

Percepción de la población general de nuestra especialidad: ¿están de acuerdo los pacientes con las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas por el médico de familia?

María Estrada^a, Carolina Estrada^b, Ruth Martínez^a, Luna Urbano^a, Michal Chudacik^a,
Luís Carlos Fernández^b

^aCentro de Salud El Coto. Gijón. España.

^bCentro de Salud Contrueces. Gijón. España.

Correspondencia:
María Estrada Martínez.
C/Avelino González Mallada,
46-3ºIzq. 33204. Gijón. España.

Correo electrónico:
estradi_varius@hotmail.com

Recibido el 18 de febrero de 2016.

Aceptado para su publicación el 25 de mayo de 2016.

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



RESUMEN

Objetivo. Conocer el grado de conformidad de los pacientes con las decisiones que toma el médico de familia y sus conocimientos sobre nuestra especialidad.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento y Participantes. Realizado en dos centros de salud urbanos con una muestra de adultos mayores de 18 años. Se seleccionaron 660 pacientes mediante muestreo estratificado, utilizando como fuente de datos la Tarjeta Sanitaria.

Mediciones Principales. Se recogieron variables sociodemográficas, indicadores de utilización, conocimientos sobre nuestra especialidad y actitudes ante potenciales conflictos en la consulta. Se creó un cuestionario específico y enviamos una carta a los pacientes seleccionados, previa a la encuesta telefónica.

Resultados. Conocen que se realiza formación especializada postgrado para ser médico de familia el 43,6 % (IC 95 %: 38,2-49) de los encuestados. El 38 % (IC 95 %: 32,9-43,3) de los pacientes está de acuerdo siempre con los cambios de medicación propuestos por el médico de familia. El 51 % (IC 95 %: 45,6-56,4) comprende la negativa de derivación a Atención Hospitalaria. Admitiría la negativa a una prueba complementaria no indicada, a criterio del médico de familia, el 57 % (IC 95 %: 51,6-62,4) de los participantes. Aceptarían que no se les recete antibióticos el 82,7 % (IC 95 %: 78,6-86,8) de los pacientes, aunque ellos lo solicitaran.

Conclusiones. La formación específica que realiza su médico de familia es aún desconocida por muchos de nuestros pacientes. Aceptan que no se les recete antibiótico, aunque lo soliciten, una mayor proporción de pacientes que los que admiten una negativa a una prueba complementaria o a una derivación a Atención Hospitalaria.

Palabras clave. Encuestas epidemiológicas. Relaciones médico-paciente. Medicina Familiar y Comunitaria.

ABSTRACT

Objective. To determine patients' degree of agreement with Family Doctor's decisions and their knowledge about our speciality.

Design. Cross-sectional descriptive study.

Location and Participants. The study was carried out in two urban primary care health centres with a sample of adults older than 18 years. 660 patients were selected through stratified sampling, using the health card as data source.

Main measures. Socio-demographic variables, health care service use indicators, knowledge about our speciality and attitudes towards potential conflicts were registered. A specific questionnaire was designed and a letter was sent to the selected patients before telephone survey.

Results. 43.6 % (CI 95 %: 38.2-49) patients know that postgraduate specialised training is required to become family doctor. 38 % (CI 95 %: 32.9-43.3) always agree with changes in medication proposed by the Family Doctor. 51 % (CI 95 %: 45.6-56.4) would agree with their doctor's refusal of referral to hospital care. 57 % (CI 95 %: 51.6-62.4) would agree with a doctor's refusal to make a complementary test although the patient had requested it. 82.7 % (CI 95 %: 78.6-86.8) would agree with not being prescribed antibiotics although the patient had requested it.

Conclusions. Family doctor's specialized training is still unknown for many of our patients. They agree with the doctor's decision about their demands of inappropriate antibiotic prescription easier than with decisions about refusal to complementary tests or referral to Specialist Care.

Key Words. Health surveys. Physician-patient relations. Family Practice.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han multiplicado los estudios sobre la opinión de los pacientes, con el fin de mejorar la calidad de la atención prestada. La mayor parte indaga sobre la satisfacción del paciente en diversos aspectos de accesibilidad, equipamiento y trato por parte de profesionales sanitarios y no sanitarios.

El perfil de paciente más satisfecho con su médico de familia es anciano, frecuentador regular del centro de salud, con historia de largo tiempo de relación con el médico, con buen nivel de autocuidado y con enfermedades crónicas¹. La confianza se considera un aspecto crítico junto a satisfacción, adherencia y percepción de efectividad del cuidado en los estudios de evaluación de la calidad de Atención Primaria. La relación médico-paciente es fundamental para la adherencia y, a su vez, en la base de la relación médico paciente, está la percepción, por parte del paciente, de la competencia técnica del médico².

Encontramos disparidad entre las afirmaciones de los estudios consultados¹⁻⁴ y nuestra práctica diaria. Los estudios dicen que los pacientes tienen confianza en las habilidades profesionales y que están satisfechos con la relación médico paciente si hay continuidad. Esa continuidad, por definición, existe en atención primaria. Por tanto, debería haber una importante aceptación de las recomendaciones terapéuticas del médico de familia. Paradójicamente, la práctica clínica diaria en ambos niveles asistenciales nos permite observar, frecuentemente, que la sociedad no percibe siempre al médico de familia tan formado como otras especialidades. Los pacientes parece que confían menos en la Atención Primaria que en la Atención Hospitalaria porque tiene menos medios y considera más preparados a los médicos que trabajan en el Hospital, lo cual demuestra un bajo conocimiento de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria³.

Por otro lado, la percepción de desconfianza en su competencia y formación por parte del médico respecto a sus pacientes provoca emociones negativas en el profesional, que predisponen más fácilmente al error, a la fatiga y al "burnout"⁵.

Por ello, pretendemos determinar cuánto saben los pacientes de nuestra especialidad y qué porcentaje de la población está de acuerdo con las respuestas que le da el médico de familia. Así, el objetivo general de nuestro estudio fue conocer el grado de conformidad de los pacientes con las decisiones que toma el médico de familia respecto a criterios diagnósticos y terapéuticos en una zona básica de salud. Como objetivos específicos, nos planteamos conocer: 1) si los pacientes están de acuerdo con los cambios de tratamiento, prescrito por otro especialista, por parte del médico de familia; 2) si los pacientes están de acuerdo con la NO indicación de derivación del médico de familia; 3)

si los pacientes están de acuerdo con la indicación de pruebas complementarias por parte del médico de familia; 4) si los pacientes están de acuerdo con la NO indicación de antibióticos, aunque ellos lo soliciten; 5) si la población sabe que el médico de familia es especialista.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población estudiada correspondió a pacientes adultos mayores de 18 años de dos centros de salud urbanos de Gijón (Principado de Asturias) con una población de 22.486 y 14.795 habitantes, respectivamente. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años y haber sido visitado en alguna ocasión en el centro durante el año 2012. Los criterios de exclusión considerados fueron la presencia en su historia clínica del diagnóstico de deterioro cognitivo, demencia, hipoacusia o trastorno mental severo que lo incapacitase para la comunicación verbal. Asimismo, se excluyeron pacientes institucionalizados.

Se calculó un tamaño de muestra para una proporción esperada de sujetos conformes con la decisión tomada del 50 %, un nivel de confianza del 95 % y una precisión de 5 %. Se calculó una previsión de no respuestas del 40 %, siendo finalmente el tamaño muestral de 660 pacientes. Se realizó muestreo estratificado mediante la formación de grupos etarios de 10 en 10 años, desde los 18 años, utilizando como fuente de datos la tarjeta sanitaria individual (TSI). De los 660 pacientes, el 52,4 % (346 pacientes) pertenecen al primer centro de salud y el 47,5 % (314 pacientes) al segundo.

Revisada la bibliografía y tras no encontrar cuestionarios o escalas validados o al menos, utilizados previamente, diseñamos un cuestionario específico (tabla 1).

Las variables analizadas fueron: sociodemográficas (edad, sexo), indicadores de utilización (número de visitas a la consulta de medicina en el último año), actitud del paciente ante la no derivación al 2º nivel asistencial con propuesta de resolución de problema de salud por el médico de familia, actitud del paciente ante la no indicación de la prueba complementaria solicitada, actitud del paciente ante la negativa a prescripción de antibióticos si no están indicados a juicio del médico de familia y conocimientos sobre la formación de los médicos de familia.

Se realizó entrenamiento de los entrevistadores y se procedió a la prueba de pilotaje en 20 pacientes de los seleccionados para comprobar si nuestro cuestionario respondía realmente a los objetivos planteados y su inteligibilidad. Esta encuesta correspondiente al estudio piloto se realizó en consulta. Posteriormente, a los restantes 640 pacientes se les informó de su selección mediante carta enviada por correo postal a su domicilio. Dos semanas después, se cumplimentaron los cuestionarios.

Cuestionario

A. ¿Un médico del Centro de Salud está preparado para modificar la medicación que le recetó otro médico en el Hospital?

1. No
2. Sí, pero solo en algunas especialidades
3. Sí, en medicación de cualquier especialidad
4. NS/NC

B. Cuando Ud. solicita un volante para el especialista y el médico del Centro de Salud no se lo da porque le explica su problema se puede solucionar él, usted ¿qué hace?

1. Lo acepto
2. Insisto e incluso discuto para que me envíe al especialista
3. Voy por Urgencias
4. Voy a un médico privado
5. Otros

C. Cuando Ud. va a consulta con la idea de pedirle un volante para una analítica o una radiografía y él le explica que de momento no es necesario, usted, ¿qué hace?

1. Lo acepto, porque él es el que sabe
2. Insisto e incluso discuto para que me envíe al especialista
3. Voy por Urgencias
4. Voy a un médico privado
5. Otros

D. Cuando Ud. va a consulta creyendo que necesita antibióticos y él le explica que de momento no es necesario, usted, ¿qué hace?

1. Lo acepto, porque él es el que sabe
2. Insisto e incluso discuto para que me envíe al especialista
3. Voy por Urgencias
4. Voy a un médico privado
5. Otros

E. ¿Se necesita hacer la especialidad para ser cirujano?

1. Sí
2. No
3. NS/NC

F. ¿Se necesita hacer la especialidad para ser pediatra?

1. Sí
2. No
3. NS/NC

G. ¿Se necesita hacer la especialidad para ser médico del centro de salud?

1. Sí
 2. No
 3. NS/NC
-

Tabla 1. Cuestionario utilizado

rios mediante encuestas telefónicas breves a los pacientes.

Los datos fueron introducidos en una base de datos EXCEL y analizados con el programa SPSS versión 12.0. Se realizó un análisis univariante descriptivo mediante el cálculo de las medias y porcentajes. Se estimaron los intervalos de confianza del 95%. En el análisis bivariante se utilizó la prueba de Chi cuadrado para la comparación de proporciones y el análisis de la varianza para la comparación de medias.

RESULTADOS

De la muestra inicial de 660 pacientes, finalmente completaron la encuesta un 47,3 % (312 pacientes). La distribución de no respuestas fue la siguiente: un 4,8 % no quisieron realizarlo (17 pacientes), el 10,6 % no pudo ser contactado por error en la base de datos (37 pacientes), mientras que los 279 pacientes restantes (80,1 % de las pérdidas) no pudieron ser localizados tras realizar tres llamadas telefónicas en horarios y días distintos. No se recogieron datos del motivo de no contestar la encuesta en 15 sujetos.

La media de edad fue de 52,68 años (DE: 1,94). El 57 % eran mujeres. En cuanto a la frecuentación, el 45 % de los participantes había acudido a la consulta de Medicina en el último año entre 1 y 6 veces, mientras que un 13 % había acudido más de 12 veces.

En la tabla 2 se muestran los datos correspondientes a las preguntas planteadas a los participantes en el cuestionario.

Actitud ante la modificación de medicación crónica en Atención Primaria

Respecto a la pregunta sobre si el médico de familia está preparado para modificar la medicación pautada en el Hospital, el 38,1% (IC 95% 32,9-43,3) manifestó que lo aceptaba siempre y el 31,7% (IC 95%: 26,5-36,9) que solo si solo si el tratamiento fue prescrito por algunas especialidades.

Actitud ante la negativa a derivación a Atención Hospitalaria

En cuanto a la cuestión sobre qué actitud tomaría el paciente si tras solicitar derivación hospitalaria su médico decide no derivarlo, el 51% (IC 95%: 45,6-56,4) indicó que lo aceptaría, el 20,2% (IC 95%: 15,9-24,5) manifiesta que insistiría o discutiría, un 11,5% (IC 95%:8-15) reconoce que acudiría al Servicio de Urgencias y el 8,7% (IC 95%: 5,8-11,6) que optaría por ir a la medicina privada. Los pacientes que resolverían el conflicto acudiendo a urgencias, mostraron una mayor frecuentación del centro de salud, aunque las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas. La edad media de los que optaría por acudir a urgencias (48,3 años \pm 6,3) o al médico privado (46,2 \pm 6,45) fue significativamente inferior que la de los que manifestaron una actitud más expectante ($p=0,011$).

Actitud ante la no indicación de pruebas complementaria solicitada

Respecto a la pregunta sobre qué actitud tomaría el participante si tras solicitar una prueba complementaria su médico decide no realizarla tras explicarle que no la considera necesaria, el 57% (IC 95%: 51,6-62,4) indicó que lo aceptaría, el 26% (IC 95%: 21,3-30,7) manifestó que insistiría o discutiría y un 7,4% (IC 95%: 4,7-10,1) reconoció que acudiría al Servicio de Urgencias.

Actitud ante la negativa a prescripción de antibióticos si no están indicados a juicio del médico de familia

Al preguntar sobre qué actitud tomaría el participante si tras solicitar antibióticos, su médico le explica que el proceso no los requiere, el 82,7% (IC 95%: 78,6-86,8) respondió que lo aceptaría, el 9,3% (IC 95%: 6,2-12,4) reconoció que insistiría o discutiría y un 2,9% (IC 95%: 1,2-4,6) que optaría por acudir a urgencias. Los pacientes que acudiría a la Medicina privada para resolver conflictos tienen una media de edad de 35 años (IC 95%: 16,79-53,21) y aquellos que insistirían llegando a la discusión incluso tienen una media de edad de 50,14 años (IC 95%: 43,83-56,45). La edad media del grupo que aceptaría el consejo de su médico respecto a la prescripción de antibióticos fue de 52,6 años (IC 95%: 50,54-54,66) y de los que esperarían evolución fue de 54,4 años con (IC 95%; 38,04-70,76), observando una edad significativamente inferior en los que acudirían a un médico privado o discutirían la decisión respecto a los aceptarían el consejo de su médico o esperarían la evolución ($p=0,007$).

Conocimientos sobre la formación de los médicos de familia

Saben que se realiza formación especializada postgrado en nuestra especialidad el 43,6% (IC 95%: 49-38,2) de los encuestados. No se observaron diferencias respecto este conocimiento por sexo, edad ni zona básica.

DISCUSIÓN

En nuestros resultados hemos comprobado que más de la mitad de los pacientes aceptaría no ser derivados a otro nivel asistencial para el manejo de determinadas patologías y algo más de un tercio están de acuerdo con que el médico de familia modifique los tratamientos pautados en Atención Hospitalaria.

Por el contrario, comprobamos que es frecuente (43%) que los pacientes discutan, acudan a los Servicios de Urgencias o recurran a la medicina privada si solicitan que se les realice una prueba complementaria y su médico no la considera indicada.

En un estudio realizado en Corea, Lee⁵ se comprobó, también en encuesta telefónica, que un 47% de la población acudiría a un médico privado para obtener una prueba diagnóstica frente a solo un 8,7% de los pacientes en nuestros centros de salud.

Pregunta	Lo acepto	Insisto o discuto	Voy a urgencias	Voy a un médico privado	Otros
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%
Cuando Ud. va a consulta creyendo que necesita antibióticos y él le explica que de momento no es necesario, usted, ¿qué hace?	258 (82,7) 78,6-86,8	29 (9,3) 6,2-12,4	9 (2,9) 1,2-4,6	5 (1,6) 0,3-2,9	11 (3,5) 2,5-5,4
Cuando Ud. solicita un volante para el especialista y el médico del Centro de Salud no se lo da porque le explica su problema se puede solucionar él, usted ¿qué hace?	159 (51) 45,6-56,4	63 (20,2) 15,9-24,5	36 (11,5) 8-15	27 (8,7) 5,8-11,6	27 (8,6) 5,7-11,5
Cuando Ud. va a consulta con la idea de pedirle un volante para una analítica o una radiografía y él le explica que de momento no es necesario, usted, ¿qué hace?	178 (57,1) 51,6-62,4	81 (26) 21,3-30,7	23 (7,4) 4,7-10,1	12 (3,8) 1,9-5,7	9 (2,9) 1,9-3,9
	No acepta	A veces	Siempre	NS/NC	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%	
¿Un médico del Centro de Salud está preparado para modificar la medicación que le recetó otro médico en el Hospital?	66 (21,2) 18,2-24,2	99 (31,7) 26,5-36,9	119 (38,1) 32,9-43,3	28 (9) 8-10	
	MF y C	Cirujanos	Pediatras		
	N (%)	N (%)	N (%)		
	IC 95%	IC 95%	IC 95%		
¿Se necesita especialidad para ser ...?	136 (43,6) 38,2-49	257 (82,4) 79,4-85,4	247 (79,2) 76,2-82,2		

Tabla 2. Distribución de respuestas a las preguntas planteadas a los participantes en el cuestionario.

Por el contrario, dada la creciente escalada tecnológica y la repercusión en los médicos, probablemente para el paciente no resulta creíble que la mayor parte de los procesos médicos puedan ser resueltos en la consulta de Atención Primaria, con escasos medios diagnósticos. Esto podría explicar que una cuarta parte de los encuestados insista y discuta para que se soliciten pruebas complementarias, aunque más de la mitad aceptaría que no es necesario realizar más pruebas tras una explicación de su médico.

En España, igual que en Corea y en otros muchos Sistemas Nacionales de Salud, los médicos de familia desempeñan la función de "gatekeeper". Sin embargo, en dicho estudio se comprobó que el 80% de los pacientes no estaba seguro de qué era un médico de familia. En nuestro caso constatamos que menos de la mitad de la población sabe que realizamos formación especializada, idéntica a la que realizan otros compañeros del segundo nivel asistencial, encaminada a dotarnos de habilidades y conocimientos sobre el ajuste de medicación y

resolución de problemas de salud sin derivaciones ni pruebas complementarias. A la luz de los resultados, es fácil entender que prefieran obviar el paso por nuestra consulta y acudan directamente a Atención Hospitalaria.

En un elevado porcentaje confían en nosotros para modificar medicación. Sin embargo, existen diferencias en función de la percepción que tienen los pacientes de su patología. Esto se deduce al observar que casi un tercio de los pacientes reconocen que confían en el criterio de su médico para cambiar su medicación crónica, aunque esto depende de la especialidad hospitalaria que hubiera realizado la prescripción inicial. Esta confianza se incrementa especialmente si existe continuidad en la relación médico-paciente, como ya comprobó Adier⁶.

Destaca sobre todo "la resistencia" de los pacientes a no ser derivados, fruto quizá de una mentalidad heredera del sistema de relación entre niveles asistenciales anterior a la reforma de la Atención Primaria. Muchas respuestas a nuestra encuesta,

que merecerían un análisis cualitativo, orientan a la percepción que tiene la población de la derivación al "especialista" como un derecho y no una indicación médica.

Dado que muchos de los problemas se solucionan en Atención Primaria, con un coste inferior que en Atención Hospitalaria, el conocimiento por parte de la población de las competencias técnicas de su médico de familia probablemente permitirá abaratar costes del Sistema de Salud. Asimismo, este reconocimiento por parte de los pacientes de la valía de los especialistas extrahospitalarios podría mejorar la salud de los profesionales, lo cual repercute directamente sobre el cuidado que brindamos a nuestros pacientes.

Más del 80% de los encuestados entiende que no se le receten si solicita antibióticos y su médico considera que no los necesita. En cambio, un escaso porcentaje (2,9%) acudiría a Urgencias. Nuestros hallazgos son semejantes a los reflejados en el estudio realizado en Portugal por Santiago⁷ y sus colaboradores, en el que se comprobó que el 3% de la población, deseaba de alguna forma decidir su tratamiento.

Los pacientes se muestran más tolerantes a la negativa del médico a prescribir antibióticos cuando los demandan, debido probablemente a las campañas educativas sobre el uso razonable del medicamento, que a otros conflictos sobre ajustes de medicación o pruebas complementarias.

Comprobamos que las actitudes tomadas por los participantes ante conflictos entre los deseos del paciente, respecto a la prescripción de antibióticos o la solicitud de interconsultas no indicadas, y la actuación del médico difieren según la edad del paciente, pues se ha observado que los pacientes más jóvenes optan por "evitar" al "gatekeeper", acudiendo a la medicina privada o a los Servicios de Urgencias, mientras que los pacientes mayores aceptan la explicación de su médico o esperan una mala evolución para buscar otras vías de acceso a antibióticos o consultas con otros especialistas. Sin embargo, no hemos encontrado diferencias por sexos, en concordancia con los hallazgos de Grol⁸.

La ausencia de uso de escalas o instrumentos validados de medición de las variables propuestas, así como la ausencia de su utilización previa en otras investigaciones del cuestionario constituye una importante limitación. Se intentó minimizar los posibles sesgos de información mediante prueba de pilotaje y entrenamiento de los entrevistadores previo. No se realizaron comparaciones entre las características sociodemográficas de los pacientes que contestaron a la encuesta y las pérdidas, por tanto, no sabemos si existen diferencias entre los dos grupos, lo cual constituye una limitación del estudio. Otra posible limitación es la utilización de la base datos de Tarjeta Sanitaria, pues es mejorable su calidad en cuanto a la presencia de errores en direcciones postales y números de teléfono que

imposibilitaron hasta el 10% de contactos.

La población estudiada pertenece al ámbito urbano, con fácil accesibilidad al Hospital mediante la visita de Urgencias. Consideramos que sería interesante comparar nuestros resultados con el medio rural quizá en futuros estudios. Creemos que algunos problemas de nuestro Sistema Sanitario actual (mal uso de antibióticos, hiperfrecuentación en Urgencias, saturación de consultas externas a petición propia del paciente) se podrían minimizar con campañas educativas a la población (con la prudencia necesaria, pues no está entre los elementos a estudio de nuestro trabajo, nos atrevemos a sugerir información sobre la capacidad de resolución en atención primaria a otros compañeros "especialistas hospitalarios"). Somos una especialidad aún en fase de consolidación (por tanto, desconocida), que precisa de un apoyo decidido de las autoridades sanitarias.

En conclusión, nuestros pacientes aceptan que no se les recete antibiótico en mayor proporción que una negativa a la realización de una prueba complementaria o a una derivación a Atención Hospitalaria. Las actitudes ante estas negativas varían según edad y nivel de utilización de la consulta de Medicina Familiar. La formación específica que realiza su médico de familia es aún desconocida por muchos de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heje HN, Olesen F, Vedsted P. Patients' assessment of their general practitioners –the significance of patient characteristics. General results from the DanPEP – part I. *Ugeskr Laeger*. 2010; 172(15):1105-12.
2. Tarrant C, Dixon-Woods M, Colman A, Stokes T. Continuity and trust in Primary Care: A Qualitative Study informed by Game Theory. *Ann Fam Med*. 2010; 8(5):440
3. Pileggi C, Carbone V, Pavia M, Angelillo IF. Patients' perceptions and related behaviours on role of primary care physician in Italy. *Eur J Public Health*. 2004; 14(3):258-260.
4. Van der Zwet J, Koelewijn-van Loon MS, Van den Akker M. Lonely patients in general practice: a call for revealing GP's emotions? A qualitative study. *Fam Pract*. 2009; 26(6):501-9.
5. Lee A, Siu S, Lam A, Tsang C, Dung K, Li PKT. The concepts of family doctor and factor affecting choice of family doctors among Hong Kong people. *Hong Kong Med J*. 2010;16(2):106-115
6. Adier R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract*. 2010 Apr; 27(2): 171-8.
7. Santiago LM, Neves C, Constantino L. Patient's relationship with the medical receipt-an observational study in urban populations in the ambulatory setting of General Practice/Family Medicine in the centre of Portugal. *Acta Med Port*. 2010; 23(5):755-60.
8. Grol R, Wensing M, Mainz J. Patient's priorities with respect to General Practice Care: an international comparison. *Fam Pract*. 1999; 16 (1):4-11