar los servicios que ofrecen y los que

deberían proporcionar los equipos de APS favoreció el carácter crítico de la discusión. Dada la tendencia a identificar los aspectos con los que se está más insatisfecho, algunos elementos centrales del producto de la APS con impacto sobre la salud y la satisfacción (facilidad de acceso a medicamentos o el tratamiento correcto desde un punto de vista científico-técnico) pueden ser temas poco tratados, por considerarse obvios o satisfactoriamente resueltos.

Las dimensiones del producto de la APS destacadas por los participantes coinciden con las obtenidas en otros estudios realizados en Cataluña. El estudio de Palacio et al²⁰ sobre qué aspectos de un centro de salud valoran los pacientes identifica: aspectos de accesibilidad y organizativos, la relación con los profesionales, los servicios ofrecidos y las características del centro. Los mismos autores estudiaron lo que valoran los profesionales y encuentran elementos de estructura, accesibilidad y funcionamiento del equipo, cartera de servicios, conocimientos y actitudes²¹. Mira et al²² encuentran que de los 10 aspectos más valorados por los pacientes, 3 tienen que ver con actitudes de los profesionales, 2 con habilidades y 5 con la organización: estabilidad de los profesionales, rapidez de realización de pruebas y acceso a la consulta, a los especialistas y el uso de la historia clínica. Las evaluaciones globales y cualitativas de la atención primaria, como el MPAR-5²³ y otros trabajos recientemente publicados sobre la aplicación del *benchmarking* a los equipos de APS^{24,25}, también contemplan ciertas dimensiones, como la accesibilidad, efectividad e integralidad, capacidad resolutoria, costes y eficiencia. Por otra parte, estas evaluaciones plantean la necesidad de incluir en la evaluación más indicadores de resultados y de coordinación. Algunos estudios se centran en aspectos concretos del producto: la cartera de servicios^{26,27}, los sistemas de clasificación de pacientes²⁸, la mortalidad evitada²⁹, o los *ambulatory care sensitive conditions*³⁰.

Nuestra revisión muestra una asociación entre satisfacción de los pacientes y accesibilidad, continuidad de la atención, duración de la visita, relación médico-paciente y realización de actividades preventivas⁴.

Este estudio forma parte de un trabajo más amplio de enfoque cuantitativo. Los resultados obtenidos validan y enriquecen el marco conceptual del producto de la APS y contribuyen a precisar sus componentes a partir de las valoraciones de profesionales y ciudadanos usuarios. Se sitúa en un modelo de relación entre la investigación cualitativa y cuantitativa que Popay³¹ denomina de complementario, según el cual los métodos cualitativos hacen una contribución propia y específica a los cuantitativos, y pueden «sumarse» y construir en la misma dirección.

Las personas consultadas señalan que los servicios actuales no cumplen todas sus expectativas, identificando importantes áreas de mejora. Una evaluación de

los servicios de APS que deseara contemplar el producto asistencial en su globalidad debería considerar cada una de estas dimensiones.

Agradecimientos

Este trabajo forma parte de un estudio financiado por una ayuda del Instituto de Salud Carlos III (FIS PI021762).

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra: OMS; 1978.
2. Feldstein PJ. Health care economics. Albany: Delmar; 1988. p. 16.
3. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, S.A.; 2001.
4. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Pérez B, J Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. En prensa 2006.
5. Escudero T. Desde los test hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el xx, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. *Relieve*. 2003;1:11-43.
6. Mercado-Martínez FJ, Alcántara-Hernández EC, Lizardi-Gómez A, Benítez-Morales R. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Aten Primaria*. 2003;31:32-8.
7. Mercado-Martínez FJ, Ramos-Herrera IM, Valdez-Curiel E. La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. *Cad Saúde Pública*. 2000;16:759-72.
8. Íñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria*. 1999;23:496-502.
9. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. *Quaderns de Salut pública i administració de serveis de salut*. Valencia: IVESP; 1994. p. 1-29.
10. Peiró S, Artells JJ. La gestión de la investigación de los centros sanitarios. Una exploración mediante la técnica del grupo nominal. *Gac Sanit*. 2001;15:245-50.
11. Pla M, Ros M, Fernández E, Pérez R, Llena A, Vega C. Sexualidade, imigração e prevenção da AIDS: avaliação qualitativa participativa de experiências nacionais de intervenção em atenção primária em saúde. En: BOSI, Magalhães ML, Mercado FJ, editores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 410-42.
12. Prieto MA, March JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2002;29:366-73.
13. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*. 2000;25:181-6.
14. Twohig P, Putnam W. Group interviews in primary care research: advancing the state of the art ritualized research? *Fam Pract*. 2002;19:278-84.
15. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus group. *BMJ*. 1995;311:299-302.
16. Delgado JM, Gutiérrez J, editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1994.

17. Krueger R. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide; 1991.
18. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. Thousand Oaks: Sage; 1994.
19. Amezcuca M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:423-36.
20. Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol JL. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. Aten Primaria. 2003;31:307-14.
21. Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Pinol JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. Aten Primaria. 2003;32:135-43.
22. Mira JJ, Galdón M, Ignacio E, Velasco MV, Lorenzo S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Rev Calidad Asistencial. 1999;14:165-77.
23. Institut Català de la Salut. Cartera de Serveis de la DAP Anoia. Document per a la resolució de problemes de salut. Igualada: ICS; 1997.
24. Plaza Tesias A, Zara Yahni C, Guarga Rojas A, Farres Quesada J. Resultado de la aplicación del *benchmarking* en los equipos de atención primaria de Barcelona. Aten Primaria. 2005;35:122-7.
25. Plaza Tesias A, Guarga Rojas A, Farres Quesada J, Zara Yanhi C. Consenso sobre un proceso de *benchmarking* en la atención primaria de salud de Barcelona. Aten Primaria. 2005;35:130-9.
26. Jiménez J, Cutillas S, Martín A. Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto MPAR-5. Aten Primaria. 2000;25:653-60.
27. Segovia C. La cartera de servicios: valor del producto. Cuadernos de gestión. 1999;5:106-15.
28. Prados A, Prados D, March JC. Medida del producto en atención primaria. Aten Primaria. 1998;22:329-33.
29. Vila A, Bria X. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. Cuadernos de gestión. 2001;7:134-41.
30. Caminal J, Mundet X, Ponsa J, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. Gac Sanit. 2001;15:128-41.
31. Popay J. Qualitative research and the epidemiological imagination: a vital relationship. Gac Sanit. 2003;17 Supl 3:58-63.