



ARTÍCULO ORIGINAL

Satisfacción con la enfermera en atención primaria: experiencias en un centro de atención primaria de salud de La Pampa*

Satisfaction with the nurse in primary care: experiences in a primary health care center in La Pampa

Marité Romina Zaldarriaga Giménez¹  

¹Ministerio de Salud de La Pampa. La Pampa, Argentina.

Citar como: Zaldarriaga Giménez MR. Satisfacción con la enfermera en atención primaria: experiencias en un centro de atención primaria de salud de La Pampa. Sal. Cienc. Tec. [Internet]. 2022 [citado fecha de acceso]; 2:45. Disponible en <https://doi.org/10.56294/saludcvt202245>

Recibido: 17 de mayo de 2022

Aceptado: 18 de junio de 2022

* Investigación derivada de la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería de la Universidad Maimónides.

RESUMEN

Introducción: enfermería como educador en salud es el primero en tener contacto con el paciente que ingresa a un servicio a consultar o aliviar alguna dolencia.

Objetivo: analizar la satisfacción en relación con la atención recibida por el personal de enfermería en un centro de atención primaria de salud de la localidad de Winifreda departamento de Conhelo en la provincia de La Pampa.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, prospectivo. Se incluyeron 174 pacientes. Se utilizaron 3 instrumentos de evaluación, uno para el análisis sociodemográfico y dos para el análisis de la satisfacción.

Resultados: la muestra objeto de estudio estuvo constituida por un 88,51 % del sexo femenino y el 11,49 % restante fueron del sexo masculino. La edad promedio fue de 39,81. El 60 % de la muestra acudió a realizar actividades preventivas, mientras que 20 % de los encuestados refiere realizar seguimiento de planes de cuidados. El 82,9 % de los encuestados obtuvo cita el mismo día. El Alpha de Cronbach del Cuestionario AMABLE fue 0,810; y del Cuestionario de Baker 0,826.

Conclusiones: la mayoría de los pacientes perciben de forma adecuada la atención proporcionados por los profesionales de enfermería, lo que se encuentra en estrecha relación con la calidad del cuidado, de los servicios de enfermería, la salud de los participantes y la atención comunitaria. En el contexto de la atención primaria de salud, las personas que asistieron a las consultas de enfermería valoran positivamente la atención que reciben.

Palabras clave: Satisfacción de los consumidores; Atención Primaria de la Salud; Enfermería; Organización y Administración; Calidad de Atención de Salud.

ABSTRACT

Introduction: nursing as a health educator is the first to have contact with the patient who enters a service to consult or alleviate any ailment.

Objective: to analyze satisfaction in relation to the care received by nursing staff in a primary health care center in the town of Winifreda, department of Conhelo in the province of La Pampa.

Methods: an observational, descriptive, cross-sectional, prospective, descriptive study was carried out. A total of 174 patients were included. Three evaluation instruments were used, one for sociodemographic analysis and two for satisfaction analysis.

Results: the study sample was 88,51 % female and the remaining 11,49 % were male. The average age was 39,81. Sixty percent of the sample attended preventive activities, while 20 % of the respondents reported following up on care plans. Of the respondents, 82,9 % obtained an appointment on the same day. Cronbach's Alpha for the AMABLE Questionnaire was 0,810; and for the Baker Questionnaire 0,826.

Conclusions: Most patients perceive the care provided by nursing professionals as adequate, which is closely related to the quality of care, nursing services, participant health, and community care. In the context of primary health care, the people who attended the nursing consultations rated the care they received positively.

Keywords: Consumer Satisfaction; Primary Health Care; Nursing; Organization and Administration; Health Care Quality.

INTRODUCCIÓN

El enfoque de salud en la actualidad se centra hacia la atención primaria y enfermería como parte de este contexto debe potenciar sus conocimientos en el área de educación, planificación, investigación y políticas públicas, en donde la competencia básica es la comunicación que permitirá al profesional toma de decisiones en la promoción de salud, prevención de enfermedades y gestión del cuidado.⁽¹⁾

Enfermería como educador en salud es el primero en tener contacto con el paciente que ingresa a un servicio a consultar o aliviar alguna dolencia, es ahí donde la enfermera educa en evitar posibles complicaciones, futuras secuela o enfermedades nuevas. Le brinda las herramientas al paciente para evitar nuevas enfermedades o el cuidado y mejoramiento de la salud con control de la enfermedad existente.⁽²⁾

El concepto “necesidades de salud” se define como el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los servicios de salud experimentan, y está dado por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y educación), que a su vez están medidas y definidas por las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población. Por lo tanto, este concepto tiene implicaciones importantes para establecer prioridades en la planificación y toma de decisiones en la provisión de servicios de salud.^(3,4)

En este sentido la salud comunitaria aparece y se expresa como una novedosa forma de prevención y promoción en salud con una participación directa y decisiva de las determinantes sociales, donde la participación de la enfermera ocupa un lugar preponderante para el cumplimiento de las distintas acciones de salud encaminadas para el beneficio de la comunidad.⁽⁵⁾

La satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios es un concepto difícil de delimitar. Algunas teorías psicológicas tratan de encuadrar esta satisfacción en un marco de actitudes personales o sociales, pero se acepta que en la génesis de la satisfacción se encuentra la concordancia entre las expectativas del paciente sobre lo que pensaba obtener y los resultados que percibe en su contacto con el sistema sanitario.⁽⁶⁾

En parte las dificultades de conceptualización de la satisfacción se producen por su naturaleza multidimensional, estando conformada por aspectos relativos a la calidad científico-técnica, la relación

personal con el profesional, tipos de comunicación, la accesibilidad al sistema y cuestiones organizativas, entre otras.⁽⁶⁾

Este artículo tiene como objetivo analizar la satisfacción en relación con la atención recibida por el personal de enfermería en un centro de atención primaria de salud de la localidad de Winifreda departamento de Conhelo en la provincia de La Pampa.

MÉTODO

Tipo de estudio y contexto: se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo, en el que se evaluó la prestación de los servicios de enfermería que acudieron a un centro de atención primaria de salud en la localidad de Winifreda departamento de Conhelo en la provincia de La Pampa.

Sujetos y muestra: se incluyeron 174 pacientes, que fue el valor preestablecido que permitía con un error inferior al 15 % de la desviación estándar de la distribución del estadístico con una confianza del 95 %, en este caso la estimación del parámetro satisfacción.

Selección de la muestra: se utilizó un muestreo sistemático de registros de asistencia para seleccionar a los sujetos, obteniendo un 90 % de pacientes de consultas en el centro y un 10 % de visitas domiciliarias.

Criterios de inclusión: pacientes con edad mayor o igual a 18 años, comprensión adecuada del idioma español (oral y escrito).

Criterios de exclusión: fueron excluidos aquellos pacientes que no estaban capacitados para dar su consentimiento informado.

Instrumento de recolección de datos: se utilizaron 3 instrumentos de evaluación, uno para el análisis sociodemográfico y dos para el análisis de la satisfacción:

Cuestionario de Datos Sociodemográficos elaborado *ad hoc* para el estudio. Este cuestionario recoge variables sociodemográficas potencialmente relacionadas con el objeto de estudio de esta investigación.

Cuestionario AMABLE, constituido por 3 únicas preguntas que se agrupaban en un solo dominio y que se contestaban en una escala tipo Likert con 5 posibles res-puestas. Estas 3 preguntas explicaban más del 86 % de la variabilidad de la respuesta y presentaban una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,92).⁽⁷⁾

El cuestionario de Baker,⁽⁸⁾ adaptado por Fernández San Martín y col.⁽⁹⁾ al castellano, que consta de 18 preguntas, que se contestaban en una escala Likert con rango de 1 a 5 y se articulaba en 4 dominios relativos a la satisfacción general, los cuidados ofrecidos por el profesional, concepto que podía solaparse con la calidad científico-técnica, el tiempo dedicado a la consulta y la profundidad de la relación con el profesional. La fiabilidad de cada dimensión en este instrumento se considera aceptable, con coeficientes superiores a 0,7, excepto en la dimensión profundidad (alfa de Cronbach de 0,575) y en el tiempo dedicado en castellano (alfa de Cronbach de 0,673).

Aspectos éticos: la encuesta tuvo carácter anónimo, se aplicaron tras la aprobación del consentimiento informado, donde quedó claro el compromiso por parte del investigador que los datos no serían comunicados a terceros, que se comprometió a no revelar datos que permitan la identificación de los encuestados.

Procesamiento estadístico: para el procesamiento se utilizaron el Medcalc y el Microsoft Excel. Se realizó una descripción de los resultados mediante medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y mediante los porcentajes para las variables cualitativas. Se calcularon los intervalos de confianza del 95 %. Se tomó como significativas las correlaciones con p valor menor o igual a 0,05.

RESULTADOS

La muestra objeto de estudio estuvo constituida por un 88,51 % del sexo femenino y el 11,49 % restante fueron del sexo masculino. La edad promedio fue de 39,81 (rango: 18 - 72; IC95%: 37,94 a 41,68). El 6,86 % tuvo hospitalización previa.

Las características de la consulta previa a la encuesta y a la utilización de los servicios se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la consulta y de utilización del servicio evaluado (n=175)

<i>Variable</i>	<i>Indicador</i>
<i>Tipos de consulta</i>	Porcentaje
Actividades preventivas	61,7
Seguimiento de planes de cuidados	19,4
Procedimientos diagnósticos y terapéutico	18,9
Seguimiento de procesos crónicos	12
<i>Origen de la demanda</i>	
Espontánea	60
Consulta de Seguimiento	28,6
Derivado por enfermera	4
Derivado por otros profesionales	6,9
<i>Tiempo en conseguir consulta</i>	
En el mismo día	82,9
Un día	10,9
Dos días	2,3
Tres días	1,1
Más de 3 días	2,3
<i>Tiempo de espera en consulta</i>	
Menos de 15 min	69,1
Entre 16 y 30 min	25,7
Entre 31 y 60 min	3,4
Más de 1 h	1,1
	Media (Rango; IC 95%)
Visitas a la enfermera/año	2,89 (0-35;2,24-3,54)

La tabla 2 muestra las puntuaciones medias para cada una de las preguntas de los cuestionarios analizados (Cuestionario AMABLE y Cuestionario Baker).

Tabla 2. Descriptivos de las respuestas a las preguntas de los cuestionarios de satisfacción (n=175)

Indicador	Mín.	Máx.	Media	DE
Cuestionario AMABLE				
1. Mi enfermera/o me escucha cuando le explico mis problemas de salud	1	5	4,22	0,84

2. Mi enfermera/o es amable, me trata con cortesía	1	5	4,30	0,74
3. Confío en mi enfermera/o, creo en lo que me dice	1	5	4,18	0,74
Cuestionario Baker				
1. Estoy totalmente satisfecho de la visita con la enfermera.	1	5	4,17	0,75
2. La enfermera ha puesto mucha atención en examinar todos los problemas.	1	5	4,12	0,78
3. Seguiré los consejos de la enfermera porque creo que son muy acertados.	1	5	4,11	0,73
4. Me he sentido cómodo hablando con la enfermera sobre temas muy personales.	1	5	3,91	0,92
5. El tiempo que he pasado con la enfermera ha sido algo corto.	1	5	3,67	0,91
6. La enfermera me ha dado una información completa sobre mi tratamiento.	1	5	3,95	0,88
7. Algunos aspectos de la consulta con la enfermera podrían haber sido mejores.	1	5	3,17	0,97
8. Hay algunas cosas que la enfermera no sabe de mí.	1	5	3,44	0,92
9. La enfermera ha escuchado con mucha atención todo lo que le he dicho.	1	5	4,09	0,74
10. Pienso que la enfermera me ha tratado de manera personalizada.	1	5	3,96	0,87
11. El tiempo que he estado con el médico no ha sido suficiente para comentarle todo lo que deseaba.	1	5	3,19	1,09
12. Después de la visita con la enfermera entiendo mucho mejor mi problema de salud.	1	5	3,85	0,81
13. La enfermera se ha interesado por mí no sólo a causa de mi enfermedad, sino también como persona.	1	5	3,91	0,90
14. La enfermera lo sabe todo sobre mí.	1	5	3,07	1,00
15. Creo que la enfermera sabía realmente lo que yo estaba pensando.	1	5	3,19	0,85
16. Me hubiera gustado estar más tiempo con la enfermera.	1	5	3,22	0,94
17. No estoy del todo satisfecho con la visita al médico.	1	5	2,69	1,04
18. Me resultaría difícil hablar con la enfermera sobre temas personales.	1	5	2,87	1,05

La tabla 3 recoge la solución factorial para ambos cuestionarios. El análisis de consistencia interna (fiabilidad) se realizó a través del Alpha de Cronbach. En el caso del Cuestionario AMABLE, los resultados descriptivos con los 3 ítems mostraron una varianza de cada ítem de 1,020, una varianza total de 2,218, con un Alpha de Cronbach total de 0,810, mostrando que el instrumento presenta consistencia interna. En el caso del Cuestionario de Baker, los resultados descriptivos con los 18 ítems mostraron una varianza

de cada ítem de 12,225, una varianza total de 55,551, con un Alpha de Cronbach total de 0,826, mostrando que el instrumento presenta consistencia interna.

Tabla 3. Composición factorial para el cuestionario AMABLE y el cuestionario de Baker

<i>Pregunta</i>	<i>Valor</i>
Cuestionario AMABLE	
Pregunta 1	0,342
Pregunta 2	0,322
Pregunta 3	0,356
Cuestionario Baker	
Pregunta 1	0,299
Pregunta 2	0,546
Pregunta 3	0,308
Pregunta 4	0,483
Pregunta 5	0,843
Pregunta 6	0,499
Pregunta 7	0,790
Pregunta 8	0,744
Pregunta 9	0,460
Pregunta 10	0,649
Pregunta 11	1,213
Pregunta 12	0,540
Pregunta 13	0,553
Pregunta 14	0,920
Pregunta 15	0,735
Pregunta 16	0,721
Pregunta 17	0,948
Pregunta 18	0,975

Las puntuaciones medias para cada uno de los dominios se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Puntuaciones para cada uno de los dominios de los cuestionarios

<i>Indicador</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
Satisfacción general	1	5	4,23	0,78
Cuestionario Baker				
Satisfacción general	1	5	3,34	1,11
Cuidados del profesional	1	5	3,98	0,83
Tiempo dedicado	1	5	3,30	1,01
Profundidad de la relación	1	5	3,36	1,00

DISCUSIÓN

La calidad de los servicios de salud ha sido y sigue siendo objeto de amplio debate, aunque no es posible definir criterios o aspectos de evaluación, existe acuerdo sobre la existencia de características de los clientes y la importancia de los servicios médicos esenciales en el proceso de atención. Por el contrario, los aspectos subjetivos de la experiencia del usuario a menudo no se reconocen como un indicador de calidad.⁽¹⁰⁾

La satisfacción del paciente con la atención brindada, además de ser importante para evaluar los servicios, es fundamental para mejorar la calidad de la atención. La información sobre la satisfacción del paciente se puede utilizar como una medida de la calidad de varios aspectos del servicio y ayuda a identificar áreas donde aparecen deficiencias desde la perspectiva de los destinatarios.⁽⁷⁾

Livias y col.⁽¹¹⁾ plantea que la satisfacción del usuario es un indicador directo de la calidad de la atención, al igual que la calidad del servicio mide el nivel de atención. En su estudio reporta que más del 80 % de los pacientes estuvieron satisfechos con la forma en que el personal se comunica y trata. Alrededor del 56 % de los pacientes no estaban satisfechos con el tiempo de espera para ser atendidos, esto se debió a que la mayoría de los pacientes esperó entre 1 y 2 horas para ser atendido. Nuestro estudio mostró cifras sustancialmente menores, y solo alrededor del 1 % tuvo tiempos de espera mayores a 1 hora.

Si bien en el estudio de Livias y col.⁽¹¹⁾ se concluye que la satisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de atención en salud no depende exclusivamente del tiempo de espera. Afirman que, promover el desarrollo de habilidades de comunicación para mejorar la calidad de la atención al paciente incide en la evaluación de la atención.

El hecho que más del 60 % de la muestra acudiera a realizar actividades preventivas, demuestra el objeto social de los centros de atención primaria, que son los más cercanos a la población, el nivel del primer contacto, que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.⁽¹²⁾

Resulta esencial en este nivel de atención, la prevención primaria con el desarrollo de medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.⁽¹²⁾

La demanda en salud representa las necesidades individuales vividas y que se presentan en el cotidiano de los servicios a ser atendidos. Como en el caso del 60% de los encuestados, que asistieron por demanda espontánea, se realiza cuando el usuario busca y utiliza espontáneamente el servicio para solucionar su problema.

Silva y col.⁽¹³⁾ afirma en este contexto que dificultades de acceso, alta demanda espontánea y baja resolutivez pueden contribuir a la ineficacia en la accesibilidad. El reclamo del usuario en demanda espontánea exige acciones y actitudes de los profesionales de Enfermería, responsables de la acogida en las unidades de atención primaria, pautadas en la sensibilidad, que es la base del modo de ser, de la vida cotidiana y de la sociedad misma. Así, en todos los sentidos complacen al individuo siempre que se promueva su interacción con la sociedad y la naturaleza de forma holística.

Dado que la Atención Primaria de Salud (APS) es la puerta principal del sistema, debe ser el foro en el que se aborden la mayoría de los temas de salud. De ahí la importancia de hacerlo más asertivo.⁽¹⁴⁾

El 20 % de los encuestados refiere realizar seguimiento de planes de cuidados; en el caso del nivel primario este requiere de un diagnóstico previo del estado de salud de la población mediante el estudio demográfico, epidemiológico, socioeconómico y de políticas públicas que inciden sobre los determinantes sociales de su salud. Este diagnóstico permite formular un Plan de Cuidado Comunitario, el cual incluye acciones intersectoriales que inciden directamente en los diferentes determinantes sociales que están actuando negativamente en la población.⁽¹⁵⁾

Este elemento es la base del diagnóstico de la situación de salud de la familia va más allá del diagnóstico individual en sus miembros. El estudio de los factores de riesgo tanto de los individuos como del conjunto de sus miembros permite formular intervenciones individuales y colectivas para eliminarlos o reducirlos. Estas intervenciones se agrupan en un Plan de Cuidado de la Familia que se caracteriza por ser proactivo, es decir, no espera a que la familia lo pida (a que sea atendida), sino que se ofrece y previa aceptación, se ejecuta conjuntamente con sus miembros.⁽¹⁵⁾

El 82,9 % de los encuestados obtuvo cita el mismo día, cifras similares a Martín-Fernández y col.⁽⁶⁾ reportó un 81,3 % de los pacientes que lo obtuvo el mismo día.

Martín-Fernández y col.⁽¹⁶⁾ reportan que entre los factores predisponentes, cada aumento de la edad en diez años se asoció con un aumento en la media del número de consultas de enfermería del 11 % (IC95%: 6,2-16,2 %). De los factores facilitadores, se asociaron con un aumento del número medio de consultas el tiempo empleado en la última consulta (aumentando un 2 % por cada minuto dedicado; IC95%: 1,2-2,9 %) y el número de consultas anuales al médico de familia (cada nueva consulta médica se asoció con un aumento medio del 2,7 % de las consultas de enfermería (IC95%: 2,1-3,2 %). En esta investigación se concluye que una demora de más de 24 horas en conseguir cita se asoció con una disminución del 32,8 % del número medio de consultas (IC95%: 19,3-44,1 %).

El uso de la consulta de enfermería varía mucho de acuerdo con el entorno, y las diferencias se explican en parte por las características del paciente y del entorno en el que se brinda la atención, lo que puede ser importante al analizar la equidad en la prestación del servicio.

La satisfacción de los pacientes con las enfermeras de atención primaria fue muy alta cuando utilizamos cuestionarios de medición específicos, como el AMABLE o el cuestionario de Baker. Estos resultados concuerdan con varios estudios^(6,17,18,19).

Yépez-Chamorro y col.⁽¹⁰⁾ reportan entre las características atribuidas por los usuarios al personal sanitario se encontró: “Son amables”, “fueron pacientes”, “muy eficientes”, “son atentos” y “buenas personas”. De igual manera, algunos participantes manifestaron que la carga de trabajo puede incidir en el comportamiento de los profesionales: “A veces son groseros, están aburridos, estresados, depende del trabajo”.

Este estudio realizado en el Pasto, Colombia informan que la mayoría de los participantes del estudio expresaron que se sienten satisfechos con la atención recibida, esta percepción estuvo asociada principalmente con el trato del personal asistencial que genera confianza en los profesionales para el manejo y superación de su enfermedad: “*La amabilidad y la forma en que he sido tratada me generan la sensación de que estoy en buenas manos*”. Asimismo, se reconoció la importancia de ser escuchados en la consulta como un factor que contribuye con su satisfacción: “*Me han atendido bien, si me han escuchado y yo también pregunto y ellos me dan las respuestas en el mismo momento*”.⁽¹⁰⁾

La evaluación de la calidad de un servicio está determinada no solo por la persona que lo proporciona, sino también por el actor más importante, el consumidor. Es decir, como el cliente lo percibe. La satisfacción también se utiliza como medida de los resultados de la atención y se relaciona con importantes aspectos relacionados con la salud, como la adherencia al tratamiento y las recomendaciones profesionales, cambios de proveedor, e incluso mejoras de salud.⁽⁷⁾

Los cuidados de enfermería deben estar orientados y sustentados en la humanización del cuidado, para articular las necesidades de los pacientes, reconocer sus emociones y enfocarse positivamente. Para hacer esto, se requiere capacitar a una enfermera empática capaz de brindar una atención familiar, significativa y gratificante. El cuidado en enfermería implica el conocimiento de la persona a cuidar y el conocimiento de sus actitudes, habilidades, intereses y motivos, lo que, además del conocimiento que posee el enfermero, exige la autoexpresión como persona: único, auténtico, que puede generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.⁽²⁰⁾

Las instituciones de salud deben comenzar a implementar programas de capacitación y educación para su personal a fin de desarrollar las habilidades para comunicarse de manera efectiva y eficiente, lo que

aumentará y mejorará la seguridad del paciente, aumentará la satisfacción del paciente y garantizará la atención adecuada.⁽¹¹⁾

Las dimensiones: cuidados del profesional, tiempo dedicado y profundidad de la relación, del cuestionario Baker de nuestra muestra tuvieron puntuaciones medianamente altas. En este sentido un estudio reporta que es posible considerar que la claridad en la información durante el proceso de atención puede ser un aspecto que facilite en los pacientes asumir un rol activo durante la consulta, así como también frente al cuidado de su salud y bienestar, ejemplo de ello es lo expresado por una participante: *“En un principio a mí no me explicaron, no sabía para qué cuidarme, no lo creía tan necesario, por eso no tomaba los medicamentos hasta que la doctora encontró la tensión alta y me explicó, a partir de ese día soy muy puntual”*. En este mismo estudio las personas que manifestaron que el tiempo empleado en la consulta no ha sido suficiente, reconocieron que este aspecto generó inseguridad con el diagnóstico y el tratamiento, orientándolos a buscar segundas opiniones.⁽¹⁰⁾

Un estudio cualitativo realizado en Ciudad de México, identificó que el hecho de que un profesional sanitario utilice un lenguaje ajeno a sus pacientes, limita la posibilidad de establecer vínculos de confianza, coadyuvando a mantener en los pacientes y sus familiares, temores o dudas sobre su padecimiento y las posibilidades de recuperación.⁽²¹⁾

En otro orden de ideas, Rodríguez-Martínez y col⁽¹⁹⁾ plantean que las variables asociadas a la consultas diagnósticas y terapéuticas, fueron las hospitalizaciones previas, que aumentaban la probabilidad de esta consulta un 19,1b% (IC95%: 8,8-30,4b%), el número de visitas anuales a la enfermera, por cada visita adicional aumentaba la probabilidad de este tipo de consulta en un 0,2b% (IC95%: 0,0-0,3b%) y el número de visitas anual al médico de familia, cada visita adicional aumentaba la probabilidad de que la consulta perteneciese a esta categoría un 0,3 % (IC95%: 0,0-0,6 %).⁽¹⁹⁾

Romero Massa y col.⁽²⁰⁾ en un estudio analítico transversal realizado en 132 pacientes, por su parte encontró que los pacientes estudiados por su estado de salud se encontraron: crónicos (28 %) y estables (72 %). Predominaron los pacientes que eran atendidos por cirugía 28 % y medicina interna 27,2 %. El 51,5 % de los participantes habían sido hospitalizados anteriormente; y de estos, el 34,1 % refirieron haber sido hospitalizados previamente por la misma enfermedad, y el 17,3 % por una enfermedad agregada a la actual.

Estos resultados no están en correspondencia con nuestro estudio, donde solo el 6,68% tuvo hospitalizaciones previas, por lo que no se realizó correlación de este indicador con otros relacionados con la calidad de la atención. No obstante investigaciones previas señalan que los pacientes que ya habían sido hospitalizados con anterioridad refieren una mayor satisfacción con el personal de salud, específicamente con el de enfermería.⁽²²⁾

Es oportuno precisar que la validación de una escala implica que ésta cumple con las características requeridas para que pueda ser utilizada en una población específica, asegurando que sus mediciones son éticas, precisas, exactas y estables. En este sentido, las características o propiedades que debe cumplir un instrumento de medición de la calidad de vida para ser aplicado a una comunidad son las siguientes: i) validez de apariencia: la escala es capaz de representar de forma fehaciente la realidad estudiada, es decir mide lo que debe medir, ii) validez de constructo: mide los dominios, factores y atributos en los que fue dividida la realidad derivados del constructo a analizar, iii) validez de criterio: tiene un desempeño similar al de otros instrumentos que se dedican a evaluar el mismo constructo y que ya han sido certificados, iv) confiabilidad test-retest: el funcionamiento de la escala es óptimo al ser implementada bajo diferentes condiciones y personas, v) sensibilidad al cambio: consiste en la capacidad de la escala de detectar cambios en la realidad que se está analizando y vi) utilidad: la aplicación de la escala se da de forma sencilla al igual que su procesamiento e interpretación.^(23,24)

La validez estructural del cuestionario AMABLE muestra su carácter unidireccional, ya que consta de un solo ítem, y este resultado es consistente con el marco teórico del diseño. Así, los ítems pueden medir diferentes aspectos o niveles, pero tienen el mismo concepto.

Los resultados de la evaluación de la consistencia interna a través del Alpha de Cronbach permiten inferir que ambos instrumentos (AMABLE y Baker) tuvieron un buen desempeño en la población estudiada, por lo que su aplicación brinda medidas fiables y válidas para la valoración de la satisfacción con el personal de enfermería en la atención primaria.

El beneficio del cuestionario AMABLE es obtener, en poco tiempo y de forma sencilla, información con estándares métricos de calidad, sobre la satisfacción de los usuarios, lo que permite identificar posibles aspectos faltantes, mejorando notablemente esta calidad.

Respecto al cuestionario Baker, un estudio de Rosal y col.⁽²⁵⁾ reportan que las variables incluidas en el modelo explican el 42,2 % de la varianza de la satisfacción global con la atención primaria, aunque la mayor parte de este porcentaje se explica por la satisfacción con los aspectos organizativos, actividades y establecimientos sanitarios, el poder explicativo de las variables restantes fue el más pequeño. El hecho de que las variables sociodemográficas y sistémicas tengan un bajo significado predictivo es un hecho consistente, ya que la satisfacción del usuario con la atención primaria debe estar influenciada principalmente por sus características, y aunque cualquier valoración subjetiva está influenciada por las características sociodemográficas, estas no fueran las determinantes del indicador.⁽²⁵⁾

Cabe señalar que, en general, los servicios sanitarios públicos andaluces de atención primaria están muy bien valorados por los ciudadanos, con niveles de satisfacción bastante altos en la mayor parte de los aspectos. Además, los indicadores que recogen aspectos de calidad global (satisfacción general) se encuentran entre los mejor valorados, reforzando empíricamente algunas de las conclusiones que culminan en el conocido meta-análisis de Hall y Dorman.⁽²⁶⁾

También se han detectado problemas y debilidades que están resultando recurrentes y difíciles de superar, conformando sin duda los retos que el sistema de salud debe abordar para seguir mejorando los servicios que presta. De esta manera, la información obtenida con este tipo de análisis es de gran relevancia para la gestión sanitaria, mostrando con rigor e indudable sustento empírico el ámbito en que es más prioritario intervenir para conseguir mayor calidad en el servicio prestado y, por ende, mayor satisfacción de los usuarios.⁽²⁵⁾

Limitaciones del estudio: la principal limitación de este trabajo resulta en el análisis de las percepciones de los pacientes sobre su interacción con la atención primaria de salud, y por otro lado las limitaciones propias de los métodos cuantitativos como son los cuestionarios, dado que, si bien permiten la sistematización de los resultados, es necesario realizar estudios cualitativos posteriores con la finalidad de analizar a profundidad algunos aspectos del estudio. El alcance de este estudio es limitado dado que se circunscribió solo a una localidad de un departamento de la provincia La Pampa, sin embargo, sirve de puerta para el desarrollo de estudios similares en el país y la región.

Al evaluar las características relacionadas con la satisfacción, se debe tener en cuenta que los efectos de techo para los instrumentos de medición pueden limitar su poder discriminatorio y limitar el alcance de las asociaciones. Esta relación no puede explicarse en términos de causa y efecto debido a que se desarrolló un estudio transversal y no analítico.

Por otra parte, las limitaciones de usar la calidad percibida como un indicador de la satisfacción surgen de la comprensión de su verdadero lugar entre los factores explicativos de esta última. La calidad percibida, que es un juicio, y, por tanto, tiene naturaleza cognitiva, resulta de confrontar las percepciones o experiencias de los atributos reales de los cuidados de salud con las expectativas que previamente el paciente se llega a formar de ellos.⁽²⁷⁾

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes perciben de forma adecuada la atención proporcionados por los profesionales de enfermería, lo que se encuentra en estrecha relación con la calidad del cuidado, de los servicios de enfermería, la salud de los participantes y la atención comunitaria.

En el contexto de la atención primaria de salud, las personas que asistieron a las consultas de enfermería valoran positivamente la atención que reciben. Las áreas potenciales de mejora, en la búsqueda de la excelencia en la atención, pueden incluir aspectos organizativos como forma de mejora continua en la calidad de atención.

Este estudio presenta las puntuaciones de referencia para la población general, y teniendo en cuenta que no se cuenta con antecedentes de su aplicación en el contexto de Argentina, lo convierte en una línea de base para investigaciones posteriores en el contexto argentino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caballero MCR, Pérez NO, Morfa RG, Pérez AP. Capacitación para el desarrollo de la consulta de enfermería en la atención primaria de salud. *EduMeCentro* 2018;10:106-21.

2. Herrera-Amaya G, Manrique-Abril F. Satisfacción laboral de enfermería. Diferencias de ámbitos en atención primaria en salud y cuidado intensivo. *Duazary* 2019;16:74-86.

3. Torres-Arreola L del P, Vladislavovna Doubova S, Reyes-Morales H, Pablo Villa-Barragán J, Constantino-Casas P, Pérez-Cuevas R. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Atención Primaria* 2006;38:381-6. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(06\)70529-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(06)70529-7).

4. Abouhamad J. La necesidad. Estado de necesidad y objeto de necesidad. Tipología de las necesidades. *Los Hombres de Venezuela: Sus Necesidades, Sus Aspiraciones* 1970:95-132.

5. Viamonte KR, Guillot CDC. La atención primaria de salud y la enfermería. *Revista UNIANDES Episteme* 2016;3:384-401.

6. Martín-Fernández J, Ariza-Cardiel G, Rodríguez-Martínez G, Gayo-Milla M, Martínez-Gil M, Alzola-Martín C, et al. Satisfacción con la enfermera en atención primaria: herramientas de medida y factores explicativos. *Revista de Calidad Asistencial* 2015;30:86-94. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.01.007>.

7. Duarte Clímets G, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería Clínica* 2003;13:7-15. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(03\)73776-0](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(03)73776-0).

8. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice* 1990;40:487-90.

9. Fernández San Martín MI, Rebagliato Nadal O, de Gispert Uriach B, Roig Carrera H, Artigas Guix J, Bonay Valls B, et al. Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. *Atención Primaria* 2008;40:611-6. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(08\)75694-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(08)75694-4).

10. Yépez-Chamorro MC, Ricaurte-Cepeda M, Jurado-Fajardo DM, Yépez-Chamorro MC, Ricaurte-Cepeda M, Jurado-Fajardo DM. Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. *Universidad y Salud* 2018;20:97-110. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.114>.

11. Livias AF, Miraval RMO, Roncal RV, Barreto IB. Habilidades comunicacionales y la satisfacción del paciente en los servicios de consulta externa. *Revista de Salud Pública* 2020;24:73-82. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24.n1.27378>.
12. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna* 2011;33:7-11.
13. Silva LS, Menezes C, Nascimento LC do, Nitschke RG, Duarte DC, Fonseca Viegas SM da, et al. Demanda espontânea e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária. *Avances en Enfermería* 2021;39:30-9. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85573>.
14. Aguirre-Bozafa F. El rol de la enfermería de práctica avanzada en atención primaria en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2018;29:343-6. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.03.006>.
15. Echeverry O. Atención primaria de la salud: Una nueva oportunidad. *Carta Comunitaria* 2016;24:19-32. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v24.n140.4>.
16. Martín-Fernández J, Rodríguez-Martínez G, Ariza-Cardiel G, Vergel Gutierrez MÁ, Hidalgo Escudero AV, Conde-López JF. Variables que condicionan la utilización de la consulta de enfermería en centros de salud de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Publica* 2013;87:383-92.
17. Martín Fernández J. La revelación del valor de los servicios de salud bajo las perspectivas de la ganancia y de la pérdida: interpretación de las preferencias e implicaciones para la planificación y priorización de servicios según el valor para el ciudadano. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España), 2017.
18. Dolores-Maldonado G, Liria-Dominguez R, Espinoza-Bernardo S. Satisfacción materna de la consejería en suplementación infantil con hierro realizada por el personal de salud. *Anales de la Facultad de Medicina* 2018;79:29-34. <https://doi.org/10.15381/anales.v79i1.14589>.
19. Rodríguez-Martínez G, Serrano-Martínez M, Ibáñez-Gómez A, Perdikidi-Guerra A, Ariza-Cardiel G, Martín-Fernández J. Análisis de la consulta enfermera de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid (España). *Enfermería Clínica* 2019;29:170-7. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.004>.
20. Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia la Promoción de la Salud* 2016;21:26-36. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.3>.
21. Herrera-Kiengelher L, Villamil-Álvarez M, Pelcastre-Villafuerte B, Cano-Valle F, López-Cervantes M. Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. *Rev Saude Pública* 2009;43:589-94. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000042>.
22. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res* 2006;6:102. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-102>.
23. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública* 2004;6:302-18.

24. Cardona-Arias JA, Ospina-Franco LC, Eljadue-Alzamora AP. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del WHOQOL-BREF y el MOSSF-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2015;33:50-7.

25. Rosal RS, Loriente-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *salud publica mex* 2008;50:162-72.

26. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science & Medicine* 1990;30:811-8. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90205-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90205-7).

27. Velandia Salazar F, Ardón Centeno N, Jara Navarro MI. Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2007;6:139-68.

FINANCIACIÓN

El autor no recibió financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no existe conflicto de intereses

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Curación de datos: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Análisis formal: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Adquisición de fondos: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Investigación: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Metodología: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Administración del proyecto: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Recursos: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Software: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Supervisión: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Validación: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Visualización: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Redacción - borrador original: Marité Romina Zaldariaga Giménez.

Redacción - revisión y edición: Marité Romina Zaldariaga Giménez.