

# Calidad de vida autopercibida y satisfacción de los sujetos de 40 a 85 años en el Área de Salud de Guadalajara

Ana Díaz Herrero<sup>a</sup>, M<sup>a</sup> José Nadal Blanco<sup>b</sup>, Ángeles Hernández Pérez<sup>c</sup>, Alicia Hita Alcázar<sup>b</sup>, Rafael Magro Perteguer<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Médico de Familia. Técnico de Salud de Guadalajara.  
<sup>b</sup> Médico de Familia, C.S. Azuqueca de Henares.  
<sup>c</sup> DUE, C.S. Azuqueca de Henares.  
<sup>d</sup> Médico, Secretario General Oficina de Prestaciones de Guadalajara.

Correspondencia:  
 Ana Díaz Herrero  
 Avda. Carmen Amaya 15,  
 Portal 2, Bajo A  
 28919 - Leganés (Madrid)  
 anad@sescam.jccm.es

Recibido el 1 de mayo de 2005.

Aceptado para su publicación el 4 de mayo de 2005

## RESUMEN:

**Objetivo:** Determinar en las personas de 40 a 85 años la calidad de vida autopercibida, la utilización de los servicios sanitarios y el grado de satisfacción que manifiestan respecto a ellos.

**Emplazamiento:** Área de Salud de Guadalajara.

**Sujetos:** Sujetos de 40 a 85 años incluidos a 1 de enero de 2003 en Tarjeta Sanitaria Individual en Atención Primaria de Guadalajara. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por sexo y centro de salud.

**Mediciones principales:** edad, sexo, lugar de residencia, autopercpción del estado de salud, utilización de los servicios sanitarios (último año), grado de satisfacción con el centro de salud, con el trato recibido por la unidad asistencial médico-enfermero y opinión sobre la capacitación científico-técnica del médico. Se utilizó una encuesta enviada por correo.

**Resultados:** 940 sujetos. Respuestas 59,3%. El 62,5% de los sujetos consideraban que su estado de salud era bueno o muy bueno. Las diferencias observadas entre sexos no fueron estadísticamente significativas, aunque sí las encontradas respecto al lugar de residencia ( $p=0,04$ ) y a la edad ( $p=0,000$ ): peor percepción del estado de salud en el medio rural y según aumenta la edad. El 81,8% utilizaban el Sistema Público de Salud y el 14% utilizaban el sistema público y privado. El 35,7% acudió a urgencias en el último año: 26,4% en hospital y 28,5% en atención primaria. El 12,3% ingresó, al menos, en una ocasión. Satisfacción con la unidad asistencial médico-enfermero: totalmente satisfechos o satisfechos el 86,6%. Satisfacción general con el centro de salud: totalmente satisfechos o satisfechos el 72,3%. Opinión sobre la capacitación científico médica de su médico: muy buena o buena el 87,3%.

**Conclusiones:** Sería recomendable incorporar la valoración de la calidad de vida a la práctica clínica habitual. La mayoría de los sujetos perciben su salud como buena. Esta percepción empeora con la edad y en sujetos que viven en el medio rural. En general los pacientes están satisfechos con la atención recibida por la unidad asistencial médico-enfermero y con la capacitación de su médico.

**Palabras clave:** Calidad de vida, utilización de servicios sanitarios.

## RESUMEN:

**Objective:** To know the level of self self-perceived quality of life of 40 – 85 aged patients, use of health services and satisfaction level.

**Setting:** Health area of Guadalajara.

**Subjects:** Persons 40 – 85 aged who have been included at 2003/01/01 in individual health card in Guadalajara. It has been made a random sampling stratified by sex and health center.

**Main measurements:** Age, sex, living placement, self-perceived health level, use of health services last year, satisfaction level about health centers, also with attention from doctors and nurses and opinion about doctors scientific and technic quality. We have used an opinion poll by post.

**Results:** 940 persons. Answer 59,3 % . 62,5 % have answered that their health level was good or very good. Differences observed by sex was not statistical significance, but yes differences about residence placement ( $p = 0,04$ ) and age ( $p = 0,000$ ). The health state perception was worse in rural areas and also in olders patients. 81,8 % have used public health services and 14 % public and private. 35,7 % went to emergency services last year: 26,4 % to hospital and 28,5 % to primary care health services. 12,3 % was hospitaliced one time or moore. In matter of satisfaction with doctor-nurse: 86,6 % full satisfaction. General satisfaction with health centers: full satisfaction 72,3 %. About technical and scientific qualifing of doctors, the opinion was good or very good in 87,3 %.

**Conclusions:** It would be recommendable to contemplate the measurement of quality of life in daily clinical practice. Majority of subjects considers they enjoy good health but perception is deteriorating with age and also in persons who are living in rural areas. However, patients show satisfaction in matter of offered service by doctors and nurses and also with qualifing of doctors.

**Key words:** Quality of life, health services utilization.

## INTRODUCCIÓN

La valoración de la calidad de vida proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo de individuos, permitiendo determinar de forma precisa los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica. Además, se considera que es un buen predictor no sólo de la morbilidad y mortalidad, sino también de la utilización de los servicios sanitarios. Por tanto, su valoración nos ayudaría a mejorar la planificación y organización de los mismos<sup>1,2</sup>. De hecho, cada vez son más los autores que señalan la necesidad de incorporar a la práctica clínica habitual la medición de la calidad de vida relacionada con la salud que manifiesta el paciente, sobretodo cuando éste es un anciano<sup>3</sup>.

Por otra parte, para la correcta planificación de los servicios sanitarios es imprescindible conocer cómo es su utilización y el nivel de satisfacción que expresan los usuarios respecto a ellos<sup>4,5</sup>. No debemos olvidar que la satisfacción es uno de los valores más importantes para determinar su calidad<sup>5</sup>. Respecto a la utilización, merece la pena destacar que, aunque los más satisfechos usan menos el sistema de salud<sup>5</sup>, también influyen en su utilización otros elementos que merecen ser investigados como la edad, la presencia de enfermedades crónicas o la adecuada relación con los profesionales sanitarios<sup>6-8</sup>.

Por todo ello, se decidió iniciar en la provincia de Guadalajara un estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida autopercebida en las personas de 40 a 85 años, así como la utilización de los servicios sanitarios por este sector de población y el grado de satisfacción manifestado respecto a ellos.

## SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO

El diseño del estudio es de tipo descriptivo transversal. La población de referencia es la incluida, a 1 de Enero de 2003, en Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) en Atención Primaria (AP) de la provincia de Guadalajara con edad comprendida entre 40 y 85 años, en total 76.737 sujetos, 38.217 mujeres y 38.520 hombres.

El tamaño muestral estimado para una prevalencia teórica de 0,5, un riesgo alfa de 0,05 y una precisión de  $\pm 3\%$  fue de 752 sujetos. Asumiendo que el porcentaje de pérdidas podría situarse en un 25%, se aumentó el tamaño muestral a 940 personas. La selección se llevó a cabo a través de un muestreo aleatorio estratificado por sexo y centro de salud de los pacientes incluidos en los listados de TIS.

A todos los individuos seleccionados se les envió una carta de presentación junto con una encuesta (Anexo1) diseñada por el propio equipo investigador que constaba de 9 preguntas para explorar el estado de salud percibido, la satisfacción con los servicios sanitarios y la utilización de éstos. Para explorar el estado de salud se utilizó una pregunta global similar a las utilizadas en las encuestas de salud realizadas a nivel autonómico y/o nacional<sup>9,10</sup>. Si en el plazo de un mes no

se había obtenido respuesta, se procedió a realizar un nuevo envío por correo. En total se hicieron tres envíos postales y dos recaptaciones telefónicas de las no respuestas.

Se consideraron pérdidas las encuestas devueltas por el Servicio de correos, las encuestas recibidas pertenecientes a sujetos con deterioro cognitivo, trastorno psiquiátrico grave y/o dependencia a sustancias, así como las encuestas incorrectamente cumplimentadas. Se consideraron no respuestas los sujetos que no pudieron ser recaptados por teléfono y que no devolvieron las encuestas por correo.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, lugar de residencia, autopercepción del estado de salud (calidad de vida autopercebida), utilización de los servicios sanitarios en el último año, grado de satisfacción con el centro de salud, grado de satisfacción con el trato recibido por la unidad asistencial médico-enfermero y opinión sobre la capacitación científico-técnica de su médico de familia.

Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 11 para Windows. En el análisis descriptivo se calcularon porcentajes en las variables cualitativas y medidas de centralización, media aritmética y desviación típica en las cuantitativas. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó Chi-cuadrado y para la comparación de las variables cuantitativas ANOVA de una vía, previa comprobación de la homogeneidad de las varianzas (Prueba de Levene).

## RESULTADOS

El cuestionario fue enviado a 940 sujetos. La distribución por sexos fue: varones 51,1%, mujeres 48,9%. Vivían en medio rural 41,3% y en urbano 58,7%. No se encontró asociación entre la proporción de sexos y el lugar de residencia. La edad media fue de 59 años (IC 95% 58,6-60,3). En la muestra la proporción de los pacientes de 40 a 55 años fue del 43,8%, de 56 a 70 años el 31,6% y de 71 a 85 años el 24,5%.

Fueron considerados válidos 557 cuestionarios (59,3%). Las pérdidas ascendieron al 18,9% y las no respuestas al 21,8%. En el análisis de respuestas válidas, no respuestas y pérdidas no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a sexo o edad, pero sí en cuanto al lugar de residencia ( $p=0,001$ ). En el medio rural fue mayor el porcentaje de no respuestas (27,6%) y de pérdidas (19,3%), procediendo del medio urbano la mayoría de las respuestas válidas (63,6%).

El 8,3% de los sujetos consideró que su estado de salud (calidad de vida autopercebida) era muy bueno, el 54,2% bueno, el 29,4% regular, el 6,8% malo y el 1,3% muy malo.

El 59,1% de los hombres consideró que su salud era buena y el 7,6% muy buena. Sólo el 9,0% de ellos la consideró mala o muy mala. El 34,4% de las mujeres percibieron su salud como regular y el 49,5% como buena. Las diferencias observadas entre los sexos no fueron estadísticamente significativas (figura 1). Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,04$ ) en el estado de salud percibido en función del lugar de residencia. Las personas pertenecientes al medio urbano declararon un mejor estado de salud

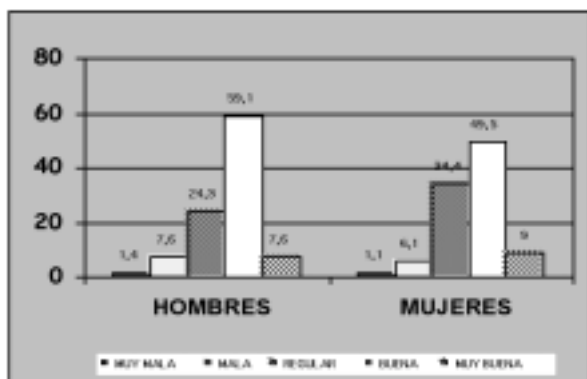


Figura 1. Calidad de vida en función del sexo

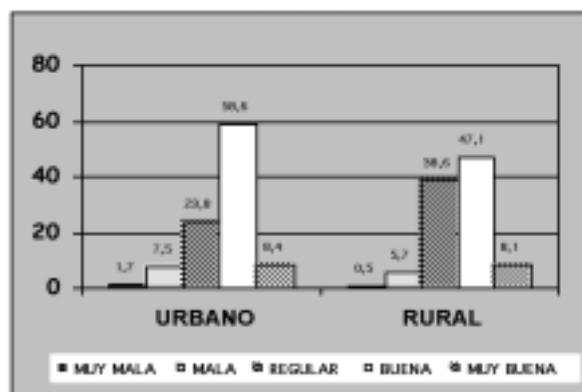


Figura 2. Calidad de vida y residencia.

percibido (figura 2). También se obtuvieron diferencias al analizar esta variable respecto a la edad ( $p=0,000$ ), de forma que, al avanzar la edad, disminuyó la percepción de buen estado de salud y aumentó su consideración como regular y malo.

El servicio sanitario utilizado con mayor frecuencia era el Sistema Público (81,8%) y sólo el 14% utilizaba ambos sistemas (público y privado). El 2,4% declaró no utilizar ninguno.

El 35,7% de los sujetos había acudido en los últimos doce meses a un servicio de urgencias. El 26,4% había consultado en un servicio hospitalario (frecuentación media: 1,7 consultas/año) y el 28,5% lo había hecho en atención primaria (frecuentación media: 2,2 veces/año). El 66,7% de los que habían utilizado un servicio de urgencias de atención primaria también lo habían hecho en el hospital ( $p=0,000$ ). El 12,3% de los individuos ingresó en alguna ocasión; de ellos el 70,6% sólo en una ocasión, mientras que el 2,9% hasta 9 veces. El número medio de ingresos fue de 1,6 veces/año.

Los sujetos que no habían acudido a urgencias tendieron a una mejor percepción de salud: el 10,2% declararon una calidad de vida autopercebida muy buena, el 62,4% buena, el 23,7% regular, el 3,4% mala y sólo el 0,3% muy mala. En cambio, entre los que sí habían acudido a urgencias, el 3% percibieron su salud como muy mala, el 12,7% como mala, el 38,6% como regular, el 40,6 como buena y sólo el 5,1% como muy buena ( $p=0,000$ ).

Al investigar la satisfacción de los sujetos con el trato humano recibido por parte de su médico y enfermero,

llama la atención que los niveles de satisfacción respecto a ambos son muy semejantes: totalmente satisfechos 59,3% y 59,5%, satisfechos 27,3% y 27,8%, satisfacción media 8,8% y 10,1%, insatisfechos 2,5% y 1,3% y totalmente insatisfechos 2,1% y 1,3%, respectivamente. En los niveles de total satisfacción, satisfacción y satisfacción regular el paciente manifestó un nivel semejante de satisfacción con los dos miembros de la unidad asistencial. Cuando la valoración del paciente fue de insatisfecho y totalmente insatisfecho, el profesional de enfermería fue mejor considerado ( $p=0,000$ ). La calidad de vida autopercebida no se relacionó con el nivel de satisfacción del paciente respecto a los profesionales sanitarios.

Respecto al nivel de satisfacción general con su centro de salud, llama la atención que sólo el 39,9 y el 32,4% de los sujetos se manifestaron totalmente satisfechos y satisfechos respectivamente. El 20% refirió un nivel de satisfacción regular, un 5,5% declaró estar insatisfecho y el 2,3% totalmente insatisfechos con su centro de salud.

Cuando se les preguntó por la capacitación científico-técnica de su médico, el 57,3% opinó que era muy buena, el 30% buena, el 9,9% regular, el 1,4% mala y el 1,4% muy mala. La opinión del sujeto sobre la capacitación científico-técnica de su médico no se correlacionó con el nivel de salud autopercebido.

Al intentar relacionar la opinión del usuario sobre la capacitación de su médico con el nivel de satisfacción que tiene de su trato humano, no obtuvimos una significación estadística, aunque sí observamos una tendencia: el 86,5% de los que estaban totalmente satisfechos con el trato opinaron que la capacitación de su médico era muy buena, mientras que el 71,4% de los que estaban totalmente insatisfechos opinaron que su capacitación era inadecuada.

## DISCUSIÓN

Hemos comentado la importancia creciente de la valoración de la calidad de vida en la práctica clínica habitual, especialmente en ancianos<sup>3</sup>. También hemos reseñado que para la correcta planificación de los servicios es imprescindible conocer cómo es su utilización y el nivel de satisfacción que expresan los usuarios respecto a ellos<sup>4,5</sup>.

Por todo ello, en Guadalajara, decidimos iniciar este estudio, para evaluar calidad de vida autopercebida en las personas de 40 a 80 años y aproximarnos a la utilización de los servicios sanitarios y al grado de satisfacción que manifiestan respecto a ellos. Se decidió estudiar a este sector de población para disminuir riesgos. Las encuestas poblacionales<sup>9,10</sup> señalan que las personas mayores de 85 años están más enfermas y tienen un mayor deterioro social<sup>1,11,12</sup>. lo que condicionaría una mayor utilización de los servicios sanitarios. Por otra parte, los menores de 40 años suelen percibir su salud como buena y, por tanto, utilizarían menos dichos servicios.

Decidimos utilizar la encuesta como instrumento de medida. Éstas, en Atención Primaria, son muy utilizadas para medir satisfacción, pese al cierto grado de subjetividad que siempre llevan aparejado los cuestionarios diseñados para investigar opiniones y/o actitu-

des<sup>5</sup>. Los sujetos fueron seleccionados mediante un muestreo estratificado por sexo y centro de salud, obteniéndose una distribución homogénea respecto al lugar de residencia (388 en el medio rural y 552 en el urbano), como corresponde a nuestra provincia, en la que el porcentaje más alto de población reside en la capital y en Azuqueca de Henares.

La participación del 59,3%, aunque inferior a la descrita en otros trabajos sobre calidad de vida<sup>11,17</sup>, no puede considerarse baja, ya que la respuesta en los estudios realizados mediante encuesta por correo raramente supera el 50%<sup>18</sup>.

Pese al rango de edad seleccionado para el estudio, podemos considerar que la población de Guadalajara es relativamente joven, ya que la edad media de la muestra era de 59 años y el mayor porcentaje de individuos (43,8%) tenían entre 40 y 55 años. Esta relativa «juventud» puede justificar que la calidad de vida autopercebida en Guadalajara sea mejor que la reseñada en otros estudios<sup>11,13-16</sup> y podría asociarse con una menor utilización de los servicios sanitarios. Así mismo, merece la pena destacar que la edad media de las mujeres es ligeramente superior a la de los hombres, lo cual es lógico dada su mayor longevidad.

En la Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha (ESCLM)<sup>9</sup> el 78,8% de los sujetos mayores de 16 años de la Comunidad consideraba que su estado de salud era muy bueno/bueno. En Guadalajara los resultados eran muy semejantes, 78,7%. En nuestro estudio declaró tener una buena/muy buena calidad de vida el 62,5%. Esta diferencia es lógica dado que nuestra investigación no ha incluido sujetos menores de 40 años. Por debajo de esta edad no son frecuentes las patologías crónicas, las cuales suelen asociarse a una peor percepción del estado de salud. Por otra parte, la mayoría de los estudios que exploran la calidad de vida se centran en grupos de sujetos diagnosticados de una determinada enfermedad crónica o en grupos poblacionales de mayor edad, lo cual dificulta la comparación directa de nuestros resultados<sup>15</sup>. En cualquier caso, los datos obtenidos en los trabajos realizados en población mayor de 65 años son dispares, oscilando el porcentaje de sujetos que percibe su calidad de vida como buena/muy buena entre el 41,4% y el 67,9%<sup>12,14,19,20</sup>.

Si bien la mayoría de los estudios describe una peor percepción del estado de salud en las mujeres<sup>19,20</sup>, en nuestro trabajo no hemos encontrado diferencias entre ambos sexos, aunque sí parece que la tendencia de los hombres a considerar su salud como buena (59,1%) es mayor que la de las mujeres (49,5%). Esta ausencia de diferencias entre sexos probablemente esté en relación con la relativa «juventud» ya comentada de nuestra población. Las mujeres, en general, tienen una longevidad mayor que la de los hombres y los sujetos más ancianos tienen una peor percepción de su calidad de vida<sup>19,21</sup>. Este empeoramiento en la salud autopercebida conforme aumenta la edad también se observa en nuestro estudio.

Merece la pena destacar que los sujetos que residen en el medio rural perciben su calidad de vida como regular con más frecuencia que los del medio urbano. Estas diferencias pueden obedecer a factores sociodemográficos, socioeconómicos o a diferencias

en cuanto al nivel cultural<sup>12,19,22,23</sup>. Llama también la atención que el porcentaje de sujetos que percibe su salud como mala y muy mala es mayor en la zona urbana. Probablemente esté relacionado con el mayor nivel de dependencia de los sujetos más enfermos, que determinaría un mayor grado de institucionalización, y el que con frecuencia residan en el domicilio de sus hijos, frecuentemente ubicado en el medio urbano.

El servicio de salud utilizado mayoritariamente por la población estudiada (81,8%) es el sistema público de salud. En este punto nuestros datos coinciden básicamente con los reflejados en la ESCLM 2002<sup>9</sup>.

En la ESCLM<sup>9</sup> se observa que el 10,4% de la población (8,6% en Guadalajara) tuvo que utilizar algún servicio de urgencias (hospitalario o no hospitalario) durante el año 2002. En nuestro estudio el 35,7% de los sujetos han acudido a urgencias en los últimos doce meses. Sin embargo, nuestros resultados, en este aspecto, no son directamente comparables con los de estas memorias. En ellas se incluyen datos referidos al total de la población y nuestro estudio sólo hace referencia a los sujetos entre 40 y 85 años, que lógicamente están más enfermos y tendrán que utilizar más este tipo de servicio sanitario. Lo que sí nos llama la atención es que la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios en Guadalajara es sólo ligeramente menor que la de los servicios de urgencias de atención primaria. Esta infrautilización de la atención continuada en Atención Primaria de nuestra provincia debería ser investigada y subsanada.

En cuanto al número de ingresos hospitalarios, nuestros datos son parecidos a los reflejados en la Memoria del Hospital Universitario de Guadalajara del año 2002<sup>24</sup>. Durante este año ingresó en el Hospital un 13,7% de la población. En nuestro estudio ingresó el 12,3% de los sujetos en los doce últimos meses. Es lógico que el número de ingresos referidos por el Hospital sea mayor que el nuestro, ya que los datos del hospital incluyen al total de la población de nuestra provincia.

Ya hemos comentado que los sujetos que han acudido a algún servicio de urgencias en los últimos doce meses tienen un peor nivel de salud percibido que los que no han utilizado este tipo de recurso sanitario. Es lógico, ya que este tipo de servicios son más utilizados por personas con patologías crónicas, sobre todo si pueden tener reagudizaciones o son graves<sup>6,7</sup>.

La mayor parte de los sujetos consideran que el trato recibido por parte de su médico de familia es adecuado. Sólo un 2,6% se manifiestan insatisfechos con dicho trato. Nuestros datos corroboran los obtenidos en otros estudios<sup>5,25,26</sup>. Las cualidades más valoradas son la amabilidad, la escucha y el tiempo dedicado<sup>5,8,26</sup>. También es alto el grado de satisfacción de los usuarios con el trato recibido por enfermería. Además, hemos encontrado una elevada concordancia entre la satisfacción con el médico y el personal de enfermería, aunque un 42,9% de los totalmente insatisfechos con el trato del médico están totalmente satisfechos con el trato de enfermería. Esto puede estar justificado por el mayor seguimiento que hace el enfermero de los pacientes incluidos en los programas de patologías crónicas, convirtiéndose en el principal cuidador de este tipo de pacientes. Estos datos coinciden con los publi-

cados en otros estudios<sup>5,25</sup>.

Llama la atención que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a sus centros de salud es bastante peor que el referido a sus profesionales. Probablemente esté relacionado con factores de tipo organizativo, como serían la burocratización excesiva, la dificultad para conseguir cita y los tiempos de espera.

No hemos encontrado relación alguna entre la calidad de vida autopercebida y el nivel de satisfacción con los profesionales sanitarios y el centro de salud. Tampoco la hemos encontrado con la opinión del sujeto respecto a la capacitación de su médico. Nos parece lógico, ya que los profesionales de atención primaria son simplemente un elemento más del sistema sanitario.

Algunos autores señalan que los pacientes asocian la satisfacción con la capacitación científico-técnica de su médico<sup>5,25,26</sup>. Aunque no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas, nuestro estudio parece confirmar ésta opinión. Sólo el 2.8% de nuestros sujetos consideran que la capacitación de su médico de familia es inadecuada. Además, ésta opinión es claramente más frecuente entre los que se manifiestan totalmente insatisfechos con el trato recibido. En cambio, en general, los que están satisfechos con el trato consideran que su médico está adecuadamente cualificado.

La conclusión final de nuestro trabajo podría ser que merece la pena incorporar sistemáticamente la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en nuestra práctica clínica habitual, ya que los profesionales sanitarios, en general, no profundizamos suficientemente en los factores subjetivos que pueden condicionar de forma marcada la salud percibida por el sujeto.

## Bibliografía

1. Lizan Tudela L, Reig Ferer A. Perspectiva del paciente en la evaluación de resultados en atención primaria: la medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Cuadernos de Gestión* 1998; 4:119-131.
2. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Pereira Candel J. Medidas de calidad de vida relacionadas con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc)* 2001; 116:789-796.
3. Fernández-López JA, Hernández-Mejía R. Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. *Med Clin (Barc)* 1993; 101:576-578
4. Ramos González MJ. Fiabilidad y validez de un cuestionario del paciente en Guadalajara. *Semergen* 2000; 26: 525-529.
5. Magro Perteguer R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de atención primaria. *Semergen* 1998; 24: 711-718.
6. Gómez-Calcerrada D, Hernández del Pozo F, Gómez Berrocal M. La investigación en la utilización de servicios sanitarios. *FMC (Formación Médica continuada en Atención Primaria)* 1996; 4:229-242.
7. López Navarrete E, Thomas Carazo E, Bueno Cavanillas A, Lardelli Claret P, Gastón Morata JL. Influencia de la patología crónica sobre la utilización de atención primaria en la tercera edad. *Aten Primaria* 1997; 19:92-95.
8. Delgado A, López Fernández LA, Luna del Castillo JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 1995; 16:314-321.
9. Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2002. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad.
10. Instituto Nacional de Estadística (INE). URL: <http://www.ine.es/inebase/>
11. Espejo Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda Lara JM, Rubio Cuadrado V, Enciso Bergé I, Zunzunegui Pastor MV et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Aten Primaria* 1997; 20:3-11
12. Bello Luján LM, Suárez Rivero JB, Prieto Ramos F, Serra Majem L. Variables sociales y sanitarias asociadas a la autopercepción del estado de salud en la población adulta de Gran Canaria (Islas Canarias). *Aten Primaria* 1999; 24:533-536.
13. Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish version of de Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990 ; 80:704-708.
14. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31:285- 294.
15. Gamboa F, Gómez E, de Villar E, Vega J, Mayoral L, López R. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en una población de pacientes crónicos. *Calidad Asistencial* 2002; 17:213-217.
16. Gerencia de Atención Primaria de Guadalajara. Cartera de servicios. Gerencia de Atención Primaria. Guadalajara 2002-2003.
17. León Galar V, Zunzunegui MV, Béland F. El diseño y la ejecución de la encuesta «Envejecer en Leganés». *Rev Gerontol* 1995; 5:215-31.
18. Acámer Raga F, López Arribas C, López-Torres Hidalgo J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 401-407.
19. Gorroñogoitia Iturbe A, Ibáñez Pérez F, Olaskoaga Arrate A. Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. *Aten Primaria* 1992; 10:771-776.
20. Farré Rovira R, Frasquet Pons I, Roma Sánchez I. Estado de salud y calidad de vida de un colectivo de ancianos institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gereontol* 1999; 34:25-33.
21. Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana J, Vila MA et al. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17: 273-279.
22. World Health Organization. Basic Documents. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ginebra: WHO, 1948.
23. Pérula de Torres LA, Martínez de la iglesia J, Ruiz Moral R, Fonseca del Pozo J. Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido: estudio poblacional. *Aten Primaria* 1995; 16:323-329.
24. Memoria Anual 2003 del Hospital General Universitario de Guadalajara. 2004.
25. Torio Durantes J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997; 19:44-60.
26. Chacón F. Los estudios sobre la satisfacción de los pacientes: una aproximación crítica. *Jano* 1990; XXXVIII:92-99.

**Anexo 1. Encuesta elaborada por el equipo investigador**

1. ¿Cómo diría usted que es su salud actual? Marque la que se corresponde mejor con lo que piensa.

- Muy Mala    \_\_\_
- Mala        \_\_\_
- Regular     \_\_\_
- Buena       \_\_\_
- Muy Buena  \_\_\_

2. ¿Qué tipo de servicio de salud utiliza normalmente? Marque la/las respuestas correspondientes

- Publico     \_\_\_
- Privado     \_\_\_
- Ambos      \_\_\_
- Ninguno    \_\_\_

3. ¿Ha acudido a un Servicio de Urgencias hospitalario en los últimos doce meses?

- NO        \_\_\_
- SI         \_\_\_                    ¿Cuántas veces?    \_\_\_

4. ¿Ha acudido a un Servicio de Urgencias de Atención Primaria en el último año?

- NO        \_\_\_
- SI         \_\_\_                    ¿Cuántas veces?    \_\_\_

5. ¿Ha estado ingresado en un hospital en el último año?

- NO        \_\_\_
- SI         \_\_\_                    ¿Cuántas Veces?    \_\_\_

En las siguientes preguntas debe puntuar de 1 a 5 según su opinión al respecto. 1 correspondería al valor más bajo y 5 al valor más alto. Marque el valor que considere mas adecuado.

6. Nivel de satisfacción con el trato humano recibido de su medico de cabecera.

- 1 \_\_\_    2 \_\_\_    3 \_\_\_    4 \_\_\_    5 \_\_\_

7. Nivel de satisfacción con el trato humano recibido de su enfermero.

- 1 \_\_\_    2 \_\_\_    3 \_\_\_    4 \_\_\_    5 \_\_\_

8. Nivel de satisfacción general con su centro de salud.

- 1 \_\_\_    2 \_\_\_    3 \_\_\_    4 \_\_\_    5 \_\_\_

9. Considera adecuada la capacitación científica de su médico.

- 1 \_\_\_    2 \_\_\_    3 \_\_\_    4 \_\_\_    5 \_\_\_

Fecha de Nacimiento: ...../...../.....

Sexo

- Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_

Localidad de residencia:.....

Muchas gracias por su colaboración