

ORIGINAL

Recibido: 11 de septiembre de 2017
Aceptado: 23 de enero de 2018
Publicado: 26 de abril de 2018

CALIDAD PERCIBIDA POR USUARIOS DE CIRUGÍA MENOR SEGÚN NIVEL ASISTENCIAL Y PROFESIONALES QUE LA REALIZAN

Enrique Oltra Rodríguez (1), Benjamín Fernández García (2), Laura Cabiedes Miragaya (3), Rosario Riestra Rodríguez (1), Cristina González Aller (4) y Sofía Osorio Álvarez (1).

(1)Facultad de Enfermería de Gijón. SESPA-Universidad de Oviedo. Asturias. España.

(2)Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. Asturias. España.

(3)Facultad de Economía y Empresa. Universidad de Oviedo. Asturias. España.

(4)Centro de Salud de Llanera. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos. La cirugía menor es realizada actualmente por diversos profesionales en atención primaria y especializada. Como tecnología sanitaria debe ser evaluada para conseguir una eficiencia organizacional. La satisfacción del usuario es uno de los criterios de calidad. Por ello se plantea un análisis de la calidad percibida por el usuario según dónde y quién realice cirugía menor.

Métodos. Se estudió por encuesta telefónica la satisfacción de una muestra de 275 pacientes de cirugía menor pertenecientes a dos hospitales y tres áreas de atención primaria de Asturias. El cuestionario sigue el modelo SERVQUAL adaptando el utilizado por el Ministerio de Sanidad en 1977. Se establece un modelo de comportamiento de la satisfacción en función de las variables que la incrementan o disminuyen.

Resultados. En todos los ítems la satisfacción fue buena o muy buena como mínimo en el 84% de los encuestados y en la mayoría estaba por encima del 95%. Había una diferencia significativa, a favor de atención primaria en tiempo de espera ($p<0,001$), explicaciones recibidas ($p=0,002$) y seguridad percibida ($p=0,015$). Las variables más explicativas de una satisfacción excelente fueron la sensación de seguridad y la atención del personal. El tipo de profesional no apareció como condicionante y el nivel asistencial solo apareció entre los que no se sentían muy seguros, en cuyo caso estaban menos satisfechos los atendidos en atención primaria.

Conclusiones. La buena calidad percibida por los usuarios no penaliza el que la cirugía menor sea realizada en ninguno de los niveles asistenciales ni por ninguno de los profesionales que la realizan actualmente.

Palabras clave: Cirugía menor, Procedimientos quirúrgicos menores, Evaluación de la tecnología biomédica, Eficiencia organizacional, Satisfacción del paciente, Mejoramiento de la calidad, Atención primaria de salud, Enfermería.

Correspondencia
Enrique Oltra Rodríguez.
El Rayo 13-B.
33519, Pola de Siero. Asturias.
oltraenrique@uniovi.es.

ABSTRACT

Quality perceived by users of minor surgery according to care level and the professionals that carried it out

Background. Nowadays minor surgery is performed by different professionals at primary as well as specialized care. Being a healthcare technology, minor surgery must be assessed in order to achieve an organizational efficiency. User's satisfaction must be one of the quality criteria. That is why an analysis of the quality perceived by users according to where minor surgery takes place and who carries it out is made.

Methods. This study explores, conducting telephone surveys, the satisfaction of a sample of 275 minor surgery patients of two hospitals and three primary healthcare areas of Asturias. The survey is based on the SERVQUAL model adapting the one used by the Spanish Ministry of Health in 1977. A behavior pattern of satisfaction was established in terms of the variables that increase or diminish it.

Results. In every item, satisfaction was perceived as good or very good at least in 84% of the survey users and in the majority was over 95%. There was a significant difference in favour of primary care with respect to waiting time ($p<0,001$), explanations received ($p=0,002$) and security perceived ($p=0,015$). The more explanatory variables of excellent satisfaction were the sense of security and the staff attention. The kind of professional did not represent a conditioning factor and the level of healthcare only appeared to be so among those who did not feel safe showing to be less satisfied those treated in primary care.

Conclusions. Good quality perceived by users does not seem to be penalized by the fact that minor surgery can be carried out at different healthcare levels or which specialist performs it.

Key words: Minor surgery, Minor surgical procedures; Technology assessment biomedical, Efficiency organizational, Patient satisfaction, Quality improvement, Primary health Care, Nursing.

Cita sugerida: Oltra Rodríguez E, Fernández García B, Cabiedes Miragaya L, Riestra Rodríguez R, González Aller C, Osorio Álvarez S. Calidad percibida por usuarios de cirugía menor según nivel asistencial y profesionales que la realizan. Rev Esp Salud Pública. 2018;92:26 de abril e201804015.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Menor (CM) se ha definido como una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones posquirúrgicas significativas⁽¹⁾. En los servicios de salud e incluso en cada dispositivo sanitario, la prestación de la CM se organiza de diferentes maneras y es realizada por diversos profesionales en los distintos niveles asistenciales. Clásicamente se han descrito las numerosas ventajas de realizar CM en atención primaria (AP) tanto para el usuario como para el profesional y el sistema sanitario^(2,3,4).

La CM, como cualquier otra tecnología sanitaria en la que caben distintas alternativas de realización u organización, debe ser evaluada buscando la eficiencia del servicio, sin embargo, se encuentra escasa bibliografía reciente sobre el tema, habiendo sido publicada la mayoría en los años inmediatamente posteriores a 1997 cuando el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) lanzó un programa, con su pilotaje previo⁽⁵⁾, de potenciación de la CM en AP, tras haber sido ésta incluida en 1995 como prestación del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la AP⁽⁶⁾.

La evaluación de tecnologías sanitarias tiene varios componentes, entre los que destacan la calidad técnica y la evaluación económica, sin embargo, diversos autores coinciden en que también es imprescindible considerar como medida de los resultados el grado de satisfacción o la calidad percibida por los usuarios^(7,8,9,10).

Los estudios existentes en nuestro entorno^(11,12,13,14,15,16,17) coinciden en la buena aceptación y la alta satisfacción de la CM en AP, y en aquellos en los que esta se compara con atención hospitalaria los resultados son muy similares en ambos niveles. La mayoría de estos estudios superan los 10 años de antigüedad y suelen tener la limitación de estudiar muestras

de pequeño tamaño y circunscritas a un solo centro de salud o consulta. Otra limitación son los diferentes instrumentos de medida utilizados, no siempre de una validez contrastada. En pocos estudios se ha comparado la satisfacción entre niveles asistenciales y en ninguno se ha valorado la satisfacción obtenida cuando las intervenciones las practican enfermeras de AP, profesionales que históricamente lo han venido haciendo y que en la actualidad lo siguen realizando. Esta actividad está contemplada por el Consejo General de Colegios de Enfermería en su circular 17/90 de 5 de febrero de 1990 y recogida en el programa oficial de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria⁽¹⁸⁾ y de otras. Por todo ello se plantearon los siguientes objetivos:

- Conocer la calidad percibida por los pacientes respecto a la CM dependiendo del profesional y en el nivel sanitario en el que esta se haya realizado.

- Establecer el modelo de los factores que más condicionan la satisfacción de los usuarios de CM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el segundo trimestre de 2013 se planteó una entrevista telefónica a las 275 personas que habían tenido algún episodio de CM programada durante un año y cuyas historias habían sido revisadas para evaluar la calidad técnica. Esta muestra se extrajo de la población de CM realizada durante el año 2010 en los 44 centros de atención primaria de las Áreas III (Avilés), IV (Oviedo) y V (Gijón) en Asturias, que atendían a 799.472 habitantes y en los hospitales de Cabueñes y Valle del Nalón en Asturias que atendían a 384.511 habitantes.

La muestra fue calculada para una potencia teórica del 90% con un error tipo 1 del 5%. La muestra se estratificó proporcionalmente al número de técnicas realizadas en AP u hospital y por médicos de hospital, médicos de AP y enfermeras de AP. Se consideró diferencia estadísticamente significativa si $p < 0,05$.

Se analizaron los grupos a comparar. Para la edad se realizó una comparación de medias mediante ANOVA, para el sexo se calculó el chi cuadrado y para los diagnósticos categorizados como lesiones epidérmicas, subcutáneas y otras, se realizó la prueba exacta de Fischer. Para la edad no se encontraron diferencias significativas ni entre los tres diferentes profesionales (p=0,97) ni entre los dos niveles asistenciales (p=0,89). Para el sexo no se encontraron diferencias entre los tres profesionales (p=0,70) ni para los tres niveles asistenciales (p=0,75). Para los

diagnósticos previos tampoco se encontraron diferencias ni entre profesionales (p=0,28) ni entre niveles asistenciales (p=0,45).

Se diseñó un cuestionario de 8 preguntas basado en los 5 criterios del Modelo SERVQUAL⁽¹⁹⁾ (ver tabla 1), adaptando el cuestionario utilizado por el Ministerio de Sanidad en 1997⁽⁵⁾ y teniendo en consideración los factores de confusión referenciados por P.J. Saturno⁽²⁰⁾. Se añadió una pregunta inicial de comprobación del recuerdo sobre la intervención y otra final de resumen.

Tabla 1
Cuestionario utilizado según categorías SERVQUAL

Categorías SERVQUAL	Cuestionario utilizado	Cuestionario Ministerio Sanidad 1997 ⁵
Pregunta previa	¿Recuerda usted la pequeña intervención quirúrgica a la que fue sometido en el ambulatorio (explicitar fecha y describir lesión) -sí -no	-
Capacidad respuesta (y accesibilidad)	1- Solucionar el problema, le resultó: -Muy sencillo (fácil) -Sencillo -Complicado -Muy complicado 2- El tiempo que ha pasado desde que acudió por primera vez al centro de salud con este problema, hasta que se lo han resuelto, le ha parecido: -Muy poco -poco -bastante -mucho	- El tiempo que ha pasado desde que fue por primera vez al médico con este problema, hasta que se lo han resuelto, le ha parecido: -Mucho -bastante -poco -muy poco -NS/NC
Fiabilidad (Competencia)	3- Respecto al resultado de la intervención está usted: -Muy satisfecho -Satisfecho -Poco satisfecho -Nada satisfecho 4- Al personal que le atendió lo considera: -Muy competente -competente -poco competente -nada competente	- -
Empatía (Comunicación y Cortesía)	5- Las explicaciones que le han dado el médico o la enfermera sobre lo que le iban a hacer, le han parecido: -Muy buenas -Buenas -Malas -Muy malas 6- Respecto a la atención recibida por parte del personal, está usted: -Muy satisfecho -Satisfecho -Poco satisfecho -Nada satisfecho	Las explicaciones que le ha dado su médico general o su enfermera sobre lo que le iban a hacer, le han parecido: -Muy pocas -pocas -bastantes -muchas -NS/NC ¿Cómo piensa usted que le han atendido en relación con este problema en su centro de salud? -Muy mal -mal -bien -muy bien -NS/NC
Seguridad	7- Se sintió usted seguro durante el proceso y la intervención: -Muy seguro -seguro -poco seguro -nada seguro	-
Tangibilidad	8- Las instalaciones donde fue intervenido le han parecido: -Muy adecuadas -adecuadas -poco adecuadas -nada adecuadas	La limpieza e higiene de la sala, le ha parecido: -Muy mala -mala -buena -muy buena -NS/NC
Pregunta final o compendio	Si volviese a tener un problema similar ¿recurriría a los mismos profesionales? -Es muy probable -es probable -es poco probable -es nada probable	En caso de tener un problema similar al que ha tenido, ¿qué haría? -Le da igual donde se lo hagan -Preferiría acudir a un especialista ambulatorio -Elegiría nuevamente el centro de salud -NS/NC

La encuesta se realizó telefónicamente de forma estandarizada por tres profesionales previamente entrenados en la técnica. Para captar las máximas respuestas se realizaron al menos dos llamadas a cada persona en diferentes horarios.

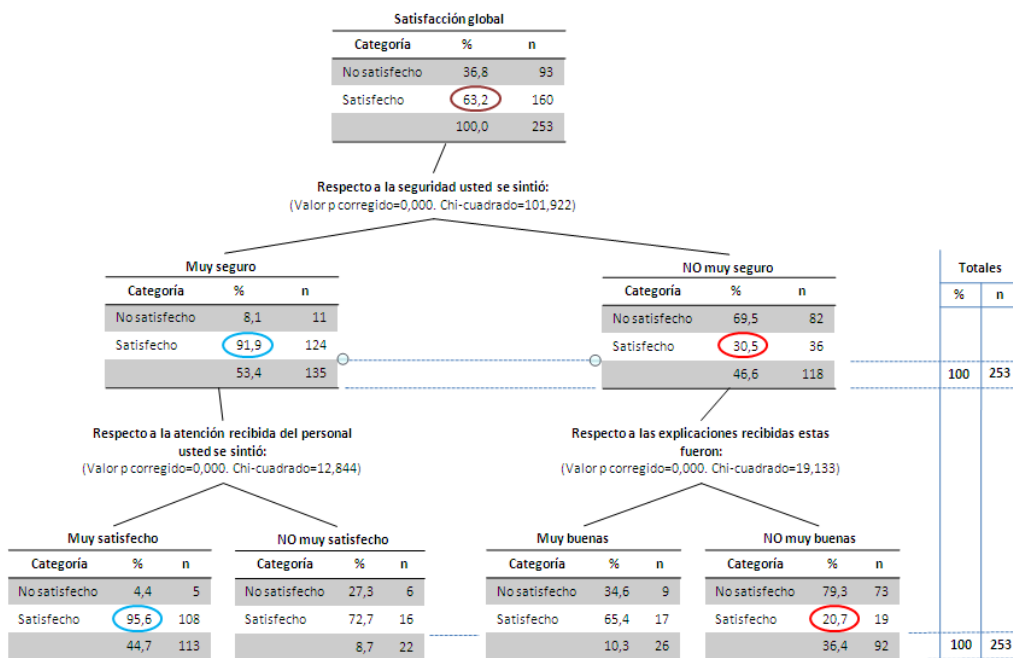
El cuestionario se pilotó en 60 individuos elegidos al azar entre la población a estudio. Los encuestadores no percibieron rechazo ni problemas de comprensión. Para analizar la consistencia interna se calculó el coeficiente alfa de Crombach que resultó 0,792.

Para establecer un modelo de comportamiento de la satisfacción a las 146 respuestas de CM programada se le sumaron 107 de CM urgente que en otros aspectos no fueron analizadas en el presente artículo, teniéndose en cuenta por tanto

253 entrevistas. Se consideraron como satisfechos solo a aquellos pacientes intervenidos que de las cuatro opciones de cada ítem respondieron a la opción más favorable o de excelencia (ejemplo: muy seguro, muy satisfecho...), el resto de las respuestas se agruparon en la categoría de “no satisfechos”, incluso aquellos casos en que se identificaron con la segunda opción de cada ítem (por ejemplo: seguro, satisfecho...).

Se utilizó el chi cuadrado para correlación entre variables cualitativas. El algoritmo que expresa el modelo se apoya en el valor P más bajo de todas las comparaciones entre variables, luego se fue repitiendo el proceso hasta que se volvía a cumplir la siguiente condición de parada otra vez con el valor P más bajo. El proceso se representa en la figura 1.

Figura 1
Modelización de los factores de satisfacción según percepciones



El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias y el permiso de los Directores- Gerentes de los centros a los que pertenecían las personas encuestadas. Se informó a los encuestados de la finalidad y voluntariedad de su participación. Los datos se trataron según indica la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS

El porcentaje de respuesta fue del 53% (146). No se observaron diferencias significativas entre quienes respondieron y no respondieron, en la media de edad ($p=0,158$), distribución según grupos etarios ($p=0,594$), sexo ($p=0,811$), nivel de atención ($p=0,143$) ni profesional que realizó la técnica ($p=0,322$). Las razones de la no respuesta fueron diversas entre las que destacaron la no localización de la persona, cabe reseñar que solamente un 1% de los localizados se negaron a responder y un 5,8% dijeron no recordar la intervención.

La edad media de los encuestados fue de 49,3 años (DE: 18,9), siendo un 48,6% mujeres.

En cuanto a percepción de la calidad según sexo no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los ítems.

La respuesta a los 8 ítems se puede apreciar en la [tabla 2](#).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni entre niveles asistenciales ni entre profesionales en la percepción de los usuarios sobre la sencillez de solucionar el problema, la satisfacción con los resultados, la competencia del personal, la satisfacción con la atención recibida del personal, la adecuación de las instalaciones ni sobre las complicaciones durante o después de la intervención.

Si aparecieron diferencias significativas en la percepción sobre el tiempo desde que acudió por primera vez a la consulta hasta que

le resolvieron el problema les pareció poco o muy poco globalmente al 84,1%, observándose diferencias significativas ($p<0,001$) entre el hospital (50%) y AP (98%). No se observó diferencia entre los profesionales de AP (médicos y enfermeras) pero sí entre éstos y los médicos del hospital ($p<0,001$). El tiempo real de demora durante el periodo de estudio, según las historias clínicas, fue de una media de 93,5 días en el hospital (DE: 105,1) y de 2,5 en AP (DE: 5,7).

Las explicaciones recibidas les parecieron buenas o muy buenas al 96,6% de los usuarios, existiendo diferencias significativas ($p=0,002$) entre AP (100%) independientemente de que interviniese el médico o la enfermera y hospital (88,1%).

Respecto a la seguridad percibida durante todo el proceso, incluida la intervención, manifestaron haberse sentido globalmente seguros o muy seguros el 98,6%. En atención primaria, independientemente de que interviniese el médico o la enfermera, se sintieron seguros en un 100%, mientras que en el hospital fue de un 95,2%, teniendo significación esta diferencia ($p=0,015$); sin embargo, considerando los tres profesionales no se encontraron diferencias significativas.

Ante un problema similar hubiesen recurrido a los mismos profesionales globalmente un 98,6% de los usuarios. Hubo diferencias significativas entre niveles asistenciales ($p<0,001$) 99% en AP y 97,6% en hospital y también hubo diferencias significativas según los profesionales que intervinieron ($p<0,01$) con un 100% enfermeras AP, 97,1% médicos AP y 97,6% médicos hospital.

En cuanto al establecimiento de un modelo de satisfacción general (ver [figura 1](#)) se observó que globalmente el 63,2% de la población estaba satisfecha considerando en esta categoría solamente a los que respondieron “muy satisfecha”, es decir la máxima de las cuatro posibles o la respuesta de excelencia.

**Tabla 2
Resultados**

Item	Localización	La suma de las dos respuestas más favorables (ej.: sencillo + muy sencillo)	Significación (p)
1- Solucionar el problema, le resultado: -Muy sencillo (fácil) –Sencillo –Complicado –Muy complicado	AP	99% (103)	P=0,061
	Hospital	92,9% (39)	
	Médico AP	100% (35)	P=0,164
	Enfermera AP	98,5% (68)	
	Médico hospital	92,9% (39)	
2- El tiempo que ha pasado desde que acudió por primera vez al centro de salud con este problema, hasta que se lo han resuelto, le ha parecido: -Muy poco –poco –bastante –mucho	AP	98% (101)	P<0,001
	Hospital	50% (21)	P<0,001
	Médico AP	97,1% (34)	
	Enfermera AP	98,5% (67)	
Médico hospital	50% (21)		
3- Respecto al resultado de la intervención está usted: -Muy satisfecho –Satisfecho –Poco satisfecho –Nada satisfecho	AP	98% (101)	P=0,157
	Hospital	92,9% (39)	P=0,452
	Médico AP	97,2% (34)	
	Enfermera AP	98,6% (67)	
Médico hospital	92,9% (39)		
4- Al personal que le atendió lo considera: -Muy competente –competente –poco competente –nada competente	AP	100% (103)	P=0,015
	Hospital	95,2% (40)	
	Médico AP	100% (34)	P=0,085
	Enfermera AP	100% (69)	
	Médico hospital	95,2% (40)	
5- Las explicaciones que le han dado el médico o la enfermera sobre lo que le iban a hacer, le han parecido: -Muy buenas –Buenas –Malas –Muy malas	AP	100% (103)	P=0,002
	Hospital	88,1% (37)	P=0,006
	Médico AP	100% (34)	
	Enfermera AP	100% (69)	
	Médico hospital	88,1% (37)	
6- Respecto a la atención recibida por parte del personal, está usted: -Muy satisfecho –Satisfecho –Poco satisfecho –Nada satisfecho	AP	100% (103)	P=0,391
	Hospital	97,6% (41)	P=0,676
	Médico AP	100% (34)	
	Enfermera AP	100% (69)	
	Médico hospital	97,65 (41)	
7- Se sintió usted seguro durante el proceso y la intervención: -Muy seguro –seguro –poco seguro –nada seguro	AP	100% (103)	P=0,015
	Hospital	95,2% (40)	P=0,006
	Médico AP	100% (34)	
	Enfermera AP	100% (69)	
	Médico hospital	95,2% (40)	
8- Las instalaciones donde fue intervenido le han parecido: -Muy adecuadas –adecuadas –poco adecuadas –nada adecuadas	AP	97,1% (100)	P=0,541
	Hospital	95,3% (40)	-
	Médico AP	-	
	Enfermera AP	-	
	Médico hospital	-	
Pregunta resumen: Si volviese a tener un problema similar ¿recurriría a los mismos profesionales? -Es muy probable –es probable –es poco probable –es nada probable	AP	99% (103)	P<0,01
	Hospital	97,6% (41)	
	Médico AP	97,1% (33)	P<0,001
	Enfermera AP	100% (70)	
	Médico hospital	97,6% (41)	

La variable que mejor explicaría que un paciente está satisfecho (satisfacción máxima o de excelencia) es la sensación de seguridad. En los pacientes que se sintieron muy seguros el porcentaje de satisfacción subía hasta el 91,9%. Si además de sentirse muy seguros los pacientes se encontraban muy satisfechos con la atención recibida por el personal, la satisfacción global llegó al 95,6%.

En sentido contrario, en los pacientes que no se sentían “muy seguros”, el porcentaje de satisfacción global con la intervención bajó hasta el 30,5%. Si además las explicaciones recibidas no eran consideradas “muy buenas”, la percepción global de satisfacción descendía hasta el 20,7%.

Si en el modelo anterior se incluía como consideración también el nivel sanitario donde se realizó la intervención (Ver *figura 2*), este no aparecía inicialmente como determinante de la satisfacción, sino que sólo separaba a los individuos que no se sintieron muy seguros durante la intervención. Estos (los que no se sintieron muy seguros), estaban más satisfechos cuando la CM se había realizado en un hospital (84,5%) que cuando había ocurrido en un centro de salud (23,8%). Si además en el centro de salud consideraban las explicaciones no muy buenas, la satisfacción decaía hasta el 14,5%.

DISCUSIÓN

A pesar de que en algunos ítems se han encontrado diferencias significativas a favor de la AP, como también ocurre en los estudios de Alfaro González et al⁽¹⁴⁾ y de Caurel y Caballero⁽¹⁶⁾, se podría decir que el nivel de satisfacción es en todos los casos muy alto. Otros autores también lo ratifican refiriéndose a AP^(11,15,21).

Caurel y Caballero⁽¹⁶⁾ han estudiado la satisfacción global y han encontrado que el 96% de los pacientes intervenidos en AP y el 93% en el hospital quedaron satisfechos con el proceso, no siendo significativa esta diferencia.

En algunos ítems comunes a varios estudios realizados en AP hay gran coincidencia en cuanto al porcentaje de usuarios satisfechos. Las explicaciones se consideraron buenas o muy buenas en un alto porcentaje así como la atención recibida por parte del personal que fue considerada como satisfactoria o muy satisfactoria por la mayoría de los usuarios que contestaron que si tuviese otro problema similar muy probablemente recurriría a los mismos profesionales (AP). En los tres ítems las cifras encontradas en la bibliografía son ligeramente inferiores a las halladas en el presente estudio. Hay dos ítems donde la diferencia entre AP y hospital es significativa y llamativa, uno es en la demora para resolver el problema, lo cual concuerda con la demora real objetivada en la revisión de las historias y también concuerda con lo hallado por Caurel y Caballero⁽¹⁶⁾.

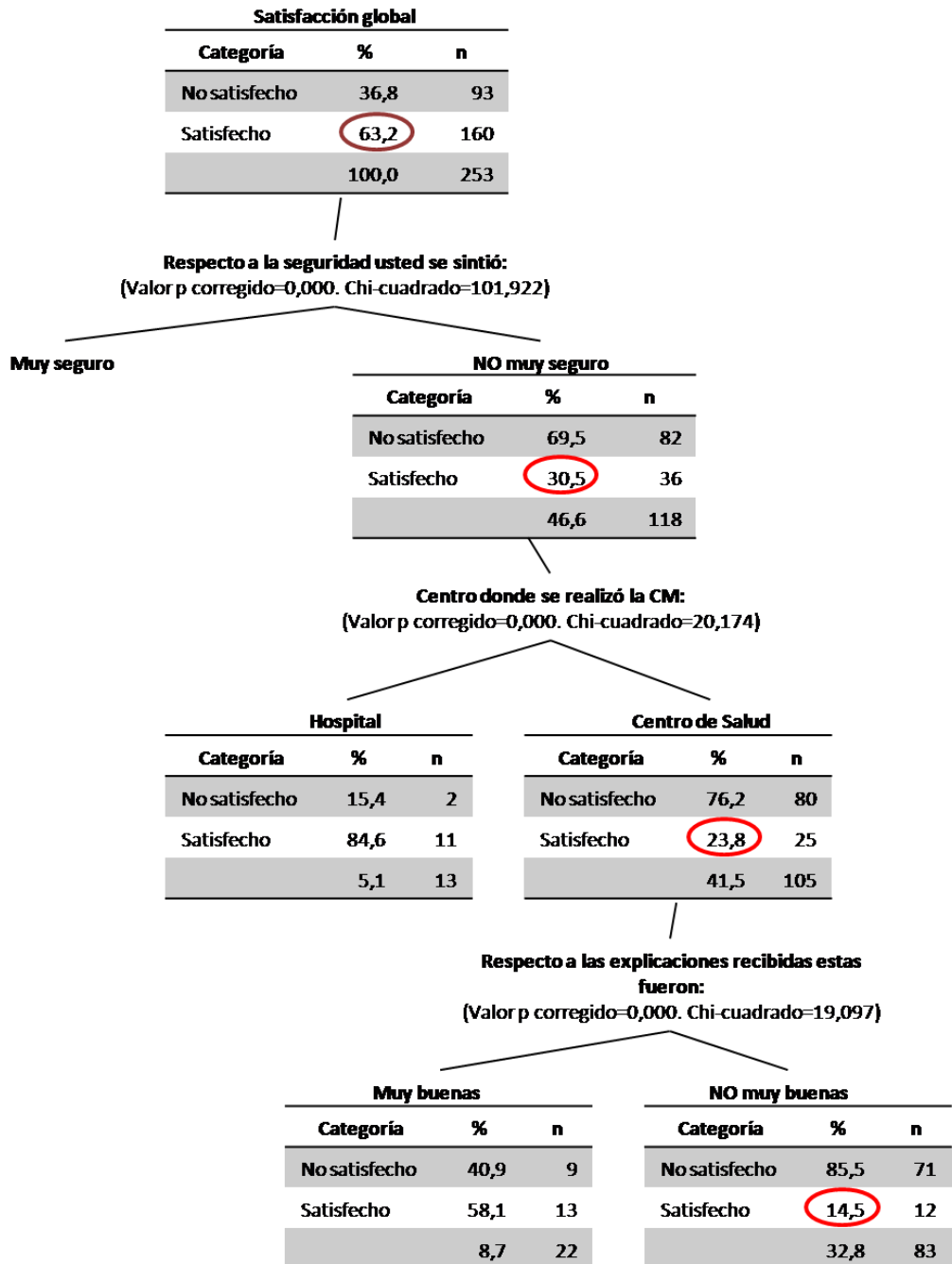
Estos autores también encontraron diferencia significativa a favor de AP en lo relativo a la sala donde se realizó la intervención, en el presente estudio no se encontraron diferencias al respecto. El otro ítem de abultada diferencia se refiere a las explicaciones recibidas, que son menos satisfactorias en el hospital.

Se destaca que los factores que más influyen en la satisfacción global son el sentirse seguros y los aspectos relacionales de la atención y las explicaciones recibidas del personal.

A la alta satisfacción de los usuarios, las bajas complicaciones y la adecuada calidad técnica que refiere la bibliografía^(21,22,23), debe sumarse el ahorro que supone la realización de la CM en AP respecto al hospital y que se ha encontrado tanto en estudios británicos⁽²⁴⁾ como españoles^(25,26,27).

Por todo ello, en una coyuntura económica en la que permanentemente se está cuestionando la sostenibilidad del sistema sanitario, los responsables de la planificación sanitaria deberían considerar una optimización de los recursos mediante la reorganización del servicio orientando hacia una desinversión-reinversión^(28,29) que no incrementaría los riesgos ni haría peligrar la calidad técnica según recoge

Figura 2
Modelización de los factores de satisfacción según percepciones considerando el nivel asistencial



la bibliografía y que mantendría o incluso incrementarían la satisfacción o calidad percibida por los usuarios.

Se encontró cierta dificultad para establecer relaciones con otros estudios, puesto que la mayoría de los encontrados abordaban la satisfacción de los usuarios en AP y no en el hospital y tampoco compararon entre grupos de profesionales ni entre niveles asistenciales. En otros países donde la CM también es realizada por diferentes profesionales y niveles asistenciales no se encontraron estudios con enfoque comparativo.

Como limitación del presente trabajo se podría considerar la no diferenciación por diagnóstico o técnica realizada, aunque todos los episodios estudiados respondían estrictamente a los criterios definitorios de CM y, como se ha explicado en el apartado del método, no se han observado diferencias entre los diagnósticos agrupados.

Por todo ello se puede concluir:

- La CM es un servicio altamente valorado por los usuarios independientemente de quién la realice y en qué nivel asistencial se lleve a cabo, con una ligera ventaja para la AP a costa sobre todo del menor tiempo de espera y de unas explicaciones más óptimas.

- Los usuarios valoran especialmente, además de sentirse seguros, aspectos relacionales como las explicaciones que reciben y el trato de los profesionales.

- El nivel sanitario no determina inicialmente la satisfacción en los ítems medidos, solamente lo hace entre los individuos que no se han sentido muy seguros durante la intervención.

Por todo ello cabría recomendar que el servicio de CM fuese analizado mediante Evaluación de Tecnologías Sanitarias. La satisfacción de los usuarios, junto a la seguridad, los costes referidos en la bibliografía y el coste-oportunidad que supone realizarla en los servicios

hospitalarios, indican que una planificación eficiente de recursos apuntaría hacia la potenciación de estas técnicas en atención primaria tanto por médicos como por enfermeras de familia.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a Marta Osorio Álvarez por su apoyo con la traducción y a Pablo Cambor, M^a José Gómez Castro y Juan Oltra Riestra por su asesoría en el tratamiento y análisis de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menon NK. Minor surgery in general practice. *The Practitioner*. 1986; 230:917-920.
2. Gil Martín R, López Ballesteros L, Valles Arroyo I. Cirugía menor en medicina rural. *Medicina General*. 2000, 26:640-648.
3. Arribas Blanco J M, Santonja Medina F, Castelló Fortet JR, Herrero Vanrell P, Rodríguez Pata N. Cirugía menor y procedimientos de medicina de familia (2ª edición). Madrid: Jarpoy, 2008.
4. Rodríguez Alonso JJ, Arribas Blanco JM. Cirugía y traumatología menor, ¿podemos? ¿podremos?. *Aten Primaria*. 2001; 31(1):47-51.
5. Dirección General de Atención Primaria y Especializada, Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la experiencia piloto de CM en AP. 1997.
6. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, nº 35, (10-02-1995).
7. López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García Altés A, Gisbert R, Mar J, Puig Junoy J. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gac Sanit* 2010.24(2):154-70.
8. Mahtani Chugani V, Axpe Caballero MA, Serrano Aguilar P, González Castro I, Fernández Vega E. Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud; 2006.
9. PyDeSalud [Internet]. Canarias: Servicio de Evaluación y Planificación Dirección del Servicio Canario de la Salud [Actualizado 20-06-2017. Acceso: 8 de agosto de 2017]. Metodología para implicar al paciente en la evaluación de tecnologías sanitarias [1 pantalla]. Disponible en: <http://>

www.pydesalud.com/paciente-la-evaluacion-tecnologias-sanitarias/

10. Ortún-Rubio V, Pinto-Prades JL, Puig-Junoy J. La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. *Aten Primaria*. 2001;27(1):148-50.

11. López Santiago A, Lara Peñaranda R, de Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Atención Primaria* 2000. 26:61-69.

12. Belenguer Tarín MV, González Cano J, Aliaga Abad F. Estudio de satisfacción de los usuarios intervenidos de cirugía menor en un centro de salud. *Centro de Salud* 2002;6:341-347.

13. Estopá Dueso J, Hernández Velasco MA. Cirugía menor en una consulta de APS. Encuesta de satisfacción de los usuarios. *Revista de la SEMG* 2003. 52:191-196.

14. Alfaro-González JV, García-Giralda L, Guirao L, Casas I, Sandoval C, Buitrago L. Gestión de calidad en el programa de cirugía menor en atención primaria. *Calidad Asistencial* 2004. 19:380-387.

15. Gómez Langley SL, Sánchez Laguna FJ, Portero Bolaños A. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40:267-8.

16. Caurel Sastre Z, Caballero Encinar N. Cirugía menor, ¿satisfacción y calidad?. *Aten Primaria*. 2012;52.

17. Fraga Fraga A, Díaz Gallego F. Cirugía menor en atención primaria: usuarios satisfechos. XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Bilbao, 13-15 de junio de 2012.

18. Boletín Oficial del Estado. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. (BOE núm.157, de 29 de junio de 2010).

19. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple ítem scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988.64:12-40.

20. Saturno PJ, Navarro FJ. Encuestas de satisfacción, encuestas de expectativas y encuestas tipo informe. En Saturno PJ. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Universidad de Murcia. 2001. (ISBN: 84-930932-4-6).

21. Ramírez Arriola MG, Hamido Mohamed N, Abad Vivas-Pérez JJ, Bretones Alcaráz JJ, García Torrecillas JM, Huber E. Descripción de la concordancia clinicopatológica y satisfacción del paciente en la cirugía menor en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2017;49(2):86-92

22. Oltra Rodríguez E. Análisis de efectividad y eficiencia de la cirugía menor en costes, calidad técnica y calidad percibida, según profesionales y niveles asistenciales donde se realiza [tesis doctoral]. Oviedo; Universidad de Oviedo; 2013.

23. Botting J, Correa A, Duffy J, Jones S, de Lusignan S. Safety of community-based minor surgery performed by GPs: an audit in different settings. *Br J Gen Pract*. 2016;66(646):323-8.

24. George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H, Kneebone R, Lowy A, Leppard B, Jayatilleke N, McCabe C. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. The MiSTIC trial. *Health Technol Assess*. 2008 May;12(23):iii-iv, ix-38.

25. Díaz Gallego F, Fraga Fraga A, Santiveri Villuendas A, Prado C, Moreno Escriba S, Guarne E. La cirugía es dos veces buena en atención primaria. Comunicación en el XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Bilbao, 13-15 de junio de 2012.

26. Delgado Zafra S, Casa Nicot B, Gavira Iglesias J. Análisis de un programa de salud: cirugía menor en Atención Primaria. *Med Fam Andal* 2012.13(1):28-33.

27. Oltra Rodríguez E, Fernández García B, Cabiedes Miragaya L, Riestra Rodríguez R, González Aller C, Osorio Álvarez S. Análisis coste-consecuencia de la cirugía menor programada según profesionales y niveles asistenciales donde se realiza. *Gest y Eval Cost Sanit*. 2015;16(2):141-53.

28. Repullo JR. Taxonomía práctica de la desinversión sanitaria en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist*. 2012;27(3):130-8.

29. Campillo Artero C, Bernal Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit*. 2013;27(2):175-9.