

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

TESIS DOCTORAL

Percepción Social sobre la sanidad de los usuarios y profesionales. Implicaciones en el turismo

Antonio Alarcó Hernández

2017

Departamento: Sociología y Antropología. Universidad de La Laguna.

Programa de Doctorado: Turismo

2

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Dr. D. **Manuel Ángel Santana Turégano**, profesor contratado doctor del departamento de Sociología y Antropología de La Universidad de La Laguna,

INFORMA

Que **D. Antonio Alarcó Hernández** ha realizado bajo su dirección los trabajos conducentes a la realización de la Tesis Doctoral cuyo título es “*Percepción Social sobre la sanidad de los usuarios y profesionales. Implicaciones en el turismo*”, que cumple los requisitos de calidad y originalidad para su defensa.

Y para que conste a los efectos oportunos, se expide el presente documento a 13 de junio de 2017.



Fdo.: Dr. Manuel Ángel Santana Turégano

3

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

AGRADECIMIENTOS

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
1. MARCO TEÓRICO.....	14
1.1. LA SANIDAD COMO SERVICIO PÚBLICO (I). LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	14
1.2. LA SANIDAD COMO SERVICIO PÚBLICO (II). CALIDAD Y EVALUACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA.....	21
1.3. LA SANIDAD COMO SERVICIO PÚBLICO (III). LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	29
1.4. EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD. APROXIMACIÓN AL MÉTODO.....	32
1.5. CANARIAS, SANIDAD Y TURISMO. APUNTES.....	33
1.6. CARACTERIZACIÓN DEL TURISMO SANITARIO.....	36
2. METODOLOGÍA.....	40
2.1. MÉTODO.....	40
2.2. INSTRUMENTOS.....	40
2.2.1. Cuestionario.....	40
2.2.2. Entrevistas en profundidad.....	43
2.3. INCIDENCIAS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	45
2.4. ANÁLISIS DE DATOS.....	45
3. RESULTADOS DE LA ENCUESTA A USUARIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS-OFRA (HUC-OFRA).....	47
3.1. PERFIL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS.....	47
3.2. FRECUENCIAS GENERALES.....	50
3.2.1. Fuentes de información sobre temas de salud.....	50
3.2.2. Valoración del estado de salud y hábitos de vida.....	53
3.2.3. Asistencia a la sanidad y valoración del sistema sanitario.....	59
3.2.4. Visión y confianza en profesionales del ámbito de la salud.....	64
3.3. SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.....	68
3.3.1. Satisfacción general con la sanidad pública española.....	68
3.3.2. Valoración de los diferentes niveles de atención de la sanidad pública	73
3.3.3. Satisfacción con diferentes aspectos de la sanidad pública.....	78
3.3.4. Comparativa población trasplantada-población usuaria entrevistada en consulta del HUC-Ofra.....	87

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A PROFESIONALES SANITARIOS.....	90
4.1. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD.....	90
4.1.1. Conocimiento previo sobre la satisfacción de los pacientes en sanidad pública	91
4.1.2. Satisfacción de los propios pacientes con diferentes aspectos del Sistema Sanitario.....	91
4.1.3. Percepción social de la Sanidad.....	93
4.1.4. Valoración de los diferentes servicios: atención primaria, urgencias, especializadas.....	94
4.1.5. Percepción social de las diferencias entre sanidad pública y la privada	95
4.1.6. Influencia de los hábitos y el estilo de vida en la salud de los pacientes.....	96
4.2. SATISFACCIÓN Y ORIGEN SOCIAL.....	98
4.2.1. Influencia del nivel cultural y del grado de conocimiento de cuestiones sanitarias en la satisfacción de los pacientes.....	99
4.2.2. Influencia del uso de Internet por parte de los pacientes en la satisfacción con la asistencia sanitaria.....	100
4.3. TURISMO Y SANIDAD.....	103
4.3.1. Sanidad como producto turístico.....	104
4.3.2. Percepción de la valoración del sistema sanitario por parte del turista	106
4.3.3. Comparación de la valoración del turista con respecto a una persona autóctona.....	107
4.3.4. Residencialización turística y afección del turismo sanitario al Sistema Nacional de Salud.....	108
5. DISCUSIÓN.....	110
6. CONCLUSIONES GENERALES.....	125
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130
ANEXO I. CUESTIONARIO A USUARIOS DEL HUC-OFRA.....	153
ANEXO II. GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A PROFESIONALES SANITARIOS.....	165
ANEXO III. FICHAS DE LAS ENTREVISTAS.....	166
ANEXO IV. TRANSCRIPCIONES DE LAS ENTREVISTAS.....	169

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos siglos la población europea ha visto aumentar la esperanza de vida notablemente fruto de mejoras en el saneamiento de las ciudades y de mayor acceso a servicios sanitarios (Flinn, 1989). Por ello, hoy en día la sanidad es uno de los principales servicios que los poderes públicos prestan a la ciudadanía, pero como servicio es necesario evaluar su funcionamiento en un territorio dado.

En este contexto, y siguiendo a Cabasés,

“La sanidad pública ha de responder con la mayor calidad, efectividad, eficiencia y equidad a las necesidades, demandas y preferencias de ciudadanos y pacientes en relación con la sanidad, planificando, gobernando y gestionando esta a partir de la consideración de que los ciudadanos y los pacientes son sus auténticos propietarios, destinatarios y jueces” (Cabasés, 2013:28).

Esta Tesis Doctoral tiene un indudable carácter académico, a la par que supone un documento relevante para la gestión de las políticas públicas en materia sanitaria. Respecto a la cuestión académica, se hace una revisión sobre los documentos de referencia más importantes respecto a la evaluación de políticas públicas (y en concreto de las de índole sanitario), así como se aporta conocimientos sobre la satisfacción de los usuarios de la sanidad, la percepción de los profesionales y también las posibles implicaciones del turismo en la sanidad canaria y tinerfeña.

Además de ese carácter académico, sin duda el documento que aquí se presenta podría ser una referencia a la hora de que los/as responsables de las políticas sanitarias

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

tomen las decisiones oportunas para aumentar la calidad de la atención en el ámbito de la salud. Por tanto, además de un aspecto académico, tiene una importancia en la praxis de la gestión sanitaria. Pretendemos así mostrar el papel activo de los ciudadanos en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente. Es importante que se tenga en cuenta el concepto de satisfacción del paciente como medida del resultado de la actividad asistencial, analizando teorías, instrumentos, cuestiones metodológicas e implicaciones de esta medida en la evaluación y mejora de la actividad clínica (Mira y Aranaz, 2000).

Como se ha comentado anteriormente, además de la satisfacción con la sanidad, otro de los pilares es observar cómo influye ésta en el sector turístico de Tenerife. En este sentido, se ha tomado como referencia a los profesionales sanitarios, quienes, a través de entrevistas, han plasmado sus experiencias.

Y es que, el turismo es un sector que fuera de toda duda es el más importante para la economía canaria. Así, dicha industria genera el 31% del PIB de Canarias, así como el 37% del total del empleo y el 32% de la recaudación de impuestos (Exceltur, 2016). Como se observa, la industria turística es de vital importancia para la economía de las islas. Para poder mantener y mejorar estos datos en un sector donde cada día se exige más, hay más competencia en clima, precios y paisajes, entre otros, es imprescindible que prioricemos estrategias. Además de la promoción de los recursos naturales (clima y paisajes), debemos también potenciar otros aspectos o fortalezas que lo diferencian de sus competidores no europeos, especialmente algo tan importante como el mantenimiento y la mejora de la calidad sanitaria en el Archipiélago Canario

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Por tanto, esta Tesis Doctoral tiene como objetivo analizar la influencia de la cultura sanitaria en la confianza que tienen los ciudadanos residentes y no residentes en la sanidad Canaria, todo ello con el objetivo de analizar las diferentes percepciones del sistema sanitario. A partir de este objetivo general se podrían extraer otros más específicos.

En primer lugar, lo que se pretende comprobar es el grado de satisfacción de los usuarios del Servicio Canario de Salud, además de conocer qué factores influyen en el mismo, los perfiles de usuarios y la frecuencia y el tipo de utilización de la sanidad pública. También se quiere analizar cómo afecta la posibilidad que tienen los usuarios de hoy en día de obtener información sanitaria a través de otros medios a la hora de valorar y evaluar la atención sanitaria.

Tanto el ciudadano residente en las islas como el turista demandan un alto índice de calidad en sus servicios sanitarios de prevención, atención primaria y especializada. Además, en los últimos años se ha observado en la población un aumento en sus conocimientos sanitarios. Este cambio ha generado diferentes demandas por parte de los pacientes, exigiendo a los profesionales y a instituciones sanitarias mejoras asistenciales que ayuden a aumentar su nivel de satisfacción, valorándose en este proceso cada vez más la opinión de pacientes y la calidad de los cuidados prestados (Mira et al, 2009; Mira et al, 2004).

En segundo lugar, se pretende analizar la perspectiva de los profesionales de la salud pública (médicos) sobre la percepción que tienen acerca de cómo creen que valoran los usuarios, así como los perfiles más relevantes en cuanto a la atención sanitaria.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Por último, otro objetivo específico que se pretende abordar es la relación entre el turismo y la sanidad, así como conocer qué representa en la labor diaria de los profesionales sanitarios la atención a las personas de otras nacionalidades o turistas.

Estos objetivos se tratarán de alcanzar mediante la aplicación de dos metodologías diferentes, consiguiendo así una triangulación metodológica, cuestión que sin duda permite una mejor fotografía sociológica de la realidad.

En primer lugar, para conocer la satisfacción y los perfiles de los usuarios de la sanidad pública, se aplicó una encuesta a los usuarios del Hospital Universitario de Canarias-Ofra, situado en el municipio de La Laguna. En segundo lugar, para conocer la opinión de profesionales sanitarios sobre la atención sanitaria y su relación con el turismo, se aplicó la técnica cualitativa de la entrevista en profundidad, para lo cual se entrevistaron a 6 profesionales sanitarios médicos/as y enfermeros/as.

Llegados a este punto, es necesario aclarar una cuestión tremendamente importante para esta investigación. Dadas las limitaciones del trabajo de campo, no fue posible obtener una población extranjera/turista relevante para comparar la satisfacción con la sanidad pública de ésta respecto a la de la población autóctona. Ello fue debido a que sólo se obtuvo un permiso para realizar la encuesta en el Hospital Universitario de Canarias-Ofra, donde la población extranjera que acude no es muy elevada. Por tanto, se decidió investigar la posible diferencia entre percepciones a través de la opinión de los profesionales sanitarios, algunos/as de los/as cuales tienen una dilatada experiencia que les otorga una capacidad importante a la hora de comentar sus experiencias con los usuarios del ámbito sanitario.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Esta Tesis Doctoral se estructurará en tres apartados. En primer lugar, se expondrá un marco teórico referido a la evaluación de la calidad de las políticas públicas en materia de sanidad, así como las cuestiones más relevantes entre la relación del turismo con la sanidad. Posteriormente se presentarán los resultados de la encuesta aplicada a usuarios de la sanidad pública, así como el análisis de las entrevistas en profundidad a profesionales sanitarios. Por último, se establecerá una Discusión y unas conclusiones que permitirán arrojar más luz sobre este fenómeno social.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

1. MARCO TEÓRICO

En este apartado se procederá a presentar la sanidad como servicio público que necesita ser evaluado para determinar si se cumplen o no estándares de calidad. En este sentido, se analizará la sanidad como política pública para también estudiar qué hace que la sanidad pública cumpla ciertos criterios de calidad, además de establecer el papel de los profesionales sanitarios en dichos procesos. También se hablará de un modelo de creencias de la salud en el que se basará parte de la investigación.

Por último, también esbozaremos diversas cuestiones del turismo sanitario y su papel en Canarias.

1.1. LA SANIDAD COMO SERVICIO PÚBLICO (I). LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Las decisiones que toman los dirigentes políticos que representan a la ciudadanía se condensan en políticas públicas sobre numerosos ámbitos como la educación pública, las infraestructuras (Bauer, 2010), energía (Goldthau, 2012), la vivienda y urbanismo (Deslatte, 2015), el medio ambiente (Borrellmerlín, 2004; O'Faircheallaigh, 2010) o la sanidad pública (Blázquez Fernández *et al*, 2016; Gagnon *et al*, 2007), entre otras cuestiones. Poco a poco asistimos a un escenario donde los poderes públicos intervienen en todos los sectores que rodean la vida de los ciudadanos, incluso la alimentación (Griffith, y O'Connell, 2010) o la promoción de hábitos saludables (Labonté, 2008), pero las decisiones que se toman tienen en cuenta los colectivos con más dificultades de la sociedad, siendo el Estado la entidad que garantiza los derechos de los grupos desfavorecidos (Jabareen, y Vilkomerson, 2014: 47).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Se entiende política pública como el “conjunto interrelacionado de decisiones y no decisiones, que tienen como foco un área determinada de conflicto o tensión social. Se trata de decisiones adoptadas formalmente en el marco de las instituciones públicas” (Vallés, 2004: 377). En este sentido, las decisiones que se toman son objeto de debate para su elaboración, ejecución y evaluación (Subirats, 2001). Cada fase es necesaria para poder evaluar correctamente las decisiones tomadas o servicios públicos y la ciudadanía tiene relevancia en la decisión final sobre la evaluación. Esta última etapa permite analizar si las decisiones alcanzaron los objetivos de partida apoyándose en las acciones definidas por medio de estrategias previamente concretadas, es decir, la efectividad. De la misma manera, el proceso de evaluación tiene que ver con cuestiones como la eficacia o la eficiencia (Subirats *et al*, 2008: 218).

Una política pública “no es sólo la decisión del actor gubernamental, sino también las muchas y varias decisiones de los otros muchos actores participantes en el proceso, (...) Así, es muy probable (...) que los resultados finales no se parezcan a las intenciones y planes originales” (Subirats *et al*, 2009: 201) ya que participan, entre otros, ciudadanos gracias a que la administración pública favorece la “información, consulta y participación activa” (Orozco, 2013: 39). La ciudadanía tiene un papel relevante en todas las fases de una política pública, desde el debate para su elaboración hasta su evaluación, pero la administración pública no debe descuidar la comunicación hasta el punto de crear un *vacío de comunicación* (Moreno, 2012: 15) y la manera de evitarlo es mediante la información (Stewart, 2013) y la confianza de los ciudadanos ya que “con bajos niveles de confianza, incluso una buena política vuelve difícil de convencer al electorado”(Banks, 2014b: 12).

El papel relevante de los ciudadanos de manera individual o colectiva se clarifica en todas las fases del proceso de elaboración de las políticas públicas ya que los

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

distintos grupos, como opinión pública (Burstein, 2006), tratan de influir colaborando (O'Flynn, 2009) en la definición del problema público objeto de atención y decisión. En este sentido, al igual que en otras disciplinas científicas, en los próximos años la clave estará en el mayor manejo de datos para la toma de decisiones, análisis y evaluación (Pirog, 2014).

Evaluar entendida como “un proceso sistemático de observación, análisis y valoración de la concepción, del diseño, de la implementación de los efectos de las intervenciones públicas” (Haarich, 2005: 63); no es una actividad reciente y el gran salto en los procesos evaluativos se producen a partir de los años 50 del siglo XX de la mano de una mayor preocupación por el gasto público. Pero no es hasta los años 70 cuando podemos situar la era del *profesionalismo* entendida de esta manera ya que la evaluación se concibe como una actividad profesional diferenciada (Méndez, 2007). Pero en eso influye la existencia de una *cultura evaluadora* según Haarich (2005).

A partir de la entrada de España en la Comunidad Económica Europea en 1986 la evaluación de políticas públicas aumentó considerablemente pero, en ese momento, para grandes proyectos (Muñoz *et al*, 2013: 5-6). No fue hasta el año 2006 cuando se fundó la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, siendo uno de los primeros organismos encargados de esta materia al que han seguido otros con objetivos similares pero sin dispersarse por el resto de administraciones públicas la iniciativa evaluadora¹.

De todos modos, “la necesidad de la evaluación de las políticas y programas públicos goza de una rara unanimidad” (Garde Roca, 2004: 12). Siguiendo a Subirats

¹ LEY 28/2006, de 18 de julio, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos
REAL DECRETO 1418/2006, de 1 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios.

(2005), las administraciones públicas no son empresas y cuestiones como la planificación o la evaluación de decisiones no continúan un criterio empresarial, pudiendo encontrarnos ante una *falta de adecuación* entre la evaluación de políticas públicas y el posterior diseño de nuevas políticas ya que “la práctica realidad es que la evaluación a menudo recibe muy poca prioridad” (De Leon, y Williams, 1997: 551). Actualmente la evaluación de políticas públicas es fruto del debate parlamentario (Del Campo, 2010), iniciativas políticas o de las auditorías de los organismos de fiscalización de cuentas (Derlien, 1998). La evaluación genera dudas sobre cómo evaluar y qué evaluar al igual que la información que se debe contar para ello. A la hora de evaluar un servicio público hay que tener en cuenta la posibilidad de contar con agencias independientes de evaluación para mantener la objetividad e imparcialidad en el análisis de las políticas públicas, siendo hoy en día “una exigencia de la gestión política actual” (Armet i Coma, 2005: 13). Este tipo de evaluación facilita el trabajo posterior en el mismo campo de la evaluación anterior, pero en caso de no contar con evaluaciones válidas dificulta en gran medida el desempeño posterior. Independientemente, es necesario contar con suficiente información (Labeaga, y Muñoz, 2013: 35) pudiendo concentrarse en una base de datos creada para ello (Noria, 2007). A pesar de todo existe “una brecha entre las expectativas suscitadas por el concepto de evaluación y los beneficios reales derivados” (Nioche, y Poinard, 1985: 69).

Específicamente la evaluación trata de verificar “la consecución de los objetivos en relación a la asignación óptima de recursos; o la evaluación monetaria del objeto (coste beneficio), de sus costes y efectividad (coste-efectividad), así como de sus resultados en relación a unas categorías” (Bouzas, 2005: 72). Una buena opción es contar con evaluaciones intermedias que permitan desarrollar una labor de control y seguimiento y evaluación final donde se realice una valoración completa de la política o

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

servicio público (Garde Roca, 2004: 18). Aunque también se desarrollan evaluaciones previas para diagnosticar con anterioridad cuestiones como “la identificación del problema (...), el diseño del programa y la planificación del mismo” (Gascó Hernández, 2002: 60); estas son especialmente importantes para diseñar qué escenario de futuro se pretende alcanzar con las medidas que se desean aprobar (políticas públicas) (Correa, 2012; De Melo *et al*, 2013; Duijn, 2016; Haw *et al*, 2014; Seekins *et al*, 1988). A partir de ahí se debe diseñar la evaluación, mediante indicadores, para analizar la situación de partida y el estado final de la política.

Los indicadores se comparan, pudiendo crear variables para medir la eficacia o la efectividad de los servicios (Miret, 2005: 103-104) para realizar análisis estadísticos que permitan obtener conclusiones, teniendo en cuenta “las fuentes de información a emplear para obtener información sobre estos indicadores y la forma de llevar a cabo el análisis”(Muñoz *et al*, 2013: 12). Todo ello siguiendo los criterios básicos establecidos por Vargas (2009: 25) que apunta a la efectividad, la eficiencia, la adecuación de los objetivos con la solución del problema público, la equidad y la satisfacción de los beneficiarios.

Todo el proceso evaluativo deberá estar presente en el presupuesto de la política pública correspondiente (Zapico Goñi, 1998). Una vez finalizada la evaluación este proceso contribuirá positivamente en la elaboración de nuevas políticas públicas de la misma materia, pudiendo reforzar o reducir el liderazgo político de los gestores políticos responsables de la política pública evaluada (Bertrana Horta y Ysa, 2007: 138), teniendo en cuenta que “la evaluación permite aprender de la experiencia extrayendo lecciones sobre lo que ha funcionado bien y lo que ha fallado, y las razones de éxitos y fracasos, propios y ajenos” (Feinstein, 2007: 20).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 952059	Código de verificación: HMwWBK1o
Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 20/06/2017 18:06:34
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:13:54
MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:48:10

Sin embargo, la evaluación no se trata de un proceso que deba extenderse al conjunto de políticas públicas ya que “la evaluación no mejora las cosas en la práctica si a la larga no se apoya en normas y valores que sean favorables a la evaluación” (Dahler-Larsen, 2007: 103), es una fase más del proceso de elaboración de políticas públicas que no debe olvidarse debido a los escasos recursos económicos y a la demandada transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía.

En los últimos años hemos visto como los conceptos de gobernanza y transparencia aumentan su importancia en las políticas públicas. Son cuestiones que los poderes públicos le dan cada vez más importancia. La transparencia ayuda a un mayor conocimiento de la ciudadanía de su entorno y la difusión de información desde el sector público al sector privado y a los ciudadanos facilita la relación con el sector público a la hora de participar en una toma de decisiones. Relacionado con la transparencia se encuentra la necesaria rendición de cuentas desde los mismos poderes públicos.

En este sentido, la transparencia aumentará si mejora la rendición de cuentas “facilitando al público una mejor información” (Russel, 2014: 548). Asimismo, entendemos que la gobernanza en un contexto de atención de un servicio público sanitario debe ser un modelo de gestión pública dirigido por una administración pública en el que el resto de administraciones públicas (nacional, regional o local, según convenga) tengan posibilidad de participación en la toma de decisiones, junto con el sector privado y la ciudadanía, evitando “las decisiones sobre los programas que a menudo se hacen sin tener acceso sistemático o transparente a las pruebas de investigación pertinentes y evaluarlas sin una evaluación adecuada de sus efectos” (Oxman *et al*, 2010: 427).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Una relación estable de entendimiento de las tres partes donde las decisiones que se tomen respondan a un compromiso mutuo de cada uno para garantizar la eficacia y la eficiencia del servicio público que, de igual manera, fomente el compromiso ciudadano partiendo de la formación e información necesaria. De la misma manera, la toma de decisiones se entiende como la posibilidad de formar parte de la reflexión previa, la decisión final y la evaluación de las políticas públicas. No sólo cuestiones económicas, se trata de estar presentes en todos los ámbitos que afecten al servicio público y en todas las opiniones de los gestores.

Esta cuestión no siempre ha sido así, ya que en un primer momento, las “preocupaciones por la rendición de cuentas se centraron en cuestiones financieras y de gestión, pero ahora se ha ampliado para incluir la preocupación por la eficiencia y eficacia de la gestión” (Hockings *et al*, 2009: 1015). Hay que tener en cuenta que “las necesidades y demandas a nivel local deben ser tomadas en serio y consideradas en una lógica para compensar lo que sufren” (Seeland, 2000: 60).

Evaluadas las demandas ciudadanas es posible mejorar la participación de la población, siendo la transparencia una de las cuestiones que facilitan la involucración. La participación es el *sello de calidad* de la planificación (Eagles y Mccecool, 2002: 85). Para ello, las nuevas tendencias hacen hincapié en la participación de los ciudadanos (Papageorgiou y Kassioumis, 2005: 232) y el éxito depende de las relaciones con los colectivos sociales (O’neill, 1996: 528). Las comunidades locales tienen mucho que decir sobre la gestión de servicios públicos, pudiendo establecerse espacios de participación en la toma de decisiones y la transparencia ayuda a un mejor conocimiento del entorno para implicar a la población local en el interior del sistema sanitario.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

La ausencia de participación de la ciudadanía “es un síntoma de cuestiones más fundamentales” (Zhou y Grumbine, 2011: 1320). En caso de no desarrollarse una buena planificación y gestión del servicio público se generarán efectos negativos sobre la población y el “coste social puede ser enorme” (Liliehholm y Romney, 2000: 142). Por ello es especialmente necesario mostrar a los ciudadanos la información que se maneja mediante la transparencia. No hay que perder de vista que “se ha extendido la necesidad de rendir cuentas a la ciudadanía con mayor rigor y transparencia, a fin de legitimar socialmente la acción pública (Garde Roca, 2004: 15).

1.2. LA SANIDAD COMO SERVICIO PÚBLICO (II). CALIDAD Y EVALUACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA

Cuando un servicio público supone una inversión o gasto excesivamente relevante para una administración se plantea la posibilidad de que el sector privado asuma su gestión de manera parcial o total y la sanidad es un ámbito que se presta a ello. Se plantea, igualmente, que el gasto sanitario está en alza (Cabasés, 2013: 8) Hay que tener en cuenta que “hacerlo mejor con menos, en un contexto muy específico en el que la justicia y la igualdad son valores importantes (...), parece ser un desafío difícil” (Carvalho, y Brito, 2012: 466).

Para proceder a la cesión de una actividad pública al sector privado se externaliza o se privatiza. La segunda opción supone que una administración pública deja totalmente un servicio en manos privadas, mientras que en la externalización plantea al sector privado la cesión en la prestación del servicio pero la provisión del mismo sigue siendo pública y “la administración garantiza la prestación del servicio que ha contratado” (Ramió Matas *et al*, 2007: 28). Esto entra dentro de las medidas de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

austeridad posibles a tomar por parte de los poderes públicos como parte de una política pública (Ladi, y Tsarouhas, 2014).

Teniendo en cuenta las dificultades económicas para mantener los sistemas sanitarios modernos actuales, hay que tener presente que “estamos obligados a establecer prioridades en la introducción y uso de las tecnologías sanitarias: nuevos programas de salud pública, nuevos medicamentos y nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que compiten por los recursos adicionales” (Cabasés, 2013: 46). Para reducir costes se plantea una mejor gestión de los residuos de los centros sanitarios con el correspondiente separado por elementos (Mosquera *et al*, 2014: 896) para proceder a su reciclaje. Y los ciudadanos se muestran proclives a pagar determinadas cantidades para mantener la vigente cartera de servicios (San Miguel y De Rada Iguzquiza, 2005: 30).

Como servicio, la sanidad no es de acceso gratuito en todos los Estados, pero para garantizar un alcance universal “todas las personas deberían tener igual acceso a los mismos servicios sanitarios públicos, si tienen igual necesidad” (López Saludas, 2013b: 45) y eso es equidad. Para evitar un uso excesivo de la sanidad, entre otras cuestiones, se han establecido en diferentes lugares restricciones a determinados servicios sanitarios (Broqvist, y Garpenby, 2015), el copago para medicamentos (Baes, 2010) o para tratamientos médicos teniendo en cuenta la financiación necesaria para mantener el sistema (Blázquez Fernández *et al*, 2016).

En este sentido, “ante la imposibilidad de mantener la senda de crecimiento del gasto en sanidad de forma indefinida, la eficiencia se muestra como otro de los objetivos básicos de todos los sistemas sanitarios” (Garrido, 2001: 22). Ello ha derivado en debates públicos en torno a la posibilidad de reformas en los sistemas sanitarios de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

los estados (Banks, 2014a; Chen, y Mastilica, 1998; Fotaki, 2006; Rincker, y Battle, 2011), teniendo presente las prioridades necesaria de los servicios a ofertar (Van Exel *et al*, 2015).

Para poder comprobar la calidad de un servicio sanitario es necesario contar con indicadores válidos (Anguita *et al*, 2001; Pinillos García y Antoñanzas Villar, 2003) que permitan conocer con precisión la valoración del mismo teniendo en cuenta la dificultad de la misma valoración dado que la calidad es un concepto relativo (Donabedian, 1966: 167 y 2005: 716; Morim de Sá Moreira, 2012: 44) y que es algo subjetivo (Aguiar *et al*, 2000: 2).

En este sentido, “la calidad médica percibida se refiere a la evaluación individual del desempeño médico (...) (por ejemplo, excelencia de la atención médica, habilidades quirúrgicas / médicas, mayor disponibilidad de productos médicos / de atención médica, continuidad de la atención, modernidad de los servicios médicos); y la calidad percibida del servicio indica la evaluación del desempeño del servicio de los profesionales médicos y del personal (por ejemplo, habilidades y competencias de entrega de servicios, comunicación eficiente / cómoda, bondad)” (Han y Hyun, 2015: 21).

Pero los usuarios y profesionales sanitarios no tienen la misma percepción de la calidad. Los primeros entienden que depende de resolver asuntos médicos personales, mientras que los segundos entienden que se refiere a cuestiones relacionadas con “atributos concretos como son: diagnosis correctos, terapéuticas óptimas, costes mínimos, satisfacción plena, eficacia del sistema sanitario, bajos riesgos, etc.” (Roldan, 1999: 55). Igualmente, tiene que ver con el menor coste posible y que las personas que han recibido atención sanitaria hayan quedado satisfechas (Morim de Sá Moreira, 2012: 45-46). Para valorar adecuadamente la calidad se ha de tener en cuenta la historia

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

clínica de los pacientes (Donabedian, 1966: 170; Reyes Domínguez, 1999) además de las certificaciones y acreditaciones recibidas por el centro sanitario correspondiente (Morim de Sá Moreira, 2012: 55).

En este sentido, hay que tener en cuenta que las nuevas tecnologías y las nuevas medicinas mejoran substancialmente la calidad pero no ahorran costes, en promedio, sino que los aumentan. Otro factor es que la demanda de atención sanitaria no para de aumentar” (Lluch, 2007: 340).

La satisfacción ante el uso de un servicio público permite conocer con mayor precisión la valoración que tienen los usuarios del mismo. Dicha satisfacción se mide en numerosos servicios públicos (Rodríguez *et al*, 2014) ya que favorece la prestación de un mejor servicio en el futuro. Y no se trata únicamente de pacientes ya que “los servicios públicos han de responder y satisfacer a una diversidad de agentes: sus usuarios, los ciudadanos que pagan impuestos que los financian, los políticos, y el personal que trabaja en ellos” (Duran *et al*, 2004: 479). A pesar de las posibles reducciones presupuestarias en determinados servicios públicos prestados por los estados, la demanda de dichos servicios no se reduce y la satisfacción para proceder a la necesaria evaluación sigue siendo relevante. Para conocer con detalle todo ello, teniendo en cuenta las características de los usuarios, se utilizan encuestas (Fitzpatrick, 1991; Rodríguez-Legido, 1995; Sánchez *et al*, 1993).

Pero, “la satisfacción con los servicios públicos puede depender no sólo de su calidad, sino también de las expectativas que se tienen sobre dichos servicios” (Rodríguez *et al*, 2014: 599) o del tiempo que se tarda en recibir la prestación de dicho servicio (Zamudio Sánchez *et al*, 2011). Dichas expectativas nos ayudan a entender las esperanzas que los usuario ponen en el servicio ya que para distintas expectativas la

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

satisfacción percibida no tiene porqué ser igual (James, 2009: 108) y para la generación de estas expectativas influyen características sociales, económicas o personales, entre otras.

A parte de eso, no hay unanimidad en la posible relación entre satisfacción o insatisfacción en los servicios públicos (Carvalho y Brito, 2012: 454). En este sentido, “la satisfacción significa una actitud evaluativa hacia algún objeto o experiencia” (James, 2009: 109), mientras que las expectativas responden a juicios de valor sobre lo que las personas piensan que ocurrirá o debería ocurrir (James, 2009: 109). Para evaluar la calidad en los servicios públicos, siguiendo a Gutiérrez Rodríguez *et al* (2010), hay que tener en cuenta una serie de variables técnicas (la facilidad de acceso al servicio, la comunicación interna, la disposición de la respuesta o la seguridad), funcionales (la comprensión del personal administrativo, las competencias del personal o la amabilidad del mismo) y generales (la receptividad al servicio, la credibilidad del mismo y la responsabilidad) que suponen características fundamentales a la hora de proceder a la evaluación (Gutiérrez Rodríguez *et al*, 2010: 143).

En la satisfacción sobre los servicios públicos tiene que ver la calidad que perciben los usuarios. Así, ya que “las administraciones públicas locales, sometidas a un proceso de modernización y actualización constante en los últimos años, el concepto de calidad constituye el principal instrumento para la búsqueda del progreso de los servicios y de la competitividad” (Rodríguez *et al*, 2010: 25). Dicho proceso en alza debe contar con la imprescindible participación de los usuarios no como consumidores, sino como ciudadanos que utilizan servicios que proporcionan desarrollo económico y

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

social teniendo en cuenta las oportunas prioridades (Clifton y Díaz-Fuentes, 2010: 283-284).

En la misma línea, la satisfacción percibida por los pacientes con el servicio es el punto de partida como indicador para medir la eficacia (López Saludas, 2013a: 60) de los tratamientos. Se entiende la satisfacción como la representación de “la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo” (Pozo Cano, 2015: 125). En este caso, la relación médico-paciente, la confianza, la cultura sanitaria, la imagen de la sanidad (Jaráiz Gulías, 2011: 75-135) cuestiones personales, su actitud hacia el sistema sanitario o la relación entre médicos y pacientes, así como la forma de la entrevista entre ambos (Pozo Cano, 2015: 129-131), el tiempo de espera (Hassali *et al*, 2014: 40), el número de veces que se usan los servicios (James, 2009: 111) o la información que se le facilita (Azari *et al*, 2013); son cuestiones a tener en cuenta al analizar la satisfacción, influyendo también las emociones personales de los pacientes (Ladhari, y Rigaux-Bricmont, 2013).

Ello se mide a través de encuestas (Dinç *et al*, 2013; Font *et al*, 2015; Han y Hyun, 2015; Hastak *et al*, 2001; López Saludas, 2013a; Ortiz Espinosa *et al*, 2004; Pan y Chen, 2014; Pozo Cano, 2015: 134; Requena *et al*, 2013; Retamal González y Monge Jodra, 2000; Rodríguez Míguez y Pinto Prades, 2003; Roldán, 1999; San Miguel y De Rada Iguzquiza, 2005; entre otros) teniendo en cuenta que “el momento de realizar una encuesta tiene un impacto significativo tanto en el nivel de satisfacción del usuario como en las tasas de respuesta” (Jensen *et al*, 2010: 1887) e incluso influye el orden de las preguntas en la propia encuesta (Van de Walle, y Van Ryzin, 2011).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Con la necesaria evaluación de los servicios se plantea la bondad del establecimiento de prioridades para los centros sanitarios en cuanto a la carta de servicios ofertados, con la participación de la población (Costa i Font, 2003: 151), teniendo en cuenta igualmente el coste económico de cada uno de ellos (Oliva Moreno *et al*, 2003). En este sentido, los gestores públicos están “obligados a establecer prioridades en la introducción y uso de las tecnologías sanitarias: nuevos programas de salud pública, nuevos medicamentos y nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que compiten por los recursos adicionales” (Cabasés, 2013: 46). Conceptos como el de eficiencia se viene utilizando más a menudo teniendo en cuenta la alta financiación necesaria del sistema sanitario (Garrido, 2001). Por eficiencia “se asocia con el hecho de emplear la menor cantidad posible de recursos” (López Saludas, 2013c: 114).

Los múltiples estudios elaborados demuestran que los usuarios de diferentes centros tienen similitudes a la hora de valorar el servicio sanitario. En dichas valoraciones están presentes cuestiones demográficas, económicas o sociales. Así las personas con mayores recursos económicos tienden a tener mayores expectativas en los servicios sanitarios (Martínez *et al*, 2015: 85), al igual que las personas de edad más avanzada valoran mejor la sanidad (Fernández-Esquinas *et al*, 2001: 121; Hulka *et al*, 1975: 657; Jaráiz Gulías, 2011: 198), o los inmigrantes realizan una mejor valoración en comparación con los nacidos en España (Rodríguez *et al*, 2014: 605). De manera general, las diferentes aportaciones realizadas al respecto muestran la valoración positiva con el sistema sanitario (Fernández-Esquinas *et al*, 2001: 25; Hulka *et al*, 1975: 656; San Miguel y De Rada Iguzquiza, 2005: 17). Con la salvedad de que “un uso más frecuente de la sanidad pública implica una mejor valoración de la misma” (Jaráiz Gulías, 2011: 416).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

En la evaluación de cualquier servicio, en este caso la sanidad, también influye el conocimiento que se tenga del mismo. En ese conocimiento repercute las fuentes de información disponibles por la población, por ejemplo mediante campañas de divulgación pública o privada (Cabeza, 1999: 490), los medios de comunicación (Mourão, y Brüheim, 2012; Van der Schee, 2012), la transparencia de las entidades sanitarias (García-Altés, 2014) y las redes sociales e información disponible en internet han supuesto un salto en el conocimiento de la ciudadanía (Pérez Andrés, 2001) pudiendo ser conocimiento confuso (Antheunis *et al*, 2013) sin contrastar con especialistas en la materia. El gran salto en el conocimiento sanitario ha venido, sin duda, de la mano de internet (Kreps y Neuhauser, 2010) y de productos derivados como plataformas de búsqueda de información como *Google* (Fox, 2013) o las citadas redes sociales (Prasad, 2013).

Todo ello genera nuevas formas de interacción que crean según Lober y Flowers (2011) el *e-patient*, o paciente que está conectado mediante esta vía con familiares, amigos o personal sanitario y que gracias a estas tecnologías adquiere un conocimiento médico que no sería posible de otra manera (Gaylin *et al*, 2011; Löfvenmark *et al*, 2011). No hay que perder de vista que la información de las redes sociales “ya se utiliza para apoyar el diagnóstico, la autogestión y el monitoreo del tratamiento de individuos, así como la planificación y provisión de atención de salud para una comunidad” (Griffiths *et al*, 2012: 2234).

Igualmente, las redes sociales permiten el contacto entre pacientes con patologías similares (Gage, 2013: 44; Song *et al*, 2013). También, “internet sí puede disminuir desigualdades, entre ellas las que se originan en relación al hecho de que el idioma utilizado para publicar los resultados de investigaciones científicas sea mayoritariamente el inglés” (Pérez Andrés, 2001, 102). Las principales aportaciones en

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

este sentido, resaltan la mayor información disponible y el alto conocimiento en distintas patologías o prácticas sanitarias (Hernando *et al*, 2005) generado gracias a la difusión de las causas y de las recomendaciones para evitarlas (Cabeza, 1999: 490).

De la mano de la satisfacción de los pacientes, de la calidad percibida del servicio y del conocimiento adquirido, se encuentra la confianza en el sistema sanitario. Esa confianza pública del conjunto de pacientes se entiende como “una actitud generalizada basada en la experiencia personal en situaciones de confianza” (Straten *et al*, 2002: 227). La confianza se basa en la implicación personal de los profesionales, en el comportamiento del personal sanitario, en factores económicos y en la conciencia acerca de la salud (Gopichandran y Chetlapalli, 2013: 5-7).

La confianza de los pacientes con el sistema sanitario y con los profesionales “podrían utilizarse como un indicador de la eficacia de las relaciones médico-paciente y porque la confianza del paciente tiene una orientación futura, podría ser útil para mejorar la calidad del cuidado de la salud servicios” (Dinç *et al*, 2013: 118). Para el caso de sistemas sanitarios privados, la confianza es igualmente importante ya que la “confianza organizacional y confianza interpersonal están positivamente relacionados con la intención de compra de los consumidores” (Zheng *et al*, 2017: 7). Concretamente, sobre confianza en el sistema sanitario se han desarrollado numerosos estudios destacando las aportaciones sobre Castilla y León (Roldán, 1999), sobre Holanda (Straten *et al*, 2002), sobre La India (Gopichandran y Chetlapalli, 2013), sobre Navarra (San Miguel y De Rada Iguzquiza, 2005), sobre Turquía (Dinç *et al*, 2013) o sobre Inglaterra, Gales, Holanda y Alemania de manera comparativa (Van Der Schee *et al*, 2007).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

1.3. LA SANIDAD COMO SERVICIO PÚBLICO (III). LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Para garantizar una óptima evaluación del servicio sanitario son fundamentales los profesionales que desempeñan distintas funciones, además de los mencionados usuarios. Los trabajadores “por medio de sus conocimientos sobre los procedimientos, su amabilidad y el análisis de la situación personal de la persona que tienen delante, pueden hacer variar de forma muy significativa la satisfacción del “cliente” público”(Rodríguez *et al*, 2010: 39).

Como elemento central del sistema sanitario y las relaciones con el personal laboral se trata de garantizar un mínimo de planificación (Ozegowski, y Sundmacher, 2012: 108) y coordinación entre todas las organizaciones implicadas así como con los trabajadores (Rubio, 2005: 70), favoreciendo la implicación y el trabajo en equipo (Sheiman, y Shevski, 2014: 136) especialmente cuando el personal está bien valorado de manera general (San Miguel y De Rada Iguzquiza, 2005: 44).

Todo ello debe ser coordinado por un liderazgo fuerte, que motive dando relevancia a los resultados positivos que pueden alcanzar las personas que trabajan en el sector (De Lima, 2012: 144), sin perder de vista los “objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto mediante la participación, la comunicación y una relación jerárquica horizontal” (Maestre y Simón, 2000: 312), mediante reuniones periódicas del personal sanitario, entre otras cuestiones.

La calidad del servicio depende en buena medida de todo ello (Gutiérrez Rodríguez *et al*, 2010: 153), junto con la relación del personal con los pacientes. En este sentido, es importante mantener una buena comunicación informando sobre las

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

diferentes pautas para prevenir enfermedades junto con la higiene necesaria para ello por parte de los pacientes (Seibert *et al*, 2014: 410). De la misma manera se hace necesario contar en los centros sanitarios con foros donde participen los profesionales de la mano del resto de actores involucrados en el servicio para interactuar y poner en común la situación actual y los retos que se deben abordar (Bowman *et al*, 2012; Lavis *et al*, 2014). Todo ello para que los gestores públicos incorporen dichas conclusiones en el proceso de evaluación.

La satisfacción de los pacientes con el servicio tiene que ver con estas cuestiones. Por eso “el trato otorgado por el médico constituye un elemento fundamental en la satisfacción de sus expectativas” (Ortiz Espinosa *et al*, 2014: 535), influyendo positivamente en la valoración del personal el disponer de un buen clima de trabajo (Weng *et al*, 2011: 911). También a la hora de valorar un sistema sanitario, por parte de los usuarios, se tiene en cuenta la relevancia de contar con “profesionales de la salud que escuchen, que hagan un esfuerzo y tengan un enfoque proactivo para evaluar sus necesidades” (Legido-Quigley, 2012: 52).

La satisfacción de los pacientes afecta significativamente a la confianza en el personal sanitario y dicha confianza tiene mucho que ver con la intención de volver al mismo centro sanitario (Han y Hyun, 2015: 23). Por ello, “el trato recibido por el personal sanitario aparece siempre como elemento condicionante de la valoración de los servicios sanitarios” (Jaráiz Gulías, 2011: 415).

También, las redes sociales que utilizan los trabajadores de la sanidad influyen en su comportamiento así como en el rendimiento laboral (Marqués Sánchez, 2009: 327). Igualmente, es necesario “implicar activamente a los médicos y a todos los profesionales sanitarios en la sostenibilidad de la sanidad pública, en la elaboración de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 952059	Código de verificación: HMwWBK1o
Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 20/06/2017 18:06:34
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:13:54
MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:48:10

políticas de salud, en la gestión y en la toma de decisiones, potenciando o creando estructuras efectivas de participación y asesoramiento profesional, así como buscando la revitalización de las organizaciones profesionales para que respondan a las necesidades y retos de la medicina del siglo XXI” (Cabasés, 2013: 33). En este sentido, los profesionales sanitarios deben tener un papel relevante en las decisiones sobre la asignación de tratamientos en función del coste que de ellos se derive (Artells, 1980: 17).

Otro aspecto al que se debe dar mayor atención es la formación del personal sanitario más allá de la formación reglada recibida para acceder a su puesto de trabajo. Teniendo en cuenta el número de extranjeros no residentes que acuden a los centros sanitarios se hace necesario favorecer “una formación en aspectos culturales a los profesionales sanitarios que prestan sus cuidados” (Sánchez *et al*, 2009: 5), conociendo las particularidades sanitarias de los pacientes, adquiriendo competencias culturales (Fernández Molina, 2008: 56), porque “los profesionales perciben las diferencias relativas a la cultura general (...) y, sin embargo, no son tan conscientes de las diferencias que existen en relación con la cultura sanitaria” (Nevado Llopis, 2014: 280).

En general, “la sanidad pública ha de responder con la mayor calidad, efectividad, eficiencia y equidad a las necesidades, demandas y preferencias de ciudadanos y pacientes en relación con la sanidad, planificando, gobernando y gestionando está a partir de la consideración de que los ciudadanos y los pacientes son sus auténticos propietarios, destinatarios y jueces” (Cabasés, 2013: 28).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/	
Identificador del documento: 952059	Código de verificación: HMwWBK1o
Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 20/06/2017 18:06:34
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:13:54
MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:48:10

1.4. EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD. APROXIMACIÓN AL MÉTODO.

En esta investigación también trataremos de conocer cómo se informan los ciudadanos de cuestiones sanitarias, así como intentar esbozar cómo perciben los ciudadanos los peligros en su salud. El modelo de creencias de salud (MCS), o *Health Belief Model*, es una teoría surgida en los años 50 del siglo XX a partir de un grupo de Psicólogos Sociales que trataron de buscar respuestas a la prevención sanitaria mediante la promoción de la salud (San Pedro y Gil Roales-Nieto, 2003: 92-93; Soto Mas et al, 1997: 337).

Esta teoría se concreta en que “las decisiones de salud se basan en las percepciones individuales de susceptibilidad y gravedad” (Bylund *et al*, 2011: 37). Años más tarde se llegó a la conclusión de que la teoría tiene relevancia para comprender “el cumplimiento de las recomendaciones médicas de cuidado de la salud” (San Pedro y Gil Roales-Nieto, 2003: 93), ya que las creencias sobre actitudes y comportamientos saludables ayudan a prevenir enfermedades o a favorecer la recuperación de los pacientes (Hambolu *et al*, 2013: 2; San Pedro y Gil Roales-Nieto, 2003: 94; Yilmaz, y Sayin, 2014: 1979). Se plantean cuestiones en torno a seis variables como la “susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia y señales de acción” (Brown *et al*, 2011: 454; Bylund *et al*, 2011: 37).

Estas ideas se miden a partir de una serie de preguntas, en un cuestionario, con una escala donde en función de la respuesta se comprueban los hábitos y las creencias sobre la que afecta a su propia salud y qué pueden hacer por mejorarla (Buglar *et al*, 2011: 269). Estas preguntas se responden mediante una escala donde el valor más bajo

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

muestra un fuerte desacuerdo con lo que se plantea, mientras que el valor más alto muestra un acuerdo reforzado (Bonar, y Rosenberg, 2011: 1039; Rydlewska *et al*, 2013: 338-339; Yilmaz, y Sayin, 2014: 1980; Yue *et al*, 2015: 670). Recientemente, esta teoría derivó en el *Health Locus of Control Efficacy*, que sigue la aportación anterior pero que considera que hay que tener en cuenta cuestiones externas al individuo en las valoraciones personales sobre la propia salud como las relaciones con la familia, amigos o personal sanitario, entre otros (Norman, 1995: 213-214; Rydlewska *et al*, 2013: 338).

El MCS y el *Health Locus of Control Efficacy* se han utilizado para numerosas investigaciones que han tratado temas muy diversos como la actividad física en la educación primaria (Ar-Yuwat *et al*, 2013), alcoholismo (Richards, y Nelson, 2012), enfermedades dentales (Buglar *et al*, 2011), esquizofrenia (Chuang *et al*, 2016), demencia (Sayegh, y Knight, 2013), desorden alimenticio (Akey *et al*, 2013), dolor de espalda (Richard *et al*, 2011), drogadicción (Bonar, y Rosenberg, 2011), cáncer de mama (Yilmaz, y Sayin, 2014), cáncer cervical (Guvenc *et al*, 2011), cáncer colorectal (Wong *et al*, 2013), comportamientos de riesgo en la educación primaria (Zhang *et al*, 2013), dolencias cardíacas (Rydlewska *et al*, 2013), hipertensión (Yang *et al*, 2016; Yue *et al*, 2015), patologías hereditarias (Bylund *et al*, 2011), tuberculosis (Hambolu *et al*, 2013), vacunación infantil (Smith *et al*, 2011), entre otras cuestiones.

1.5. CANARIAS, SANIDAD Y TURISMO. APUNTES.

Las Islas Canarias al final de la conquista europea (1496) se habían expuesto a numerosas enfermedades provenientes del exterior, las cuales los aborígenes no conocían. Pero al igual que otros pueblos de la antigüedad las sufrieron siendo una de las explicaciones del desenlace del conflicto (Mcneill, 1984) y posterior desarrollo del archipiélago.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Con el desarrollo de la administración pública española a principios del siglo XVI la atención sanitaria era muy limitada y con el paso de los años se fueron dedicando esfuerzos a la instalación en las islas de pequeños centros de atención sanitaria (Estévez Dorta, 2009; Hernández, 2009; Martín del Castillo, 2003, 2005 y 2014) viéndose complementados con la atención personal a domicilio por parte de los facultativos.

Mientras las condiciones de la sanidad local mejoraban, el clima benigno de las islas justificó el surgimiento del turismo en el archipiélago a finales del siglo XIX (González Lemus, 2007 y 2012a y 2012b). Los primeros visitantes llegaban procedentes de Gran Bretaña, fundamentalmente, atraídos por la idea de ver reducir afecciones pulmonares, entre otras cuestiones. Las primeras instalaciones hoteleras se desarrollaron pensando en ellos como el Hotel Taoro de Puerto de la Cruz en 1890 (González Lemus, 2012: 5).

Si bien el turismo en Canarias comenzó siendo turismo medicinal a finales de siglo XIX, con el desarrollo del siglo XX se convirtió en un destino preferentemente de sol y playa con la construcción de los principales establecimientos hoteleros que hoy conocemos. Todo ello para que a mediados de los años 60 del siglo XX Canarias se convirtiera en uno de los destinos turísticos más visitados de España. En este sentido, “ningún lugar de la tierra ha sido visitado tanto por tantos viajeros como las Islas Canarias” (González Lemus, 2012a: 51). A pesar de ello, la ausencia de renovación hotelera desde los años 70 generó la obsolescencia de las instalaciones y la consideración de las islas como un destino turístico maduro. A principios de los años 80 con la aprobación del Estatuto de Autonomía de Canarias (1982) el turismo en las islas pasó a estar gestionado por el Gobierno de Canarias, al igual que los servicios sanitarios

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

públicos que hasta ese momento prestaba el Estado (Jiménez Rubio, 2008; Fariña Pestano, 2015; Planes *et al*, 2001; Tamayo Lorenzo, 2003).

Asimismo, con el aumento poblacional de las últimas décadas superando los dos millones de personas², en la actualidad, se han venido desarrollando investigaciones que permiten conocer con detalle distintos aspectos de la situación sanitaria de la sociedad canaria, desde la situación jurídica de uno de los principales hospitales de Tenerife, el Hospital Universitario de Canarias (Gómez Martín, 1997), atención a inmigrantes (Rodríguez del Rosario *et al*, 2008), hasta cuestiones concretas sobre la incidencia de determinadas enfermedades en las islas o la calidad de vida (Anía Lafuente *et al*, 1997; López-Bastida *et al*, 2012; Oliva-Moreno *et al*, 2010b). Algunos investigadores pusieron sobre la mesa características sobre la incidencia de la obesidad en las islas (Serrano-Aguilar *et al*, 2009) destacando que “las personas que viven por debajo del umbral de pobreza (...) presentan mayor prevalencia de diabetes y obesidad en las Islas Canarias como sucede en otros países de los que se tienen datos” (Darias Curvo, 2008: 10).

En la misma línea, también se han desarrollado aportaciones sobre la hipertensión arterial (Rodríguez Pérez *et al*, 2012), sobre la presencia de bacterias en pacientes (Pérez-Hernández *et al*, 2002), sobre el coste del tratamiento para pacientes con VIH (Oliva-Moreno *et al*, 2010a), o la propuesta de un plan de prevención trastornos psicosociales y psiquiátricos (De la Rosa Hormiga, 2012), entre otras cuestiones.

² 2.101.924 habitantes en Canarias. Población a 1 de enero de 2016. Instituto de Estadística de Canarias.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

1.6. CARACTERIZACIÓN DEL TURISMO SANITARIO.

El movimiento de ciudadanos entre fronteras estatales gira en torno a cuestiones comerciales, laborales, educativas, familiares, vacacionales o sanitarias principalmente. Cada aspecto con sus múltiples argumentos favorables a dicha movilidad. En cuanto a sanidad, es posible concretar una movilidad únicamente para ser atendido en centros sanitarios (públicos o privados) de otro estado o región dentro del mismo país, o disfrutar de productos turísticos al mismo tiempo que se recibe tratamiento médico, siendo conocido como turismo sanitario aunque en algunas ocasiones se ha venido a denominar *movilidad transfronteriza de pacientes* (Glinos *et al*, 2010b).

Estos turistas buscan “acceder a determinados tratamientos que no están disponibles en el lugar de origen, reducir el coste del tratamiento, obtener prácticas clínicas de mayor calidad u obtener tratamientos pioneros que constituyen la última esperanza para la curación” (Giraldo Chapaprieta, 2015: 64). Distintos destinos turísticos con tratamientos sanitarios más asequibles que en otros lugares (Barrios Flores, 2006: 77; Horowitz y Rosensweig, 2007), deficiencias sanitarias en diferentes estados (Mainil *et al*, 2012: 38), la calidad percibida del tratamiento foráneo (Glinos *et al*, 2010b: 1142) o la espera para una intervención quirúrgica (Runnels *et al*, 2014: 6) explican la movilidad de pacientes entre territorios y el turismo sanitario.

También hay que tener en cuenta las barreras al acceso a servicios sanitarios como la ausencia de cobertura médica universal, el pago de determinados servicios conocido como *copago*, barreras geográficas o listas de espera, sin olvidar el tipo de asistencia médica necesitada o la calidad percibida de diferentes sistemas sanitarios (Giraldo Chapaprieta, 2015: 57-59). A parte de ello, Cohen (2014) señaló que el turismo

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

sanitario motivado por cuestiones ilegales en ciertos países como el suicidio, el aborto o técnicas reproductivas se le conoce como *turismo de circunvalación*. También, en la misma línea, se debe contemplar el turismo sanitario que busca métodos poco convencionales o no científicos (Nolan y Schneider, 2011).

La movilidad de pacientes permite disfrutar de actividades de ocio anteriormente al tratamiento médico, pudiendo incluir intervenciones quirúrgicas y el correspondiente periodo posoperatorio. Al mismo tiempo, sus acompañantes también disfrutaban del destino turístico. En este sentido, el turismo sanitario a menudo “se relaciona con grandes distancias entre los contextos de envío y recepción” (Mainil *et al*, 2012: 38) pero no tiene porqué. El hecho de poder recibir ciudadanos de otros lugares para ser atendidos por un sistema sanitario ajeno supone un reto de adaptación ya que se atiende a personas “con una lengua y una cultura diferentes y por lo tanto con unas creencias sobre la salud, la enfermedad y la hospitalización diferentes” (Casabona Martínez *et al*, 2005: 39) y ello supone una barrera a la necesaria comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios (Legido-Quigley *et al*, 2012; Nevado Llopis, 2014).

La cultura sanitaria de los pueblos ha cambiado con el paso de los años (Bonachia Caballero, 2015; Fernández Fernández y Vaquera Mosquero, 2012; Leno González, 2015) pero hoy en día existen notables diferencias influenciadas por cuestiones culturales que es necesario tener en cuenta (Valero-Garcés y Walh-Kleiser, 2014) y la base para lograr puntos de encuentro es el idioma (Isasa, 2014; Kumar *et al*, 2014; Marnpae, 2014) pudiendo contar con mediadores culturales para favorecer la comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios como señalan Sanchez *et al* (2009).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

En general, la cultura sanitaria de los pueblos ha sido analizada en distintos lugares y desde diferentes perspectivas como la manera de proteger la cultura promoviendo la salud de la población (Birks *et al*, 2011; Tervo *et al*, 2003), sobre la manera de prevenir enfermedades (Berezin, y Eads, 2016; Capstick *et al*, 2009; Rosales *et al*, 2010; Trujillo y Plough, 2016).

En este sentido, la llegada de no residentes al lugar puede generar agravio comparativo si la población local tiene dificultades de acceso a servicios sanitarios de calidad ya que “el nivel de atención y calidad de las instalaciones de las que disfrutaban los pacientes extranjeros, pero que no están disponibles para la mayoría de sus homólogos locales, plantea preocupaciones adicionales sobre la equidad” (Chen y Flood, 2013: 288). En cualquier caso, las personas no residentes poseen una cultura sanitaria diferente a la población local. El caso concreto de la Unión Europea ha favorecido el tránsito de pacientes de un sistema sanitario a otro (Cohen, 2014: 23; De Cortazar, 2003; Glinos *et al*, 2010a). Ello puede generar inconvenientes ya que “la movilidad sanitaria transfronteriza es un derecho atractivo pero pobremente definido” (Greer, 2013: 419). A pesar de ello el sistema de sanitario en España “continúan trabajando de la misma forma y no existen protocolos” (Casabona Martínez et al, 2005: 42).

Para los centros sanitarios públicos se entiende que son *Pacientes Residentes en el Extranjero Hospitalizados*, donde son atendidos con tarjeta sanitaria europea, sin dicha tarjeta o por medio de convenios con otros países (Giraldo Chapaprieta y Méndez Pérez, 2015: 95). Esta movilidad de pacientes entre territorios deriva en el debate sobre el acceso a la sanidad en igualdad de condiciones de ciudadanos nacionales o extranjeros residentes en el mismo lugar frente a ciudadanos extranjeros no residentes (Wild, 2015). Pero no es necesario buscar pacientes extranjeros como potenciales

40

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

beneficiarios del sistema sanitario ya que la sanidad en algunos estados ha sido objeto de descentralización a entidades políticas menores generando mayor gasto sanitario, problemas de coordinación entre las administraciones involucradas en el servicio y diferentes servicios ofrecidos a los ciudadanos en función del lugar de residencia dentro del mismo estado (Saludas, 2013).

Numerosos países han desarrollado una floreciente industria turística apoyada en los servicios sanitarios (Chuang *et al*, 2014; Connell, 2006), mayoritariamente, privados teniendo en cuenta que la decisión de acudir a un lugar viene determinada por la distancia a recorrer y la diferencia cultural (Mainil *et al*, 2012: 39-40). Casos como los de Brazil (Edmonds, 2011), el Caribe (Ramírez de Arellano, 2011), Hong Kong (Heung *et al*, 2011), La India (Sengupta, 2011), Indonesia (Ormond, 2015), Singapur (Lee, 2010) o Taiwan (Ho, 2015; Pan y Chen, 2014), entre otros, muestran la importancia de este tipo de movilidad para entender el turismo internacional.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

2. METODOLOGÍA

2.1. MÉTODO

En esta Tesis Doctoral se aplicará tanto una metodología cuantitativa como cualitativa, aplicando así una triangulación metodológica. Respecto a la cuantitativa, se utilizará la técnica de la encuesta, mientras que la entrevista en profundidad será la otra técnica de corte cualitativo que se utilizará en esta investigación.

2.2. INSTRUMENTOS

2.2.1. Cuestionario

Se ha construido un cuestionario *ad hoc* para esta investigación, pero es necesario realizar un matiz importante. Las preguntas han sido extraídas en su mayor parte de otras investigaciones. Con ello conseguimos que la Tesis Doctoral tenga un cierto poder comparativo, además de utilizar preguntas y variables ya testadas en otras investigaciones. Además, las preguntas que se han realizado específicamente para esta investigación se consideraron fundamentales para alcanzar el objeto de estudio ya especificado.

Concretamente, las preguntas obtenidas de otros cuestionarios y sus respectivas fuentes se encuentran en la tabla 1.

Tabla 1. Preguntas del cuestionario obtenidas de otras fuentes

FUENTE DE LA PREGUNTA	PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO
Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (INE, 2013).	P4, P5, P6, P6.1, P7, P15, P16, P19
Health Education Popular Survey (NHS, 2008)	P4, P7, P11, P11.1,
El otro lado de la Sanidad (Fernandez Esquinas et. al)	P23.1, P25,
Cultura Sanitaria BBVA	P14, P26, P27, P28, P30
Barómetro Sanitario 2014 (CIS, 2015)	P3.1 (modificada), P22 (modificada), P17 (modificada)

La encuesta se ha estructurado en 5 ámbitos teniendo en cuenta los objetivos de la investigación:

- Fuentes de información sobre salud.
- Valoración del estado de salud y hábitos de vida.
- Health Belief Model/Health Locus of Control Efficacy.
- Asistencia a la Sanidad
- Valoración del sistema sanitario.
- Visión y confianza de profesionales de la salud.

La encuesta a la población aplicada en el Hospital Universitario de Canarias-Ofra (HUC-Ofra) fue administrada mediante un cuestionario CAPI, aplicado directamente en el Hospital Universitario de Ofra en Tenerife, un centro sanitario de tercer nivel. Para elaborar la distribución de la muestra, se tuvo en cuenta la distribución por sexo y edad de la población de la Isla de Tenerife según la Explotación Estadística del Padrón Municipal a 1-1-2016.

También se administró telefónicamente (CATI) el mismo cuestionario a la población que alguna vez en su vida ha sido operado de un trasplante. Las muestras

43

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

fueron tratadas de forma independiente, dado que la visión de un trasplantado, por el uso intensivo que hace de la sanidad, podría sesgar los resultados. Aun así, es relevante la realización de este cuestionario para observar las diferencias en cuanto a satisfacción de ambas poblaciones, ya que una comparativa respecto a otras variables resultadas produciría un sesgo al no estar equilibradas ambas muestras (502 de usuarios en consultas, 33 de trasplantados).

La ficha técnica de la encuesta es la siguiente:

- **Ámbito:** Insular (Tenerife).
- **Universo:** hombres y mujeres mayores de 18 años de población de referencia del Centro Sanitario “Hospital Universitario de Canarias-Ofra”. Municipios de La Laguna, una parte del Rosario (La Esperanza), Tegueste, Tacoronte, El Sauzal, La Matanza, La Victoria, Santa Úrsula, La Orotava, Realejos, Puerto de la Cruz, San Juan de la Rambla, El Tanque, La Guancha, Icod de los Vinos, Garachico, Los Silos y Buenavista.
- **Muestra:** 502 usuarios/as realizados en salas de espera de consultas y 33 usuarios a los que se les ha practicado un trasplante.
- **Error muestral:** $\pm 4,4\%$ para un nivel de confianza del 95% y teniendo en cuenta que $p=q$.
- **Afijación:** proporcional.
- **Selección de la muestra:** Muestreo sistemático en el Centro Hospitalario con cuotas por sexo y edad. Se entrevistaron a los encuestados en zonas habilitadas al efecto junto a las salas de espera de consultas.

44

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

2.2.2. Entrevistas en profundidad

Respecto a la entrevista en profundidad, se consideró vital la utilización de la citada técnica para esta Tesis Doctoral dado que era necesario conocer la opinión de expertos respecto a la sanidad como potencial recurso turístico. De esta forma, con esta metodología cualitativa en la que se recoge la visión de los profesionales se podrá complementar los otros dos objetivos del estudio cuantitativo más general, a saber: comprobar el grado de satisfacción de los usuarios del Servicio Canario de Salud según los profesionales sanitarios, analizar si las distintas culturas sanitarias de personas residentes/ no residentes afectan a la percepción satisfacción del sistema canario de salud.

La orientación metodológica de esta técnica es cualitativa, basada fundamentalmente en entrevistas abierta semi-directivas con grado medio de focalización (Valles, 2002), cuya característica específica dentro del ámbito de las entrevistas cualitativas es que tiene un mismo guion que se aplica de forma muy similar en cada una de las entrevistas realizadas, con lo que la información se puede agrupar y analizar de forma más sencilla en el momento del tratamiento de los datos cualitativos.

A la reflexividad metodológica, propia de la investigación social como proceso de producción de conocimiento, se le añade aquí una reflexividad de oficio, de capacidad, de mirada sobre el campo que estructura la entrevista, y de escucha activa y metódica del equipo de investigación después de su experiencia en investigación social (Bourdieu 1993).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

En esta investigación se utilizaron dos criterios para realizar las entrevistas. En primer lugar, se diferencia entre médicos y enfermeros/as del Hospital Universitario de Canarias de Ofra, pues así se tendrá una visión integrada de las dos profesiones más importantes en el ámbito sanitario. Por otro lado, dentro del colectivo de médicos, se diferencié entre los que son veteranos (más de 10 años de experiencia) y los jóvenes (menos de 10 años de experiencia). Esta división obedece a que la perspectiva de un médico veterano normalmente es más amplia que la de los médicos más jóvenes, lo cual puede afectar tanto a las experiencias vividas por los sujetos como a sus propias opiniones sobre el funcionamiento del sistema sanitario.

Así pues, el número de entrevistas realizadas fue de 6, distribuidas según los perfiles recogidos en la tabla 2.

Tabla 2. Perfiles del personal sanitario entrevistado

NÚM. ENTREVISTA	PROFESIÓN	SEXO	EDAD	AÑOS DE EXPERIENCIA	ESPECIALIDAD ACTUAL
1	Médico	Hombre	65	38	Cirugía
2	Enfermero	Hombre	48	22	UCI
3	Médico	Hombre	52	24	Cirugía
4	Médico	32	Mujer	5	Cirugía
5	Enfermera	60	Mujer	40	Cirugía
6	Médico	30	Mujer	6	Medicina General

Estas entrevistas se efectuaron en el propio Hospital Universitario, si bien algunas fueron realizadas en una sala de conferencias y otras, dada la lógica del sistema sanitario que exige la disponibilidad del personal, en los propios despachos de médicos o enfermeros/as.

El guion de las entrevistas se estructura en tres dimensiones diferentes, en el siguiente orden: 1) satisfacción de los usuarios del Servicio Canario de Salud; 2)

relación entre el origen social y la satisfacción con el Servicio de Salud; 3) turismo y sanidad.

La primera dimensión alude a los diferentes factores que pueden influir en la satisfacción de los pacientes a juicio de los profesionales sanitarios, tales como los ámbitos de la sanidad, privado/público, qué valoran más los pacientes o influencia de hábitos de vida saludables en el uso de la sanidad pública.

En la segunda dimensión se incluye tanto la relación entre el nivel educativo y cultural y la satisfacción con la sanidad, como la relación entre el tener conocimientos médicos a través de Internet y la satisfacción de los usuarios. En la tercera y última dimensión de estudio se indaga la influencia de la sanidad en el turismo. Además, se trata otro punto fuerte de la investigación que es la diferencia de valoración entre los turistas-extranjeros y la población autóctona, es decir, qué diferencias *a priori* pueden ver.

2.3. INCIDENCIAS DEL TRABAJO DE CAMPO

Respecto a la encuesta, a lo largo del trabajo de campo se detectó que la tasa de rechazo no era muy alta. Sin embargo, se empleaban unos 25 minutos en aplicar el cuestionario, lo cual hizo que la obtención del trabajo de campo fuera muy lenta. Aun así la colaboración en general fue total, cuestión que claramente se ve influida por la ausencia de preguntas relacionadas con cuestiones de tipo personal.

En lo referido a las entrevistas en profundidad, la colaboración fue incondicional por parte de los/as médicos y enfermeros/as.

47

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

2.4. ANÁLISIS DE DATOS

En cuanto al análisis de datos, dividiremos el mismo según la técnica empleada. Respecto a las entrevistas en profundidad, tras la oportuna realización de las mismas, se procedió a su transcripción y posterior análisis, destacando los verbatims más importantes a la hora de resaltar las conclusiones más importantes.

Respecto a la explotación de datos de la encuesta, tras presentar el perfil sociodemográfico de los usuarios entrevistados, se procedió a realizar un análisis descriptivo de las variables en primer lugar.

Posteriormente, se estudió en profundidad la satisfacción con el sistema sanitario. En este sentido, se tomaron como variables dependientes la satisfacción general con el sistema de salud (p22), el tipo de atención sanitaria requerida (conjunto de variables que engloba la 18 y los diferentes ítems que miden los aspectos más tenidos en cuenta a la hora de determinar la satisfacción con la sanidad pública (ítems recogidos en la p29). Todas estas variables dependientes fueron analizadas según el sexo, la edad, el nivel de estudios, la frecuencia con la que van al médico, la búsqueda de información por internet, el tipo de información buscada por Internet, el estado de salud subjetivo y la preferencia respecto a la gratuidad de la sanidad. Con estos análisis obtenemos una visión completa de la satisfacción de los diferentes ámbitos sanitarios, así como los factores sociales que determinan la misma. Según la tipología de las variables, los procedimientos estadísticos utilizados fueron Tablas de Contingencia (Test Chi-Cuadrado), Análisis de la Varianza (ANOVA) y la Prueba T para Muestras Independientes.

Cabe destacar que se intentó un análisis multivariante sobretodo referida a reducir las dimensiones de la P29, pero no surgieron resultados concluyentes. Además,

48

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

se intentó también un análisis de regresión lineal que se descartó por la ausencia de resultados significativos.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

3. RESULTADOS DE LA ENCUESTA A USUARIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS-OFRA (HUC-OFRA)

En este apartado se analizarán los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios del Hospital Universitario de Canarias-Ofra (HUC-Ofra), examinando las diferentes partes del cuestionario y realizando un análisis de la satisfacción mediante diversos procedimientos estadísticos, tal y como se explicó en el apartado de metodología.

3.1. PERFIL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

Respecto al perfil sociodemográfico de las personas entrevistada (tablas 3 y 4), en la muestra existe cierto equilibrio entre hombres y mujeres, aunque el porcentaje de mujeres es ligeramente superior al de hombres. En lo que se refiere a la edad, un 33% de la muestra tiene entre 30 y 45 años, seguidos por un 31% que tiene entre 46 y 64 años, mientras que el porcentaje de jóvenes (18 a 29) es de un 16% y el de mayores de 65 años un 18%.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Tabla 3. Perfil de las personas entrevistadas

		N	%
Sexo	Mujer	258	51,4%
	Hombre	244	48,6%
	Total	502	100,0%
Edad	18 a 29 años	82	16,3%
	30 a 45 años	166	33,1%
	46 a 64 años	159	31,7%
	65 y más años	95	18,9%
	Total	502	100,0%
Nacionalidad	Española	467	93,0%
	Extranjera	35	7,0%
	Total	502	100,0%
Reside usted la mayor parte del año en Tenerife	Si	486	96,8%
	No	16	3,2%
	Total	502	100,0%

La práctica totalidad de la población entrevistada son españoles (93%) y residen de forma habitual en Tenerife (un 96% de la muestra así lo declara). De los que residen fuera, un 87% lo hacen en otra Isla Canaria y un 12% en otro país. Sin embargo, de los entrevistados que residen fuera, un 56% declara que lo hace por visitar a la familia/amigos, mientras un 31% es por motivos de negocios y un 12,5% por turismo.

Teniendo en cuenta el nivel de estudios, un 23% de la muestra tiene como máximo ESO-EGB o Garantía Social, siendo los porcentajes de población con estudios universitarios (22%) y Bachillerato (21%) muy similar. A la hora de declarar su situación laboral, un 42% de la muestra se encuentra ocupada, mientras que casi un 20% está en desempleo y un 21% jubilado/a.

En lo relativo al estado civil, un 57% de la muestra declara que está casado/a o vive en pareja, mientras que un 31% se declara soltero y un 7,8% se declara separado/a o divorciado/a.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Tabla 4. Perfil de las personas entrevistadas

		N	%
En el caso de no reside en Tenerife, ¿dónde reside la mayor parte del año?	Otras isla de Canarias.	14	87,5%
	Resto de España.	0	0,0%
	País Europeo.	1	6,3%
	Otro país del mundo.	1	6,3%
	Total	16	100,0%
Motivo por el que se encuentra en Tenerife	Turismo	2	12,5%
	Negocios	5	31,3%
	Visitar a la Familia/Amigos	9	56,3%
	Total	16	100,0%
Nivel de estudios alcanzado	Sin Estudios-Primarios	63	12,6%
	ESO-EGB-Garantía Social	118	23,5%
	FPI-FP Grado Medio.	34	6,8%
	FPII-FP Grado Superior.	67	13,3%
	Bachillerato.	106	21,1%
	Universitarios.	114	22,7%
Total	502	100,0%	
Situación Laboral	Trabaja	206	41,0%
	En situación de desempleo	100	19,9%
	Estudiante	30	6,0%
	Trabaja y estudia.	2	,4%
	Jubilado-a Pensionista.	110	21,9%
	Persona incapacitada permanente para trabajar.	14	2,8%
	Dedicada a las labores domésticas del hogar.	40	8,0%
	Total	502	100,0%
Estado Civil	Soltero-a.	157	31,3%
	Casado-a, pareja de hecho o viviendo en pareja	286	57,0%
	Separado-a o divorciado-a	39	7,8%
	Viudo-a	20	4,0%
	Total	502	100,0%

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

3.2. FRECUENCIAS GENERALES

En este apartado analizaremos las frecuencias univariadas de todas las variables recogidas en el cuestionario según las diferentes dimensiones en las que se divide el mismo

3.2.1. Fuentes de información sobre temas de salud

La primera dimensión analizada es las fuentes de información sobre temas de salud. Según la tabla 5, la forma más habitual de informarse sobre temas de salud y medicina es a través de la televisión (67%), seguido de Internet (63%) y noticias o suplementos en los periódicos. Sin embargo, los medios menos utilizados para informarse son la radio (un 39% se informa de temas de salud a través de ese medio) y la lectura de libros (sólo un 17% se informa de esta forma). Por tanto, Internet y la televisión son los medios más utilizados para informarse sobre temas de salud y medicina.

Tabla 5. Hábitos de informarse sobre temas de sanitarios por diferentes medios.

	Sí		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Acostumbra Ud. a leer noticias o suplementos en los periódicos sobre temas de salud o medicina	285	56,8%	217	43,2%	502	100,0%
Acostumbra Ud. a oír programas de radio dedicados a temas de salud o medicina	198	39,4%	304	60,6%	502	100,0%
Acostumbra Ud. a ver programas de televisión dedicados a temas de salud o medicina	337	67,1%	165	32,9%	502	100,0%
Acostumbra Ud. a leer noticias en Internet sobre temas de salud o medicina	319	63,5%	183	36,5%	502	100,0%
Acostumbra Ud. a leer libros dedicados a temas de salud o medicina	86	17,1%	416	82,9%	502	100,0%

Sin embargo, al analizar la frecuencia con la que hablan de temas médicos con familiares, amigos o compañeros de trabajo (tabla 6), un 67,9% declara que con bastante

o mucha frecuencia habla de estos temas. De esta forma se puede intuir que es un tema de conversación relativamente habitual entre amigos y familiares.

Tabla 6. Frecuencia a la hora de hablar de temas de salud

	N	%	
Casi nunca	24	4,8%	
Podría decirme con qué frecuencia forman parte de sus conversaciones con familiares, amigos o compañeros de trabajo los temas de salud o medicina	Con poca frecuencia	137	27,3%
	Con bastante frecuencia	274	54,6%
	Con mucha frecuencia	67	13,3%
Total	502	100,0%	

Analizando únicamente a las personas que se han conectado a Internet los últimos 6 meses (tabla 7), se encuentra que, respecto a temas médicos, Internet lo han utilizado para buscar información de temas de salud o medicina, pues un 78% de los que se han conectado a Internet declara haberlo hecho los últimos 6 meses. También casi un tercio de la muestra que ha utilizado Internet (27%) lo ha hecho para descargarse un artículo sobre estos temas. Sin embargo, el uso de Internet para comprar medicamentos, ver conferencias o participar en foros o chats sobre salud y medicina es bastante minoritario.

Si sólo se tiene en cuenta la población que ha buscado información sobre temas de salud o medicina en Internet, encontramos que un 44% de la población buscó información sin tener que necesitar ir al médico. Por otro lado, un 24% buscó información sobre salud y medicina para no tener que ir al médico, mientras que un 19% buscó información para ampliar lo descrito por un facultativo y un 11% lo consultó antes de ir al Hospital.

De esta forma, se observa que Internet es utilizado por la población para buscar información sobre temas de salud y medicina. Además, es llamativo que casi un cuarto de los que utilizan Internet para buscar dicha información lo hace para así no tener que ir al médico.

Tabla 7. Motivo de búsqueda de información por internet los últimos 6 meses

		N	%
Buscar información sobre temas de salud o medicina	Sí	324	78,6%
	No	88	21,4%
	Total	412	100,0%
Comprar medicamentos	Sí	19	4,6%
	No	393	95,4%
	Total	412	100,0%
Descargar algún artículo sobre temas de salud o medicina	Sí	112	27,2%
	No	300	72,8%
	Total	412	100,0%
Ver a través de Internet alguna conferencia sobre temas de salud o medicina	Sí	40	9,7%
	No	372	90,3%
	Total	412	100,0%
Participar a través de Internet en un foro o chat sobre temas de salud o medicina	Sí	16	3,9%
	No	396	96,1%
	Total	412	100,0%
La última vez que usted buscó información sobre salud o medicina lo hizo...	Antes de ir al médico o al hospital	38	11,7%
	Después de ir al médico o al hospital, para contrastar o ampliar la información que me habían dado	62	19,1%
	Como alternativa para informarme de una cuestión o problema de salud y así no tener que ir al médico u hospital	81	24,9%
	No necesitaba ir al médico, sólo quería buscar información	144	44,3%
	Total	325	100,0%

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

3.2.2. Valoración del estado de salud y hábitos de vida

Respecto al estado de salud subjetivo (tabla 8), un 60% declaran que ha sido bueno o muy bueno, mientras que un 29% declara que ha sido regular. Sólo un 9% destaca que su estado de salud es malo-muy malo. Por tanto, la percepción subjetiva de la salud es relativamente buena, más si tenemos en cuenta que la población participante en el estudio ha sido entrevistada en un hospital.

Tabla 8. Estado de salud subjetivo los últimos 12 meses

	N	%
Muy bueno	65	12,9%
Bueno	241	48,0%
Regular	150	29,9%
Malo	33	6,6%
Muy malo	13	2,6%
Total	502	100,0%

Este buen estado de salud se refrenda en lo expuesto en la tabla 9. Así, sólo un 14% de la población fuma diariamente y un 3,6% fuma pero no diariamente. Sin embargo, un 51% de la muestra no ha fumado nunca y un 30% ha fumado en su vida, pero actualmente no. Además, respecto al alcohol, un 62% consume dicha sustancia, de los cuales un 20% lo hace más de una vez a la semana, un 26% una vez a la semana y un 19% dos o tres veces al mes. Un 34%, por su parte, tiene un consumo esporádico (una vez al mes como máximo). En lo relativo al peso, un 50% declara que tiene algo de sobrepeso y un 39% que tiene un peso normal.

Por tanto, tanto respecto al tabaco como al alcohol (las drogas permitidas legalmente), el consumo es moderado, declarando en su mayoría o están en su peso normal o con algo de sobrepeso.

Tabla 9. Consumo de sustancias tóxicas y percepción subjetiva del peso

		N	%
Fuma o ha fumado Ud. alguna vez en su vida de forma habitual	Sí, en la actualidad fumo diariamente	74	14,7%
	Sí, en la actualidad fumo pero no diariamente	18	3,6%
	Actualmente no fumo, pero he fumado	154	30,7%
	Nunca he fumado	256	51,0%
	Total	502	100,0%
Consume bebidas alcohólicas	Sí	313	62,4%
	No	189	37,6%
	Total	502	100,0%
En los últimos 30 días con qué frecuencia ha consumido alguna bebida alcohólica	Diariamente	17	5,4%
	4 a 5 veces a la semana	13	4,2%
	2 a 3 veces a la semana	31	9,9%
	Una vez a la semana	84	26,8%
	2 a 3 veces al mes	60	19,2%
	Una vez al mes	68	21,7%
	Menos Frecuencia	40	12,8%
	Total	313	100,0%
Cómo describiría su peso en la actualidad	Mucho sobrepeso	37	7,4%
	Algo de sobrepeso	253	50,4%
	El peso adecuado	196	39,0%
	Algo menos de peso que el adecuado	15	3,0%
	Mucho menos peso que el adecuado	1	,2%
	Total	502	100,0%

Las siguientes tablas contienen indicadores recogidos en la escala de Health Locus Control, escala de percepción de riesgos para la salud de las personas. En primer lugar, en la tabla 10 se recogen cuestiones que cree el individuo que le pueden pasar y

57

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

que afectarían a su salud. Lo más probable que creen que les puede pasar es sufrir un accidente de tráfico (un 47% cree que es bastante o muy probable), seguido del hecho de sufrir alguna enfermedad grave (34% lo cree bastante o muy probable) y de sufrir los efectos de la contaminación por bacterias o alimentos (30% lo cree probable). Llama la atención que un 29% cree que en los próximos años es bastante o muy probable que sufran un trastorno mental o psicológico.

Sin embargo, lo que piensan que puede afectarles menos en los sucesivos años es el ser víctima de una epidemia a gran escala, pues sólo un 6% lo cree bastante o muy probable.

Tabla 10. Probabilidad de que le ocurran diferentes sucesos que afecten a su salud

	Nada probable		Poco probable		Bastante probable		Muy probable		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sufrir alguna enfermedad grave	16	3,3%	304	62,2%	144	29,4%	25	5,1%	489	100,0%
Ser víctima de una epidemia a gran escala	146	29,5%	315	63,6%	33	6,7%	1	,2%	495	100,0%
Sufrir los efectos de la contaminación por bacterias de los alimentos	53	10,6%	292	58,5%	137	27,5%	17	3,4%	499	100,0%
Tener un trastorno mental o psicológico como depresión, ataque de pánico, etc.	62	12,4%	291	58,3%	133	26,7%	13	2,6%	499	100,0%
Sufrir un accidente de tráfico	28	5,6%	231	46,6%	211	42,5%	26	5,2%	496	100,0%

También se recoge en las escala de Health Locus Control los factores que pueden incidir en tener un buen estado de salud (tabla 11), puntuados de 0 a 10 en función del grado de influencia. Así, respecto a factores externos al individuo, lo que más se piensa que influye son los hábitos y estilo de vida (8,7), seguido del esfuerzo personal (8) y el apoyo de familiares y amigos. Por otra parte, lo que menos afecta, en relación a estos factores externos, es la suerte/azar (4,8).

Respecto a factores relativos a hábitos saludables, la población entrevistada plantea que lo que más afecta son el no consumir drogas (9,1), no fumar (8,8) y llevar a cabo una dieta equilibrada (8,7). Puntuaciones igualmente elevadas a la hora de aspectos que afecten a tener una buena salud (entre un 8,2 y un 8,6) son las otorgadas a hacer ejercicio, controles médicos periódicos, no tener sobrepeso y no tomar alcohol.

Tabla 11. En qué medida cree el entrevistado/a que el aspecto descrito influya en que una persona tenga un buen estado de salud. Aspectos externos e internos. (0 no influyen nada, 10 influyen completamente)

	Media	D.T.	N
El apoyo de familiares y amigos	7,8	1,4	502
El esfuerzo personal	8,0	1,1	502
El medio ambiente	7,6	1,5	502
El nivel de educación y la preparación personal	6,3	2,3	502
La predisposición familiar o genética	7,6	1,4	502
La situación económica del país	7,1	1,6	501
La suerte, el azar	4,8	2,4	501
Los hábitos y estilo de vida de cada persona	8,7	1,0	502
Su situación económica personal	7,4	1,3	502
Hacer ejercicio	8,6	1,1	502
Hacerse controles médicos periódicos	8,2	1,4	502
Llevar a cabo una dieta equilibrada	8,7	1,1	502
No consumir drogas	9,1	1,1	502
No fumar	8,8	1,3	502
No tener sobrepeso	8,6	1,1	502
No tomar alcohol en exceso	8,5	1,3	502
Reducir los niveles de stress	8,8	1,1	502

En general, la población entrevistada cree que efectivamente está en su mano hacer algo para mejorar su salud, ya que un 83% así lo declara, tal y como se recoge en la tabla 12.

Tabla 12. Creencia de que puede hacer algo para mejorar su salud

		N	%
Creencia de que puede hacer algo para mejorar su estado de salud?	Sí	416	82,9%
	No	86	17,1%
	Total	502	100,0%

A la hora de determinar qué pueden hacer para mejorar lo salud (tabla 13), lo que más creen que pueden hacer es más ejercicio físico (66% así lo manifiesta), seguido de comer más equilibradamente (42%) y perder peso (38%).

Tabla 13. Qué puede hacer para mejorar su salud. Respuesta múltiple.

	Respuestas	Respuestas		% de Casos
		N	%	
Qué puede hacer para mejorar salud	Dejar de fumar	64	8,5%	15,4%
	Tomar menos alcohol	9	1,2%	2,2%
	Perder peso	161	21,5%	38,7%
	Comer más equilibradamente	178	23,7%	42,8%
	Reducir el nivel de stress	53	7,1%	12,7%
	Hacer más ejercicio físico	276	36,8%	66,3%
	Visitar a un médico o especialista	9	1,2%	2,2%
Total		750	100,0%	180,3%

Sin embargo, a la hora de tomar estas medidas para mejorar su salud, sí que es verdad que los/as entrevistados/as declaran que existen frenos para la salud, pues un 67% así lo declara (tabla 14). Entre otras cosas, lo que más le frena el cambio de hábitos para mejorar su salud (tabla 15) es la falta de voluntad/disciplina, pues un 50% de la muestra declara que esta cuestión le frena el cambio de hábitos. Otro factor importante es la falta de tiempo (26% considera que impide mejorar los hábitos), además de los factores laborales (17%) y los problemas de salud (16%) y físicos (13%).

Tabla 14. Existencia de algo que frene cambiar hábitos para mejorar salud

60

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

		N	%
Siente que algo le frena o impide de llevar a cabo alguna medida o cambio de hábito para mejorar su estado salud?	Sí	340	67,7%
	No	162	32,3%
	Total	502	100,0%

Tabla 15. Qué aspectos le frenan a la hora de cambiar hábitos para mejorar la salud. Respuesta múltiple

	Respuestas		% de Casos	
	N	%		
Falta de voluntad - disciplina	170	36,0%	50,1%	
Compromisos laborales	58	12,3%	17,1%	
Compromisos familiares	31	6,6%	9,1%	
Adicción	8	1,7%	2,4%	
Qué impide cambiar hábitos	Problemas de salud	56	11,9%	16,5%
	Problemas físicos	44	9,3%	13,0%
	Problemas económicos	12	2,5%	3,5%
	Falta de tiempo	89	18,9%	26,3%
	Falta de conocimiento	2	,4%	,6%
	Falta de interés	2	,4%	,6%
Total	472	100,0%	139,2%	

En la tabla 16 se vuelve a mostrar la idea de que la población entrevistada no cree que el azar sea lo más importante a la hora de determinar un buen estado de salud. Así, los ítems referidos a que el individuo no puede hacer nada por evitar enfermedades (los ítems 1, 5, 12) son los que tienen unas puntuaciones más bajas, lo cual indica que son factores a los que los individuos otorgan poca importancia. Sin embargo, existen otros ítems que otorgan un papel fundamental a la hora de disminuir la probabilidad de tener enfermedades, que son el propio comportamiento de la persona (ítems 8, 6 y 10), el seguimiento de las instrucciones del médico (ítems 7 y 11) y la ayuda de otras personas (ítem 6).

Tabla 16. Grado de acuerdo con frases relativos a lo que influye en la salud de las personas. (0 totalmente en desacuerdo, 10 totalmente de acuerdo)

	Media	D.T.	N
1. Si tengo que enfermar, me pondré enfermo, con independencia de lo que yo haga	6,4	2,0	50 1
2. Lo mejor para evitar enfermedades es ir al médico con regularidad	6,2	1,9	50 2
3. La ayuda que recibo de otras personas tiene un papel fundamental en la rapidez con la que me repongo de una enfermedad	7,6	1,4	50 2
4. Mi genética tiene un papel fundamental en la rapidez con la que me repongo de una enfermedad	7,2	1,2	50 1
5. Mi salud es una cuestión de suerte	4,8	2,2	49 7
6. Si hago lo que debo hacer, puedo estar sano	7,4	1,2	50 0
7. Mi médico tiene un papel fundamental en la rapidez con la que me repongo de una enfermedad	7,2	1,5	50 2
8. Yo soy el principal responsable de mi estado de salud	7,7	1,2	50 2
9. La mayoría de las cosas que afectan mi salud suceden por accidente	5,0	2,2	50 0
10. Mi propio comportamiento tiene un papel fundamental en la rapidez con la que me repongo de una enfermedad	7,9	1,2	50 2
11. Para mantener mi estado de salud es fundamental hacer exactamente lo que mi médico me indica	7,4	1,3	50 1
12. La suerte tiene un papel fundamental en la rapidez con la que me repongo de una enfermedad	4,6	2,2	49 8
13. Tengo un completo control sobre mi salud	4,5	2,5	50 2
14. Los factores genéticos son los que determinan fundamentalmente mi estado de salud	6,8	1,5	50 0

En general, tal y como se ha observado, los individuos perciben que lo más probable que les puede pasar son el tener un accidente, una enfermedad grave o un trastorno mental. Además, destacan que la suerte y el azar poco influye en su estado de salud, jugando un papel fundamental los hábitos de vida saludable, que muchas veces no se cumplen mayoritariamente por falta de disciplina (voluntad y por falta de tiempo. Además, respecto a la enfermedad, lo más relevante para prevenirlas por parte de los entrevistados/as es el propio comportamiento individual y el seguimiento de las instrucciones de los médicos.

3.2.3. Asistencia a la sanidad y valoración del sistema sanitario

En este apartado se analizará la asistencia y la utilización de la asistencia a la sanidad. En primer lugar (tabla 17), un 14% declara que va entre una vez a la semana y

una vez al mes. Sin embargo, un 36% manifiesta que va al médico de cabecera tres o cinco veces al año, mientras que un 42% lo hace una o dos veces al año. Por tanto, la asistencia es esporádica ya que un 78% declara que va entre una y 5 veces al año al médico de cabecera.

Tabla 17. Frecuencia de asistencia a médico de cabecera

	N	%
Una vez a la semana	10	2,0%
Una vez al mes	63	12,5%
3 o 5 veces al año	185	36,9%
1 o 2 veces al año	214	42,6%
Con menor frecuencia	30	6,0%
Total	502	100,0%

Respecto a la utilización de los diferentes niveles de servicios del Servicio Canario de Salud (tabla 18), lo más utilizado es la atención primaria (un 96% la ha utilizado los últimos 12 meses), seguida de la atención especializada (83%) y las urgencias (32%). Lo menos utilizado ha sido la hospitalización.

Tabla 18. Utilización de los siguientes servicios médicos los últimos 12 meses por enfermedad

	Sí		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Asistencia especializada, es decir, consultas de especialistas, salvo dentistas	42	83,7	82	16,3	50	100,0%
Atención Primaria, es decir, consultas de medicina general o pediatría	48	96,2	19	3,8%	50	100,0%
Ingreso en hospital	60	12,0	44	88,0	50	100,0%
Urgencias	16	32,5	33	67,5	50	100,0%

Respecto a la titularidad de los servicios médicos que utiliza habitualmente (tabla 19) un 69% de los entrevistados declara que utiliza mayoritariamente el sistema de salud público, mientras que un 17% manifiesta que utiliza el privado y un 17% ambos por igual.

Tabla 19. Utilización habitual de sistema de salud público y privado

	N	%
Habitualmente, en sus consultas médicas usted utiliza:	En mayor medida el sistema de salud público	52 69,3%
	En mayor medida el seguro médico privado	10 13,3%
	Ambos por igual	13 17,3%
	Total	75 100,0%

La utilización de servicios médicos también se ha analizado teniendo en cuenta sólo el sector privado (tabla 20). Así, un 15% declara que tiene un seguro privado, y de estos, un 64% manifiesta que se lo paga el mismo y un 21% que se lo costea su empresa. Por otro lado, un 84% de los que tienen seguros médicos privados manifiestan que están bastante o muy satisfechos con el mismo. Esto indica, por tanto, que si bien una minoría tiene seguro privado, la valoración de los mismos es bastante elevada.

Tabla 20. Relación del entrevistado con los seguros privados

	N	%
Tiene contratado algún tipo de seguro médico privado	Si	75 15,0%
	No	426 85,0%
	Total	501 100,0%
Quién paga ese seguro médico privado	Yo mismo	48 64,0%
	Otro familiar	8 10,7%
	La empresa	16 21,3%
	Otros	3 4,0%
	Total	75 100,0%
Satisfacción con su seguro médico privado?	Muy satisfecho	11 15,3%
	Bastante satisfecho	50 69,4%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	9 12,5%
	Insatisfecho	2 2,8%
	Muy insatisfecho	0 0,0%
Total	72 100,0%	

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Al margen de la asistencia al sistema sanitario, cada vez es más habitual acudir a la medicina alternativa. Así, según se expone en la tabla 21, un 13% de la población ha acudido a un curandero, mientras que un 12% ha acudido a un acupuntor.

Si bien estos porcentajes indican que es utilizada la medicina alternativa por una parte cada vez más importante de la población, las opiniones al respecto no son tan positivas. Así, en la tabla 22 se recogen las opiniones y actitudes hacia la medicina alternativa, puntuando de 0 a 10 según el acuerdo con afirmaciones sobre esta. Existe un bajo grado acuerdo con el hecho de que la medicina alternativa ofrece mejores soluciones que la medicina convencional (4), cosa que ocurre también con la afirmación de que para algunos problemas de salud es mejor recurrir al a medicina alternativa (2,6) y para el hecho de que si tuviera un problema grave recurriría a la medicina alternativa (3,5).

De esta forma, no se piensa que la medicina alternativa sea una alternativa real, sino en todo caso un complemento a la tradicional. Además, ello viene apoyado por el hecho de que consideran mayoritariamente (7,3 puntos sobre 10) que existen profesionales igualmente válidos en ambas medicinas.

Tabla 21. Ha visitado alguna vez en su vida a alguno de estos profesionales.

	Sí		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Homeópata	46	9,2%	456	90,8%	502	100,0%
Acupuntor	62	12,4%	440	87,6%	502	100,0%
Herborista	33	6,6%	469	93,4%	502	100,0%
Curandero	69	13,7%	433	86,3%	502	100,0%
Otro profesional de medicina alternativa	31	6,2%	471	93,8%	502	100,0%

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Tabla 5. Tabla 22. Opiniones y actitudes hacia la medicina alternativa (0 poco de acuerdo, 10 muy de acuerdo)

	Media	D.T.	N
La medicina alternativa ofrece mejores soluciones para los problemas de salud que la medicina convencional	4,0	2,6	47 1
Para algunos problemas de salud es mejor recurrir a la medicina alternativa	2,6	1,7	48 5
Si tuviera un problema grave de salud nunca recurriría a la medicina alternativa	3,5	2,2	49 4
En la medicina alternativa hay tan buenos profesionales como en la medicina convencional	7,3	2,5	49 0

Para concluir este apartado, en la tabla 23 se exponen las opiniones sobre cómo debería de costearse el sistema sanitario. Así, un 63% piensan que todos los servicios sanitarios deberían ser públicos y gratuitos, mientras que un 36% piensa que deberían de haber públicos y privados para poder elegir. Además, respecto a quién debe correr con los gastos sanitarios, un 84% afirma que ha de ocuparse el Estado, mientras un 16% manifiesta que deberían de existir un copago. Por otro lado, respecto a una pieza clave en el sistema sanitario como son los medicamentos, un 76% destaca que el Estado debería subvencionar una parte según la situación económica de la persona, mientras que un 26% piensa que deben de ser gratuitos para toda la población.

Por tanto, los entrevistados/as se decantan en su mayoría por una sanidad pública, donde el Estado se haga cargo de los gastos sanitarios y donde los medicamentos sean costeados por el Estado pero teniendo en cuenta la situación económica de la persona.

Tabla 23. Opiniones acerca de cómo debe costearse el sistema sanitario

	N	%	
Cómo deben ser los servicios sanitarios	Todos los servicios sanitarios deberían ser públicos y gratuitos	31 9	63,7%
	Lo mejor es que haya servicios sanitarios públicos y servicios privados, para poder elegir.	18 2	36,3%
	La gran mayoría de los servicios sanitarios -excepto unos pocos públicos- deberían ser privados	0	0,0%
	Total	50 1	100,0%
Quién debe de correr con los gastos sanitarios	Que el Estado pague todos los gastos sanitarios	42 0	84,0%
	Que los usuarios paguen parte de los gastos sanitarios	80	16,0%
	Que los usuarios paguen todos los gastos sanitarios	0	0,0%
	Total	50 0	100,0%
Quién tiene que correr con los gastos de medicamentos	Los medicamentos deben ser gratuitos para todos	13 4	26,7%
	Que el Estado debe subvencionar una parte de los medicamentos dependiendo de la situación económica de la persona	36 5	72,9%
	Todo el mundo debería pagar los medicamentos que consume	2	,4%
	Total	50 1	100,0%

3.2.4. Visión y confianza en profesionales del ámbito de la salud

En este último apartado dentro de la descripción de los resultados univariados del cuestionario, se analizará la confianza en los profesionales del ámbito de la salud, concretamente de los médicos.

En la tabla 24 la población entrevistada muestra el grado de confianza en diferentes profesionales, siendo 0 ninguna confianza y 10 mucha confianza. Los médicos son los terceros profesionales más valorados (7,6), por detrás de los científicos (7,9) y los maestros y profesores (7,4). Así, los médicos están más valorados que los informáticos, ingenieros, empresarios y periodistas, profesiones que por lo menos son

aprobadas por los entrevistados. Las profesiones en las que menos confían la población que conforma la muestra son los políticos (2,3) y los religiosos (4,1).

Tabla 24. Confianza en diferentes tipos de profesionales (0 ninguna confianza, 10 mucha confianza)

	Media	D.T.	N
Los científicos	7,9	1,1	501
Los ecologistas	6,0	1,7	501
Los empresarios	5,0	1,9	501
Los informáticos	6,5	1,4	500
Los ingenieros	6,7	1,4	497
Los maestros y profesores	7,4	1,2	501
Los médicos	7,6	1,2	501
Los periodistas	5,5	1,7	498
Los políticos	2,3	1,8	501
Los religiosos (sacerdotes, obispos, pastores, rabinos, etc.)	4,1	2,2	501

Respecto al grado de acuerdo con opiniones y actitudes acerca de los médicos (tabla 25), los/as entrevistados/as manifiestan un alto grado de acuerdo respecto a que el médico que le atienda sea mujer u hombre (9,2), la capacidad de comunicarse y la amabilidad (8,6 y 7,9), la preparación del mismo y la confianza en que pueden decirle lo que piensan (7,9 y 7,2) y la entrega por trabajar por el bien de las personas (7,3).

Sin embargo, están poco de acuerdo con que no le interese que el médico sea amable (2,4), seguido de que en general no creen que se haya perdido la relación humana entre médico y paciente (4,9) y de que la relación es cada vez más despersonalizada (4,4). En otros aspectos existe un acuerdo medio (entre 5 y 6,9), como son el que los médicos cada vez atienden más rápido, la capacidad de explicarse que tienen los médicos y el hablar en un lenguaje demasiado técnico.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

De esta forma, se observa que las cuestiones más valoradas son la preparación de los médicos y la amabilidad de los mismos, mientras que el sexo del médico no influye para nada.

Tabla 25. Opiniones y actitudes hacia los médicos (0 completamente en desacuerdo, 10 totalmente de acuerdo)

	Media	D.T.	N
Cada vez los médicos atienden más rápido	5,0	2,1	49 9
Cuando mi médico me explica algo, entiendo sin dificultad lo que me dice	6,6	1,8	50 1
En general, siento que el médico me escucha con interés y atención	6,9	1,5	49 9
Las relaciones con los médicos están cada vez más despersonalizada	4,4	1,9	49 5
Los médicos están cada vez mejor preparados científicamente	7,9	1,3	49 6
Los médicos hablan en un lenguaje demasiado técnico	6,5	1,7	49 9
Los médicos son gente entregada que trabajan por el bien de las personas	7,3	1,4	49 9
Me es indiferente que el médico que me atiende sea hombre o mujer	9,2	1,2	50 0
No tengo confianza en que los médicos mantengan la confidencialidad o el secreto de lo que los pacientes les cuentan en las consultas	2,1	1,8	50 0
Para mí es tan importante que mi médico tenga capacidad técnica como capacidad para escuchar y comunicarse con sus pacientes	8,6	1,1	50 0
Se perdió la relación más humana con los médicos y los pacientes somos cada vez más un número	4,9	2,1	49 8
Siento que le puedo preguntar a mi médico todas las dudas que tengo y puedo darle mi opinión sobre lo que él-ella me dice	7,2	1,4	49 9
Solo me importa que mi médico sea capaz, no me interesa que sea amable	2,4	1,9	49 8

Además de la confianza en profesionales, se le preguntó a la población entrevistada por la confianza en instituciones, puntuando igualmente de 0 a 10 (tabla 26). En la que más confían es en la Organización Mundial de la Salud (7,5) seguida de las Asociaciones de profesionales médicos (7,3) y de las Universidades (7,3). Sin embargo, la confianza en el Ministerio de Salud y en el Servicio de Canario de Salud baja al 6,9.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Tanto la confianza en instituciones que promueven la investigación sanitaria y la divulgación científica (Organización Mundial de la Salud, Universidades) como la depositada en entidades que defienden a los médicos como asociaciones colegiales, son más elevadas que la confianza en las entidades que gestionan el sistema sanitario (Ministerio, Comunidad Autónoma)

Tabla 26. Confianza en instituciones cuando informan sobre temas de salud o medicina (0 ninguna confianza, 10 máxima confianza)

	Media	D.T.	N
El Ministerio de Salud /Servicio Canario de Salud	6,9	1,3	49 9
La Comisión Europea	6,5	1,6	48 4
La Organización Mundial de la Salud	7,5	1,3	49 5
Las asociaciones de profesionales médicos	7,3	1,3	49 7
Las Universidades	7,3	1,1	49 7
Los medios de comunicación	5,6	1,5	50 0

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

3.3. SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

En este apartado realizaremos un análisis profundo y exhaustivo de la satisfacción con el sistema público de salud. En un primer apartado, analizaremos la satisfacción general con la sanidad pública española, para continuar con el análisis de las diferentes tipologías de atención sanitaria (primaria, especializada, hospitalización y urgencias) y concluir con la satisfacción de diferentes aspectos del sistema sanitario.

Cabe destacar que, aparte de presentar las frecuencias generales, se realizará un análisis, para cada una de las partes descritas, según sexo, edad, nivel de estudios y otras variables del ámbito de la salud de las personas y de opiniones sobre el sistema sanitario relevantes para la investigación.

3.3.1. Satisfacción general con la sanidad pública española

En general, según lo expuesto en la tabla 27, un 58% de la población encuestada se muestra muy satisfecha-satisfecha con la sanidad pública, mientras que sólo un 17% se muestra insatisfecho-muy insatisfecho. Por otro lado, un 24% no declara ni insatisfacción ni satisfacción. Por tanto, la satisfacción es declarada por casi 6 de cada 10 personas entrevistadas.

Tabla 27. Valoración de la sanidad pública española

	N	%
Valoración sanidad pública	Muy satisfecho-Satisfecho	295 58,9%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	121 24,2%
	Insatisfecho- Muy insatisfecho	85 17,0%
	Total	501 100,0%

71

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Según el sexo (tabla 28), no existen diferencias entre hombres y mujeres a nivel estadístico, si bien los hombres declaran a nivel descriptivo algo más de satisfacción que las mujeres (63% frente a 55%).

Tabla 28. Valoración de la sanidad pública según sexo.

		Sexo			
		Mujer		Hombre	
		N	%	N	%
Valoración sanidad pública	Muy satisfecho-Satisfecho	142	55,0%	153	63,0%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	73	28,3%	48	19,8%
	Insatisfecho- Muy insatisfecho	43	16,7%	42	17,3%
	Total	258	100,0%	243	100,0%

Si se tiene en cuenta la edad (tabla 29), tampoco existen diferencias estadísticamente significativas, si bien a nivel descriptivo se observa que los que tienen más edad declaran una mayor satisfacción que los más jóvenes.

Tabla 29. Valoración de la sanidad pública según edad.

		Edad							
		18 a 29 años		30 a 45 años		46 a 64 años		65 y más años	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Valoración sanidad pública	Muy satisfecho-Satisfecho	45	55,6%	90	54,2%	94	59,1%	66	69,5%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	20	24,7%	41	24,7%	43	27,0%	17	17,9%
	Insatisfecho- Muy insatisfecho	16	19,8%	35	21,1%	22	13,8%	12	12,6%
	Total	81	100,0%	166	100,0%	159	100,0%	95	100,0%

Respecto a la valoración de la sanidad según el nivel de estudios (tabla 30), a nivel descriptivo se observa que en general las categorías con menos estudios declaran

más satisfacción que los grupos con más estudios, pero es necesario destacar que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 30. Valoración de la sanidad pública según nivel de estudios.

		Nivel de estudios											
		Sin Estudios-Primarios		ESO-EGB-Garantía Social		FPI-FP Grado Medio.		FPFI-FP Grado Superior.		Bachillerato.		Universitarios	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Valoración sanidad pública	Muy satisfecho-Satisfecho	4 3	68,3%	66	55,9%	1 6	47,1%	3 2	47,8%	65	61,3%	73	64,6%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1 3	20,6%	29	24,6%	1 2	35,3%	1 7	25,4%	26	24,5%	24	21,2%
	Insatisfecho-Muy insatisfecho	7	11,1%	23	19,5%	6	17,6%	1 8	26,9%	15	14,2%	16	14,2%
	Total	6 3	100,0 %	11 8	100,0 %	3 4	100,0 %	6 7	100,0 %	10 6	100,0 %	113	100,0%

Sin embargo, al analizar la satisfacción según si leen o no noticias en Internet sobre sanidad (tabla 31), si que existen diferencias estadísticamente significativas. Así, en general los que no leen noticias por Internet muestran una mayor satisfacción que los que si lo hacen. Por tanto, el leer noticias en Internet afecta negativamente, a priori, en la valoración de la sanidad.

Tabla 31. Valoración de la sanidad pública según lectura de noticias en Internet sobre sanidad.

		Acostumbra Ud. a leer noticias en Internet sobre temas de salud o medicina			
		Sí		No	
		N	%	N	%
Valoración sanidad pública	Muy satisfecho-Satisfecho	174*	54,7%	121*	66,1%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	87*	27,4%	34*	18,6%
	Insatisfecho-Muy insatisfecho	57*	17,9%	28*	15,3%
	Total	318	100,0%	183	100,0%

*: p<0,05

Si se tiene en cuenta la valoración de la sanidad según la última vez que buscó información sobre salud en Internet (tabla 32), sí que existen diferencias estadísticamente significativas. Así, los que buscaron información en Internet sobre temas de salud para no tener que ir al médico son los que más satisfechos se declaran con la sanidad pública (66%), seguidos de los que buscaron esa información antes de ir al hospital (63% de estos se muestran satisfechos). De esta forma, parece que los que más se informan por Internet como sustitución al médico tradicional manifiestan una mayor satisfacción que el resto.

Tabla 32. Valoración de la sanidad pública según búsqueda de información sobre salud en Internet.

		La última vez que usted buscó información sobre salud o medicina lo hizo...							
		Antes de ir al médico o al hospital		Después de ir al médico o al hospital, para contrastar o ampliar la información que me habían dado		Como alternativa para informarme de una cuestión o problema de salud y así no tener que ir al médico u hospital		No necesitaba ir al médico, sólo quería buscar información	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Valoración sanidad pública	Muy satisfecho-Satisfecho	24*	63,2%	32*	52,5%	54*	66,7%	73*	50,7%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	10*	26,3%	17*	27,9%	11*	13,6%	46*	31,9%
	Insatisfecho-Muy insatisfecho	4*	10,5%	12*	19,7%	16*	19,8%	25*	17,4%
	Total	38	100,0%	61	100,0%	81	100,0%	144	100,0%

*: p<0,10

Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la valoración de la sanidad y el estado de salud subjetivo (tabla 33), si bien, a nivel descriptivo, cuanto mejor es el estado de salud mayor satisfacción hay con la sanidad pública.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Tabla 33. Valoración de la sanidad pública según estado de salud subjetivo.

		Estado de salud subjetivo									
		Muy bueno		Bueno		Regular		Malo		Muy malo	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Valoración sanidad pública	Muy satisfecho-Satisfecho	40	61,5%	149	62,1%	83	55,3%	17	51,5%	6	46,2%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	15	23,1%	52	21,7%	41	27,3%	11	33,3%	2	15,4%
	Insatisfecho- Muy insatisfecho	10	15,4%	39	16,3%	26	17,3%	5	15,2%	5	38,5%
	Total	65	100,0%	240	100,0%	150	100,0%	33	100,0%	13	100,0%

A la hora de analizar la satisfacción según la frecuencia de asistencia al médico de cabecera (tabla 34), en la muestra observamos que la satisfacción mayor es la de personas que van entre tres y cinco veces al año, mientras que los más insatisfechos son los que van una vez a la semana. Estos datos se reafirman estadísticamente, por lo que los que acuden entre tres y cinco veces al año tienen estadísticamente una satisfacción mayor que el resto.

Tabla 34. Valoración de la sanidad pública según frecuencia de asistencia a médico de cabecera.

		Frecuencia de asistencia al médico de cabecera									
		Una vez a la semana		Una vez al mes		3 o 5 veces al año		1 o 2 veces al año		Con menor frecuencia	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Valoración sanidad pública	Muy satisfecho-Satisfecho	4	40,0%	38	60,3%	11	64,7%	12	58,4%	9	30,0%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	2	20,0%	14	22,2%	35	19,0%	56	26,2%	14	46,7%
	Insatisfecho- Muy insatisfecho	4	40,0%	11	17,5%	30	16,3%	33	15,4%	7	23,3%
	Total	10	100,0%	63	100,0%	18	100,0%	21	100,0%	30	100,0%

*: p<0,05

En la tabla 35 se expone la valoración de la sanidad pública según la preferencia respecto a la gratuidad de la sanidad. A nivel descriptivo apenas se aprecian diferencias

en cuanto a satisfacción, cuestión que se manifiesta también a nivel estadístico al no existir diferencias significativas.

Tabla 35. Valoración de la sanidad pública según preferencia de gratuidad de sanidad.

		Preferencia de gratuidad de la sanidad					
		Todos los servicios sanitarios deberían ser públicos y gratuitos		Lo mejor es que haya servicios sanitarios públicos y servicios privados, para poder elegir.		La gran mayoría de los servicios sanitarios -excepto unos pocos públicos- deberían ser privados	
		N	%	N	%	N	%
Valoración sanidad pública	Muy satisfecho-Satisfecho	188	58,9%	107	58,8%	0	0,0%
	Ni satisfecho ni insatisfecho	74	23,2%	47	25,8%	0	0,0%
	Insatisfecho- Muy insatisfecho	57	17,9%	28	15,4%	0	0,0%
	Total	319	100,0%	182	100,0%	0	0,0%

3.3.2. Valoración de los diferentes niveles de atención de la sanidad pública

Si en el apartado anterior valoramos la satisfacción general con la sanidad pública, en este analizaremos cómo puntúa la población entrevistada los diferentes niveles de atención, utilizando la escala de 0 a 10 de satisfacción. Según se expone en la tabla 36, la Atención primaria y la especializada son las que se llevan una mejor puntuación (7,6), seguida de los ingresos en el hospital (6,9). Sin embargo, no llega al aprobado la valoración de las urgencias, nivel de atención peor valorado.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Tabla 36. Valoración de los diferentes tipos de atención sanitaria (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Media	D.T.	N
Atención Primaria, es decir, consultas de medicina general o pediatría	7,6	1,3	502
Asistencia especializada, es decir, consultas de especialistas, salvo dentistas	7,6	1,4	502
Ingreso en hospital	6,9	1,5	497
Urgencias	4,9	2,2	501

Según el sexo del entrevistado/a (tabla 37), no existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en ningún nivel de atención sanitaria. Sin embargo, la edad sí que afecta a la valoración de la atención primaria y las urgencias (tabla 38). Así, para ambas atenciones, la población más joven valora más negativamente ambos servicios.

Tabla 37. Valoración de los diferentes tipos de atención médica según sexo (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Sexo	
	Mujer	Hombre
	Media	Media
Atención Primaria	7,6	7,7
Asistencia especializada	7,6	7,6
Ingreso en hospital	6,9	6,9
Urgencias	4,9	4,9

Tabla 38. Valoración de los diferentes tipos de atención médica según edad (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

Edad

77

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

	18 a 29 años	30 a 45 años	46 a 64 años	65 y más años
	Media	Media	Media	Media
Atención Primaria	7,4*	7,5*	7,7*	7,9*
Asistencia especializada	7,6	7,6	7,6	7,9
Ingreso en hospital	6,7	6,7	7,0	7,0
Urgencias	4,7*	4,7*	5,3*	4,8*

*: p<0,05

Respecto a la valoración de los diferentes tipos de atención médica según el nivel de estudios de la población encuestada (tabla 39), para todos los niveles de atención, cuanto más estudios se tiene peor puntuación se otorga a los servicios, a excepción de las urgencias, que son mejor valorada por los que tienen Bachillerato y los universitarios/as.

Tabla 39. Valoración de los diferentes tipos de atención médica según nivel de estudios (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Nivel de estudios					
	Sin Estudios-Primarios	ESO-EGB-Garantía Social	FPI-FP Grado Medio.	FPII-FP Grado Superior.	Bachillerato.	Universitarios.
	Media	Media	Media	Media	Media	Media
Atención Primaria	8,0*	7,8*	7,6*	7,1*	7,5*	7,6*
Asistencia especializada	7,9*	7,8*	7,4*	7,1*	7,6*	7,8*
Ingreso en hospital	7,2*	7,0*	6,7*	6,3*	6,9*	6,9*
Urgencias	4,5*	5,0*	4,1*	4,3*	5,4*	5,2*

*: p<0,05

En lo relativo a la valoración de los tipos de atención según si leen o no noticias sobre salud por Internet (tabla 40), únicamente hay diferencias estadísticamente significativas

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

para la atención primaria, declarando una mayor satisfacción los que no consultan cuestiones de salud por Internet que el resto.

Tabla 40. Valoración de los diferentes tipos de atención médica según lectura de noticias en Internet sobre sanidad (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Lectura de noticias en Internet sobre sanidad	
	Sí	No
	Media	Media
Atención Primaria	7,5*	7,8*
Asistencia especializada	7,6	7,8
Ingreso en hospital	6,8	6,9
Urgencias	4,9	4,9

*: $p < 0,05$

Según el momento de búsqueda de información sobre sanidad en Internet, la valoración de los diferentes tipos de atención sanitaria no se ve afectada, a tenor de lo descrito en la tabla 41. .

Tabla 41. Valoración de los diferentes tipos de atención médica según búsqueda de información sobre sanidad en Internet (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Búsqueda de información sobre sanidad en Internet			
	Antes de ir al médico o al hospital	Después de ir al médico o al hospital, para contrastar o ampliar la información que me habían dado	Como alternativa para informarme de una cuestión o problema de salud y así no tener que ir al médico u hospital	No necesitaba ir al médico, sólo quería buscar información
	Media	Media	Media	Media
Atención Primaria	7,5	7,6	7,5	7,5
Asistencia especializada	7,5	7,7	7,4	7,6
Ingreso en hospital	6,9	6,9	6,6	6,9
Urgencias	5,1	5,2	4,5	5,1

Al igual que en el caso anterior, si tenemos en cuenta el estado de salud subjetivo (tabla 42) tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto a ninguno de los tipos de atención sanitaria.

Tabla 42. Valoración de los diferentes tipos de atención médica según estado de salud subjetivo (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

79

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

	Estado de salud subjetivo				
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
	Media	Media	Media	Media	Media
Atención Primaria	7,3	7,7	7,6	7,7	7,3
Asistencia especializada	7,4	7,6	7,7	7,7	8,0
Ingreso en hospital	6,7	6,8	6,8	7,4	7,3
Urgencias	4,5	5,0	4,8	5,5	4,6

Sin embargo, si tenemos en cuenta la valoración de los diferentes tipos de atención sanitaria según la frecuencia de asistencia al médico de cabecera (tabla 43), se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en el caso de la atención primaria y la hospitalización. En ambos casos, los que van con menos frecuencia valoran más negativamente dicha atención sanitaria que los que van con bastante frecuencia.

Tabla 43. Valoración de los diferentes tipos de atención médica según frecuencia de asistencia a médico de cabecera (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Frecuencia de asistencia al médico de cabecera				
	Una vez a la semana	Una vez al mes	3 o 5 veces al año	1 o 2 veces al año	Con menor frecuencia
	Media	Media	Media	Media	Media
Atención Primaria	7,8*	7,9*	7,6*	7,6*	6,8*
Asistencia especializada	7,9	7,9	7,7	7,5	7,4
Ingreso en hospital	7,0*	7,3*	6,8*	6,8*	6,2*
Urgencias	4,3	5,3	4,8	4,9	4,6

*: $p < 0,05$

Por último, y para concluir con el aparatado de análisis de los diferentes tipos de atención sanitaria en la tabla 44 se expone la valoración de estos según la preferencia de gratuidad. Tal y como se observa, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las preferencias de gratuidad de la sanidad y la valoración de los diferentes tipos de atención sanitaria.

Tabla 44. Valoración de los diferentes tipos de atención médica según preferencia sobre gratuidad de la sanidad (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Preferencia sobre gratuidad de la sanidad		
	Todos los servicios sanitarios deberían ser públicos y gratuitos	Lo mejor es que haya servicios sanitarios públicos y servicios privados, para poder elegir.	La gran mayoría de los servicios sanitarios -excepto unos pocos públicos- deberían ser privados
	Media	Media	Media
Atención Primaria	7,6	7,6	---
Asistencia especializada	7,6	7,6	---
Ingreso en hospital	6,9	6,8	---
Urgencias	4,9	4,9	---

3.3.3. Satisfacción con diferentes aspectos de la sanidad pública

Después de analizar la satisfacción general sobre el sistema sanitario y sobre sus diferentes niveles de atención, en este apartado se expondrá las cuestiones más y menos valoradas por los usuarios de la sanidad pública.

Los aspectos valorados se recogen en la tabla 45. Tal y como se observa, lo mejor valorado, por este orden, es la amabilidad e interés de los médicos (8,3), la amabilidad e interés de enfermeros (8,2), la capacitación de los médicos (8,1) y la información transmitida por los médicos (8,1). Sin embargo, lo peor valorado son las listas de espera (3,2) y el tiempo de espera en consulta (5,1). En un punto intermedio se sitúa la amabilidad del personal administrativo (7,6), la comodidad de las listas de espera (6,8) y la señalización (7,3).

De esta forma, los aspectos generales que más valoran los usuarios son las que tienen que ver con el personal sanitario (amabilidad, interés, transmisión de información y capacitación), siendo lo menos valorado las cuestiones de tipo organizativo (listas de espera y el tiempo de espera en consultas). También llama la atención que se valora mejor al personal sanitario que al personal administrativo.

81

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Tabla 45. Valoración de diferentes aspectos relativos a la atención sanitaria (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Media	D.T.	N
Amabilidad e interés de los enfermeros	8,2	1,2	501
Amabilidad e interés de los médicos	8,3	1,2	501
Amabilidad e interés del personal administrativo	7,6	1,5	501
Capacitación de los médicos	8,1	1,1	500
Comodidad de las instalaciones de espera	6,8	1,6	501
El tiempo de espera en consulta	5,1	2,3	501
Información transmitida por los médicos	8,1	1,3	501
Las listas de espera	3,2	2,1	500
Señalización	7,3	1,3	501

Según el sexo (tabla 46), no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los ítems analizados.

Tabla 46. Valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario según sexo (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Sexo	
	Mujer	Hombre
	Media	Media
Amabilidad e interés de los enfermeros	8,2	8,2
Amabilidad e interés de los médicos	8,2	8,4

82

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Amabilidad e interés del personal administrativo	7,5	7,6
Capacitación de los médicos	8,1	8,2
Comodidad de las instalaciones de espera	6,7	7,0
El tiempo de espera en consulta	5,0	5,2
Información transmitida por los médicos	8,0	8,1
Las listas de espera	3,1	3,2
Señalización	7,3	7,3

Sin embargo, según la edad sí que encontramos algunos resultados significativos (tabla 47). Ello ocurre, por un lado, respecto a la amabilidad de médicos y enfermeros y a la información transmitida por los médicos, cuestiones que son puntuadas mejor por los entrevistados/as de mayor edad. Sin embargo, también existen diferencias estadísticamente significativas para la comodidad de las instalaciones de espera y la señalización, pero esta vez ocurre que son mejor valoradas por los más jóvenes.

Tabla 47. Valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario según edad (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Edad			
	18 a 29 años	30 a 45 años	46 a 64 años	65 y más años
	Media	Media	Media	Media
Amabilidad e interés de los enfermeros	8,2*	8,0*	8,2*	8,5*
Amabilidad e interés de los médicos	8,3*	8,1*	8,3*	8,6*

83

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Amabilidad e interés del personal administrativo	7,5	7,4	7,5	7,8
Capacitación de los médicos	8,2	8,0	8,1	8,4
Comodidad de las instalaciones de espera	7,0*	6,9*	7,0*	6,4*
El tiempo de espera en consulta	5,0	5,0	5,3	5,2
Información transmitida por los médicos	8,1*	7,9*	8,1*	8,3*
Las listas de espera	3,4	3,0	3,1	3,3
Señalización	7,6*	7,4*	7,3*	7,0*

*: p<0,05

Si tenemos en cuenta el nivel de estudios a la hora de valorar la satisfacción de los ítems propuestos (tabla 48), encontramos que existen diferencias significativas tanto para el ítem de amabilidad e interés de los médicos como respecto a la información transmitida por los médicos. Para ambas cuestiones, las personas con menos estudios puntúan mejor estos aspectos que las personas con más estudios.

Tabla 48. Valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario según nivel de estudios (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Nivel de estudios					
	Sin Estudios-Primarios	ESO-EGB-Garantía Social	FPI-FP Grado Medio.	FPPII-FP Grado Superior.	Bachillerato	Universitarios
	Media	Media	Media	Media	Media	Media
Amabilidad e interés de los enfermeros	8,4	8,2	8,1	7,9	8,3	8,1

84

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Amabilidad e interés de los médicos	8,6	8,4	8,3	7,8	8,3	8,3
Amabilidad e interés del personal administrativo	7,6	7,6	7,8	7,3	7,7	7,4
Capacitación de los médicos	8,4	8,2	7,9	7,9	8,0	8,3
Comodidad de las instalaciones de espera	6,6	7,0	6,8	6,9	6,9	6,8
El tiempo de espera en consulta	5,1	5,2	5,1	4,7	5,3	5,1
Información transmitida por los médicos	8,4	8,2	7,8	7,6	8,2	7,9
Las listas de espera	3,0	3,1	3,1	2,8	3,4	3,3
Señalización	7,1	7,3	7,2	7,3	7,5	7,4

*: $p < 0,05$

Respecto a la valoración de los ítems según si leen o no noticias por Internet (tabla 49), los que no leen nada por este medio valoran mejor tanto la información transmitida por los médicos como la amabilidad de los enfermeros y la lista de espera. Para estos ítems, las diferencias son estadísticamente significativas, por lo que los que no leen nada manifiestan una mayor satisfacción con dichas cuestiones.

Tabla 49. Valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario según lectura de noticias en Internet sobre sanidad (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Acostumbra Ud. a leer noticias en Internet sobre temas de salud o medicina	
	Sí	No
	Media	Media
Amabilidad e interés de los enfermeros	8,1*	8,3*

85

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Amabilidad e interés de los médicos	8,2	8,4
Amabilidad e interés del personal administrativo	7,5	7,7
Capacitación de los médicos	8,1	8,3
Comodidad de las instalaciones de espera	6,9	6,8
El tiempo de espera en consulta	5,0	5,3
Información transmitida por los médicos	7,9*	8,2*
Las listas de espera	3,0*	3,4*
Señalización	7,4	7,2

*: p<0,05

Por otro lado, al examinar la satisfacción con los aspectos analizados del sistema sanitario según el momento en el que buscaron información sobre salud o medicina (tabla 50), donde único existen diferencias estadísticamente significativas es para el caso de la señalización, que es mejor valorada por los que buscaron información antes de ir al médico.

Tabla 50. Valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario según búsqueda de información sobre salud en Internet (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

La última vez que usted buscó información sobre salud o medicina lo hizo...			
Antes de ir al médico o al hospital	Después de ir al médico o al hospital, para contrastar o ampliar la información que me	Como alternativa para informarme de una cuestión o problema de salud y así no tener que ir al médico u hospital	No necesitaba ir al médico, sólo quería buscar información

86

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

	habían dado			
	Media	Media	Media	Media
Amabilidad e interés de los enfermeros	8,1	8,0	8,3	8,0
Amabilidad e interés de los médicos	8,2	8,1	8,3	8,2
Amabilidad e interés del personal administrativo	7,5	7,5	7,8	7,3
Capacitación de los médicos	8,1	8,0	8,0	8,1
Comodidad de las instalaciones de espera	7,3	7,0	6,8	6,8
El tiempo de espera en consulta	4,8	4,8	5,2	5,2
Información transmitida por los médicos	7,9	8,0	7,9	7,9
Las listas de espera	3,3	3,0	3,1	2,9
Señalización	7,8*	7,3*	7,0*	7,5*

*: $p < 0,05$

Respecto a la evaluación de los ítems según el estado de salud subjetivo (tabla 51), no existen diferencias estadísticamente significativas entre la valoración de los diferentes aspectos de la sanidad y la salud que se declara tener. Sin embargo, cabe destacar que a nivel descriptivo se observa que cuanto mejor salud se tiene, mejor se valoran todos los ítems.

Tabla 51. Valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario según estado de salud subjetivo (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Estado de salud subjetivo				
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo

87

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

	Media	Media	Media	Media	Media
Amabilidad e interés de los enfermeros	8,2	8,2	8,2	8,5	7,7
Amabilidad e interés de los médicos	8,2	8,3	8,3	8,5	7,9
Amabilidad e interés del personal administrativo	7,6	7,7	7,5	7,2	7,4
Capacitación de los médicos	8,2	8,1	8,2	8,4	7,9
Comodidad de las instalaciones de espera	7,1	6,9	6,7	6,4	6,9
El tiempo de espera en consulta	5,3	5,1	5,2	5,0	5,5
Información transmitida por los médicos	7,9	8,1	8,1	8,1	7,8
Las listas de espera	3,5	3,1	3,2	3,1	2,5
Señalización	7,7	7,3	7,2	7,4	7,2

*: $p < 0,05$

Según la frecuencia de asistencia al médico de cabecera, existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la capacitación de los médicos y la amabilidad e interés de los enfermeros, tal y como se recoge en la tabla 52. Así, en el primer aspecto (capacitación de los médicos), los que van con más frecuencia valoran más positivamente este aspecto. Por el contrario, la amabilidad de los enfermeros se valora más negativamente cuando se va de forma más habitual al médico de cabecera.

Tabla 52. Valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario según frecuencia de asistencia a médico de cabecera (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Frecuencia de asistencia al médico de cabecera				
	Una vez a la semana	Una vez al mes	3 o 5 veces al año	1 o 2 veces al año	Con menor frecuencia
	Media	Media	Media	Media	Media

88

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Amabilidad e interés de los enfermeros	7,5*	8,3*	8,4*	8,1*	7,9*
Amabilidad e interés de los médicos	7,8	8,3	8,4	8,3	8,0
Amabilidad e interés del personal administrativo	7,8	7,7	7,5	7,6	7,4
Capacitación de los médicos	8,0*	8,3*	8,3*	8,0*	7,7*
Comodidad de las instalaciones de espera	6,4	6,8	6,7	7,0	6,9
El tiempo de espera en consulta	4,4	5,3	5,1	5,1	5,5
Información transmitida por los médicos	7,8	8,2	8,1	8,1	7,6
Las listas de espera	1,7	3,4	3,2	3,2	2,9
Señalización	7,5	7,2	7,3	7,4	7,6

*: $p < 0,05$

Por último, y para concluir con este apartado, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los ítems analizados y la preferencia de gratuidad de la sanidad (tabla 53).

Tabla 53. Valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario según preferencia de gratuidad de la sanidad (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Preferencia de gratuidad de la sanidad		
	Todos los servicios sanitarios deberían	Lo mejor es que haya servicios sanitarios	La gran mayoría de los servicios sanitarios

89

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

	ser públicos y gratuitos	públicos y servicios privados, para poder elegir.	-excepto unos pocos públicos- deberían ser privados
	Media	Media	Media
Amabilidad e interés de los enfermeros	8,2	8,2	---
Amabilidad e interés de los médicos	8,3	8,2	---
Amabilidad e interés del personal administrativo	7,6	7,6	---
Capacitación de los médicos	8,2	8,1	---
Comodidad de las instalaciones de espera	6,8	6,9	---
El tiempo de espera en consulta	5,1	5,2	---
Información transmitida por los médicos	8,1	7,9	---
Las listas de espera	3,2	3,2	---
Señalización	7,4	7,1	---

3.3.4. Comparativa población trasplantada-población usuaria entrevistada en consulta del HUC-Ofra

Es interesante, para completar la visión sobre la satisfacción de los usuarios con la sanidad pública, analizar la muestra que hemos estudiado en los apartados anteriores con una muestra de usuarios a los que se les haya trasplantado algún órgano en su vida. De esta forma, obtendríamos la satisfacción con la sanidad pública de un colectivo que realiza un uso intensivo de la sanidad (los trasplantados) y otro usuario más común en las salas de espera de los hospitales públicos.

Respecto a la valoración general de la sanidad pública (tabla 54), apenas hay diferencias entre los pacientes trasplantados y los usuarios del HUC-Ofra entrevistados en consulta, si bien los trasplantados se declaran menos insatisfechos que los pacientes en consulta.

Tabla 54. Valoración general de la sanidad pública según tipo de usuario

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

	Tipo de Usuario			
	Paciente en Consulta		Paciente trasplantado	
	N	%	N	%
Muy satisfecho-Satisfecho	295	58,9%	19	57,6%
Valoración sanidad pública	Ni satisfecho ni insatisfecho		9	27,3%
	Insatisfecho- Muy insatisfecho		5	15,2%
Total	501	100,0%	33	100,0%

Por otro lado, respecto a la valoración de los diferentes tipos de atención sanitaria (tabla 55), únicamente existen diferencias significativas entre pacientes entrevistados en consulta y los trasplantados a la hora de valorar la atención al ingresar en un hospital. Así, los trasplantados puntúan bastante más que los usuarios entrevistados en consulta, quizás por una mayor cercanía percibida en sus largos periodos ingresados.

Tabla 55. Valoración de diferentes tipos de atención médica según tipología de usuario (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Tipo de Usuario	
	Paciente en Consulta	Paciente trasplantado
	Media	Media
Atención Primaria	7,6	7,4
Asistencia especializada	7,6	7,7
Ingreso en hospital	6,9*	8,1*
Urgencias	4,9	5,6

*: p<0,05

Por último, respecto a los ítems relacionados con la valoración de la sanidad pública, existen diferencias estadísticamente significativas en los ítems de valoración de la comodidad de las instalaciones de espera (los pacientes entrevistados en consulta las valoran mejor) y la información transmitida por los médicos (los trasplantados lo

valoran mejor). Ello vuelve a indicar cierta predisposición de los usuarios a los que se les ha hecho un trasplante a la hora de puntuar mejor los servicios sanitarios.

Tabla 56. Valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario según tipología de usuario (0 completamente insatisfecho, 10 completamente satisfecho)

	Tipo de Usuario	
	Paciente en Consulta	Paciente trasplantado
	Media	Media
Amabilidad e interés de los enfermeros	8,2	8,4
Amabilidad e interés de los médicos	8,3	8,3
Amabilidad e interés del personal administrativo	7,6	7,9
Capacitación de los médicos	8,1	8,3
Comodidad de las instalaciones de espera	6,8*	6,3*
El tiempo de espera en consulta	5,1	5,7
Información transmitida por los médicos	8,1*	8,6*
Las listas de espera	3,2	3,6
Señalización	7,3	7,4

*: $p < 0,05$

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A PROFESIONALES SANITARIOS

Este apartado cualitativo, donde se muestran las opiniones de médicos y enfermeros sobre diferentes cuestiones de la sanidad, estará estructurado en tres dimensiones diferentes, en el siguiente orden: 1) satisfacción de los usuarios del Servicio Canario de Salud; 2) relación entre el origen social y la satisfacción con el Servicio de Salud; 3) turismo y sanidad.

La primera dimensión alude a los diferentes factores que pueden influir en la satisfacción de los pacientes a juicio de los profesionales sanitarios, tales como los ámbitos de la sanidad, privado/público, qué valoran más los pacientes o influencia de hábitos de vida saludables en el uso de la sanidad pública.

En la segunda dimensión se incluye tanto la relación entre el nivel educativo y cultural y la satisfacción con la sanidad, como la relación entre el tener conocimientos médicos a través de Internet y la satisfacción de los usuarios.

En la tercera y última dimensión de estudio se indaga la influencia de la sanidad en el turismo. Además, se trata otro punto fuerte de la investigación que es la diferencia de valoración entre los turistas-extranjeros y la población autóctona, es decir, qué diferencias *a priori* pueden ver.

4.1. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD

En este primer bloque de las entrevistas realizadas a los profesionales sanitarios se pregunta por el grado de satisfacción de los usuarios del Servicio Canario de Salud y

los principales factores que pueden influir en la satisfacción: ámbitos de la sanidad, privado/público, qué valoran más los pacientes, influencia de hábitos de vida saludables, y otros tópicos generales.

4.1.1. Conocimiento previo sobre la satisfacción de los pacientes en sanidad pública

Los profesionales de la sanidad tienen conocimiento general sobre estudios e informes previos de satisfacción de usuarios del sistema sanitario. Estos estudios que se realizan periódicamente arrojan, en general, buenos resultados, según los profesionales sanitarios. Por tanto, se es consciente de que los pacientes realizan valoraciones: *en las plantas se entrega cada año durante una temporada encuestas, a la hora de irse de alta. Y luego ellos hacen su valoración, normalmente suelen ser bastante positivas* (E4). Esas valoraciones periódicas también se realizan en los servicios de urgencia.

Los profesionales son conscientes de la utilidad de estas valoraciones periódicas por parte de los pacientes y que el resultado general es positivo. Al respecto, un médico matiza: *lo más importante es la percepción personal que te queda después de muchos años de trabajo. Porque en la relación con el paciente, tú ya percibes la satisfacción [...]. Eso requiere de la interacción entre ambas personas, y no solamente entre médico y paciente, sino también la señora de la limpieza y la auxiliar* (E1), para que la atención sea sistémicamente adecuada, y esta atención y cuidado personalizado hacia el paciente es especialmente valorado, lo cual conecta con el siguiente aspecto de esta dimensión.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

4.1.2. Satisfacción de los propios pacientes con diferentes aspectos del Sistema Sanitario

Como se indicaba anteriormente, los pacientes valoran especialmente los cuidados y atenciones que se le presta desde el sistema sanitario. De forma más específica, se ha preguntado por diferentes elementos relevantes, a saber: instalaciones, atención médica, seguimiento del paciente, etc.

Las instalaciones, empezando por valoraciones negativas, es uno de los elementos evaluados de manera menos satisfactoria. Se alude a su obsolescencia y falta de mantenimiento adecuado: *las instalaciones, que son obsoletas en cierta medida. La intimidad del paciente no la tenemos al 100%, son habitaciones compartidas, incluso las historias clínicas se hacen delante del paciente de al lado* (E1). No obstante, aunque el margen de mejora de las instalaciones hospitalarias sean consideradas como mejorables, las instalaciones realmente se relacionan con la atención y el trato que, si es bueno, hace olvidar más al paciente del resto.

Aunque realmente lo peor valorado, tanto de los profesionales como su propia percepción del malestar del usuario, son las listas de espera y las esperas en los servicios de urgencias. Sobre las listas de espera, un médico veterano señala de forma esclarecedora: *las listas de espera, a veces, son problemáticas, porque no es lo mismo esperar por una operación banal, que por un diagnóstico. Mientras no tienes un diagnóstico, no tienes un tratamiento. Entonces, hay que agilizar el diagnóstico. No puede ser que una persona vaya a pedir cita y le den para dos años* (E1). Ello redundando en un peor funcionamiento del sistema sanitario y una desafección de muchos pacientes, sobre todo cuando tiene que asistir con alguna dolencia reiterada. Y puede incurrir en malas relaciones con el personal sanitario: *en urgencias con tanta espera el paciente y*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

los familiares acaban pagando con el personal... Los servicios de quirófano, pues algunos también (E2).

Por otro lado, la atención de los profesionales sanitarios es entendida como crucial y se auto valora de forma muy positiva. Se aprecia que las consultas sean concienzudas, con tiempo y que se trate y cuide bien al paciente, y como señala una médico, *lo que más le llama la atención al paciente es la atención personal, porque los profesionales nos olvidamos de que el paciente suele ser un desconocido en temas médicos, entonces muchas veces el paciente llega, y llega con miedo (E6).*

El paciente lo que quiere es curarse y recibir una atención óptima, referente a las formas, los tiempos y que se le lleve bien la dolencia. Así, agradecen la claridad en las explicaciones y que, además de que el tiempo de espera no sea mucho, que el tiempo en atención e intervención sea el adecuado. El personal de enfermería entrevistado añade a esto los debidos cuidados cuando permanecen ingresados.

4.1.3. Percepción social de la Sanidad

Retomando el posible malestar ciudadano en diferentes cuestiones relacionadas con el sistema sanitario público, la percepción de los profesionales es que la mala gestión de las listas de espera y la saturaciones puntuales de las urgencias son las situaciones que influyen en una posible mala imagen de la sanidad pública canaria. Pero la valoración general es buena en comparación a otras épocas y otros sistemas de salud, lo que incide también en la percepción de que aunque sea un sistema costoso para las arcas públicas, es deseable.

De forma positiva se valora la cada vez mayor cualificación de los profesionales y la garantía de un sistema público y universal sanitario: *la sanidad es tardía en algunos*

casos, pero es excepcionalmente buena. No hay limitación de las pruebas complementarias, es decir, el profesional libremente accede prácticamente a todo, quizás en exceso... y los resultados son buenos (E1). Otra profesional señala la sanidad española es muy buena. Tratamos a todo el mundo, de la mejor calidad posible, y muchas veces sin mirar ni siquiera el gasto, sino siempre lo mejor para el paciente y de lo que uno dispone (E4). Existe un contraste en la valoración de los profesionales con esa queja hacia el paciente que focaliza su descontento en los hechos puntuales citados de listas de espera o insatisfacción en servicios de urgencia, lo cual entronca con esa mala valoración de la gestión de los servicios de urgencias, como vemos en las siguientes líneas.

4.1.4. Valoración de los diferentes servicios: atención primaria, urgencias, especializadas

Como se esbozaba, los servicios médicos peor valorados son los de urgencias, debido a que están saturadas, sin haber intento alguno de dar con posibles causas directas, salvo la posible infrafinanciación. En concreto del Hospital Universitario de Canarias, donde se realizan las entrevistas: *no sé por qué los servicios de urgencia no funcionan, y esto yo creo que sería una cosa más bien de la Consejería, que es la que tiene que potenciar ese servicio para que los enfermos no vengán directamente al hospital* (E1). También se relaciona con el mal entendimiento de los servicios sanitarios de las pacientes que, según varios profesionales, en ocasiones prefieren ir a urgencias cuando sus la dolencia está más avanzada.

Los servicios que sí se conciben como buenos son la atención primaria y la atención especializada. Por un lado, la atención primaria se asocia al médico de cabecera cercano y de mucho tiempo de confianza, lo que facilita la relación médico-paciente y además se puede hacer un seguimiento del historial clínico del mismo: la

97

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

gente valora más positivamente la *atención primaria, por el acercamiento del paciente con su médico de cabecera* (E6). A esa razón, otra profesional añade por la cultura general, *el médico de familia es el médico de pueblo, que no tiene tantos conocimientos que el especialista de bata blanca que está en el hospital, que sería como el que mejor información le va a dar* (E4).

Por otro lado, también valoran positivamente la atención especializada por no estar saturada y tener una atención más duradera y pasar la etapa en que la atención es peor. En la atención especializada el *tratamiento es generalmente resolutivo, entonces, creo que una vez que el paciente es conducido al especialista, [...] es el la asistencia especializada donde se sienten más cómodos* (E3). Se valora el trato, también de la familia del paciente, el tiempo de hospitalización es más familiar: *en la planta, bueno pues el paciente llega, se instala, nos va conociendo, el personal casi siempre es el mismo salvo excepciones* (E5). A partir de ahí los cuidados y las atenciones son percibidos más positivamente porque no están expuestos a la saturación que pueda haber en centros con muchos pacientes o en urgencias.

4.1.5. Percepción social de las diferencias entre sanidad pública y la privada

Las situaciones puntuales de saturación y algunos servicios concretos mal valorados inciden también en que pueda haber una percepción de que la sanidad privada pueda ser más valorada aunque, según los especialistas sanitarios, la sanidad pública sigue gozando en general de buena calidad, incluso en comparación con la privada.

La percepción social de deterioro de la sanidad pública en beneficio de la privada, los especialistas la atañen a algunos servicios que tienen deficiencias, a listas

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

de espera y tiempos a veces mal gestionados y relativa falta de medios, sobre todo a corto plazo. Aunque la opinión mayoritaria es de una percepción errónea de los pacientes, si se examina la sanidad pública desde una visión global.

Más allá de las listas de espera y los tiempos, los profesionales están muy bien preparados en la pública y la privada puede servir para pruebas concretas que se ralentizan en la pública y que sean eficientes en la atención porque hay muchos menos pacientes esperando: *si vas a uno privado, pues lo normal es que te atiendan rápido y te dediquen tu tiempo. Tú estás pagando y ellos se volcarán y se preocuparán de eso* (E2). No obstante, se matiza que de forma general los mejores profesionales y medios están en la sanidad pública, sobre todo si hay complicaciones.

También tiene que ver con la comodidad de los medios y las instalaciones de algunos centros públicos que pueden estar obsoletos: *es evidente que en un hospital público te puede tocar al lado de un paciente anciano, demenciado, o tienes que estar 3 días en urgencias pendiente de una habitación, mientras que en la medicina privada pues hay una habitación más cómoda* (E3). Los recursos y materiales se conciben como elementos importantes a renovar en los centros públicos.

La continuidad de los tratamientos en la sanidad pública lo ven como garantía, sobre todo los especializados y quirúrgicos: *en cuanto a tratamientos, cuidados, intervenciones, se valora más la pública. ¿Por qué? Quizás porque la institución es mayor, quizás porque los medios, las intervenciones graves en un hospital público el quirófano dispone de más medios* (E6).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

4.1.6. Influencia de los hábitos y el estilo de vida en la salud de los pacientes

El estilo de vida y, en especial, los hábitos alimenticios, inciden en la salud de los pacientes y los usos que dan a la sanidad, por lo que los profesionales sanitarios lo consideran una cuestión clave a la hora de programar la política pública de salud, sobre todo en lo referente a la prevención de riesgos de la población. Esto se produce en un marco creciente de riesgos globalizados en sociedades postindustriales que ven mermadas mecanismos de seguridad antes avalados por el estado al multiplicarse cambios sociales, de consumo y tecnológicos difíciles de regular (Beck, 1998).

La familia como agente socializador es clave en la alimentación, y el cambio a una vida menos programada y más fragmentada, debido a los diferentes horarios principalmente laborales afecta: *la familia de antes tenía unos horarios de comida, todo el mundo se sentaba a comer en la mesa y los padres eran un poco más ortodoxos en el sentido de la alimentación de los niños. En la sociedad actual es totalmente diferente, los padres trabajan, los niños van a la guardería y comen en el comedor [...] Eso influye mucho en el hábito alimentación* (E6), de tal forma que se programa menos la alimentación de los niños y con lo cual puede bajar la calidad de la misma. Las opciones de alimentación aumentan sin que haya una educación alimenticia paralela y las agencias generadoras de normas no ofrecen hoy una orientación inequívoca, sino más bien compleja y diversa e incluso contradictoria, sobre cómo comer bien. Elegir es cada vez más difícil y ello, junto con la obligatoriedad de comer fuera, complica la programación alimenticia de las nuevas familias (Díaz, 2005).

Los profesionales hablan mayoritariamente de unos hábitos de vida que hacen que, en general, los ciudadanos se cuiden más, pero siguen influyendo en enfermedades controlables con unos hábitos mejores, como puede ser la diabetes o la obesidad. Y

100

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

apuntan como clave la atención primaria para organizar y trabajar mejor unos hábitos de vida más saludables que puedan repercutir tanto en el bienestar del paciente como, indirectamente, en la no saturación de la sanidad pública.

Se habla también de una educación en salud como clave, asociada a ese trabajo en atención primaria: *hay que hacer una educación sanitaria sí o sí, y no se está haciendo a pie de calle [...], en el colegio desde la kinder, es donde hay que empezar a fomentar este tipo de hábito, porque es donde comen los niños casi todos los días* (E1). Se asocia así hábitos de vida a la necesidad de mejorar la atención a la población, ya que *todos sabemos los graves problemas que tenemos en Canarias con la diabetes, con la hipertensión, y son pruebas de hábitos saludables, de dietas, de todo, de corregir hábitos de vida. Lógicamente eso es primario* (E2).

4.2. SATISFACCIÓN Y ORIGEN SOCIAL

Este segundo bloque persigue conocer la opinión de los profesionales sanitarios a la hora de analizar la influencia de los aspectos culturales y de los conocimientos médicos que se tenga en la satisfacción del paciente. En este sentido, se entienden los aspectos culturales más allá del nivel formativo. De ahí que se hable de la influencia que supone tener o no conocimientos médicos y cierta cultura sanitaria a la hora de valorar la relación médico-paciente, así como los procesos que se dan en esta interacción y especialmente, en cómo afecta esto a la propia praxis médica.

En este sentido, aparece el factor de internet como medio a través del cual los pacientes acceden a información médica, lo que enfrenta la idea dominante en la

101

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

sociedad moderna, según la cual el profesional de la medicina es el depositario de los conocimientos científicos que permiten explicar el mal funcionamiento del cuerpo o de la mente del paciente y, que le permiten adoptar los tratamientos adecuados (Rodríguez, 1987) por lo que el paciente puede cuestionar este conocimiento afectando pues en su percepción de satisfacción con la asistencia y las prestaciones sanitarias recibidas.

4.2.1. Influencia del nivel cultural y del grado de conocimiento de cuestiones sanitarias en la satisfacción de los pacientes

En general los profesionales entrevistados conciben una fuerte relación entre el nivel de exigencia de los usuarios con el sistema y el nivel cultural de los mismos y, en este sentido: *es la más formada, la más exigente, es la más sibarita y es la más que te puede reclamar (E2).*

Asimismo, subyace la idea de que la medicina resulta más cercana para las personas con un nivel cultural alto y que, por tanto, son estas las que van a comprender mejor tanto aspectos estrictamente médicos, como situaciones que se dan a lo largo de una experiencia hospitalaria: *hace falta un nivel cultural un poquito mínimo pues, básicamente, para entender determinadas cosas de enfermedades y determinadas situaciones (E6).* Esto podría explicar lo que apunta uno de los entrevistados: *los que más protestan son los que menos conciencia social y los que menos están preparado (E1).*

Esto puede entenderse de la siguiente forma: en una primera fase de la relación médico-paciente, la satisfacción de la asistencia sanitaria de los usuarios con un nivel cultural mayor puede verse afectada negativamente como de ese nivel alto de exigencia, si bien, es la lejanía del sistema con las personas con un nivel cultural más bajo la que

102

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

acaba influyendo negativamente en la satisfacción final del usuario: *cuanto más bajo es el nivel cultural, puedes explicarle a un paciente, a un familiar -mas al familiar que al paciente- una cosa, que no te va a atender* (E1). Además son los que valoran en mayor medida aspectos relativos a la atención y el trato más que los estrictamente médicos: *un paciente con menos nivel cultural exige menos en cuanto a cuidados y quizás valore más el trato: el cariño, la cercanía...* (E5).

Asimismo, aparece la idea que refiere al nivel cultural en términos generacionales cuando se observa que, a pesar de niveles formativos altos, muchos jóvenes hacen un uso irracional de la atención médica, mientras que personas de más avanzada edad, con niveles formativos bajos, recurren a la “sabiduría popular” para tratar dolencias y patologías leves: *la gente joven [...] abusan de lo que es el consultorio. Gente de nivel educativo alto que, a veces, vienen aquí por chorradas* (E4). Se vuelve a la idea de que los niveles de exigencia son mayores entre la población más formada, en este caso jóvenes, quedando por tanto los factores culturales que determinan la satisfacción del usuario determinados por aspectos de índole generacional.

Por todas estas razones (los niveles de exigencia de los pacientes, la incapacidad de comprensión de los códigos médicos por parte de los pacientes con niveles culturales inferiores, el uso poco racional de la asistencia médica por parte de los jóvenes...) los entrevistados apuntan la necesidad de: *una educación sanitaria mejor* (E1). Y resaltan que en la relación médico-paciente, el desconocimiento: *afecta muchísimo [...] porque no hay campañas, no hay carteles de prevención de cosas* (E6).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

4.2.2. Influencia del uso de Internet por parte de los pacientes en la satisfacción con la asistencia sanitaria

Internet, en tanto herramienta de consulta y obtención de información general y médica en particular, es considerada por los entrevistados, en mayor medida, de manera positiva: *es bueno manejar internet [...] yo lo veo útil* (E1). Se valora incluso su utilidad por la capacidad de empoderamiento y autonomía que le otorga al paciente en el conocimiento de su enfermedad y de los procesos y tratamientos médicos: *está bien que el paciente conozca lo que tiene y [...] las opciones que tiene* (E3). *Si ellos se informan ya hay parte del trabajo hecho* (E4).

Tal es así, que se llega a establecer un símil con los tradicionales grupos de autoayuda o los foros que existen en los hospitales, a donde el paciente puede dirigirse para conocer otras experiencias similares a la suya: *es como los foros o equipos de autoayuda [...] internet lo hace y de forma gratis, fácil y sencilla* (E4).

El problema lo encuentran cuando el paciente llega con miedos y ansiedad fruto de una información equivocada o prematura al diagnóstico: *son los familiares los que tiran de la herramienta, y como siempre es alarmista [...] pues te los encuentras acojonados [...] Toda información es buena. El problema tal vez sea que no la controlan y se asusten. Entonces crea ansiedad* (E4). *[En internet] aparecen pronósticos bastantes desfavorables, entonces eso es lo que hace que el paciente se alarme. [...] eso aumenta la angustia de los pacientes* (E6).

Esta situación puede generar alguna tensión inicial en la relación médico-paciente, además de influir de forma negativa en la propia evolución del usuario al condicionarle física y psicológicamente: *en internet hay demasiada información y a lo mejor no se ajusta a lo que uno está buscando [...] Entonces tu lo vas a ver todo,*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

incluso va a influir negativamente en la percepción de tu enfermedad (E2). [Que el paciente venga con un diagnóstico que ha encontrado en internet] predispone psicológicamente al paciente y eso puede influir en su recuperación (E5).

Los profesionales entrevistados manifiestan que esto ocurre sobre todo en el ámbito de la oncología, y cuando ya hay un diagnóstico, y a la hora de plantear un tratamiento, que el paciente contrasta la información que el profesional le ha dado y es entonces cuando manifiesta sus dudas y trata de verificar la información que tiene: *quizás los oncólogos se encuentren con más cosas de estas (E1). El caso más evidente, puede ser el paciente con cáncer. [...] o que están haciéndole un estudio para ver si tiene alguna patología (E2). Es más bien a la hora de plantear tratamientos (E4).*

Llegados a este punto, los entrevistados coinciden en la idea de que explicarle bien y dedicar el tiempo necesario al paciente, es importante para paliar esos miedos y conflictos que la utilización de internet puede suponer: *normalmente, si se lo explicas bien y le das su tiempo... [...] si le dedicas más tiempo a esa entrevista, a ese explicar lo que hay que hacer, cómo hay que hacer, cuáles son los resultados... y se lo explicas coherentemente y con tiempo, no van tanto a internet (E1). Es normal, caen enfermos, ellos no saben... Claro, ahora tienen tanta información a su alcance [...] y le pueden llevar a equívocos [...] Se lo tienes que explicar (E2).*

Es por ello que consideran que, finalmente, es la propia evolución del proceso médico, la que acaba devolviendo la “autoridad” (en términos de conocimiento médico) al profesional, y lo que hace que el conflicto inicial fruto de ese auto-diagnóstico se resuelva satisfactoriamente y las alarmas generadas por la sobre-información que se encuentra en internet se calmen: *lleva su tiempo hasta que el paciente [...] va*

mejorando, con lo cual, efectivamente, llega al convencimiento de que lo que le está diciendo su médico responsable va por ahí (E5).

Aparece entonces la idea de la función del médico como orientador y gestor de la información, fundamental para que se produzca lo comentado anteriormente: *los tienes que tú, un poco, encaminar. [...] tú un poco los tienes que ir guiando (E2). Tiene que haber una orientación porque sólo, es peligroso. Para esto está el médico (E4).*

Así pues, la influencia el uso de internet como fuente de conocimiento de aspectos médicos ejerce en la valoración del sistema sanitario por parte del usuario, si bien puede predisponer de manera negativa en un primer momento, es debido a la evolución de la relación médico-paciente y gracias a la orientación del profesional, que no tiene por qué afectar finalmente de manera negativa. Así lo expresa una profesional que, aunque encuentra el acudir a internet en busca de conocimiento médico un obstáculo en la comunicación entre los profesionales de la sanidad y sus usuarios, lo que de entrada pudiera influir negativamente en la valoración del usuario, luego se disipa: de entrada negativo. *Después puede que cambie, pero de entrada no es positivo (E5).*

4.3. TURISMO Y SANIDAD

Para finalizar, un último bloque trataba de conocer la percepción de los profesionales del sistema sanitario sobre el fenómeno turístico en lo relativo a la asistencia sanitaria de la que hacen uso, ya sea de manera premeditada, siendo la finalidad primera del desplazamiento la propia asistencia médica, o bien el hecho de que

106

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

su garantía pueda constituir un factor más de atracción en términos de seguridad y tranquilidad para el visitante.

Asimismo, se les preguntaba por la percepción que tienen acerca de cuál es la valoración que hace el paciente turista del Servicio Canario de Salud y, en este sentido, se pretendían buscar diferencias entre la valoración de este colectivo y la que hace la población autóctona.

Por último, se preguntó acerca del perfil específico de aquél turista que, tras una visita puntual a la isla, acaba por establecer su residencia en Tenerife, ya sea de manera continuada o de forma habitual por temporadas largas a lo largo del año. Conocer qué tipo de atención suelen requerir, cómo influye este fenómeno en el Sistema Nacional de Sanidad y la valoración específica que hace este conjunto sobre la atención que reciben cuando hacen uso del sistema público de salud.

4.3.1. Sanidad como producto turístico

Al preguntar por la sanidad como producto turístico o en tanto factor de atracción turística, los profesionales mostraron desconocimiento al respecto. Reconocen el uso del sistema sanitario por parte de población extranjera, tanto turista como residente desde hace años en la isla, y coinciden en valorar positivamente las características del sistema de salud y las medioambientales propias de las islas, pues se consideran aspectos que contribuyen de manera notable en la atracción de turismo. Si ya de por sí Canarias cuenta con condiciones naturales favorables donde poder desarrollar un turismo saludable³, actividades de ocio en contacto directo con la naturaleza, con buena temperatura todo el año, etc., el hecho de contar además con un sistema de salud universal, son sin duda factores seductores para el turista que busca un destino seguro,

³ El fenómeno del turismo sanitario se conoce en las islas desde el siglo XIX, tal y como recoge Francisco Quintana Navarro en su libro *Informes consulares británicos sobre Canarias (1856/1914)*.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

en aspectos de salud especialmente. Así, uno de los entrevistados, destacaba lo positivo de la combinación de ambos componentes (prestaciones sanitarias y condiciones medioambientales) para configurarse como destino turístico atractivo: *las prestaciones que tenemos en España, pienso yo, en algunos países no la tienen, y el paciente, desde su punto de vista, puede pensar venir a España, venir a Canarias, porque aquí “no tengo limitaciones”* (E1). Otros entrevistados inciden más en la tranquilidad que ofrece la existencia de una atención sanitaria de calidad: *Desde luego mejor aquí que en África. Aquí te vamos a operar mejor, hasta por laparoscopia, con la última tecnología y con todos los avances de tecnología que tiene Europa y el mundo civilizado* (E4). *Nunca se le va a negar a nadie la atención [...] Es un destino turístico y sanitario seguro* (E6).

Sin embargo, los profesionales manifiestan desconocer la magnitud de este fenómeno y sus características y, por ello, si se trata de un producto más que se vende al exterior o si funciona como otro atractivo más que el turista tiene en cuenta a la hora de decidir destino vacacional. Sólo una de las personas entrevistadas conocía la existencia de programas concertados de cirugía con centros privados en los que se ofrece, más allá de la intervención médica, un programa de recuperación y cuidados pos-quirúrgicos con algunas de las características típicas del turismo recreativo tradicional: *yo creo que en la privada. Que vienen concertados para hacer una cirugía programada. Eso lo he oído yo, pero en la isla más de Fuerteventura y Lanzarote. Son cirugías pequeñas, programadas, que la recuperación en vez de hacerla en un centro de este tipo hospitalario, pues la hacen casi en un hotel, con alguien vigilando...* (E4). Y otro entrevistado manifestaba lo provechoso que pudiera resultar promover una estancia en Canarias desde la perspectiva de la salud: *si planteas como un programa de salud venir*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

a Canarias a una estancia, eso es positivo porque se dan las circunstancias medioambientales adecuadas (E1).

Consideran que es un porcentaje pequeño el que utiliza el sistema público de salud: *no es un número muy importante [...] Yo creo que no son tantos* (E5). Por otra parte, no tienen claro cómo funciona el sistema de financiación de esa asistencia: *yo no sé después eso cómo se financia, eh, cómo se paga, cómo se cobra... No lo sé* (E1). *Yo no sé cómo está eso ahora. Antiguamente te lo cargabas tú. Yo creo que ahora hay acuerdos y se lo cargan a ellos* (E2).

Estas personas entrevistadas coincidían en observar que la utilización del sistema sanitario por parte de turistas se daba más en las urgencias, con pacientes que, durante su estancia vacacional, se vieron con la necesidad de atención médica: *por la parte quirúrgica que nosotros vemos, lo que nos encontramos son moribundos. Si necesitan atención médica porque les tocó, no porque vinieran buscando ayuda* (E4).

Según estos profesionales, el turista que viene expresamente por motivos sanitarios lo hace a través de centros privados: *yo esto lo comprobé más en la actividad privada, que estuve tiempo y eran todo pacientes extranjeros* (E1).

4.3.2. Percepción de la valoración del sistema sanitario por parte del turista

Se considera que la valoración que hace el paciente turista es positiva, si bien lo matizan por dos cuestiones: una primera condición que se repite entre varios de los entrevistados, es la comparación con el país de origen. En este sentido, la valoración será en tanto mejor si proceden de países con peores sistemas de atención de la salud: *si*

109

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

han estado ingresados en su ... o han necesitado atención médica en su país de origen, podrán comparar [...] Entonces, depende de qué país vengan [...] Si es un país chachi nos van a fundir; si es un país cutre, saldremos ganando (E4). Buena. [...] Depende del país de donde vengan (E6).

Por otro lado, una médico entrevistada condicionaba el nivel de satisfacción del paciente turista a la evolución y resultado del proceso médico, sobre todo, entendiendo que la mayoría acuden por urgencias durante su estancia turística y que será el resultado final de esta relación con el servicio lo que determine su valoración: *si viene aquí va a venir por urgencias, moribundo, con un infarto o con un ictus, con una perforación intestinal... Entonces va a venir in extremis. Si todo sale bien, perfecto. Como se empiece a complicar y no evolucione y se va con secuelas y coge infecciones en el hospital... pues evidentemente, te va a decir que esto es una mierda (E4).*

4.3.3. Comparación de la valoración del turista con respecto a una persona autóctona

En este sentido no existe una opinión única. Mientras uno de los entrevistados opina que la valoración del sistema sanitario por parte del paciente turista será mejor que la del autóctono por una cuestión cultural: *los españoles -y es una apreciación mía- somos poco agradecidos y buscamos más el problema y el conflicto que hemos tenido que el resultado [...] Los extranjeros son mucho más agradecidos, en este sentido (E1).* Otros profesionales preguntados por esta cuestión consideraron que la opinión del turista podría ser más negativa debido al nivel de exigencia y a la comparación que puede hacer con el funcionamiento del sistema sanitario del país de origen: *Yo creo que el de aquí valora más [...] Quizás el que viene de fuera viene con unas expectativas*

110

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

muy altas y, además, exigiendo, de alguna manera, y yo creo que la satisfacción es inferior (E5). Yo creo que la gente aquí, la gente autóctona, es bastante consciente de las situaciones actuales y se suelen quejar, pero yo creo que no son tan estrictos como la gente de fuera (E6).

Esa idea que relaciona la satisfacción con la capacidad de comparar el sistema sanitario español con otro, se repite en el discurso de otro médico entrevistado: *supongo que claro, la población autóctona no tiene con quién comparar, porque siempre ha sido atendido por la sanidad española. El turista pues, supongo, que comparará con la asistencia que tiene en su país de origen, y dependerá del país del que llega (E3).*

4.3.4. Residencialización turística y afección del turismo sanitario al Sistema Nacional de Salud

Al igual que en la pregunta primera de este bloque, sobre el turismo como producto sanitario o factor de atracción, al preguntar a los profesionales de la sanidad por el impacto que supone sobre el Sistema Nacional de Sanidad el turista que viene de vacaciones y se acaba trasladando a vivir aquí, o combina durante el año residencia aquí y en su lugar de origen, se aprecia también una sensación de desconocimiento. Conocen el fenómeno, pues todos manifiestan haber tenido la experiencia de atender a este tipo de turista, la mayoría, personas jubiladas procedentes de países europeos, pero no son capaces de valorar de manera concisa la afección que esto puede suponer en las diferentes esferas que aquí se tratan del sistema sanitario.

Se repite en los discursos, como aspecto que dificulta los procesos con estos pacientes, los problemas de comunicación con estas personas que, a pesar de llevar años residiendo en Tenerife o de forma repetida durante estancias prolongadas, no conocen el

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

idioma: *son pacientes que llevan muchos años viviendo aquí y no se molestan, en ese sentido, en aprender el idioma [...] Eso retrasa mucho y, sobre todo, genera muchos problemas con la familia, que no tenemos la capacidad de entendernos con ellos (E6).*

Una de las médicas entrevistadas considera que este perfil de paciente suele contratar seguros privados, y que únicamente utilizan del sistema público las urgencias: *son pacientes que suelen tener su seguro privado, no suelen acudir a la pública, pero cuando ya se trata de cirugías urgentes, patologías más importantes, se derivan a la pública (E6).* Es por ello que, tanto esta persona como otras entrevistadas, no consideran que existe un problema de masificación. Sin embargo, si hubo un entrevistado que analizó como el aumento de población (general) que se ha producido en la isla no ha ido acompañado del mismo aumento de recursos hospitalarios. Especialmente la demanda sanitaria que proviene de la zona norte que se ha derivado al Hospital Universitario de Canarias sin que éste último haya visto crecer sus recursos sanitarios: *aumenta la población, aumenta la cartera de clientes [...] Lógicamente hay más demanda de todo. ¿El problema cuál es? Que los medios siguen siendo los mismos. [...] Tenemos un hospital del norte que bueno, que aquello no tiene capacidad para atender nada. [...] todo acaba al final aquí [...] antes el área norte lo cubría la Candelaria y, de repente, pasó a cubrirla el hospital [...] pero con los mismos recursos (E2).*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

5. DISCUSIÓN

Tener una sanidad pública de calidad es un hecho en el que la mayor parte de la sociedad parece estar de acuerdo. Las cuestiones donde no existe tanto consenso que surgen a partir de esta premisa es cómo medir esa calidad en un complejo sistema sanitario (Roldán, 1999:58) y, en consecuencia, cómo actuar para mejorarla teniendo en cuenta restricciones presupuestarias (Neira, 2015:63). En este sentido, la percepción subjetiva a la hora de analizar el sistema sanitario puede verse influida tanto por factores sociodemográficos como por otras cuestiones de índole más de tipo costumbrista: cómo se informan, concepción de la medicina alternativa vs. medicina tradicional, etc. Todo esto se observó en los resultados, si bien en este punto de la investigación se procederá al análisis de los datos de la encuesta y la entrevista en profundidad teniendo en cuenta la investigación empírica existente en este ámbito científico.

A nivel sanitario podemos definir a la calidad médica percibida, como se expuso en el marco teórico de esta investigación, como “la evaluación individual del desempeño médico (...) y la evaluación del desempeño del servicio de los profesionales médicos y del personal (Han y Hyun, 2015:21). En esta primera aproximación, por tanto, se observa que la satisfacción con la sanidad pública irá referida a cuestiones relacionadas con el conocimiento y la técnica médica y también con cuestiones referidas a amabilidad y trato al paciente usuario.

También es relevante el papel de las expectativas creadas previamente en el paciente: cuanto más altas son las expectativas mayor es la exigencia y la probabilidad que estas se vean frustradas, y, por tanto, se perciba negativamente la atención sanitaria (López, 2013a:60).

Tal y como se observó en los resultados de la encuesta propia de esta investigación, a nivel general, un 58% de la población encuestada se muestra muy satisfecha-satisfecha con la sanidad pública, mientras que sólo un 17% se muestra insatisfecho-muy insatisfecho. Estos resultados son sólo algo más bajos que los obtenidos en otras Comunidades Autónomas. Así, en Andalucía, un 60,1% considera que el sistema sanitario funciona adecuadamente (Fernández Esquinas et al., 2001:25), valor que asciende si tenemos en cuenta que un 90% de los pacientes hospitalizados se muestran satisfechos con la atención recibida (Fernández Esquinas et al., 2001:151).

Sin embargo, es necesario resaltar que en la encuesta realizada en la investigación de esta Tesis Doctoral no se entrevistó a personas hospitalizadas. Un caso similar es el de Navarra, donde se ha demostrado que las personas tienen una elevada satisfacción con el sistema sanitario, si bien se corresponden con datos del 2005, donde no existía la coyuntura económica actual (San Miguel y De Rada, 2005:17).

En este sentido, Fernández Esquinas comentaba que “la valoración de cómo ha evolucionado la sanidad pública andaluza durante los tres últimos años es más positiva que la anterior” (Fernández Esquinas et al., 2001:24), ya que el 53,4% piensa que ha mejorado durante ese período. Sin embargo, dichos datos hay que tomarlos con cautela igualmente a la hora de compararlos con los datos obtenidos en esta investigación.

Por tanto, los datos de Andalucía, junto a los de Navarra, unidos a que en España un 61% de los habitantes declaran que el funcionamiento de la sanidad es satisfactorio (Fernández Esquinas et al., 2001:25), indican al compararlo con los obtenidos en esta investigación que 4 de cada 10 personas consideran que la sanidad pública es satisfactoria. Pero, en otras investigaciones realizadas con anterioridad, se han detectado diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción global de la sanidad pública

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/</i>	
Identificador del documento: 952059	Código de verificación: HMwWBK1o
Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 20/06/2017 18:06:34
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:13:54
MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:48:10

según diferentes variables sociodemográficas, cuestión que no ha ocurrido en la base de datos de pacientes encuestado en el Hospital Universitario de Canarias-Ofra.

Un ejemplo de lo anterior es el caso de Galicia. Jaráiz muestra que “las puntuaciones más elevadas son las expresadas por los viudos, lo que parece estar en relación con el hecho de que la mayor parte pertenezcan a la franja de edad de 65 o más años”, si bien no detectan diferencias por sexo en la valoración de la sanidad pública (Jaráiz, 2011:203). En Andalucía también se detecta que los usuarios de más edad tienen un índice de satisfacción global con la sanidad pública por encima de la media del resto de usuarios (Fernández Esquinas et al., 2001:121).

Sin embargo, en Navarra tampoco existen diferencias ni por sexo ni por edad (San Miguel y De Rada, 2005:17). , tal y como ocurre en la encuesta llevada a cabo en esta Tesis Doctoral. Llama la atención este hecho, pues si bien en otras Comunidades Autónomas se producen dichas diferencias, sobre todo por edad, es importante que eso no ocurra en la encuesta realizada en Tenerife. Ello puede indicar cierta homogeneidad en la opinión sobre la satisfacción de la sanidad pública, cuestión que viene a determinar que cuestiones demográficas no afectan significativamente a dicha valoración global del sistema sanitario, por lo menos en Tenerife.

Sin embargo, también es necesario reseñar que existen estudios a nivel español que relacionan la satisfacción con el sistema sanitario respecto a diferentes cuestiones más políticas. Por ejemplo, Pruneda y Cueto (2014:599-605) destacan que las personas con una orientación ideológica más de izquierdas tienden a estar más satisfechos con los servicios públicos. Esta cuestión también puede venir dada por la preferencia por un sistema sanitario público de personas con una orientación ideológicas más a la izquierda, si bien no queda del todo claro los motivos por los cuales tienen que tener

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

estos una mayor satisfacción con un sistema sanitario público. De hecho, incluso esta cuestión no se tuvo en cuenta en esta investigación, pues el análisis de la satisfacción con la orientación ideológica tendría que llevar aparejado un profundo análisis sobre la ideología política de partidos en España, cuestión que no es objeto de esta Tesis Doctoral.

Existen investigaciones, esta vez en el ámbito internacional, que citan algunas cuestiones que pueden afectar a la satisfacción con la sanidad pública. Así, en estudios realizados en México (Ortiz, Muñoz y Torres, 2004:534) han llegado a la conclusión de que a menor grado de instrucción, los usuarios suelen ser más condescendientes con los servicios que prestan. En la investigación sobre la valoración de la sanidad por parte de la población de Tenerife, se aprecia también que las personas con pocos estudios se declaran más satisfechos que los de más estudios. Sin embargo, como se expuso en el apartado de resultados, las diferencias de satisfacción según niveles de estudios no son estadísticamente significativas, con lo que no se pueden extrapolar a la población en su conjunto.

Sin embargo, en nuestro estudio sí que podemos considerar como conclusión fuerte la relación entre la satisfacción con el sistema sanitario público y la información en materia de salud que suelen buscar por Internet los usuarios y con la frecuencia de utilización de servicios sanitarios. Como se observó en los resultados, parece que los que más se informan por Internet como sustitución al médico tradicional manifiestan una mayor satisfacción que el resto. Además, los que acuden entre tres y cinco veces al año tienen estadísticamente una satisfacción mayor que el resto.

De esta forma, parece que la sustitución del médico tradicional por la consulta en Internet va en aumento, y, además, hace que las personas valoren más positivamente

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

el sistema sanitario público. Esto puede venir dado por el hecho de que el argumento principal para evaluar la atención sanitaria recibida es el deseo de recuperarse de una enfermedad (Ortiz, Muñoz y Torres, 2004:535). Por tanto, para ampliar conocimientos sobre una enfermedad, normalmente los pacientes buscan información por Internet, sobre todo para conocer más sobre la patología que tienen.

Esta cuestión puede ser vista por los médicos, como se observó en las Entrevistas en Profundidad realizadas, tanto positiva como negativamente. Del personal sanitario que trabaja en el HUC-Ofra y que ha sido entrevistado, algunos/as optaban por destacar que Internet es una herramienta útil de conocimiento y autonomía de los pacientes. Sin embargo, otros mostraban un problema relacionado con el uso de internet como fuente de conocimiento médico, ya que cuando la información que se obtiene es demasiada, no se puede controlar y genera angustia en los pacientes, lo que supone un obstáculo para la práctica médica. Por tanto, no hay unanimidad entre el personal sanitario respecto a si la búsqueda de información médica por Internet es beneficiosa o perjudicial.

Como se dijo anteriormente, también valoran más positivamente los usuarios que van entre 3 y 5 veces año que el resto. Ello, unido al resultado de que cuanto menos acuden a la sanidad pública peor la valoran, puede venir dado porque la satisfacción con la sanidad es mejor cuanto más contacto se tiene con ella.

En este sentido, una persona que evalúe la satisfacción con la sanidad pública sin apenas usarla tenderá, según los resultados de nuestra investigación, a valorarla más negativamente. Lo comprobamos cuando comparamos en los resultados la satisfacción general de los pacientes en consulta y de pacientes que han sido trasplantados, pues se observa que los segundos valoran menos negativamente la atención sanitaria.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Como se pudo apreciar en los resultados, una valoración global de satisfacción no es suficiente para apreciar la calidad percibida por los usuarios del sistema público de salud. De esta forma, es conveniente analizar qué ítems son más relevantes y qué cuestiones sociodemográficas pueden afectar en una mayor o menor satisfacción.

Siguiendo a Jaráiz, podemos apreciar que distinguiremos entre dos aspectos que valoran los usuarios de la sanidad respecto a la atención sanitaria recibida,

“los mecanismos mediante los cuales los pacientes generan sus juicios sobre la satisfacción con la atención recibida en los hospitales, están condicionados por los aspectos tangibles de la atención, y, (...) como aspectos intangibles señalamos la experiencia con el sistema, el trato recibido y la confianza en la atención” (...) “El trato recibido, la experiencia y la confianza en la atención son generadores de confianza del paciente en el sistema y satisfacción con el mismo, si la experiencia en el trato es positiva, como se ha visto, la confianza aumenta, lo que afecta también a la satisfacción global del paciente” (Jaráiz, 2011:244).

Teniendo en cuenta este esquema, en el apartado de resultados de esta investigación se observó que los aspectos generales que más valoran los usuarios del HUC-Ofra son las que tienen que ver con el personal sanitario (amabilidad, interés, transmisión de información y capacitación), siendo lo menos valorado las cuestiones de tipo organizativo (listas de espera y el tiempo de espera en consultas).

Respecto a la amabilidad de médicos y enfermeros y a la información transmitida por los médicos, se ha encontrado en esta investigación que son cuestiones

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

puntuadas mejor por los entrevistados/as de mayor edad. Sin embargo, también existen diferencias estadísticamente significativas para la comodidad de las instalaciones de espera y la señalización, pero esta vez ocurre que son mejor valoradas por los más jóvenes.

Siguiendo con el tema de la amabilidad del personal y su valoración, no es de extrañar que en el estudio sobre los pacientes del HUC-Ofra aparezca que son las cuestiones más valoradas. Fernández Esquinas ya detectó, para el caso de pacientes del Servicio Andaluz de Salud, que la amabilidad y la profesionalidad del personal sanitario que atendió a los usuarios tenían porcentajes de satisfacción por encima de un 90% (Fernández Esquinas et al., 2001:151).

Y es que, como ya se detectó en algunos estudios sobre la sanidad en otras Comunidades Autónomas, “el trato recibido por el personal sanitario aparece siempre como elemento condicionante de la valoración de los servicios sanitarios” (Jaráiz, 2011:415). Es por ello por lo que los datos obtenidos para el caso de la sanidad tinerfeña siguen la tendencia de otros territorios de España. Sin embargo, mención aparte merece la atención del personal administrativo.

También se detectó en el estudio realizado en el HUC-Ofra que las personas con un menor nivel de estudios puntúan mejor la información transmitida por los médicos. La opinión de los médicos que han sido entrevistados mediante la técnica de entrevista en profundidad arroja más luz en la relación entre el nivel de estudios y la valoración de la información transmitida por los médicos. Así, algunos médicos entrevistados sugieren que a un mayor nivel cultural, existe más exigencia inicial por parte del paciente pero también mejor comprensión final de los procesos y situaciones propios de la asistencia médica; lo que lleva a unos mayores niveles de satisfacción. Además, como

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

complemento, otros médicos entrevistados defienden un resultado contrario al extraído del cuestionario: un menor nivel cultural lleva a un mayor distanciamiento con el sistema, y, por tanto, a una mayor incompreensión de los códigos propios del mismo, pudiendo generar niveles de satisfacción inferior.

Conclusiones similares se encontraron en otros países como Grecia, donde se ha detectado que la comunicación con enfermeras y doctores es el mejor predictor sobre la satisfacción con la sanidad pública. (Mitropoulos, Vasileiou y Mitropoulos, 2017:4).

Como también se puede advertir en los resultados de la investigación, el personal de administración y servicios tiene una valoración más negativa que los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros). Ello puede venir dado porque en gran parte la atención administrativa no lleva a los usuarios a mejorarse de su salud, y, como se puede intuir, los pacientes quieren curarse de su dolencia, siendo los profesionales que pueden alcanzar este objetivo el personal sanitario. Por tanto, esa negativa satisfacción podría ser más por las expectativas de solucionar la enfermedad que por la propia atención del personal administrativo.

Sin embargo, como se comentó en párrafos anteriores, la cuestión más negativa respecto a la satisfacción con la sanidad pública detectada en el estudio realizado a pacientes de Tenerife fueron las listas de espera. Esta conclusión ha sido también descubierta en otros estudios (Abásolo, Barbaer, López y Jiménez, 2014:221), pues llegaron a una conclusión parecida a la que se describe en esta investigación: revelaron que uno de los graves problemas de la sanidad pública son las listas de espera, afectando enormemente a la calidad y las expectativas de atención recibidas.

Además de analizar la satisfacción general y los ítems que conforman esa satisfacción (listas de espera, amabilidad, etc.), es fundamental el análisis de la

120

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

satisfacción de los diferentes niveles de atención sanitaria, esto es, urgencias, atención primaria, atención especializada y hospitalización.

Tal y como se presentó en los resultados, la Atención primaria y la especializada son las que se llevan una mejor puntuación seguida de los ingresos en el hospital. Este hecho también se repitió en estudios realizados anteriormente en otras Comunidades Autónomas (Fernández Esquinas et al., 2001:107), además de que es una opinión compartida por los propios médicos a los que se les realizó la entrevista en profundidad.

Sin embargo, no llega al aprobado la valoración de las urgencias, nivel de atención peor valorado. Es comprensible que la evaluación de urgencias sea la más negativa, pues en diferentes medios de comunicación han salido noticias relacionada con esta cuestión. Además, es un ámbito sanitario muy difícil de planificar y con picos de asistencia muy altos, lo cual puede llevar a que muchas personas tengan una mala opinión del servicio de urgencias.

Es interesante el análisis de los niveles de estudios y su relación con los diferentes ámbitos sanitarios. Como bien pasó anteriormente con la información transmitida por los médicos, para todos los niveles de atención, cuantos más estudios tenga el usuario, peor puntuación se otorga a los servicios, a excepción de las urgencias, que son mejor valorada por los que tienen Bachillerato y los universitarios/as. Un resultado similar se obtuvo en un estudio ya citado que se realizó en Andalucía, donde se concluyó que “las diferencias se establecen entre los usuarios con niveles de estudios superiores, que expresan una menor satisfacción, respecto a aquellos sin estudios o con estudios primarios” (Fernández Esquinas et al., 2001:160). Este hecho podría venir dado por la exigencia de las personas con más niveles de estudios muestren una mayor exigencia que las personas con menor cualificación.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

También se detectó en la investigación que incluye esta Tesis Doctoral que, respecto a la atención primaria y la hospitalización, los usuarios que van con menos frecuencia valoran más negativamente dicha atención sanitaria que los que van con bastante frecuencia. Lo mismo ocurría respecto a la satisfacción general, considerando que una mayor utilización lleva a un contacto más cercano con la sanidad y a una posible comprensión de las expectativas reales respecto a la misma. Otros estudios realizados en Galicia han llegado a la misma conclusión de que los que más utilizan la sanidad tienen una mejor valoración de la misma (Jaráiz, 2011:416), por lo que es una tendencia existente en otros territorios que no es exclusiva de Tenerife.

Tras la discusión sobre la satisfacción respecto a la sanidad pública, es conveniente analizar los datos obtenidos en esta investigación con otros disponibles respecto a cómo se informan por internet, la percepción subjetiva de la salud, la utilización de la asistencia sanitaria, la confianza en los profesionales y un esbozo de análisis del impacto del turismo sanitario desde el punto de vista del personal sanitario.

Respecto a cómo se informan de temas sanitarios, los resultados de la encuesta aplicada muestran que es un tema de conversación relativamente habitual entre amigos y familiares. Además, si tenemos en cuenta la búsqueda por Internet de información sanitaria, se observa que Internet es utilizado por la población para buscar información sobre temas de salud y medicina. Además, es llamativo que casi un cuarto de los que utilizan Internet para buscar dicha información lo hace para así no tener que ir al médico. También es interesante el resultado de que declaran una mayor satisfacción los que no consultan cuestiones de salud por Internet que el resto. Este resultado del estudio cuantitativo en parte puede combinarse con la opinión de los médicos entrevistados, en el sentido de que la orientación del profesional médico es fundamental para tener una mayor satisfacción con la atención recibida.

122

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Y es que, en otros estudios se ha detectado que el nivel de conocimientos de la población “sobre temas relacionados con la salud es normal, siendo mayor la proporción de personas que considera que es escaso o muy escaso (21%) frente a los que lo consideran amplio o muy amplio (12%)” (San Miguel y De Rada, 2005:25). Además, en dicho estudio realizado en Navarra, también se concluyó que los usuarios con un mayor conocimiento en temas de salud son los que buscan la información por Internet, ya que no se conforman con la información suministrada por los médicos (San Miguel y De Rada, 2005:26).

Sin embargo, claramente el perfil de la persona que busca información por Internet aumenta cuanto más disminuye con la edad, cuestión que también fue concluida por otros estudios (San Miguel y De Rada, 2005:27). Además, es previsible, como indica Pérez (2001:102) que las búsquedas en internet sean realizadas por personas de más estudios, sobre todo por el hecho de que los resultados de investigaciones sanitarias están, en su mayoría, en inglés. Por tanto, es importante tener en cuenta que la búsqueda por Internet no es homogénea, sino que se verá afectada por la edad y el nivel de estudios.

Respecto a la percepción subjetiva de la salud, es relativamente buena entre los encuestados, más si tenemos en cuenta que la población participante en el estudio ha sido entrevistada en un hospital. Sin embargo, sí que es verdad que respecto al tabaco y al alcohol (las drogas permitidas legalmente), el consumo es moderado. Además, en su mayoría declaran que están en su peso normal o con algo de sobrepeso.

Por otro lado, los resultados de la encuesta realizada en el HUC-Ofra también indican que los individuos perciben que lo más probable que les puede pasar es tener un accidente, una enfermedad grave o un trastorno mental. Además, destacan que la suerte

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/</i>	
Identificador del documento: 952059	Código de verificación: HMwWBK1o
Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 20/06/2017 18:06:34
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:13:54
MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:48:10

y el azar poco influye en su estado de salud, jugando un papel fundamental los hábitos de vida saludable, que muchas veces no se cumplen mayoritariamente por falta de disciplina (voluntad y por falta de tiempo). Además, respecto a la enfermedad, lo más relevante para prevenirlas por parte de los entrevistados/as es el propio comportamiento individual y el seguimiento de las instrucciones de los médicos. He aquí la importancia de que los entrevistados en ningún momento descargan la responsabilidad de los problemas en su salud ni en el sistema sanitario ni en el azar, sino que se responsabilizan individualmente de la situación de su propia salud.

Otra cuestión analizada y que es importante citar en esta discusión de resultados es la utilización de la asistencia sanitaria. Tal y como se observa en los resultados, lo más utilizado es la atención primaria (un 96% la ha utilizado los últimos 12 meses), seguida de la atención especializada (83%) y las urgencias (32%). Lo menos utilizado ha sido la hospitalización.

Algunos estudios han indicado ciertas diferencias en la utilización de los diferentes tipos de atención sanitaria según la Isla canaria en la que se resida (Abásolo, García, Aguiar y Amador, 2008:173), si bien no es objeto de este trabajo dicha cuestión. También existen datos de que en otras Comunidades Autonomas (Andalucía) “un gran porcentaje de población (el 41% de los entrevistados y el 48% de los miembros de los hogares andaluces) ha estado alguna vez ingresado en un hospital por problemas relacionados con su salud a lo largo de su vida” (Fernández Esquinas et al., 2001:35).

Sí que existen más estudios y controversias respecto a la preferencia de utilización de sistema público o privado. En la investigación del HUC-Ofra, un 69% de los entrevistados declara que utiliza mayoritariamente el sistema de salud público, mientras que un 17% manifiesta que utiliza el privado y un 17% ambos por igual. Esa

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/</i>	
Identificador del documento: 952059	Código de verificación: HMwWBK1o
Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 20/06/2017 18:06:34
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:13:54
MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:48:10

utilización de diferentes sistemas sanitarios según la titularidad de los mismos también depende del porcentaje de usuarios que tienen un seguro privado. En el caso de nuestra investigación, un 15% de los usuarios del HUC-Ofra tiene un seguro privado. En estudios anteriores realizados en otras comunidades autónomas, se detectó que Sólo un 3,6% de las familias disponen únicamente de cobertura de provisión privada” (Fernández Esquinas et al., 2001:43). Además, en ese estudio sobre Andalucía se destaca que la renta familiar disponible afectará a la posibilidad de tener un seguro privado (Fernández Esquinas et al., 2001:43), lo cual es previsible que ocurra en Tenerife.

Si bien una minoría tiene seguro privado, la valoración de los mismos es bastante elevada. Llama la atención que esa sanidad privada tenga, en la investigación sobre los pacientes del HUC-Ofra, una valoración muy similar a la sanidad pública. Por tanto, se cumple lo detectado en otros estudios en los que los usuarios reconocen que la sanidad privada es mucho peor que la sanidad pública porque transmite menos confianza, hay peores profesionales y no es generalizable a todo el conjunto de la población (Fernández Esquinas et al., 2001:47).

Es llamativo que los entrevistados/as en Tenerife se decanten en su mayoría por una sanidad pública, donde el Estado se haga cargo de los gastos sanitarios y donde los medicamentos sean costeados por el Estado pero teniendo en cuenta la situación económica de la persona. Así, en otras Comunidades Autónomas con una mayor renta disponible (Navarra), se aprecia una “mayor disponibilidad de los encuestados a pagar por algunos servicios que a aceptar una subida de impuestos para mantener el nivel asistencial actual” (San Miguel y De Rada, 2005:30). Ello indica que al Comunidad de residencia también podría afectar a la opinión sobre cómo debe de costearse el sistema público de salud.

125

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Respecto a la confianza en los profesionales, de los resultados de la investigación en el HUC-Ofra se observa que las cuestiones más valoradas son la preparación de los médicos y la amabilidad de los mismos. Además, tanto la confianza en instituciones que promueven la investigación sanitaria y la divulgación científica (Organización Mundial de la Salud, Universidades) como la depositada en entidades que defienden a los médicos como asociaciones colegiales, son más elevadas que la confianza en las entidades que gestionan el sistema sanitario (Ministerio, Comunidad Autónoma).

Esta valoración positiva del personal médico no es una excepción, pues en otros estudios como el realizado en Andalucía se concluye que tiene una elevada confianza en los profesionales de la sanidad (Fernández Esquinas et al., 2001:103), todo ello a pesar de que otras investigaciones destacan que los/as médicos/as y enfermeros/as, pese a tener una gran valoración, están mal retribuidos y poco motivados para el desempeño de su labor (Cabasés, 2013:11).

Los resultados del estudio sobre la relación entre la sanidad y el turismo se trataron, como se comentó en la introducción, por las conclusiones obtenidas de las entrevistas en profundidad a los médicos. En primer lugar, como se aprecia en la parte de los resultados del análisis cualitativo de entrevistas en profundidad, existe un desconocimiento sobre la sanidad como producto turístico entre el personal sanitario entrevistado. Asimismo, es impreciso el conocimiento que los profesionales entrevistados tienen acerca de la magnitud y las características del turismo sanitario, así como de los mecanismos de financiación de la atención sanitaria a población extranjera.

Sin embargo, si tenemos en cuenta a la población extranjera, el personal sanitario entrevistado considera que la atención sanitaria a esta población que está de

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/</i>	
Identificador del documento: 952059	Código de verificación: HMwWBK1o
Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 20/06/2017 18:06:34
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:13:54
MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:48:10

turismo representa un volumen pequeño y que acude al sistema principalmente a través de las urgencias. A una conclusión similar han llegado otros estudios como el de Giraldo, que destaca que en la Comunidad canaria y la balear el número de personas que hacen uso de la asistencia sanitaria es bajo en relación al número de turistas recibidos (Giraldo, 2015:83). Además, la valoración que hace el turista extranjero que acude al Servicio Canario de Salud, según el personal sanitario entrevistado, es positiva, si bien se trata de una población exigente. A una conclusión similar llegó Legido al destacar que la visión de la calidad sanitaria española por parte de la población británica es muy alta (Legido et al., 2012:53). Aún así, hay que tener en cuenta que “con una lengua y una cultura diferentes y por lo tanto con unas creencias sobre la salud, la enfermedad y la hospitalización diferentes” (Casabona, Lillo, Mora y Galao, 2005:39), lo cual lleva a tomar estas conclusiones con cautelas.

Como se comentó en el párrafo anterior, el uso mayoritario de la sanidad por parte de los extranjeros, según el personal médico entrevistado, es el de las urgencias, pues se supone que son imprevistos en la salud que le surgen en su viaje temporal. De esta forma, “El acceso por urgencias es la puerta natural al sistema público de salud para los extranjeros” (Giraldo y Méndez, 2015:109).

Por último, también existe cierta imprecisión por parte del personal sanitario entrevistado a la hora de valorar el impacto del fenómeno de la residencialización en el Sistema Nacional de Salud. De esta forma, no se plantean cuestiones que pueden afectar de forma importante a la sanidad pública como el fenómeno de residencialización turística, ampliamente estudiado por diferentes autores de prestigio (Mazón y Aledo, 2005; Mantecón, 2008 y Simancas y García, 2013).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

6. CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo de toda esta Tesis Doctoral se ha analizado la sanidad pública en la Isla de Tenerife desde un punto de vista sociológico, haciendo un recorrido desde la satisfacción con el sistema público de salud, hasta la relación de ésta con el turismo sanitario, pasando por el análisis de las percepciones subjetivas de la salud, la caracterización del uso del sistema sanitario por parte de los usuarios, así como por el análisis de la confianza de la población en lo referido a los profesionales sanitarios.

Después de contextualizar esta investigación a nivel teórico y empírico, se procedió al análisis de los resultados proveniente del trabajo de campo sociológico, en el que se aplicó una triangulación metodológica basada en la utilización de las entrevistas en profundidad a profesionales sanitarios y la aplicación de la técnica de la encuesta a la población usuaria de uno de los hospitales de Tercer Nivel existente en Tenerife: el Hospital Universitario de Canarias-Ofra (HUC Ofra).

Respecto a la satisfacción, en general un 58% de la población encuestada se muestra muy satisfecha-satisfecha con la sanidad pública, mientras que sólo un 17% se muestra insatisfecho-muy insatisfecho. Estos resultados son muy similares a los obtenidos a nivel nacional, tal y como se describió en la Discusión de esta Tesis.

De esta investigación se puede extraer una primera conclusión importante: existe una relación entre la satisfacción con el sistema sanitario público y la información en materia de salud que suelen buscar por Internet los usuarios y con la frecuencia de utilización de servicios sanitarios. De esta forma, se ha comprobado que los que más se informan por Internet como sustitución al médico tradicional manifiestan una mayor

128

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

satisfacción que el resto. Además, los que acuden entre tres y cinco veces al año tienen estadísticamente una satisfacción mayor que el resto. Esta conclusión conlleva serias implicaciones sobre todo respecto al futuro de la medicina en Canarias, cuyo funcionamiento y satisfacción (por parte de los usuarios) puede verse muy afectada por el conocimiento de éstos respecto a temas médicos.

De esta forma, dicha búsqueda en Internet de información médica puede originar, en virtud de lo manifestado por el personal sanitario entrevistado, tanto cuestiones positivas como negativas: unos/as optaban por destacar que Internet es una herramienta útil de conocimiento y autonomía de los pacientes; por el contrario, otros mostraban un problema relacionado con el uso de internet como fuente de conocimiento médico, ya que cuando la información que se obtiene es tanta que no se puede controlar o equivocada y genera angustia en los pacientes, así como supone un obstáculo para la práctica médica.

Además, es llamativo que casi un cuarto de los que utilizan Internet para buscar dicha información lo hace para así no tener que ir al médico. También es interesante el resultado de que declaran una mayor satisfacción los que no consultan cuestiones de salud por Internet que el resto. Sin duda son cuestiones con importantes implicaciones en el día a día de la atención sanitaria.

Así mismo, un aspecto detectado, cada vez más habitual, que afecta a la relación médico-paciente, es el uso de internet como herramienta de búsqueda de información sanitaria y de obtención de conocimiento médico, en muchas ocasiones, cuestionable. Internet se valora como algo útil en tanto que favorece la mayor autonomía e independencia del paciente suponiendo además un freno en la tendencia del sector sanitario a establecerse con el monopolio del conocimiento médico que establece la

129

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

subordinación de la población respecto del sistema médico y de la organización sanitaria. Pero, sin embargo, hay quienes no son capaces de interpretar correctamente la información que aparece en la red y esta situación produce situaciones de conflicto en esa relación médico-paciente que, si no se consigue superar con la orientación del profesional, se acaba manifestando en forma de insatisfacción con el sistema sanitario.

Otra conclusión fuerte de esta investigación es el hecho de que un usuario/a que evalúe la satisfacción con la sanidad pública usándola frecuentemente tenderá a evaluar más satisfactoriamente a ésta. Así, cuando comparamos en los resultados la satisfacción general de los pacientes en consulta y de pacientes que han sido trasplantados, pues se observa que los segundos valoran menos negativamente la atención sanitaria.

De las cuestiones más valoradas de la sanidad pública, podemos concluir que lo que mejor se valora son cuestiones que tienen que ver con el personal sanitario (amabilidad, interés, transmisión de información y capacitación), siendo lo menos valorado las cuestiones de tipo organizativo (listas de espera y el tiempo de espera en consultas). Por tanto, se puede concluir que el trato humano y la profesionalidad se valora más positivamente que el resto de procedimientos burocráticos del ámbito sanitario. En este sentido, la amabilidad y el trato de los médicos son las cuestiones que son puntuadas mejor por los entrevistados/as de mayor edad y por los que menos estudios tienen.

Otro aspecto bastante concluyente es que la Atención primaria y la especializada son las que se llevan una mejor puntuación seguida de los ingresos en el hospital, mientras que lo peor valorado son las urgencias. Además, en la valoración de estos tipos de atención sanitaria también influye el nivel de estudios, ya que cuanto mayor sea éste peor valoración se le dará. Es relevante de igual forma que los usuarios que acuden con

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

mayor frecuencia valoran mejor dichos tipos de atención sanitaria, con lo que el ser un paciente habitual mejora la puntuación de los servicios sanitarios.

Siguiendo con las conclusiones de esta Tesis, en el momento de analizar la salud percibida, el empeoramiento de la salud de los pacientes encuestados sólo la achacan a sus propias costumbres y/o cuidados personales. Así, destacan que el azar y el sistema sanitario afectan muy poco al empeoramiento de su salud. Esta cuestión implica que los usuarios/as de la sanidad son conscientes de la importancia de cuidarse para mantener una adecuada salud.

Llama la atención que esa sanidad privada tenga, en la investigación sobre los pacientes del HUC-Ofra, una valoración muy similar a la sanidad pública. Ello indica, que, a pesar de las listas de espera y otros problemas que afectan al sistema público de salud, los pacientes siguen valorando positivamente dicha sanidad pública. Además, esto puede relacionarse con que los usuarios entrevistados manifiestan en su mayoría que prefieren una sanidad donde el Estado se haga cargo de los gastos sanitarios y donde los medicamentos sean costeados por el Estado pero teniendo en cuenta la situación económica de la persona. Por tanto, rechazan de pleno el copago sanitario.

Por otro lado, respecto a la confianza en los profesionales, también podemos obtener una conclusión fundamental de esta Tesis. Se observa que las cuestiones más valoradas del personal sanitario es su preparación y la amabilidad de los mismos. Además, las organizaciones sanitarias colegiales, así como los organismos de divulgación científica (Organización Mundial de la Salud, Universidades), mantienen una elevada confianza por parte de los usuarios. Por el contrario, las Administraciones que gestionan el sistema Sanitario (Consejería de Sanidad, Ministerio de Sanidad) tienen puntuaciones algo más bajas.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

A nivel turístico, más allá de estas cuestiones mejorables, la imagen del sistema público de sanidad se mantiene positiva, y esto se aprecia tanto entre la población autóctona como en la foránea (según el personal sanitario entrevistado) si bien la valoración de éstos últimos va a estar mediada por la comparación con el sistema sanitario de su país de origen.

La combinación de la existencia de un sistema universal de sanidad que garantiza la atención de cualquier persona, con unos medios personales y técnicos de calidad, junto con las condiciones climatológicas y medioambientales de Canarias, hacen que esta región sea un destino turístico atractivo en términos de seguridad y calidad sanitaria.

Tal es así, que se conoce la existencia de un turismo expresamente sanitario, e incluso un turismo que acaba por instalarse en las islas a sabiendas de estas dos características que garantizan una buena calidad de vida. Pero los profesionales del sector sanitario desconocen la magnitud e incidencia que el fenómeno turístico, en cualquiera de sus formas, ejerce sobre el sistema público de salud, y si la garantía de atención sanitaria se erige como un atractivo más a valorar a la hora de elegir destino turístico o si se presenta como producto turístico que se ofrece al turista.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abásolo, I., Barber, P., López-Valcárcel, B. G. y Jiménez, O. (2014). Real waiting times for surgery. Proposal for an improved system for their management. *Gaceta Sanitaria*, 28 (3), 215-221.

Aguiar, F., Yruela, M. P. y Serrano, R. (2000). *Análisis de los indicadores de bienestar y calidad de vida para grupos específicos: el caso de la tercera edad*. Sevilla: Instituto de Estadística de Andalucía.

Akey, J. E., Rintamaki, L. S. y Kane, T. L. (2013). Health Belief Model deterrents of social support seeking among people coping with eating disorders. *Journal of affective disorders*, 145(2), 246-252.

Anguita, J. C., Labrador, J. R. R. y Candel, J. P. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina clínica*, 116 (20), 789-796.

Anía Lafuente, B. J., Suárez Almenara, J. L., Guerra Hernández, L., Santana Santana, A. J., Acosta Morales, C. D. y Saavedra Rodríguez, J. M. (1997). Vejez saludable en la población e incapacidad funcional anciana de Canarias, *Revista Española de Salud Pública*, 71 (2), 161-171.

Antheunis, M. L., Tates, K. y Nieboer, T. E. (2013). Patients' and health professionals' use of social media in health care: Motives, barriers and expectations. *Patient education and counseling*, 92 (3), 426-431.

Armet i Coma, L. (2005). Notas sobre las agencias de evaluación de las políticas públicas. *Revista española de control externo*, 7 (20), 13-20.

Artells, J. J. (1980). La economía de la salud en perspectiva. *Cuadernos de Economía*, (21), 5-20.

Ar-Yuwat, S., Clark, M. J., Hunter, A. y James, K. S. (2013). Determinants of physical activity in primary school students using the health belief model. *J Multidiscip Healthc*, 6, 119-26.

Azari, S., Sehaty, F. y Ebrahimi, H. (2013). Satisfaction of women from cesarean section care services in public and private hospitals of Tabriz. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18 (6), 435.

Baes, C. (2010) *El uso racional del medicamento. Fundamento de la intervención administrativa en el sector farmacéutico*. Tesis doctoral: Universidad de Granada.

Banks, A. J. (2014a). The public's anger: White racial attitudes and opinions toward health care reform. *Political Behavior*, 36 (3), 493-514.

Banks, G. (2014b). Restoring trust in public policy: what role for the public service?. *Australian Journal of Public Administration*, 73 (1), 1-13.

Barrios Flores, L. F. (2006). Mesa de trabajo: Europa y sanidad pública: el fenómeno del turismo sanitario. *DS: Derecho y salud*, 14 (1), 77-90.

Bauer, J. M. (2010). Regulation, public policy, and investment in communications infrastructure. *Telecommunications Policy*, 34(1), 65-79.

Beck, U. (1998): *La sociedad del riesgo*. Madrid, Paidós.

Berezin, M., y Eads, A. (2016). Risk is for the rich? Childhood vaccination resistance and a Culture of Health. *Social Science & Medicine*, 165, 233-245.

Bertrana Horta, X. y Ysa, T. (2007). Los retos de la evaluación de políticas públicas: entre la participación y la responsabilidad. *Nuevas Políticas Públicas: Anuario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas*, (3), 129-142.

Birks, L. K., Powell, C. D., Thomas, A. D., Medard, E., Roggeveen, Y., y Hatfield, J. M. (2011). Promoting health, preserving culture: adapting RARE in the Maasai context of Northern Tanzania. *AIDS care*, 23 (5), 585-592.

Blázquez Fernández, C., Cantarero Prieto, D. y Pascual Sáez, M. (2016). Políticas públicas de descentralización: ¿más gasto y mejores resultados salud? *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*, (6), 49-65.

Bonachia Caballero, F. (2015) *Memorias higienistas de La Rioja. Una visión de la cultura social y sanitaria en el siglo XIX*. Tesis doctoral: Universidad de La Rioja.

Bonar, E. E. y Rosenberg, H. (2011). Using the health belief model to predict injecting drug users' intentions to employ harm reduction strategies. *Addictive behaviors*, 36(11), 1038-1044.

Borrellmerlín, M. D. (2004). Políticas públicas (políticas sociales) y medioambiente en la UE. *Observatorio medioambiental*, (7), 55-74.

Bourdieu, P. (1999): *La miseria del mundo*. Madrid: Akal.

Bouzas, R. (2005). Los caminos de la evaluación de políticas públicas: una revisión del enfoque. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 4 (2), 69-86.

Bowman, S., Unwin, N., Critchley, J., Capewell, S., Hussein, A., Maziak, W.,... y Unal, B. (2012). Use of evidence to support healthy public policy: a policy effectiveness-feasibility loop. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(11), 847-853.

Broqvist, M., y Garpenby, P. (2015). It takes a giraffe to see the big picture—Citizens' view on decision makers in health care rationing. *Social Science & Medicine*, 128, 301-308.

Brown, W., Ottney, A. y Nguyen, S. (2011). Breaking the barrier: the Health Belief Model and patient perceptions regarding contraception. *Contraception*, 83 (5), 453-458.

Buglar, M. E., White, K. M. y Robinson, N. G. (2010). The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: testing an extended Health Belief Model. *Patient education and counseling*, 78(2), 269-272.

Burstein, P. (2006). Why estimates of the impact of public opinion on public policy are too high: Empirical and theoretical implications. *Social Forces*, 84 (4), 2273-2289.

Bylund, C. L., Galvin, K. M., Dunet, D. O. y Reyes, M. (2011). Using the Extended Health Belief Model to understand siblings' perceptions of risk for hereditary hemochromatosis. *Patient education and counseling*, 82 (1), 36-41.

Cabasés, J. M. (2013). *Reflexiones sobre la sanidad pública en España en el horizonte de 2020* (No. 1307). Departamento de Economía-Universidad Pública de Navarra.

Cabeza, E., Catalán, G., Avellà, A., Llobera, J., y Pons, O. (1999). Conocimientos, creencias y actitudes de la población femenina de Mallorca respecto al cáncer. *Revista española de salud pública*, 73 (4), 485-495.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Capstick, S., Norris, P., Sopoaga, F., y Tobata, W. (2009). Relationships between health and culture in Polynesia—A review. *Social Science & Medicine*, 68 (7), 1341-1348.

Carvalho, C. y Brito, C. (2012). Assessing Users' Perceptions on how to Improve Public Services Quality. *Public Management Review*, 14 (4), 451-472.

Casabona Martínez, I., Lillo Crespo, M., Mora Antón, M. D. y Galao Malo, R. (2005). El nuevo fenómeno europeo del turismo de salud: estado de la cuestión. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, (18), 38-44.

Chen, M. S. y Mastilica, M. (1998). Health care reform in Croatia: For better or for worse? *American Journal of Public Health*, 88 (8), 1156-1160.

Chen, Y. B. y Flood, C. M. (2013). Medical tourism's impact on health care equity and access in low-and middle-income countries: making the case for regulation. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41 (1), 286-300.

Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., Wang, C. S., Liu, C. H. y Pan, L. H. (2016). Self concepts, health locus of control and cognitive functioning associated with health-promoting lifestyles in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 82-89.

Chuang, T. C., Liu, J. S., Lu, L. Y. y Lee, Y. (2014). The main paths of medical tourism: From transplantation to beautification. *Tourism Management*, 45, 49-58.

Clifton, J. y Díaz-Fuentes, D. (2010). Evaluating eu policies on public services: a citizens'perspective. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 81 (2), 281-311.

Cohen, G. (2014). Las fronteras del derecho sanitario: globalización y turismo médico. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, (18), 21-44.

Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism management*, 27 (6), 1093-1100.

Correa, C. A. V. (2012). Economic evaluation of current conditions of competition and efficiency of automotive and rail systems in Colombia. *Energy policy*, 46, 78-87.

Costa i Font, J. (2003). Establecimiento de prioridades, participación colectiva y decisión pública en sanidad. *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía*, (804), 141-154.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Dahler-Larsen, P. (2007). ¿Debemos evaluarlo todo? O de la estimación de la evaluabilidad a la cultura de la evaluación. *Evaluación de políticas públicas*, 836, 93-104.

Darias Curvo, S. (2008). Análisis de las desigualdades económicas en la prevalencia de la diabetes y la obesidad en Canarias. *ENE Revista de Enfermería*, 2 (4), 1-10

De Cortázar, C. G. (2003). ¿Libre circulación de pacientes en la Unión Europea?: la atención de los dependientes y la tarjeta sanitaria europea. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (47), 49-97.

De la Rosa Hormiga, M. (2012). *Eficacia de un programa comunitario de prevención de trastornos psicosociales y psiquiátricos a nivel municipal. Municipios de Santa Úrsula y Candelaria de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, Comunidad Autónoma de Canarias*. Tesis Doctoral: Universidad de Alicante.

De Leon, P. H. y Williams, J. G. (1997). Evaluation research and public policy formation: Are psychologists collectively willing to accept unpopular findings? *American Psychologist*, 52 (5), 551-552.

De Lima, O. M. M. M. (2012). The impacts of leadership in the quality of municipal public services: case study of a portuguese municipal council/Impactos del liderazgo en la calidad de los servicios públicos municipales: estudio de caso de un ayuntamiento portugués. *Cuadernos de Gestión*, 12 (2), 131-147

De Melo, C. A., de Martino Jannuzzi, G. y Tripodi, A. F. (2013). Evaluating public policy mechanisms for climate change mitigation in Brazilian buildings sector. *Energy Policy*, 61, 1200-1211.

Del Campo, L. G. (2010). Parlamento y políticas públicas: procedimientos parlamentarios de evaluación e impulso. *Corts: Anuario de derecho parlamentario*, (23), 87-111.

Derlien, H. U. (1998). Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. *Gestión y análisis de políticas públicas*, (11), 13-22.

Deslatte, A. (2015). Reassessing “City Limits” in Urban Public Policy. *Policy Studies Journal*, 43 (S1), S56-S77.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Díaz, C. (2005): “Los debates actuales en la Sociología de la Alimentación”, en *Revista Internacional de Sociología*, 40: 47-78.

Dinç, L., Korkmaz, F. y Karabulut, E. (2013). A validity and reliability study of the multidimensional trust in health-care systems scale in a Turkish patient population. *Social indicators research*, 113 (1), 107-120.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44 (3), 166-206.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83 (4), 691-729.

Duijn, M. (2016). The value of reflection on the evolving individual and collective practice of public policy innovation in water management: An action science approach. *Journal of Cleaner Production*.

Duran, J., Villalbí, J. R. y Guix, J. (2004). Acerca de los clientes de las organizaciones de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18 (6), 479-482.

Eagles, P. F. y McCool, S. F. (2002). *Tourism in national parks and protected areas: Planning and management*. CABI.

Edmonds, A. (2011). “Almost invisible scars”: medical tourism to Brazil. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 36 (2), 297-302.

Estévez Dorta, C. M. (2009). Hospital Psiquiátrico de Tenerife: evolución histórica y situación actual. *ENE Revista de Enfermería*, 3 (3), 8-24.

EXCELTUR (2016): *Estudio del impacto económico del turismo 2015 (IMPACTUR)*, Gobierno de Canarias.

Fariña Pestano, F. (2015). La creación del Archivo Central del Servicio Canario de la Salud: primeros pasos en la implantación de un sistema de gestión de documentos (2012-2015). *Cartas diferentes. Revista canaria de patrimonio cultural*, (11), 117-150.

Feinstein, O. (2007). Evaluación pragmática de políticas públicas. *Información Comercial Española*, 836, 19-31.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Fernández Fernández, A. y Vaquera Mosquero, M. (2012). Análisis de la evolución histórica de la Sanidad y la gestión sanitaria en España. *Encuentros multidisciplinares*, 14 (41), 2-8.

Fernández Molina, M. Á. (2008). La familia en el contexto de los cuidados hospitalarios: una perspectiva desde la competencia cultural. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, (24), 53-58.

Fernández-Esquinas, M., Gavira, L., Yruela, M. P., Carmona, M. T. y Serrano, R. (2001). *La sanidad desde el otro lado*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ: British Medical Journal*, 302 (6785), 1129-1132.

Flinn, M. (1989). *El sistema demográfico europeo*. Barcelona: Crítica.

Font, J., Espín, P. G., y Alarcón, P. (2015). Las encuestas en las administraciones públicas españolas: evidencias preliminares de un escenario multinivel. *Revista de Estudios Políticos*, (170), 155-185.

Fotaki, M. (2006). Users' perceptions of health care reforms: quality of care and patient rights in four regions in the Russian Federation. *Social Science & Medicine*, 63 (6), 1637-1647.

Fox, S. (2013). After Dr Google: peer-to-peer health care. *Pediatrics*, 131 (Supplement 4), S224-S225.

Gage, E. A. (2013). Social networks of experientially similar others: Formation, activation, and consequences of network ties on the health care experience. *Social Science & Medicine*, 95, 43-51.

Gagnon, F., Turgeon, J. y Dallaire, C. (2007). Healthy public policy: A conceptual cognitive framework. *Health Policy*, 81 (1), 42-55.

García-Altés, A. (2014). Transparencia en los resultados de la sanidad pública: el ejemplo de la central de resultados del sistema sanitario catalán. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, (18), 129-140.

Garde Roca, J. A. (2004). La evaluación de políticas públicas y su institucionalización en España. *Gestión y análisis de políticas públicas*, (30), 11-28.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Garrido, R. M. U. (2001). *Tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.

Gascó Hernández, M. (2002). Hacia una sistematización de la evaluación de programas y políticas públicas. *Gestión de Análisis y Políticas Públicas*, 23, 55-65.

Gaylin, D. S., Moiduddin, A., Mohamoud, S., Lundeen, K. y Kelly, J. A. (2011). Public attitudes about health information technology, and its relationship to health care quality, costs, and privacy. *Health services research*, 46 (3), 920-938.

Giraldo Chapaprieta, A. (2015). *El turismo sanitario en centros públicos en España*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Giraldo Chapaprieta, A. y Méndez Pérez, E. (2015). El turismo sanitario en España: mitos y realidades, *Comunitaria. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (9), 91-118.

Glinos, I. A., Baeten, R. y Maarse, H. (2010a). Purchasing health services abroad: practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. *Health Policy*, 95 (2), 103-112.

Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M. y Maarse, H. (2010b). A typology of cross-border patient mobility. *Health & place*, 16 (6), 1145-1155.

Goldthau, A. (2012). A public policy perspective on global energy security. *International Studies Perspectives*, 13 (1), 65-84.

Gómez Martín, M. (1997). El contrato – programa del Hospital Universitario de Canarias. Aproximación al régimen jurídico de los conciertos sanitarios. *DS: Derecho y Salud*, 5 (1), 91-103.

González Lemus, N. (2007). *Clima y medicina. Los orígenes del turismo en Canarias*. Santa Cruz de Tenerife: Editorial Idea.

González Lemus, N. (2012a). De los viajeros británicos a canarias a lo largo de la historia. *Anuario de Estudios Atlánticos*, (58), 51-104.

González Lemus, N. (2012b). El despegue del turismo en Canarias. El Puerto de la Cruz y el turismo británico de salud. *Turismo*, 3-4, 1-11.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Gopichandran, V. y Chetlapalli, S. K. (2013). Dimensions and determinants of trust in health care in resource poor settings—A qualitative exploration. *PLoS One*, 8 (7), e69170.

Greer, S. L. (2013). Avoiding another directive: the unstable politics of European Union cross-border health care law. *Health Economics, Policy and Law*, 8 (4), 415-421.

Griffith, R. y O'Connell, M. (2010). Public policy towards food consumption. *Fiscal Studies*, 31 (4), 481-507.

Griffiths, F., Cave, J., Boardman, F., Ren, J., Pawlikowska, T., Ball, R., ... y Cohen, A. (2012). Social networks—the future for health care delivery. *Social science & medicine*, 75 (12), 2233-2241.

Gutiérrez Rodríguez, P., Vázquez Burguete, J. L. y Cuesta Valiño, P. (2010). Valoración de los factores determinantes de la calidad del servicio público local: un análisis de la percepción de los ciudadanos y sus repercusiones sobre la satisfacción y credibilidad. *Innovar*, 20 (36), 139-156.

Guvenc, G., Akyuz, A. y Açikel, C. H. (2011). Health belief model scale for cervical cancer and Pap smear test: psychometric testing. *Journal of advanced nursing*, 67 (2), 428-437.

Haarich, S. N. (2005). Diferentes sistemas de evaluación de las políticas públicas en Europa: España, Alemania y los países del Este. *Revista española de control externo*, 7 (20), 64-88.

Hambolu, D., Freeman, J. y Taddese, H. B. (2013). Predictors of bovine TB risk behaviour amongst meat handlers in Nigeria: a cross-sectional study guided by the health belief model. *PloS one*, 8 (2), e56091.

Han, H. y Hyun, S. S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20-29.

Hassali, M. A., Alrasheedy, A. A., Ab Razak, B. A., AL-Tamimi, S. K., Saleem, F., Ul Haq, N. y Aljadhey, H. (2014). Assessment of general public satisfaction with public healthcare services in Kedah, Malaysia. *Australasian Medical Journal*, 7 (1), 35-44

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Hastak, M., Mazis, M. B. y Morris, L. A. (2001). The role of consumer surveys in public policy decision making. *Journal of Public Policy & Marketing*, 20(2), 170-185.

Haw, S., Amos, A., Eadie, D., Frank, J., MacDonald, L., MacKintosh, A. M.,... y Stead, M. (2014). Determining the impact of smoking point of sale legislation among youth (Display) study: a protocol for an evaluation of public health policy. *BMC Public Health*, 14 (251), 1-11.

Hernández, J. (2009). *Remedios y enfermedades. La sanidad en Canarias (siglos XVI-XIX)*. San Cristóbal de La Laguna: Archivo Histórico Provincial de Santa Cruz de Tenerife.

Hernando, V., Álvarez, M. C., Arriola, L., Arroyo, S., Ballester, E., Bermúdez, P., ... y Méndez, I. (2005). Conocimientos y uso de anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Boletín epidemiológico semanal*, 13(4), 37-40.

Heung, V. C., Kucukusta, D. y Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32 (5), 995-1005.

Ho, K. T. (2015). Medical tourism: New strategies for the health care industry in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 114 (2), 99-101.

Hockings, M., Cook, C. N., Carter, R. W. y James, R. (2009). Accountability, reporting, or management improvement? Development of a State of the Parks assessment system in New South Wales, Australia. *Environmental Management*, 43 (6), 1013-1025.

Horowitz, M. D. y Rosensweig, J. A. (2007). Medical tourism-health care in the global economy. *Physician executive*, 33 (6), 24.

Hulka, B. S., Kupper, L. L., Daly, M. B., Cassel, J. C. y Schoen, F. (1975). Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: a community perspective. *Medical Care*, 13 (8), 648-658.

Isasa, L. (2014). Formación del profesional sanitario en la comunicación con el paciente extranjero: estrategias y recursos. *Panace*, 15 (40), 243-257.

Jabareen, Y. T. y Vilkomerson, R. (2014). Public policy in divided societies: The role of policy institutes in advancing marginalized groups. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 27 (1), 46-66.

142

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

James, O. (2009). Evaluating the expectations disconfirmation and expectations anchoring approaches to citizen satisfaction with local public services. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19 (1), 107-123.

Jaráiz Gulías, E. (2011). *La gestión sanitaria orientada al ciudadano: factores explicativos de la satisfacción ciudadana en la sanidad gallega*. Tesis doctoral: Universidade de Santiago de Compostela.

Jensen, H. I., Ammentorp, J. y Kofoed, P. E. (2010). User satisfaction is influenced by the interval between a health care service and the assessment of the service. *Social science & medicine*, 70 (12), 1882-1887.

Jiménez Rubio, D. (2008) La descentralización de los servicios sanitarios desde la perspectiva de la teoría del federalismo fiscal. *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía*, (75), 129-140.

Kreps, G. L. y Neuhauser, L. (2010). New directions in eHealth communication: opportunities and challenges. *Patient education and counseling*, 78 (3), 329-336.

Kumar, A., Maskara, S. y Chiang, I. (2014). Health care satisfaction among foreign residents in Taiwan—An assessment and improvement. *Technology and Health Care*, 22 (1), 77-90.

Labeaga, J. M. y Muñoz, C. (2013). La evaluación de políticas públicas en España: aprendizaje y práctica institucional. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*, (1), 31-53.

Labonté, R. (2008). Global health in public policy: finding the right frame?. *Critical Public Health*, 18 (4), 467-482.

Ladhari, R. y Rigaux-Bricmont, B. (2013). Determinants of patient satisfaction with public hospital services. *Health marketing quarterly*, 30 (4), 299-318.

Ladi, S. y Tsarouhas, D. (2014). The politics of austerity and public policy reform in the EU. *Political Studies Review*, 12 (2), 171-180.

Lavis, J. N., Boyko, J. A. y Gauvin, F. P. (2014). Evaluating deliberative dialogues focussed on healthy public policy. *BMC Public Health*, 14 (1), 1287.

Lee, C. G. (2010). Health care and tourism: Evidence from Singapore. *Tourism*

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Management, 31 (4), 486-488.

Legido-Quigley, H., Nolte, E., Green, J., La Parra, D. y McKee, M. (2012). The health care experiences of British pensioners migrating to Spain: a qualitative study. *Health Policy*, 105 (1), 46-54.

Leno González, D. (2015) *Cultura sanitaria en tiempos de epidemia. El cólera morboasiático en Plasencia (1832-1835)*. Tesis doctoral: Universidad de Extremadura.

Lilieholm, R. J. y Romney, L. R. (2000). Tourism, national parks and wildlife. *Tourism, national parks and wildlife.*, 137-151.

Lluch, E. (2007). Costos crecientes y éxitos sanitarios públicos. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 5 (2), 339-348.

Lober, W. B. y Flowers, J. L. (2011, August). Consumer empowerment in health care amid the internet and social media. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (3), 169-182.

Löfvenmark, C., Karlsson, M. R., Edner, M., Billing, E. y Mattiasson, A. C. (2011). A group-based multi-professional education programme for family members of patients with chronic heart failure: effects on knowledge and patients' health care utilization. *Patient education and counseling*, 85 (2), e162-e168.

López Saludas, J. M. (2013a). Análisis de la eficacia y la eficiencia del servicio nacional de salud. *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía*, (3044), 59-71.

López Saludas, J. M. (2013b). Efecto de los copagos en la sanidad: teoría y evidencia. *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía*, (3035), 43-52.

López Saludas, J. M. (2013c) *Producción pública, gestión privada y eficiencia económica del servicio nacional de salud*. Tesis doctoral: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Lopez-Bastida, J., Oliva Moreno, J., Worbes Cerezo, M., Perestelo Perez, L., Serrano-Aguilar, P. y Montón-Álvarez, F. (2012). Social and economic costs and health-related

Maestre, M. V. y Simón, S. C. (2000). Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo. *Atención primaria*, 26 (5), 309-313.

Mainil, T., Van Loon, F., Dinnie, K., Botterill, D., Platenkamp, V., y Meulemans, H. (2012). Transnational health care: From a global terminology towards transnational health region development. *Health Policy*, 108 (1), 37-44.

Mantecón, A. 2008. “Procesos de urbanización turística: aproximación cualitativa al contexto ideológico”. *Papers. Revista de Sociología*, 89, 127-144.

Marnpae, M. (2014). Materiales multilingües en el ámbito sanitario en España. *Panace*, 15 (40), 264-277.

Marqués Sánchez, M. P. (2009) *Influencia de las redes sociales en el rendimiento de las organizaciones: un estudio en el sector sanitario*. Tesis Doctoral. Universidad de León.

Marqués Sánchez, P., González Pérez, M. E., Agra Varela, Y., Vega Núñez, J., Pinto Carral, A., y Quiroga Sánchez, E. (2013). El análisis de las redes sociales: Un método para la mejora de la seguridad en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de Salud Pública*, 87 (3), 209-219.

Martín del Castillo, J. M. (2003). Sanidad, secretismo y pleito insular: el brote de peste bubónica en Las Palmas de Gran Canaria (1923). *Anuario de Estudios Atlántico*, (49), 537-578.

Martín del Castillo, J. M. (2005). Los orígenes del Instituto Provincial de Higiene de las canarias orientales y la sanidad municipal (1926-1927): cambios estructurales y asistenciales. *Asclepio Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 57 (2), 129-150.

Martín del Castillo, J. M. (2014). La inspección provincial de sanidad en canarias y felipe massieu y falcón: cartas del caso laborde (1915). *Boletín Millares Carlo*, (30), 289-301.

Martínez, L., Short, J. y Ortíz, M. (2015). Citizen satisfaction with public goods and government services in the global urban south: A case study of Cali, Colombia. *Habitat International*, 49, 84-91.

Mazón, T. y Aledo, A. (2005). “El dilema del turismo residencial: ¿turismo o desarrollo inmobiliario”, en Mazón, T. y Aledo, A. (Eds.) *Turismo residencial y cambio social. Nuevas perspectivas teóricas y empíricas*. Universidad de Alicante, pp. 1-29.

Mceill, W (1984). *Plagas y pueblos*. Madrid: Siglo XXI.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Méndez, C. V. (2007). El cambio de paradigma en evaluación de políticas públicas: el caso de la cooperación al desarrollo. *Nuevas Políticas Públicas: anuario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas*, (3), 145-170.

Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000;114 (Supl 3):26-33.

Mira JJ, Tomas O, Virtudes-Perez M, Nebot C, Rodriguez-Marin J. Predictors of patient satisfaction in surgery. *Surgery* 2009 May;145(5):536-541.

Mira JJ, Tirado S, Perez V, Vitaller J. Factors determining patients' choice of hospital. *Gac Sanit* 2004 May-Jun;18(3):205-212.

Míret, I. P. (2005). Principales mecanismos de evaluación económica de políticas públicas. *Ekonomiaz: Revista vasca de economía*, (60), 98-121.

Mitropoulos, P., Vasileiou, K. y Mitropoulos, I. (2017). Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide inpatient survey in Greece. *Journal of Retailing and Consumer Services*.

Moreno, C. (2012). La comunicación de las políticas públicas. *Más poder local*, (10), 14-15.

Morim de Sá Moreira, P. M. (2012). *Gestión de la calidad, del conocimiento y de la innovación en salud: estrategias de cooperación ibérica*. Tesis Doctoral: Universidad de Alicante.

Mosquera, M., Andrés-Prado, M. J., Rodríguez-Caravaca, G., Latasa, P. y Mosquera, M. E. (2014). Evaluation of an education and training intervention to reduce health care waste in a tertiary hospital in Spain. *American journal of infection control*, 42(8), 894-897.

Mourão, V. y Brüheim, M. (2012). La función de la agenda-setting de los medios de comunicación y las políticas de sanidad en Portugal. *Revista Prisma Social*, (8), 308-332.

Muñoz, Á., Pérez Zabaleta, A., Muñoz, A. y Sánchez, C. (2013). La evaluación de políticas públicas: una creciente necesidad en la unión europea. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*, (1), 1-30.

146

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

- Navarro, F. M. (2011). Reflexiones sobre las éticas en la gestión pública. *Administración & Desarrollo*, 39 (54), 85-98.
- Neira, I. C. (2015). Análisis del principio de eficacia administrativa: especial consideración de la sanidad. *Gabilex: Revista del Gabinete Jurídico de Castilla-La Mancha*, (4), 37-69.
- Nevado Llopis, A. (2014). Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. *Panace*, 15 (40), 278-289.
- Nioche, J. P. y Poinard, R. (1985). Public policy evaluation in France. *Journal of Policy Analysis and Management*, 5(1), 58-72.
- Nolan, J. M., y Schneider, M. J. (2011). Medical tourism in the backcountry: Alternative health and healing in the Arkansas Ozarks. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 36 (2), 319-326.
- Noria, L. M. (2007). Las bases de datos, una herramienta tan útil como necesaria para la evaluación de políticas públicas. *Nuevas Políticas Públicas: Anuario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas*, (3), 237-250.
- Norman, P. (1995). Health locus of control and health behaviour: An investigation into the role of health value and behaviour-specific efficacy beliefs. *Personality and Individual Differences*, 18 (2), 213-218.
- O'Faircheallaigh, C. (2010). Public participation and environmental impact assessment: Purposes, implications, and lessons for public policy making. *Environmental impact assessment review*, 30 (1), 19-27.
- O'Flynn, J. (2009). The cult of collaboration in public policy. *Australian Journal of Public Administration*, 68 (1), 112-116.
- Oliva-Moreno, J., Lopez-Bastida, J., Serrano-Aguilar, P. y Perestelo Perez, L. (2010a). Determinants of health care costs of HIV-positive patients in the Canary Islands, Spain. *Eur J Health Econ*. 11 (4), 405-412.
- Oliva-Moreno, J., Lopez-Bastida, J., Worbes-Cerezo, M. y Serrano-Aguilar, S. (2010b). Health related quality of life of Canary Island citizens, *BMC Health Services Research*, 10, 1-9.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

O'Neill, K. M. (1996). The international politics of national parks. *Human Ecology*, 24 (4), 521-539.

Ormond, M. (2015). Solidarity by demand? Exit and voice in international medical travel—The case of Indonesia. *Social Science & Medicine*, 124, 305-312.

Orozco, J. L. S. (2013). Diez claves para aplicar políticas de participación ciudadana. *Más poder local*, (14), 38-41.

Ortiz Espinosa, R. M., Muñoz Juárez, S. y Torres Carreño, E. (2004). Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Revista Española de Salud Pública*,

Oxman, A. D., Bjørndal, A., Becerra-Posada, F., Gibson, M., Block, M. A. G., Haines, A.,... y Lipsey, M. W. (2010). A framework for mandatory impact evaluation to ensure well informed public policy decisions. *The Lancet*, 375 (9712), 427.

Ozegowski, S. y Sundmacher, L. (2012). Ensuring access to health care—Germany reforms supply structures to tackle inequalities. *Health Policy*, 106(2), 105-109.

Pan, T. J., y Chen, W. C. (2014). Chinese medical tourists—Their perceptions of Taiwan. *Tourism Management*, 44, 108-112.

Papageorgiou, K. y Kassioumis, K. (2005). The national park policy context in Greece: park users' perspectives of issues in park administration. *Journal for Nature Conservation*, 13 (4), 231-246

Pérez Andrés, C. (2001). Conocer para transformar. La información y el conocimiento para la equidad de la salud. *Revista española de salud pública*, 75 (2), 101-104.

Pérez-Hernández, X., Méndez-Álvarez, S., Delgado, T., Moreno, A., Reyes-Darias, J. A., Sierra López, A., Villar, J. González, A., ... y Claverie-Martín, F. (2002). Low prevalence of vancomycin-resistant enterococci in clinical samples from hospitalized patients of the Canary Islands, Spain. *Int Microbiol*, 5 (3), 117-120.

Pinillos García, M. y Antoñanzas Villar, F. (2003) La consideración de la calidad en los análisis de eficiencia. Una aplicación a la atención primaria de salud. *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía*, (804), 75-92.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Pirog, M. A. (2014). Data will drive innovation in public policy and management research in the next decade. *Journal of Policy Analysis and Management*, 33 (2), 537-543.

Planes, A., Berraondo, I., Pepió, J. M., Prieto, A., Sanze, S., Vergeles, J. M. y Thomas, V. (2001). Transferencias sanitarias: una oportunidad para mejorar. *Atención Primaria*, 28 (9), 573-578.

Pozo Cano, M. D. (2015) *Satisfacción percibida por las usuarias con la implementación del proceso integrado del embarazo, parto y puerperio*. Tesis doctoral: Universidad de Granada.

Prasad, B. (2013). Social media, health care, and social networking. *Gastrointestinal endoscopy*, 77 (3), 492-495.

quality of life in stroke survivors in the Canary Islands, Spain. *BMC Health Services Research*, 12 (1), 1-9.

Quintana, F. (1992): *Informes consulares británicos sobre Canarias (1856-1914)*. Las Palmas de Gran Canaria: UNED (Centro Asociado de Las Palmas G. C.).

Ramírez de Arellano, A. B. (2011). Medical tourism in the Caribbean. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 36 (2), 289-297.

Ramiró Matas, C., Salvador Serna, M. y García Codina, O. (2007). *Los determinantes y la gestión de la externalización en Cataluña*. Barcelona: Fundación Carles Pi i Sunyer.

Requena, M. L., Suárez, M., & Pérez, Ó. (2013). Encuestas de salud en España: situación actual. *Revista Española de Salud Pública*, 87 (6), 549-573.

Retamal González, A. y Monge Jodra, V. (2000). Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. *Revista Española de Salud Pública*, 74 (3), 275-286.

Reyes Domínguez, A. (1999) *La historia clínica como fuente de información en los estudios de calidad asistencial*. Tesis doctoral: Universidad de Sevilla.

Richard, S., Dionne, C. E. y Nouwen, A. (2011). Self-efficacy and health locus of control: relationship to occupational disability among workers with back pain. *Journal of occupational rehabilitation*, 21 (3), 421-430.

Richards, S. T. y Nelson, C. L. (2012). Problematic parental drinking and health: Investigating differences in adult children of alcoholics status, health locus of control, and health self-efficacy. *Journal of Communication in Healthcare*, 5 (2), 84-90.

Rincker, M. y Battle, M. (2011). Dissatisfied with Decentralisation: Explaining Citizens' Evaluations of Poland's 1999 Health Care Reforms. *Perspectives on European Politics and Society*, 12 (3), 340-357.

Rodríguez del Rosario, C., Núñez Díaz, S., García de Carlos, P., Rodríguez Palmero, I., Mahtani Mahtani, V., Hernández Rodríguez, M. A., ... y Alonso Bilbao, J. L. (2008). Características de la asistencia sanitaria a la llegada de inmigrantes africanos a las Islas Canarias. *Emergencias*, 20 (6), 411-418.

Rodríguez Míguez, E. y Pinto Prades, J. L. (2003). Valoración social de los tratamientos sanitarios: la importancia de la edad y de los efectos distributivos. *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía*, (804), 127-140.

Rodríguez Pérez, M. C., Cabrera de León, A., Morales Torres, R. M., Domínguez Coello, S., Alemán Sánchez, J. J., Brito Díaz, B., González Hernández, A. y Almeida González, D. (2012). Factors associated with knowledge and control of arterial hypertension in the Canary Islands. *Revista Española de Cardiología*, 65 (3), 234-240.

Rodríguez, J. (1987): "Estructura de la profesión médica Española", en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 39: 141-166

Rodríguez, P. G., Burguete, J. L. V. y Galán, J. L. P. (2010). La espiral de la credibilidad en los modelos de calidad de las administraciones públicas locales. *Pecunia: Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de León*, (2010), 25-43.

Rodríguez, V., Pruneda, G. y Cueto, B. (2014). Actitudes de la ciudadanía hacia los servicios públicos. Valoración y satisfacción en el periodo 2009-2011. *Política y sociedad*, 51 (2), 595-618.

Rodríguez-Legido, C. (1995). La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gaceta Sanitaria*, 9(50), 311-315.

Roldan, J. L. G. (1999). Calidad y Conocimiento en el Sistema Sanitario de Castilla y León. *Revista de investigación económica y social de Castilla y León*, (1), 51-72.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Rosales, C. B., Coe, M. K., Stroupe, N. R., Hackman, A., y De Zapien, J. G. (2010). The Culture of Health Survey: a qualitative assessment of a diabetes prevention coalition. *Journal of community health*, 35 (1), 4-9.

Rubio, V. O. (2005). De la evaluación a la Gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad. *Ekonomiaz: Revista vasca de economía*, (60), 58-75.

Runnels, V., Labonté, R., Packer, C., Chaudhry, S., Adams, O., y Blackmer, J. (2014). Canadian physicians' responses to cross border health care. *Globalization and health*, 10 (1), 1-7.

Russell, L. (2014). What Are the Parks for: Making Policy Explicit in the Park Service's NEPA Decisions. *Ecology LQ*, 41, 521-550.

Rydlewska, A., Krzysztofik, J., Libergal, J., Rybak, A., Banasiak, W., Ponikowski, P. y Jankowska, E. A. (2013). Health locus of control and the sense of self-efficacy in patients with systolic heart failure: a pilot study. *Patient Prefer Adherence*, 7, 337-343.

Saludas, J. M. L. (2013). ¿Se debe reunificar la sanidad pública? *eXtoikos*, (12), 21-30.

San Miguel, F., y De Rada Iguzquiza, V. D. (2005). *Opiniones y actitudes de la sociedad navarra hacia la sanidad en la comunidad foral*. Institución Futuro.

San Pedro, E. M. y Gil Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista internacional de psicología y Terapia Psicológica*, 3 (1), 91-109.

Sánchez, A. D., Fernández, L. L. y del Castillo, J. L. (1993). La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 7(34), 32-40.

Sánchez, M. F., Gérez, M. G., Lisón, E. G., Grima, A. G., Ayala, J. G., y Almagro, F. H. (2009). La inmigrante y su salud, un camino por recorrer en el S. XXI. *Enfermería Global*, 8 (1).

Sayegh, P. y Knight, B. G. (2013). Cross-cultural differences in dementia: the Sociocultural Health Belief Model. *International Psychogeriatrics*, 25 (04), 517-530.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Seale, H., Chughtai, A. A., Kaur, R., Phillipson, L., Novytska, Y., y Travaglia, J. (2016). Empowering patients in the hospital as a new approach to reducing the burden of health care-associated infections: The attitudes of hospital health care workers. *American journal of infection control*, 44 (3), 263-268.

Seekins, T., Fawcett, S. B., Cohen, S. H., Elder, J. P., Jason, L. A., Schnelle, J. F. y Winett, R. A. (1988). Experimental evaluation of public policy: the case of state legislation for child passenger safety. *Journal of applied behavior analysis*, 21 (3), 233-243.

Seeland, K. (2000). National Park policy and wildlife problems in Nepal and Bhutan. *Population & Environment*, 22 (1), 43-62.

Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C., y Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: a qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *American journal of infection control*, 42 (4), 405-411.

Sengupta, A. (2011). Medical tourism: reverse subsidy for the elite. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 36 (2), 312-319.

Serrano-Aguilar, P., Muñoz-Navarro, S. R., Ramallo-Fariña, Y. y Trujillo-Martín, M. M. (2009). Obesity and health related quality of life in the general adult population of the Canary Islands. *Qual Life Res*, 18 (2), 171-177.

Sheiman, I. y Shevski, V. (2014). Evaluation of health care delivery integration: the case of the Russian Federation. *Health policy*, 115 (2), 128-137.

Shemilt, I., Mugford, M., Vale, L., Marsh, K., Donaldson, C. y Drummond, M. (2010). Evidence synthesis, economics and public policy. *Research Synthesis Methods*, 1 (2), 126-135.

Simancas Cruz, M. R. y García Cruz, J. I. (2013). "La dimensión territorial de la residencialidad en las áreas turísticas consolidadas de Canarias". *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 63, 271-299.

Smith, P. J., Humiston, S. G., Marcuse, E. K., Zhao, Z., Dorell, C. G., Howes, C. y Hibbs, B. (2011). Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model. *Public health reports*, 126 (2 suppl), 135-146.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Song, L., Bensen, J. T., Zimmer, C., Sleath, B., Blackard, B., Fonham, E., ... y Mishel, M. (2013). Patient-health care provider communication among patients with newly diagnosed prostate cancer: Findings from a population-based survey. *Patient education and counseling*, 91 (1), 79-84.

Soto Mas, F., Lacoste Marín, J. A., Papenfuss, R. L. y Gutiérrez León, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista española de salud pública*, 71 (4), 335-341.

Stewart, J. (2013). Public policy as information. *Prometheus*, 31 (1), 3-19.

Straten, G. F., Friele, R. D., & Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social science & medicine*, 55 (2), 227-234.

Subirats, J. (2001). El análisis de las políticas públicas. *Gaceta sanitaria*, 15 (3), 259-264.

Subirats, J. (2005). Catorce puntos esenciales sobre la evaluación de las políticas públicas con especial referencia al caso de las políticas sociales. *EKONOMIAZ. Revista vasca de Economía*, 60 (03), 18-37.

Subirats, J., Grau, M., & Íñiguez-rueda, L. (2009). Un enfoque socio-técnico en el análisis de políticas públicas: un estudio de caso. *Política y Sociedad*, 45 (3), 199-217.

Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. y Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.

Tamayo Lorenzo, P. A. (2003) Descentralización sanitaria y asignación de recursos en España: un análisis desde la perspectiva de la equidad. *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía*, (804), 23-39.

Tervo, H., Müller-Wille, L., y Nikkonen, M. (2003). Health culture within the context of the northern environment. *International journal of circumpolar health*, 62 (2), 167-181.

Trujillo, M. D., y Plough, A. (2016). Building a culture of health: A new framework and measures for health and health care in America. *Social Science & Medicine*, 165, 206-213.

Valero-Garcés, C., y Walh-Kleiser, E. (2014). Desencuentros culturales en el ámbito de la salud: Las voces de los profesionales sanitarios y pacientes extranjeros. *Panace*, 5 (1).

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

- Vallés, J. M. (2004). *Ciencia Política. Una introducción*. Barcelona: Ariel.
- Valles, M. (2002): *Entrevistas cualitativas*. Madrid: CIS (Colección Cuadernos Metodológicos).
- Van de Walle, S. y Van Ryzin, G. G. (2011). The order of questions in a survey on citizen satisfaction with public services: lessons from a split-ballot experiment. *Public Administration*, 89 (4), 1436-1450.
- Van der Schee, E., Braun, B., Calnan, M., Schnee, M. y Groenewegen, P. P. (2007). Public trust in health care: a comparison of Germany, the Netherlands, and England and Wales. *Health Policy*, 81 (1), 56-67.
- Van der Schee, E., de Jong, J. D. y Groenewegen, P. P. (2012). The influence of a local, media covered hospital incident on public trust in health care. *The European Journal of Public Health*, 22 (4), 459-464.
- Van Exel, J., Baker, R., Mason, H., Donaldson, C., Brouwer, W. y Team, E. (2015). Public views on principles for health care priority setting: Findings of a European cross-country study using Q methodology. *Social science & medicine*, 126, 128-137.
- Vargas, C. S. (2009). La evaluación y el análisis de políticas públicas. *OPERA*, 9 (9), 23-51.
- Vernby, K. (2013). Inclusion and public policy: Evidence from Sweden's Introduction of Noncitizen suffrage. *American Journal of Political Science*, 57 (1), 15-29.
- Weng, H. C., Chen, Y. S., Lin, C. S., Tu, Y. K., Lin, H. H. y Yu, S. W. (2011). Specialty differences in the association between health care climate and patient trust. *Medical education*, 45 (9), 905-912.
- Wild, V. (2015). Universal access to health care for migrants: Applying cosmopolitanism to the domestic realm. *Public Health Ethics*, 8 (2), 162-172.
- Wong, R. K., Wong, M. L., Chan, Y. H., Feng, Z., Wai, C. T. y Yeoh, K. G. (2013). Gender differences in predictors of colorectal cancer screening uptake: a national cross sectional study based on the health belief model. *BMC Public Health*, 13 (1), 677.
- Yang, S., He, C., Zhang, X., Sun, K., Wu, S., Sun, X. y Li, Y. (2016). Determinants of antihypertensive adherence among patients in Beijing: Application of the health belief

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

model. *Patient Education and Counseling*, 99 (11), 1894-1900.

Yilmaz, M. y Sayin, Y. Y. (2014). Turkish translation and adaptation of Champion's Health Belief Model Scales for breast cancer mammography screening. *Journal of clinical nursing*, 23 (13-14), 1978-1989.

Yue, Z., Li, C., Weilin, Q. y Bin, W. (2015). Application of the health belief model to improve the understanding of antihypertensive medication adherence among Chinese patients. *Patient education and counseling*, 98 (5), 669-673.

Zamudio Sánchez, F. J., Soto Rojas, L. y Piste Tut, S. (2011). Estimación del tiempo de satisfacción de los servicios públicos en México: comparativo 1996-2000 y 2001-2005. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 19 (37), 195-219.

Zapico Goñi, E (1998). La integración de la evaluación de políticas públicas en el proceso presupuestario. *Gestión y análisis de políticas públicas*, (11), 53-60.

Zhang, L. L., Dalal, K. y Wang, S. M. (2013). Injury related risk behaviour: a health belief model-based study of primary school students in a safe community in Shanghai. *PLoS one*, 8 (8), e70563.

Zheng, S., Hui, S. F. y Yang, Z. (2017). Hospital trust or doctor trust? A fuzzy analysis of trust in the health care setting. *Journal of Business Research*. In press.

Zhou, D. Q. y Grumbine, R. E. (2011). National parks in China: Experiments with protecting nature and human livelihoods in Yunnan province, Peoples' Republic of China (PRC). *Biological Conservation*, 144 (5), 1314-1321.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

ANEXO I. CUESTIONARIO A USUARIOS DEL HUC-OFRA

0. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Número de Cuestionario: _____

Fecha de realización: ___/___/2017 Hora de realización: ___:___

P0.1 .¿Es usted Médico?

Sí. Final de la entrevista.	
No.	

P0.2. Persona entrevistada: Mujer Hombre

P0.3 .¿Me podía decir cuál es su edad?: _____

P0.4. ¿Me podría decir cuál es su nacionalidad?

Española	
Extranjera. Cuál	

P0.5. ¿Reside usted la mayor parte del año en Tenerife?

Sí.	
No.	

P0.6. En el caso de no reside en Tenerife, ¿dónde reside la mayor parte del año?

P0.7. ¿Y cuál es el motivo por el que se encuentra en Tenerife?

P0.6.	P0.7.
Otras isla de Canarias.	Turismo
Resto de España.	Negocios
País Europeo. Cual: _____	Visitar a la Familia/Amigos
Otro país del mundo. Cual: _____	

P0.8. ¿Cuál es su nivel de estudios máximo alcanzado?

1. Sin Estudios	
2. Primarios	
3. ESO/EGB/Garantía Social	
4. FPI/FP Grado Medio.	
5. FPII/ FP Grado Superior.	
6. Bachillerato.	

156

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

7. Universitarios.	
--------------------	--

P0.9. ¿Me podría decir cuál es su situación laboral actual?

1. Trabaja. Profesión:	(poner literal lo que diga)	
2. En situación de desempleo.		
3. Estudiante		
4. Trabaja y estudia.		
5. Jubilado/a - Pensionista.		
6. Persona incapacitada permanente para trabajar.		
7. Dedicada a las labores domésticas del hogar.		

P0.10. ¿Cuál es su estado civil actual?

1. Soltero/a.	
2. Casado/a, pareja de hecho o viviendo en pareja	
3. Separado/a o divorciado/a	
4. Viudo/a	

I. FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD

P.1.1 ¿Acostumbra Ud. a leer noticias o suplementos en los periódicos sobre temas de salud o medicina?					
P.1.2 ¿Acostumbra Ud. a oír programas de radio dedicados a temas de salud o medicina?					
P.1.3 ¿Acostumbra Ud. a ver programas de televisión dedicados a temas de salud o medicina?					
P.1.4 ¿Acostumbra Ud. a leer noticias en Internet sobre temas de salud o medicina?					
P.1.5. ¿Acostumbra Ud. a leer libros dedicados a temas de salud o medicina?					
	P.1.1	P.1.2	P.1.3	P.1.4	P.1.5
Sí	1	1	1	1	1
No	2	2	2	2	2
NS	8	8	8	8	8

P.2. ¿Podría decirme con qué frecuencia forman parte de sus conversaciones con familiares, amigos o compañeros de trabajo los temas de salud o medicina? MOSTRAR TARJETA - RESPUESTA ÚNICA	
Casi nunca	1
Con poca frecuencia	2
Con bastante frecuencia	3
Con mucha frecuencia	4
No sabe	8
No contesta	9

P.3. En los últimos 12 meses, personalmente, ¿se ha conectado alguna vez a Internet? Entendiendo que puede conectarse a Internet para la utilización de cualquiera de los servicios que lo componen: navegación por la web, correo electrónico (e-mail), foros (chats), transferencia de ficheros, etc.		
Sí	1	→ P.3.1
No	2	→ P.4.
No contesta	9	

Si SE HA CONECTADO A INTERNET

P.3.1. ¿Ha utilizado Internet en los últimos 6 meses para: LEER?			
	SI	NO	NC
1. Buscar información sobre temas de salud o medicina	1 (ir a P3.1.1.)	2	9

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

2. Comprar medicamentos	1 (ir a P3.1.1.)	2	9
3. Descargar algún artículo sobre temas de salud o medicina	1 (ir a P3.1.1.)	2	9
4. Ver a través de Internet alguna conferencia sobre temas de salud o medicina	1 (ir a P3.1.1.)	2	9
5. Participar a través de Internet en un foro o chat sobre temas de salud o medicina	1 (ir a P3.1.1.)	2	9

SI HA UTILIZADO INTERNET PARA BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD O MEDICINA (SI EN ALGUNO DE LOS ITEMS 3.1.)

P.3.1.1. ¿La última vez que usted buscó información sobre salud o medicina lo hizo... MOSTRAR TARJETA. RESPUESTA ÚNICA

Antes de ir al médico o al hospital	1
Después de ir al médico o al hospital, para contrastar o ampliar la información que me habían dado	2
Como alternativa para informarme de una cuestión o problema de salud y así no tener que ir al médico u hospital	3
No necesitaba ir al médico, sólo quería buscar información	7
No sabe	8
No contesta	9

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

II. VALORACIÓN DE SU ESTADO DE SALUD Y HÁBITOS DE VIDA

P.4. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo? LEER	
Muy bueno	1
Bueno	2
Regular	3
Malo	4
Muy malo	5
NS	8
NC	9

(Encuesta Nacional de Salud)

P.5. Cambiando de tema, ¿podría decirme si fuma o ha fumado Ud. alguna vez en su vida de forma habitual? LEER	
Sí, en la actualidad fumo diariamente	1
Sí, en la actualidad fumo pero no diariamente	2
Actualmente no fumo, pero he fumado	3
Nunca he fumado	4
NC	9

P.6. ¿Consume bebidas alcohólicas?	
Si	1 (Ir a P6.1)
No	2
NC	9

A LOS QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS

P.6.1. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia ha consumido alguna bebida alcohólica? MOSTRAR TARJETA	
Diariamente	1
4 a 5 veces a la semana	2
2 a 3 veces a la semana	3
Una vez a la semana	4
2 a 3 veces al mes	5
Una vez al mes	6
NS	8
NC	9

P.7. Cambiando de tema, ¿cómo describiría su peso en la actualidad? Siente que tiene: LEER	
Mucho sobrepeso	1
Algo de sobrepeso	2
El peso adecuado	3
Algo menos de peso que el adecuado	4
Mucho menos peso que el adecuado	5
NS	8
NC	9

(Obesity Survey Research Report..Virginia Foundation for Healthy Youth)

III. HEALTH BELIEF MODEL / HEALTH LOCUS OF CONTROL EFFICACY

P.8. ¿En qué medida cree usted que es probable que le puede suceder o no en los próximos años cada una de las situaciones que le leo? Cree que es nada, poco, bastante o muy probable que le suceda? LEER.

159

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

ROTAR MOSTRAR TARJETA						
	Nada probable	Poco probable	Bastante probable	Muy probable	NS	NC
1. Sufrir alguna enfermedad grave	1	2	3	4	8	9
2. Ser víctima de una epidemia a gran escala	1	2	3	4	8	9
3. Sufrir los efectos de la contaminación por bacterias de los alimentos	1	2	3	4	8	9
4. Tener un trastorno mental o psicológico como depresión, ataque de pánico, etc.	1	2	3	4	8	9
5. Sufrir un accidente de tráfico	1	2	3	4	8	9

P.9. ¿En qué medida cree usted que los siguientes aspectos influyen en que una persona tenga un buen estado de salud y no se enferme con frecuencia? Utilice, por favor, una escala de 0 a 10, donde 0 significa que no influyen en absoluto y 10 que influyen completamente. LEER / MOSTRAR TARJETA

	0-10	NS	NC
La predisposición familiar o genética		98	99
La situación económica del país		98	99
El medio ambiente		98	99
El apoyo de familiares y amigos		98	99
Su situación económica personal		98	99
El esfuerzo personal		98	99
La suerte, el azar		98	99
El nivel de educación y la preparación personal		98	99
Los hábitos y estilo de vida de cada persona		98	99

P.10. Y pensando en algunos hábitos y estilos de vida ¿en qué medida cree usted que los siguientes hábitos influyen en que una persona tenga un buen estado de salud y no se enferme con frecuencia? Utilice, por favor, una escala de 0 a 10, donde 0 significa que no influyen en absoluto y 10 que influyen completamente. LEER / MOSTRAR TARJETA

	0-10	NS	NC
No fumar		98	99
No tomar alcohol en exceso		98	99
Hacer ejercicio		98	99
Llevar a cabo una dieta equilibrada		98	99
No tener sobrepeso		98	99
Hacerse controles médicos periódicos		98	99
Reducir los niveles de stress		98	99
No consumir drogas		98	99

P.11. ¿Cree usted que puede hacer algo para mejorar su estado de salud?

SI	1	Ir a P.11.1. A P.12
NO	2	
NS	8	
NC	9	

(Health Education Population Survey, 2007. NSH Health Scotland modificado)

SI CREE QUE PUEDE HACER ALGO

P.11.1. ¿Qué cree usted que podría hacer usted para mejorar su estado de salud? NO LEER-ESPONTÁNEA. RESPUESTA MÚLTIPLE

Dejar de fumar	1
Tomar menos alcohol	2
Perder peso	3
Comer más equilibradamente	4
Reducir el nivel de stress	5
Hacer más ejercicio físico	6

160

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKIo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Visitar a un médico o especialista	7
Otros:	96
NS	98
NC	99

Health Education Population Survey, 2007. NSH Health Scotland modificado

P.12. ¿Siente usted que algo le frena o impide de llevar a cabo alguna medida o cambio de hábito para mejorar su estado salud?		
SI	1	Ir a P.12.1
NO	2	Ir a P.13
NS	8	
NC	9	

SI DICE SI

P.12.1. ¿Qué cree usted que le frena o impide de llevar a cabo alguna medida o cambio de hábito para mejorar su estado de salud? MOSTRAR TARJETA. RESPUESTA MÚLTIPLE	
Falta de voluntad / disciplina	1
Compromisos laborales	2
Compromisos familiares	3
Adicción	4
Problemas de salud	5
Problemas físicos	6
Problemas económicos	7
Falta de tiempo	8
Falta de conocimiento	9
Falta de interés	10
Otros:	96
NS	98
NC	99

P.13. Le voy a leer una serie de frases y me gustaría que me dijera cuál es su grado de acuerdo con cada una de ellas. Utilice, por favor, una escala de 0 a 10, donde 0 significa que está completamente en desacuerdo y 10 que está completamente de acuerdo. LEER / MOSTRAR TARJETA			
	0-10	NS	NC
1. Si tengo que enfermar, me pondré enfermo, con independencia de lo que yo haga	CE A	98	99
2. Lo mejor para evitar enfermedades es ir al médico con regularidad	CE M	98	99
3. La ayuda que recibo de otras personas tiene un papel fundamental en la rapidez con la que me repongo de una enfermedad	CE	98	99
4. Mi genética tiene un papel fundamental en la rapidez con la que me repongo de una enfermedad		98	99
5. Mi salud es una cuestión de suerte	CE A	98	99
6. Si hago lo que debo hacer, puedo estar sano	CI	98	99
7. Mi médico tiene un papel fundamental en la rapidez con la que me repongo de una enfermedad	CE M	98	99
8. Yo soy el principal responsable de mi estado de salud	CI	98	99
9. La mayoría de las cosas que afectan mi salud suceden por accidente	CE A	98	99
10. Mi propio comportamiento tiene un papel fundamental en la rapidez con la que me repongo de una enfermedad	CI	98	99
11. Para mantener mi estado de salud es fundamental hacer exactamente lo que mi médico me indica	CE M	98	99
12. La suerte tiene un papel fundamental en la rapidez con la que me repongo de una enfermedad	CE A	98	99
13. Tengo un completo control sobre mi salud	CI	98	99

161

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

14. Los factores genéticos son los que determinan fundamentalmente mi estado de salud		98	99
---	--	----	----

0

IV. ASISTENCIA A LA SANIDAD

P.14. En general ¿con qué frecuencia acude Ud. al médico de cabecera? LEER	
Una vez a la semana	1
Una vez al mes	2
3 o 5 veces al año	3
1 o 2 veces al año	4
Con menor frecuencia	5
NS	8
NC	9

(Cultura Sanitaria FBBVA Modificada)

P.15. Durante los últimos 12 meses, ¿a la consulta de qué médico/s especialista ha acudido? NO LEER. ESPONTÁNEA. RESPUESTA MÚLTIPLE	
Alergología	1
Aparato digestivo	2
Cardiología	3
Cirugía general y digestiva	4
Cirugía cardiovascular	5
Cirugía vascular	6
Dermatología	7
Endocrinología y nutrición	8
Geriatría	9
Ginecología-obstetricia	10
Medicina interna	11
Nefrología	12
Neumología	13
Dentista	14
Neurocirugía	15
Neurología	16
Oftalmología	17
Oncología	18
Otorrinolaringología	19
Psiquiatría	20
Rehabilitación	21
Reumatología	22
Traumatología	23
Urología	24
Otra especialidad	25
Ninguno	97
NS	98
NC	99

(Encuesta Nacional de Salud)

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P.16. ¿En los últimos 12 meses se ha hecho algún tipo de prueba como				
	SI	NO	NS	NC
Radiografías	1	2	8	9
Ecografías	1	2	8	9
Colonoscopia	1	2	8	9
PSA (Prueba específica de próstata)	1	2	8	9
Análisis de sangre	1	2	8	9
Análisis de orina	1	2	8	9
TAC	1	2	8	9
Resonancia magnética	1	2	8	9
Mamografía	1	2	8	9

P.17. En estos últimos 12 meses, ¿ha tenido que utilizar alguno de los siguientes servicios médicos por algún problema o enfermedad?			
	SI	NO	NC
Atención Primaria, es decir, consultas de medicina general o pediatría	1	2	9
Asistencia especializada, es decir, consultas de especialistas, salvo dentistas	1	2	9
Ingreso en hospital	1	2	9
Urgencias	1	2	9

(CIS)

P.18. Con independencia de qué los haya utilizado o no, por lo que usted pueda saber ¿cómo valoraría los siguientes servicios médicos públicos? Utilice, por favor, una escala de 0 a 10 en la que 0 significa que tiene una opinión muy mala y 10 que tiene una opinión muy buena. LEER/ ROTAR. MOSTRAR TARJETA/			
	00-10	NS	NC
Atención Primaria, es decir, consultas de medicina general o pediatría		98	99
Asistencia especializada, es decir, consultas de especialistas, salvo dentistas		98	99
Ingreso en hospital		98	99
Urgencias		98	99

P.19. ¿Ha visitado para usted alguna vez en su vida a un...?						
SI HA VISITADO A ALGUNO, PREGUNTAR POR CADA UNO QUE HA VISITADO						
P.20. ¿Y durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado para usted a un (LEER SEGÚN RESPUESTA P.17.1)?						
	P19			P20		
	Si	No	NC	Si	No	NC
Homeópata	1	2	9	1	2	9
Acupuntor	1	2	9	1	2	9
Herborista	1	2	9	1	2	9
Curandero	1	2	9	1	2	9
Otro profesional de medicina alternativa	1	2	9	1	2	9

(Encuesta Europea de Salud)

P.21. Voy a leerle una serie de frases. Me gustaría que me dijera en qué medida está de acuerdo con cada una de ellas. Utilice, por favor, una escala de 0 a 10 en la que 0 significa que está completamente en desacuerdo y 10 que está totalmente de acuerdo LEER/ ROTAR. MOSTRAR TARJETA/			
	00-10	NS	NC
La medicina alternativa ofrece mejores soluciones para los problemas de salud que la medicina convencional		98	99
Para algunos problemas de salud es mejor recurrir a la medicina alternativa		98	99
Si tuviera un problema grave de salud nunca recurriría a la medicina alternativa		98	99
En la medicina alternativa hay tan buenos profesionales como en la medicina convencional		98	99

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

V. VALORACIÓN DEL SISTEMA SAMINTARIO ACCESO AL SISTEMA DE SALUD:
SEGURIDAD SOCIAL, MEDICINA DE PAGO

P.22. ¿En general, cómo esta de satisfecho con el sistema de salud pública de España? LEER	
Muy satisfecho	1
Bastante satisfecho	2
Ni satisfecho ni insatisfecho	3
Insatisfecho	4
Muy insatisfecho	5
Ns	8
Nc	9

P22.1.

P.29. En general, ¿Cómo puntuaría los siguientes aspectos relativos a la atención sanitaria?			
	00-10	NS	NC
Las listas de espera		98	99
El tiempo de espera en consulta		98	99
Comodidad de las instalaciones de espera		98	99
Capacitación de los médicos		98	99
Señalización		98	99
Amabilidad e interés de los médicos		98	99
Amabilidad e interés de los enfermeros		98	99
Amabilidad e interés del personal administrativo		98	99
Información transmitida por los médicos		98	99

P.23. ¿Tiene usted contratado algún tipo de seguro médico privado?	
Si	1
No	2
NC	9

A LOS QUE SI TIENEN SEGURO MÉDICO PRIVADO

P.23.1. ¿Quién paga ese seguro médico? LEER	
Yo mismo,	1
Otro familiar	2
La empresa	3
Otros	4
NS	8
NC	9

P.24. ¿En general cómo esta de satisfecho con su seguro médico privado? LEER	
Muy satisfecho	1
Bastante satisfecho	2
Ni satisfecho ni insatisfecho	3
Insatisfecho	4
Muy insatisfecho	5
Ns	8
Nc	9

164

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P.25. Habitualmente, en sus consultas médicas usted utiliza: LEER	
En mayor medida el sistema de salud público	1
En mayor medida el seguro médico privado	2
Ambos por igual	3
NS	8
NC	9

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
 Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
 UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P.26. Hablando ahora de las distintas formas de resolver las necesidades sanitarias de la gente. Quisiera que me dijera ¿con cuál de estas frases está Ud. más de acuerdo? MOSTRAR TARJETA	
-Todos los servicios sanitarios deberían ser públicos y gratuitos	1
-Lo mejor es que haya servicios sanitarios públicos y servicios privados, para poder elegir.	2
-La gran mayoría de los servicios sanitarios (excepto unos pocos públicos) deberían ser privados	3
Ns	8
NC	9

(Cultura Sanitaria FBBVA)

P.27. En la actualidad se dice que cada vez resulta más caro al Estado correr con todos los gastos sanitarios de la población. ¿Cuál de las opciones siguientes le parecería más adecuada para resolver este problema? LEER	
-Que el Estado pague todos los gastos sanitarios	1
-Que los usuarios paguen parte de los gastos sanitarios	2
-Que los usuarios paguen todos los gastos sanitarios	3
Ns	8
NC	9

(Cultura Sanitaria FBBVA)

P.28. Uno de los apartados más importantes de los gastos sanitarios se refieren a los gastos farmacéuticos. A su juicio, ¿qué tipo de mecanismo considera más adecuado para resolver este problema? MOSTRAR TARJETA	
-Los medicamentos deben ser gratuitos para todos	1
-Que el Estado debe subvencionar una parte de los medicamentos dependiendo de la situación económica de la persona	2
-Todo el mundo debería pagar los medicamentos que consume	3
Ns	8
NC	9

(Cultura Sanitaria FBBVA)

VI. VISIÓN Y CONFIANZA EN LA COMUNIDAD DE PROFESIONALES DE LA SALUD

P.29. En general, ¿en qué medida le inspiran hoy confianza los siguientes grupos y profesiones? Utilice, por favor, una escala de 0 a 10 en la que 0 significa que no le inspiran ninguna confianza y 10 que le inspiran mucha confianza. LEER/ ROTAR. MOSTRAR TARJETA/			
	00-10	NS	NC
Los empresarios		98	99
Los políticos		98	99
Los médicos		98	99
Los maestros y profesores		98	99

166

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Los ingenieros		98	99
Los periodistas		98	99
Los informáticos		98	99
Los ecologistas		98	99
Los religiosos (sacerdotes, obispos, pastores, rabinos, etc.)		98	99
Los científicos		98	99

P.30. ¿Y qué grado de acuerdo tiene con las siguientes frases sobre los médicos? Utilice, por favor, una escala de 0 a 10, donde 0 significa que está completamente en desacuerdo y 10 completamente de acuerdo. LEER/ ROTAR. MOSTRAR TARJETA/

	0-10	NS	NC
1. Cuando mi médico me explica algo, entiendo sin dificultad lo que me dice	+	98	99
2. Cada vez los médicos atienden más rápido	-	98	99
3. Los médicos están cada vez mejor preparados científicamente	CS +	98	99
4. Solo me importa que mi médico sea capaz, no me interesa que sea amable		98	99
5. Se perdió la relación más humana con los médicos y los pacientes somos cada vez más un número	-	98	99
6. En general, siento que el médico me escucha con interés y atención	+	98	99
7. Las relaciones con los médicos están cada vez más despersonalizada	CS -	98	99
8. Siento que le puedo preguntar a mi médico todas las dudas que tengo y puedo darle mi opinión sobre lo que él/ella me dice	+	98	99
9. Los médicos hablan en un lenguaje demasiado técnico	-	98	99
10. Los médicos son gente entregada que trabajan por el bien de las personas	CS +	98	99
11. No tengo confianza en que los médicos mantengan la confidencialidad o el secreto de lo que los pacientes les cuentan en las consultas	CS -	98	99
12. Para mí es tan importante que mi médico tenga capacidad técnica como capacidad para escuchar y comunicarse con sus pacientes		98	99
13. Me es indiferente que el médico que me atiende sea hombre o mujer	CS	98	99

CS: Cultura Sanitaria FBBVA

P.31. ¿Podría decirme, por favor, en qué medida confía en la información sobre temas de salud o medicina que ofrecen los siguientes grupos y organizaciones? Utilice, por favor, una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no le merecen ninguna confianza y 10 que le merecen mucha confianza. LEER/ ROTAR. MOSTRAR TARJETA/

	00-10	NS	NC
Las Universidades		98	99
Los medios de comunicación		98	99
El Ministerio de Salud		98	99
La Comisión Europea		98	99
Las asociaciones de profesionales médicos		98	99
La Organización Mundial de la Salud		98	99

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

ANEXO II. GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A PROFESIONALES SANITARIOS

1) Grado de satisfacción de los usuarios del Servicio Canario de Salud

- Conocimiento previo sobre la satisfacción de los pacientes
- Satisfacción de los propios pacientes con diferentes elementos: instalaciones, médicos atención, etc.
- Percepción social en los pacientes de la sanidad
- Valoración social de los diferentes servicios: atención primaria, urgencias, especializadas
- Percepción social de las diferencias entre sanidad pública y la privada
- Influencia de los hábitos y el estilo de vida en la salud de los pacientes

2) Satisfacción y origen social

- Influencia del nivel cultural y del grado de conocimiento de cuestiones sanitarias en la satisfacción de los pacientes
- Influencia del uso de Internet por parte de los pacientes en la satisfacción con la asistencia sanitaria

3) Turismo y sanidad

- Sanidad como producto turístico
- Conocimiento y valoración del turismo sanitario
- Perfiles de este tipo de turista: procedencia, nivel adquisitivo, a donde van, especialidades más utilizadas.
- Afección del turismo sanitario al Sistema Nacional de Salud

168

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

-Satisfacción con la sanidad y demanda turística. Diferencia en cuanto a la satisfacción (de su experiencia profesional) entre población autóctona-turistas-inmigrantes.

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

ANEXO III. FICHAS DE LAS ENTREVISTAS

Ficha de la Entrevista I

Sexo: hombre

Edad: 65

Estudios: Licenciado en Medicina, especialidad en Cirugía

Años de experiencia en la profesión: 38

Fecha de la entrevista: 04/04/2017

Duración: 30:34

Localización de la entrevista: despacho del profesional

Lugar de residencia: Tenerife

Incidencias de la entrevista: interrupción para una consulta en el despacho en un momento de la entrevista que puede cortar la profundidad del argumento (#00:06:18-3#). En otro momento hay algún ruido ambiental puntual que dificulta esa parte de la transcripción.

Ficha de la Entrevista II

Sexo: hombre

Edad: 48

Estudios: Diplomado en Enfermería, Especialidad UCI

Años de experiencia en la profesión: 22

Fecha de la entrevista: 04/05/2017

Duración: 18:38

Localización de la entrevista: despacho del informante

Lugar de residencia: Tenerife

170

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Incidencias de la entrevista: sin incidencias

Ficha de la Entrevista III

Sexo: hombre

Edad: 52

Estudios: Licenciado en Medicina

Años de experiencia en la profesión: 24

Fecha de la entrevista: 04/05/2017

Duración: 11:30

Localización de la entrevista: despacho del entrevistado

Lugar de residencia: Tenerife

Incidencias de la entrevista: alguna parte puntual que no se entiende por ruido ambiental

Ficha de la Entrevista IV

Sexo: mujer

Edad: 32

Estudios: licenciada en Medicina, especialidad Cirugía

Años de experiencia en la profesión: 5

Fecha de la entrevista: 32

Duración: 18:16

Localización de la entrevista: despacho de la profesional

Lugar de residencia: Tenerife

Incidencias de la entrevista: sin incidencias

171

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Ficha de la Entrevista V

Sexo: mujer

Edad: 60

Estudios: diplomada en Enfermería

Años de experiencia en la profesión: 40

Fecha de la entrevista: 04/05/2017

Duración: 19:12

Localización de la entrevista: despacho de la profesional

Lugar de residencia: Tenerife

Incidencias de la entrevista: respuestas escuetas

Ficha de la Entrevista VI

Sexo: mujer

Edad: 30

Estudios: licenciada en Medicina

Años de experiencia en la profesión: 6

Fecha de la entrevista: 04/05/2017

Duración: 18:39

Localización de la entrevista: despacho de la profesional

Lugar de residencia: Tenerife

Incidencias de la entrevista: sin incidencias

172

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

ANEXO IV. TRANSCRIPCIONES DE LAS ENTREVISTAS

Transcripción de la Entrevista 1 (médico cirujano, 65 años)

P: Buenos días. Estamos aquí con un médico con muchos años de experiencia para participar en una investigación sobre la percepción social de la sanidad. Entonces, un primer bloque del que vamos a hablar es el tema de la satisfacción de los pacientes.

#00:00:27-7#

¿Usted ha leído algo de estudios, algún estudio, tiene datos acerca de la satisfacción de los pacientes y usuarios del Servicio Canario de Salud? #00:00:36-7#

R: Bueno, he leído los documentos que van circulando por el hospital. Las sesiones clínicas también que preparas... Lo más importante es la percepción personal que te queda después de muchos años de trabajo. Porque en la relación con el paciente, tú ya percibes la satisfacción simplemente... Esa experiencia sería la más importante porque lo otro son documentos que serían incluso las ideas de otros, pero la percepción tuya es la más importante y la que te queda. #00:01:14-2#

P: ¿Y todas estas valoraciones que se hacen, se hacen cuestionarios... qué cree que tiene en cuenta el paciente a la hora de mostrarse más satisfecho o más insatisfecho?

#00:01:26-3#

R: La atención personal, los conocimientos que aporte el médico... El paciente lo que quiere es curarse, es lo es lo básico. Él quiere recuperar su salud, y es por lo que está. Sin embargo, eso requiere de la interacción entre ambas personas, y no solamente entre

173

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

médico y paciente, sino también la señora de la limpieza y la auxiliar. Y entonces, aunque se va curado, también es importante la segunda faceta, porque de sirve que uno haga una gran operación si luego se resbala porque el piso no está bien seco. Entonces, creo que es de todo el equipo. Sin embargo, el paciente lo que quiere es que los conocimientos profesionales sean los idóneos. Y luego, pues a veces, el mal trato que hay en el trabajo se percibe que la situación del personal es de sobrecarga de trabajo, ¿no? #00:02:22-7#

Creo que el paciente lo que quiere realmente es curarse, porque además, si se cura ya esa relación se pierde, porque ya no tiene que volver. Creo que es importante que el equipo completo haga posible que el paciente se vaya contento. #00:02:41-2#

P: ¿Y cree que, considerando la satisfacción con la instalaciones por ejemplo, con la atención personal por parte del médico que lo atiende de forma privada, en un habitáculo privado, y también respecto al propio funcionamiento del sistema, qué cree que más valoran las personas por orden de importancia? #00:03:08-7#

R: Yo creo que las instalaciones, que son obsoletas en cierta medida. la intimidad del paciente no la tenemos al 100%, son habitaciones compartidas, incluso las historias clínicas se hacen delante del paciente de al lao. Entonces hay cosas que deberíamos considerar, y no disponemos de despachos, en la estructura del hospital, donde tú puedas hacer esta parte, de llevar al paciente a la consulta, pasarlo al despacho a la primera planta, historiales y explorarle... Cuando vas a planta, pues también, pero bueno, tenemos los separadores y demás, pero las instalaciones es lo que más valoran los pacientes. Y más en estos hospitales antiguos, que no están adecuados. Entonces, es evidente que hay que mejorar bastante. #00:03:58-5#

P: ¿Y las listas de espera y todo este tipo de cuestiones relacionadas con el sistema, cree que afecta de manera decisiva, además de las instalaciones, ese hecho? ¿Y de qué forma? #00:04:18-5#

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R: Por supuesto que sí. Las listas de espera son insufrible. Las listas de espera, a veces, son problemáticas, porque no es lo mismo esperar por una operación banal, que por un diagnóstico. Mientras no tienes un diagnóstico, no tienes un tratamiento. Entonces, hay que agilizar el diagnóstico. No puede ser que una persona vaya a pedir cita y le den para dos años. Eso es (*se ríe*)... ni para tres meses... ni para tres meses... Es decir, que no tanto ya es operar una hernia que es estar tres años esperando, bueno afortunadamente ya menos en nuestro servicio, pero que tenga que verle un médico por unos síntomas que haberles estudiado... Eso hay que erradicarlo. No estamos haciendo las cosas bien hasta que eso no lo solucionemos. O una prueba complementaria, lo mismo. Es decir, si estableces un diagnóstico estableces un tratamiento, si no tienes un diagnóstico es un problema muy gordo, mientras que si tienes un diagnóstico sabes cuál es la urgencia de esa situación. Yo creo que es vital que las primeras consultas sean instantáneas. Al menos, aunque a mí no me gustan mucho, las virtuales. Esa a mí no me gusta mucho, ¿vale? Pero al menos que un especialista conozco eso por lo que te repiten qué síntomas tienen... #00:05:39-7#

P: ¿Están habiendo consultas virtuales? #00:05:39-7#

R: Sí, sí... Existen y pueden ser útiles. Pero pueden ser útiles para valorar un análisis, o una radiografía. Pero para hacer una historia clínica no. Pero puede ser útil, y en un problema de masificación, pues yo también las consideraría. Pero... una primera visita... (*Interrupción*). Una primera visita, con unos síntomas no estudiados, eso es impermisible que no se arregle en un plazo mínimo. #00:06:18-3#

P: Se ha hablado muchas veces en los medios de comunicación, en la opinión pública, de que la sanidad española es mala. La percepción de la gente es que es mala, hay demasiadas listas de espera, pocos médicos, en fin.. ¿Usted cree que eso es así? #00:06:33-4#

R: Del punto negativo ya acabamos de hablar, que son las demoras... Eso es lo más importante. Luego, la sanidad española no es mala, es tardía en algunos casos, pero es

175

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

excepcionalmente buena. No hay limitación de las pruebas complementarias, es decir, el profesional libremente accede prácticamente a todo, quizás en exceso... Y los resultados son buenos. Probablemente, eh... hay entornos en los que son antiguos y dan la sensación de que es malo (*no se entiende*). Pero el paciente se va bien tratado. Se va bien atendido, por lo general. #00:07:19-9#

Yo creo que la sanidad española es bastante buena, ha costado un sacrificio económico muy alto, pero no nos podemos quejar. Si obviamos las demoras, sería excepcional. #00:07:40-9#

P: Me habla usted del tema de la atención que es un tema que, se habla muchas veces, que es un ejemplo de... #00:07:42-2#

R: (*Interrumpe*) Mira, hay una situación que tampoco ayuda mucho. Y es el trabajo precario y las rotaciones de trabajadores de... fundamentalmente auxiliares y enfermeros, ¿no? El personal está cualificado, preparado, pero la influencia externa de esta forma de vivir que tenemos hoy en día está influyendo. Y, eh... A veces los profesionales traemos nuestros problemas al trabajo... Eso, es así, y sí que influye negativamente. Y que el trabajador no se sienta formando parte de un equipo fijo porque está, no está, o tiene un contrato de 3 meses o 1 mes y se va, pues... Esto incluye también que tu rendimiento, no tanto en el quehacer profesional sino en el humano, se vea también afectado, porque tú tienes tus inseguridades laborales y se las estás transmitiendo al medio en que te desenvuelves. #00:08:48-0#

P: Y por decir así... a veces, ¿es necesario diferenciar, respecto a la evaluación, la satisfacción del paciente, la atención primaria y la especializada, no? Porque, ¿por qué cree que van tan poca gente a atención primaria, sino directamente... No quieren ni pasar por atención primaria? #00:09:05-1#

R: Hay un hecho fundamental. Es evidente que el problema más grande nuestro es la atención primaria. Aunque ha mejorado, tiene que mejorar mucho más,

176

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

fundamentalmente los servicios de urgencia. Aquí, el conflicto surge en que el paciente que va al hospital se va a ver mejor atendido. Tú vas a un centro de salud... Yo, siempre he trabajado en el hospital. Cuando trabajaba en el hospital, cuando empezaba, trabajé en atención primaria y... muchos años y ha cambiado. El problema es que las urgencias externas... (*silencio*) no sé cómo funciona.. Pero a la vista de cómo están, funcionan mal. Y la otra cosa que hay que eh... incluir, es que cuando vas a un hospital sabes que ya de entrada te va a ver el especialistas, te va a pedir un scanner.. Te va a hacer la prueba, y te vas con las pruebas hechas. Y tú con un catarro banal, te vienes directamente al hospital... Si sabes que si te vas a hacer todo eso, que muchas veces no es necesario... #00:10:23-6#

Yo creo que la relación entre atención primaria y los hospitales ha mejorado mucho, sobre todo con la informática... Y falta esta percepción de que el paciente en los servicios de urgencia se vaya a sentir bien atendido, que siempre se da, con las pruebas idóneas mínimas, para no tener que venir al hospital. Hombre, forzar a que el paciente pase siempre por el centro de salud antes que al hospital, necesita de una organización sanitaria muy grande para hacer eso. Antes funcionaban lo que se llamaban las lecheras, las ambulancias, iban a las cosas... Yo fui médico de urgencias y estaba 24 horas en la consulta, pero la medicina de ahora ha cambiado mucho. Ahora vamos a la prueba de imagen más que a la historia clínica, entonces, claro, pues el médico que te hace la historia clínica en el ambulatorio tú no te fías. Vienes aquí porque te van a hacer el scanner porque te duele el pecho. #00:11:24-3#

Eso habría que cambiar de tal, manera que los servicios de urgencia funcionaran mejor, el personal está preparado... Cuando terminábamos en aquella época éramos médicos generales, nos íbamos directamente al trabajo, y ahora están atendidos por profesionales que han estado 4 años formándose. Y bien formados la mayoría, entonces no sé por qué los servicios de urgencia no funcionan, y esto yo creo que sería una cosa más bien de la Consejería, que es la que tiene que potenciar ese servicio para que los enfermos no vengán directamente al hospital. ¿Qué tienen que estar esperando 3 horas en el centro de salud? También se desesperan por esperarlas aquí, que son más graves, porque estás juntando pacientes graves con pacientes banales. Y tienen que tratar a los 2, con lo cual,

177

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

la demora para el grave es evidente. Creo que es una batalla que hay que ganar.

#00:12:17-4#

P: Muchas veces se oye el tema de que, a veces, para mejorar el sistema sanitario, lo mejor es también los hábitos de las personas, los hábitos de vida saludable que, paralelamente, cada vez más los hábitos cambian y la gente tiene una serie de problemas de salud que antes no se daban. ¿Qué me dice usted de este...? #00:12:54-2#

R: Aquí hay una dualidad (*silencio*). Hay un empeoramiento y una mejora. Yo creo que es más evidente la mejora. Hoy en día, en general, nos cuidamos más. La gente hace más ejercicio. La gente entra en Internet y consulta, que puede ser erróneo, pero está mejor formada. Y todo es positivo... #00:13:17-9#

¿Qué queda de lo no saludable? Bueno, la diabetes y (*no se entiende*) son importantes, ¿no? Quiero decir, hay que hacer una educación sanitaria sí o sí, y no se está haciendo a pie de calle #00:13:27-6#

Creo que los servicios de atención primaria sí tienen esta labor, ¿no? Pero creo que es insuficiente. Ehh (*duda en hablar*) ¿Hábitos insalubres? Pues sí, las dietas y demás, eso hay que mejorarlo. Y luego, este tipo de vida que hacemos y este tipo de sociedad que nos estamos creando, pues también tiene su patología. Y algo que también hay que modificar. Pero en general, yo creo que la gente se preocupa más por su salud que antes. #00:14:13-5#

Sin embargo hay un sector que no le importa... Todos saben la maldad del tabaco, o de... (*No se entiende*) Algo que está estos días en prensa: el impuesto por las bebidas azucaradas. Evidentemente, no sirve de nada que tú subas, bajas, los precios, si no has hecho una educación sanitaria desde pequeños, desde el colegio. Y eso se hace en la atención primaria, a los 5 años, a los 3 años, cuando el maestro, porque los padres y los

178

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

alumnos no están capacitados (que si lo están pero lo dejan en otros...)... A los 3 años, ¿a los 15? Olvidate, se va a pegar 3 coca-colas. #00:14:59-6#

Y luego... Yo creo que va por ahí, ¿no? La educación, o se hace en el ámbito familiar, pero en el colegio desde la *kinder* es donde hay que empezar a fomentar este tipo de hábito, ¿no? Porque es donde comen los niños casi todos los días. Y por desgracia, hasta desayunan. Ahí es donde hay que incidir qué tipo de alimentación van a llevar. #00:15:34-3#

P: Y el tema, por ejemplo, de la sanidad pública y privada, ¿en qué sentido puede percibir -no sé si ha estado en la sanidad privada en algún momento-, puede percibir que la sanidad privada goza de mayor satisfacción que la pública? #00:15:52-8#

R: No, no. Yo hubo un tiempo que trabajé en las dos. El profesional, debe ser igual en la pública que en la privada, ahí no cambias. Tuno le puedes poner una cara a un paciente de la privada y otra cara a un paciente de la pública, no es honesto... Y el conocimiento lo vas a aplicar igual en uno y en el otro. La pretensión cambia en la atención del personal del menor nivel, que es más exquisita en la privada porque si no se va a la calle y en las instalaciones, los medios no. Yo no aconsejo nunca la actividad, ni consultar la privada cuando la pública funciona bien. Luego están las listas de espera.. hay muchos puntos los que hay que tocar, pero no debe ser diferente y se deben compatibilizar, pero sería meternos en otros temas de financiación, que si tú te lo puedes permitir, que si una parte que pagas a la seguridad social se te puede dejar para que vayas al privado, eso ya es un montón de textos diferentes que va para economistas de la salud, a mí se me escapa. #00:17:10-1#

Lo que sí es importante es que el ejercicio profesional que está en un lado no debe ser diferente al que está en el otro, y aquí, en el sistema público, hay que mejorar mucho esa parte, hay que mejorarla. No puede ser que el paciente se lleve una percepción negativa de un centro porque haya discutido con un auxiliar y con quien sea... hay que mejorar mucho. Y luego también el estar en el centro, es decir, tú no oyes los criterios en un

179

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

centro privado de los que oyes en el hospital, que parece un hospital, donde se habla a gritos en el fondo del pasillo de un profesional a otro, incluso con información confidencial. Eso no hay manera de arreglarlo, ¿por qué? Porque hemos perdido esa noción, es decir, otra cosa que hay que desterrar es que en un hospital privado tú no ves a los profesionales con el móvil, en uno público le dan 3x2, lo cual es una cosa necesaria en lo laboral, pero el paciente percibe que tú estás jugando con el móvil. Eso es otro tema vital que hay que modificar, que en la privada no ocurre y en la pública sí.

#00:18:43-1#

P. ¿Cree que en la valoración o en la percepción del sistema sanitario se ve afectado por el nivel educativo o formativo? #00:18:58-7#

R. Sí, por su puesto. Los que más protestan son los que menos conciencia eh... social y los que menos están preparados. Luego, hay de todo, porque las personas somos un mundo cada uno, pero, en general, la persona que está mejor formada, acepta mejor las situaciones. Si tu vas a un servicio de protesta, siempre verás que protesta... También es verdad que el que se lo permite se van a la privada, ¿vale? y no viene a la pública, pero es verdad que cuanto más bajo es el nivel cultural, puedes explicarle a un paciente, a un familiar -mas al familiar que al paciente- una cosa, que no te va a atender, porque está con su idea. Volvemos a lo de antes: parece mentira, que con tantos medios que tenemos disponibles, no haya una educación sanitaria mejor, más allá de los programas de la mañana de la televisión. No. Temario. Un temario hecho por profesionales de la comunicación y de la medicina que aborde los temas vitales y... Tenemos una Televisión Canaria que se podría utilizar mucho mejor, y cadenas privadas. Bueno, y también las nacionales. Entonces, una educación sanitaria porque estamos muy atrasados en ese sentido, pienso yo. #00:20:30-2#

P. Hablando de eso, de cómo la gente se informa, ¿en los últimos años usted ha tenido en cuenta, o ha tenido la experiencia de que vengan personas que, antes de que usted les de un diagnóstico, ya se lo han hecho ellos por internet? Por ejemplo, poner el *google* “me duele el pecho” y ya te dice... #00:20:48-5#

180

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R. No tanto. No tanto. Pero yo sí fomento eso. Sí fomento eso. El médico tiene los conocimientos y tiene una percepción de lo que está estudiando, pero se puede equivocar. Puede enfocar erróneamente el caso. Entonces, la situación es que muchos pacientes ya se informan cuando vienen. Cuando yo les doy un diagnóstico es cuando más se meten. Esto que tu dices no lo he percibido, de que me duele algo y voy a ver qué es, no. Sino cuando ya le has dado un diagnóstico, sí que buscan información. Entonces, es bueno que el paciente... Porque no es lo mismo un señor de 30 años que se mueve en todo esto, que uno de 80, de 70, que son la mayoría de los pacientes. Pero aún eso también. Y luego, cuando uno está tratando a un paciente también puede pensar “oye, si la cosa está clara, está clara”, pero si no, una segunda opinión hay que también ofrecérsela al paciente cuando el tema no está tan claro. Es decir, es bueno manejar internet si se tiene cierta formación, porque a veces, puedes leer aquello y no saber qué estás leyendo. Esto es otra, ¿no? Es decir, yo lo veo útil. Que vengan y te digan “no, es que en Nueva York se hace esto, esto y esto. En Navarra se hace esto, esto y esto” te crea cierto conflicto cuando las personas son tan diferentes. Eso si ocurre. #00:22:18-2#

P. Y también el hecho, de poder suponer un problema para el propio profesional, el hecho de que, a lo mejor, en internet hay de todo. Cosas que son cercanas a la realidad y cosas que no son cercanas. ¿Usted sabe cuándo la gente que usted le da un diagnóstico -que es la situación más habitual que me comenta- y ellos lo buscan en internet y encuentran todo tipo de información...? #00:22:44-5#

R. (Interrumpe) No, no. Quizás los oncólogos se encuentran con más cosas de estas. No, yo, particularmente, no he tenido nunca este... Ni conflicto. Nunca. Nunca le has transmitido al paciente tu conocimiento sobre la enfermedad que tiene y, normalmente, si se lo explicas bien y le das su tiempo... ¡Ese es el problema! Ese es el problema. Que le dedicas al paciente -poco paciente- por equis causas... fundamentalmente, muchas veces, por la masificación, y otras, por comodidad. Yo, en mi forma de hacer, es decir: no robarle ni un segundo al paciente. No robarle al paciente ni un segundo. ¿Qué quiere decir? Que si necesita que tu le explicas con imágenes cómo son las cosas, con tu tiempo, ya te estás dando prácticamente todo. No tiene por qué buscarlo. Y si tu le

181

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

planteas una duda, entonces también él va y la busca. Lo más importante es, en esa relación médico-paciente, que el paciente sepa que tú estás por él y que él necesita que tú estés por él. No es el protagonista el médico. El protagonista es el paciente y al paciente hay que darle todos los medios. Si tiene que ser internet, internet. Pero, creo que, si le dedicas mas tiempo a esa entrevista, a ese explicar lo que hay que hacer, cómo hay que hacer, cuáles son los resultados... y se lo explicas coherentemente y con tiempo, no van a internet tanto. #00:24:15-3#

P. Se habla de que la sanidad de diversas instituciones, puede ser un producto turístico, y que está siendo actualmente un producto turístico. Se me puede ocurrir algunas preguntas respecto a, primero, qué tipo de producto turístico es, y de qué se compone (atención primaria, especializada, urgencias), por qué puede ser un producto turístico o el hecho de que si es simplemente un medio para atraer turismo, no a la propia sanidad, sino es un medio únicamente para que la gente venga y se sienta segura. Esta seguridad sanitaria. ¿Qué piensa usted? #00:24:59-6#

R. No tengo mucha experiencia en este tema, porque tampoco he leído mucho. Pero lo que en el ambiente he captado, o cuál es mi percepción... Bueno, las prestaciones que tenemos en España, pienso yo, que en algunos países no la tienen, y el paciente visto desde su punto de vista, puede pensar venir a España, venir a Canarias, porque aquí “no tengo limitaciones”. Yo tengo una familia muy conocida mía, que son uruguayos, y vinieron porque se quedaron sin trabajo, y aquí tienen medicamento y tienen todo. Eso en su país es impensable, para empezar. Entonces, es verdad que está la percepción del personal, del boca a boca, que aquí en España se tiende a “yo ahora voy al extranjero y espero que me atiendan igual si me pasa algo”, porque es así. No, lo del turismo, no creo... Propiciado por la administración... No sabía que eso existiera. No sabía ni que existiera. Porque bueno, si planteas como un programa de salud, venir a Canarias a una estancia, eso es positivo, porque se dan las circunstancias medioambientales adecuadas. Y el paciente viene, la persona viene aquí, o van a zonas turísticas donde hay tratamientos naturales y eso fomenta el turismo sin potenciarlo. Lo potencia tanto la administración como el propio internet y las propias personas que visitan de voz a voz al vecino, ¿no?. #00:26:43-9#

182

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P. Muchas veces los visitantes, que usted a lo mejor ha atendido a algún visitante alguna vez, algún turista, o alguna persona que está aquí de paso o por razones de ocio o lúdicas, dado que, lo que usted me acaba de comentar, normalmente en sus país no tienen esos servicios, ¿influye eso en la satisfacción de esos pacientes atendidos en España? #00:27:05-6#

R. Yo pienso que sí. Pienso que sí porque aquí tienen una muy buena sanidad, una operación hecha aquí y hecha en Inglaterra puede ser la misma, y aquí está financiada. Y luego los medicamentos, que se van con la bolsa de medicamentos porque tampoco cuesta. Hay cosas que son atractivas, y se va contento. Yo esto lo comprobé más en la actividad privada, que estuve un tiempo y eran todo pacientes extranjeros y, evidentemente, se iban contentos también de la privada: la atención del personal es diferente, en fin. Yo creo que se van contentos. #00:27:47-8#

P. ¿Relativamente más contentos que un paciente que está acostumbrado al sistema público español? #00:27:56-6#

R. Es que, los españoles, y es una apreciación mía, somos poco agradecidos y buscamos más el problema y el conflicto que hemos tenido que el resultado que hemos obtenido. Entonces le damos más importancia a la discusión con el personal que con la operación que se me ha hecho. Los españoles en ese sentido... Los extranjeros son mucho más agradecidos, en este sentido. Quizás también sea un problema educacional. #00:28:28-4#

P. Hay un tema actual, que es la residencialización turística, aquel turista que viene y se queda a vivir aquí, normalmente proveniente de países de países de la Unión Europea. ¿Cómo ha podido influir, en el sistema y, por consecuencia, en la satisfacción del paciente, el hecho de que todo este turista que se queda a residir aquí, utilice el sistema

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

público de salud en Canarias por ser destino turístico ¿Cómo cree que puede...?

#00:28:59-6#

R. Bueno, las condiciones que tenemos en Canarias para vivir, son inmejorables, desde el punto de vista de salud. Tanto, por el clima, como por las actividades al aire libre que pueden hacer que, son todo el año, que en otros países... Entonces, es un atractivo muy grande... Repítame la pregunta porque hay una segunda parte que se me ha ido.

#00:29:28-4#

P. Por así decirlo, el hecho de que los turistas se queden aquí a residir y, por tanto, se incorporen al circuito, de la sanidad, ¿cómo cree usted que afecta...? #00:29:39-1#

R. Bueno, eso no lo podemos valorar nosotros. Yo no sé. Porque claro, somos profesionales asistenciales. Esto los economistas de la salud te lo podrían explicar mejor, cómo influye cuando un extranjero... Pero también es verdad, que es lo que hemos aceptado todos. No es nada impuesto. Todos hemos aceptado que el residente europeo tenga asistencia sanitaria. Yo no sé después eso cómo se financia, eh. Cómo se paga, cómo se cobra... No lo sé. Pero todos hemos aceptado este sistema, con lo cual, sí o sí, hay que hacerlo positivo, porque es algo que nos hemos autoimpuesto. Probablemente haya cosas que haya que mejorar, que es la que te estoy explicando que yo desconozco bastante. #00:30:27-1#

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Transcripción de la Entrevista 2 (Enfermero en la UCI, 48 años)

P: Bueno, un primer bloque de la entrevista es sobre la satisfacción de los pacientes del Servicio Canario de Salud, los pacientes que usted ha tenido como enfermero en su vida profesional. ¿Usted ha leído algo sobre la satisfacción de los pacientes? ¿Informes, estudios? #00:00:19-6#

R: No, lo que solíamos hacer es encuestas en la unidad, se siguen haciendo. #00:00:28-0#

P: ¿Y qué resultados se han obtenido? #00:00:28-0#

R: Normalmente siempre salían satisfactorio... #00:00:35-4#

P: ¿Y qué cree que tiene en cuenta la gente a la hora de mostrar satisfacción o insatisfacción en su servicio? #00:00:42-2#

R: Hombre, pues, la atención que tú le des, ¿no? La cercanía que le muestres, la calidad de los cuidados que le prestes, y un poco pues eso, estar bien atendido. #00:00:59-1#

P: ¿Y cree que valoran más: las instalaciones, la atención personal, el sistema sanitario en sí...? #00:01:06-5#

185

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R: La atención personal. #00:01:11-6#

P: Por así decirlo, en su vida diaria profesional, ¿qué le transmiten los pacientes? Porque muchas veces se dice que la sanidad en Canarias es mala, en España es mala... ¿Qué le transmiten en su vida profesional diaria? #00:01:25-5#

R: ¡Bueno, bueno, hay de todo! Pero la mayoría de los casos, la experiencia dentro de la unidad no es mala, la percepción de ellos. Claro... tiene que ver más con en sí los profesionales que están atendiéndonos que te muestran su descontento, a lo mejor, con el tiempo que llevan para ser atendidos. O, no sé, pero cuando ya están ingresados y están atendidos, pues la percepción es buena de la sanidad. #00:02:15-5#

P: Yen esa percepción del tiempo, ¿cree que el profesional paga las lógicas perversas del sistema, las lógicas del tiempo de espera...? #00:02:26-6#

R: Hombre, según el servicio. Las plantas del servicio de hospitalización ahí no porque ya llegan, son ingresados y tal. Pero los servicios por ejemplo de urgencia o de quirófano, pues quizás sí, sobre todo en urgencias. En urgencias con tanta espera el paciente y los familiares acaban pagando con el personal... Los servicios de quirófano, pues algunos también. #00:03:09-5#

P: La satisfacción, desde su punto de vista, ¿cuál sería la mayor satisfacción, respecto a atención primaria, urgencias o atención especializada? ¿Qué cree que es lo más satisfecho con lo que puede estar la gente? #00:03:27-7#

R: Yo creo que especializada. Porque una vez que están ingresados, ya el personal se vuelca. Y entonces ya ellos se encuentran bien. En urgencias no están bien, porque no están atendidos correctamente, porque... sabemos todos los problemas que hay en esos servicios de personal, instalaciones, de todo, de intimidad... Y luego pues, en atención

186

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

primaria, pues bueno, tampoco ves tú que estén insatisfechos de la atención: hay centros y centros. Esto tiene que ver con la masificación y la cartera que tengan los centros. Hay centros donde la atención es buena porque suele ser rápida, individualizada y le dedican su tiempo, y hay centros en los que no hay tiempo ni una atención tan directa. A ver, vemos pacientes como... 5 minutos y “pa'lante”, ¿no? Todo tiene que ver con eso, con la masificación que tenga el centro, con la cartera y, más que nada eso. Todos los problemas son, los que yo detecto, por no poder atenderlos correctamente por tener mucha masificación, poco personal según los centros. #00:04:57-5#

P: Y desde su punto de vista, ¿cree que hay diferencias en los pacientes en asistir a unos centros sanitarios privados que a uno público? ¿Cree que hay unos en los que la gente sale más satisfecho, menos satisfecho? #00:05:14-7#

R: Lo que te acabo de explicar... Que si vas a uno privado, pues lo normal es que te atiendan rápido y te dediquen tu tiempo. Tú estás pagando y ellos se volcarán y se preocuparán de eso. Ese es el problema que tienen. La idea, desde mi punto de vista, es errónea. Porque claro, luego, eso tiene sus pros y sus contras. En cuanto a la atención, en cuanto a la especialización de esos privados porque luego, lógicamente, los mayores medios y los mejores los tenemos en la pública, eso sí. En cuanto a atención, a complicaciones de pacientes, ¿no? En cuanto a intervenciones, sobre todo complicaciones. Pero bueno, lógicamente en el privado tienen una atención más directa, te pondrán en una habitación individual, pero eso te lo tendrás que pagar tú. #00:06:24-8#

P: ¿Y cree usted que todo lo que se valora de forma insatisfactoria muchas veces, que son los tiempos de espera, puede venir dada por los hábitos de vida preponderantes a día de hoy, y las costumbres sanitarias? #00:06:46-2#

R: Hombre, todo es lógicamente... Si desde atención primaria se trabajara mejor, se le dedicara más tiempo a la población, lógicamente las complicaciones y las patologías disminuirían. Todos sabemos los graves problemas que tenemos en Canarias con la

187

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

diabetes, con la hipertensión, y son pruebas de hábitos saludables, de dietas, de todo, de corregir hábitos de vida. Lógicamente eso es primario. Otro mecanismo puede ser también la manera de dirigirse la población a los centros sanitarios... No aprovechar la atención primaria como es debido: mucha saturación de urgencias está también porque no está bien conducida la gente previo paso por primaria o los centros de salud antes de pasar por el hospital. Muchas también vienen cuando se ven desesperados de que no los atienden, entran por urgencias a ver si por ahí pueden colarse antes. #00:07:58-3#

Todo tiene que ver con lo mismo al final, con escasez de profesionales, con masificación y al final es todo la inversión económica que se haga.

#00:08:15-3#

P. ¿Cree que la satisfacción esa que los pacientes pueden mostrar al acudir a un centro sanitario puede afectar, según su experiencia, el nivel formativo o el nivel cultural de la persona, a la hora de valorar según qué aspectos, según qué nota ponerle...? #00:08:39-1#

R. (*Interrumpe*) ¿El nivel cultural del paciente influye en la satisfacción...? No. #00:08:44-1#

P. ¿Cree usted que no? Muchas veces se ha hablado que la gente más formada es capaz de valorar mejor... ¿Usted cree que no tiene nada que ver? #00:08:57-5#

R. No. Y te llevarías una sorpresa porque muchas veces es al contrario. Es la más formada, la más exigente, es la más sibarita y es la más que te puede reclamar, denunciar por cosas que tu dices que, vamos a ver, es el sistema el culpable, no tú. Pero ellos exigen, exigen, y a lo mejor la persona con a lo mejor un poco menos de cultura, siempre va a ser, puede ser, que tenga más delicadeza a la hora de ver todo este tipo de cuestiones y a lo mejor aguante un poquito más. #00:09:37-2#

188

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P. ¿Se ha encontrado con esto que está muy de moda, por ejemplo la búsqueda en internet de información médica, muchas veces viene un paciente a lo mejor que ya sabe...? #00:09:51-7#

R. (*Interrumpe*) O cree que sabe... #00:09:52-3#

P. Se ha auto diagnosticado... #00:09:54-1#

R. No. Lo que pasa es que muchos los tienes que parar a veces. Porque es normal, caen enfermos, ellos no saben... Claro, ahora tienen tanta información a su alcance, pero muchas veces no es real, y le pueden llevar, en la mayoría de las ocasiones, pues le llevan a equívocos. Entonces ellos empiezan a indagar, a indagar, sobre su patología y al final los tienes que, tú, un poco, encaminar y decir “mira, que no todo lo que se dice ahí es real, y tu caso es particular.” Es decir, cada persona, su enfermedad la lleva de una manera, no como te pueden poner ahí las experiencias de los demás o lo estudios... Entonces, aquí tú estás por esto, por esto y... Se lo tienes que explicar un poco. #00:10:37-8#

P. ¿Y eso puede afectar a la satisfacción de la gente porque a lo mejor no escucho lo que quiero oír? #00:10:44-9#

R. Hombre, le puede llevar a equívoco, entonces claro, ¿puede sentirse molesto? Sí. Se puede sentir más insatisfecho, porque a lo mejor no ven lo que ellos creen que tiene que ver, porque se han informado. Pero ya te digo... #00:11:03-8#

P. Hay veces, se puede comentar, que es bueno que la gente se informe en temas médicos... #00:11:08-4#

189

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R. Sí, pero que se informe directamente con un profesional, no mediante internet y demás porque claro, en internet hay demasiada información y a lo mejor no se ajusta a lo que uno está buscando. Pero si tu no sabes, pues igual te crees que sí. Entonces tu lo vas a ver todo, incluso va a influir, en muchos de los casos influye negativamente en la percepción de tu enfermedad, en todo esto... #00:11:41-4#

P. ¿Puede llegar a verse síntomas que no son del todo...? #00:11:45-3#

R. Sí, sí. El caso más, yo que sé, más evidente, puede ser el paciente con cáncer. Te viene... Empiezan a buscar, a buscar, a buscar... O que están haciéndole un estudio para ver si tiene alguna patología, un cáncer o cualquier... desde que ya están haciéndole el estudio, ya ellos empiezan a buscar, y ya ellos empiezan a ver cosas que no hay. Entonces tú un poco los tienes que ir guiando. Ellos antes de salir el resultado de la “glaucoscopia”, ya están viendo si un día escupió sangre, si un día no se qué, si luego van a ver los efectos de la quimioterapia... pero mira, si todavía no te lo han diagnosticado, por una placa y por un tac... Tu no puedes estar buscando... Entonces ya el paciente se va metiendo en un... #00:12:43-3#

P. A la hora de la satisfacción incluso, te pueden valorar mal a nivel personal porque puede llegar a una discusión entre... #00:12:51-9#

R. Sí, puede ser. No es lo habitual. Pero bueno, alguna vez puede ser de que no esté conforme porque no ve... Lógicamente está metido en un mundo, o sea, ya se metió en su mundo y ya solo ve aquello. Porque claro, por eso, como ha visto tanto: esto viene de aquí, de no sé donde... ¡Pero espérate, todavía no tenemos nada! #00:13:14-7#

P. Se habla del turismo sanitario, de la gente que viene de turismo por razones sanitarias ¿Cree usted que es un producto turístico o es un medio para que vengan turistas por toda

190

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

la seguridad sanitaria de España? Seguridad de que tiene muchos medios, muchos centros... #00:13:39-2#

R. ¿Pero a qué te refieres? Yo sé de gente que viene, extranjeros, que en su país una intervención le cuesta dinero y vienen aquí y ya vienen con el síntoma, traen una urgencia, y los operamos aquí. Yo no sé cómo está eso ahora. Antiguamente te lo cargabas tu. Yo creo que ahora hay acuerdos y se lo cargan a ellos. Pero muchos venían aquí, porque sus seguros, su historia -sobre todo patologías cardíacas- y venían a operarse aquí. Eso lo viví en la UVI porque muchos los tuvimos que... #00:14:08-2#

P. Y estas personas que están por aquí de paso y viene para eso nada más, de turista, etc. puede tener una valoración muy, muy positiva. ¿Más positiva que un autóctono...? #00:14:17-8#

R. Claro, pero porque ellos vienen a lo que vienen. En estos caso, ¿no?. Luego hay otros casos, que ellos están de vacaciones y caen enfermos y tal... La satisfacción por parte del extranjero, mi experiencia, es muy buena. #00:14:31-7#

P. ¿Y cómo cree que afecta al propio sistema, y a la propia satisfacción, el hecho de la residencialización turística? El turista este que viene aquí de vacaciones, le gusta, típico europeo, viene, le gusta y se queda aquí a vivir... #00:14:46-2#

R. *(Interrumpe)* En el Puerto. Se quedan a vivir y cuatro años y todavía no tienen ni ... Y no te hablan ni... #00:14:50-8#

P. ...y se incorpora, pero se incorpora en el sistema sanitario prácticamente. ¿Cómo puede afectar eso un poco a la sanidad pública? #00:15:01-2#

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R. ¿Cómo puede afectar? Pues yo me imagino que ellos se incorporarán y cotizarán, y pagarán su seguridad social igual que el resto. #00:15:08-2#

P. Pero a la lógica, ese aumento... #00:15:11-2#

R. Hombre, aumenta la población, aumenta la cartera de clientes como quien dice. Lógicamente hay más demanda de todo. ¿El problema cuál es? Que los medios siguen siendo lo mismos, y si tú aumentas la población, lógicamente, que cuando se construyó este hospital hace no sé cuánto, pero es bastante, pues había una población y había unos medios para una atención específica, y la Candelaria igual, pues lógicamente, a la actualidad, esto no ha aumentado como ha aumentado la población. Lógicamente, pues entonces, si sigue aumentando y si encima vienen extranjeros y si encima vienen pues, de todo, eso lo sabemos, vienen los inmigrantes, vienen tal... Pues lógicamente, si aumenta la población tú lo que tienes que aumentar son los medios y los hospitales, para poder atenderlos. Porque si los sigues atendiendo con lo mismo, cada vez la atención va a ser peor. #00:16:11-5#

P. Y desde ese punto de vista, ¿ha aumentado, proporcionalmente, la llegada de turistas y de turistas que residen aquí, ha aumentado correspondientemente los recursos sanitarios que tienen aquí? #00:16:24-1#

R. No, ¿en proporción? No, ni mucho menos. Tenemos un hospital del norte que bueno, que aquello no tiene capacidad para atender nada. Eso es una cosa que han puesto aquí pues bueno, por cumplir con el expediente, pero no atiende la demanda del norte ni mucho menos. Entonces todo acaba al final aquí, y las patologías graves siguen llegando aquí. Tuvimos un problema grave que hicimos aquí en el hospital en concreto porque antes el área norte lo cubría la Candelaria, y de repente, pasó a cubrirla el hospital, de hace unos años para acá, toda esa zona, pero con los mismos recursos. Entonces eso fue una burrada lo que aumentó la demanda de toda la población del área norte que se le resto a la Candelaria con los mismos recursos, en vez de poner los recursos que ellos destinaban a eso, haberlos pasado aquí, tanto de plantilla de personal,

192

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

como de medios. Y aparte, en este análisis valorar la población del norte y la población del sur. Evidentemente la población del norte es de unas características muy distintas a la del sur: es mayor, es población que vive con otra cultura, estamos hablando de los pueblos del norte, todos sabemos, con otros tipos de hábitos, la población del sur es una población joven, trabajadora, con otros hábitos de vida... Entonces, pues todo esto claro que ha influido, en este hospital por lo menos, en la atención claro, porque ha masificado notablemente este hospital. #00:18:02-6#

P. Claro y muchas veces la influencia de esa atención, deriva por así decirlo, una influencia en la satisfacción de los pacientes. #00:18:09-7#

R. Oh, vamos a ver, estamos hablando desde el principio de lo mismo. Si tu no tienes medios humanos ni materiales para atender a la gente, porque cada vez se masifica más, pues la atención será más precaria y la satisfacción será menor. Si tu tuvieras los medios adecuados la satisfacción aumentaría porque la atención sería mejor. #00:18:31-2#

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Transcripción de la Entrevista 3 (médico, 52 años)

P: Bueno, como le comenté, vamos a hacer algunas preguntas sobre la satisfacción de los pacientes. ¿Cuál es su percepción de la satisfacción de los pacientes en su vida profesional diaria? #00:00:12-5#

R: Yo diría moderadamente satisfecho. #00:00:18-0#

P: Y, ¿en qué aspectos, en que se muestran más o menos satisfechos? #00:00:26-8#

R: Mmmm yo creo que se muestra satisfecho en general en las instalaciones y en la asistencia personal. Se muestran fundamentalmente insatisfechos en el retraso del tratamiento quirúrgico, en la lista de espera. #00:00:46-3#

P: Y, a la hora de valorar la atención personal, ¿qué es lo que cree que valoran mejor los pacientes? #00:00:59-7#

R: lo que valoran es que les dediques el tiempo que ellos consideran que es mínimo y necesario. Y en segundo lugar, que las explicaciones que les des sean claras, para poder entender más o menos el diagnóstico, los procesos de que después de todas las pruebas pueden llegar a diagnosticarse. Información, en definitiva, y... tiempo. #00:01:25-2#

R: ¿Y por qué a veces se habla a nivel social de que la percepción de la sanidad es mala en Canarias? #00:01:34-8#

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R: Yo creo que eso está influido por la asistencia en urgencias, donde es verdad que quizás los centros de salud no son tan resolutivos como debieran y la asistencia en los servicios de urgencia de los hospitales se demora muchas horas. Y en segundo lugar, creo que las listas de espera, tanto para cirugías como para consultas. Yo creo que esos 3 motivos son los que generan ese mala imagen. #00:02:03-9#

P: Y a nivel de servicio de atención primaria, urgencias, especializadas.. ¿qué es lo que cree que mejor valoran los pacientes? #00:02:11-6#

R: Yo creo que lo que mejor valoran es la atención especializada. #00:02:15-7#

P: ¿Y por qué razón? #00:02:15-7#

R: Bueno, probablemente, porque generalmente, al menos en el ámbito quirúrgico, los pacientes (*no se entiende*). El tratamiento es generalmente resolutivo, entonces, creo que una vez que el paciente es conducido al especialista, que ha pasado el primer escalón de la asistencia primaria, donde a lo mejor tarda un poco más o tal, yo creo que es la asistencia especializada donde se sienten más cómodos. #00:02:48-0#

P: Se habla un poco a veces que se demoniza un poco la sanidad pública a nivel de satisfacción y en favor de la privada porque, ¿por qué cree que eso es así? #00:03:01-8#

R: Yo creo que so está basado en una mala percepción del paciente, en una hiper valoración quizá de la confortabilidad de los hospitales en cuanto a las habitaciones de ingreso, etc. Es evidente que en un hospital público te puede tocar al lado de un paciente anciano, “demenciado”, o tienes que estar tres días en urgencias pendiente de una habitación, mientras que en la medicina privada pues hay una habitación más cómodo. Yo creo que eso genera una imagen de falsa comodidad... yo creo es eso fundamentalmente. #00:03:35-7#

195

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Yo creo que se valora más el escenario, como puede ser la habitación, que hay menos gente en urgencias y tal, que la propia asistencia, ¿no? #00:03:52-2#

P: También se habla a veces que el sistema sanitario está masificado, que hay mucha gente, este tipo de frases. ¿Qué papel cree que tienen los hábitos de vida de la población? Porque muchas veces se habla que la mejor manera de mejorar la sanidad es mejorarlo... #00:04:18-5#

R: La prevención de las enfermedades es siempre un aspecto muy importante. Es obvio que una dieta sana, el uso de tóxicos como el alcohol, etc. pueden mejorar la calidad de vida, ¿no? Aun así la esperanza de vida en España es alta. Pero cualquier esfuerzo que se haga en la mejora de esos aspectos va a redundar en un mejor estado de salud de la población. #00:04:45-5#

P: Y las personas que estén más sanas o menos sanas, ¿cómo cree que se diferencian su percepción con respecto a la sanidad a la hora de acudir a un centro? #00:04:55-0#

R: Yo no creo que la diferencia sea si el paciente es más o menos sano. Yo creo que la percepción ocurre cuando tienes que usar el sistema sanitario. Es probable que el paciente crónico, el paciente que tiene muchas enfermedades, tenga una visión más positiva porque generalmente se encuentra siempre atendido etc. El que es sano y acude solo una vez, pues solo ve la parte más fea de la asistencia, puede ser... #00:05:21-8#

P: ¿Cree que el nivel educativo del paciente puede afectar a la valoración que hace el paciente de la sanidad? El nivel educativo, el nivel cultural... #00:05:34-2#

R. Bueno, yo creo que el nivel cultural de cada uno de nosotros influye en casi todo lo que hacemos y en casi todo lo que percibimos. Y sin duda, evidentemente, puede ser

196

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

que pacientes... El paciente, quizás, culturalmente, en un estrato inferior, digamos, que sea menos exigente que una en un aspecto muy superior. Puede influir un poco, sí, probablemente. Lo que pasa es que, de todas maneras, el enfermo, enfermo es, independientemente del estrato social o cultural al que pertenezca. Cuando uno, cuando cualquiera de nosotros está enfermo, lo que queremos es curarnos. Entonces buscamos a gente que no den la solución lo más rápido posible. #00:06:16-2#

P. En su vida, en su práctica cotidiana a nivel profesional, ¿se ha encontrado con el enfermo auto diagnosticado por internet? #00:06:31-5#

R. Sí, efectivamente internet es una herramienta maravillosa y potentísima pero también peligrosa. Evidentemente los pacientes muchas veces llegan ya habiendo consultado en internet, y como todo, en internet hay cosas ciertas, otras menos ciertas y otras falsas. En ese sentido pues, evidentemente, a veces es un problema porque los pacientes reciben en internet una información no filtrada, muchas veces, de ella incorrecta y muchas veces simplemente falsa, y pues muchas veces, efectivamente, pueden hacer más caso a lo que leen en internet que a lo que le cuentas tu en una consulta. Se puede volver un problema. #00:07:04-2#

P. ¿Ha llegado el caso de tener usted que discutir con un paciente, como si fueran los dos médicos...? #00:07:12-3#

R. No, discutir nunca porque, evidentemente, yo no puedo discutir a nivel de conocimientos médicos con alguien que no los tiene, pero si a veces es complicado hacer entender a un paciente que la información que trae no es correcta. Sí. #00:07:24-2#

P. ¿A veces puede ser una paradoja, discutir una persona a lo mejor como yo, que no soy médico, sobre si tengo la hemoglobina alta... Una mezcla de términos...? #00:07:36-2#

197

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R. Sí. Claro. Pero es como si yo me pongo a discutir con un mecánico de la reparación de mi coche, cuando no tengo ni idea de mecánica. Como es igual, ¿no?. Bueno, yo generalmente, cuando hay un problema de estos, no suelo llegar a la discusión nunca, porque, evidentemente, estamos en una esfera diferente. Yo no puedo discutir con alguien de medicina que no es médico. Eso está claro. Pero sí que es una paradoja, desde luego. Pero bueno, es la globalización del conocimiento, que es muy buena en unas cosas, tiene otros efectos secundarios, y este puede ser uno de ellos. #00:08:04-7#

P. ¿Y cree que estar más o menos informado, por esas vías, las vías divulgativas, al fin y al cabo, puede afectar a la percepción de la gente, del paciente, a la hora de valorar...? #00:08:18-8#

R. Claro. Evidentemente, todo depende de si la información que tienes... La información siempre es buena, y está bien que el paciente conozca lo que tiene y que el paciente conozca las opciones que tiene, entre otras cosas para elegir. No es bueno tampoco que el paciente sea completamente ignorante acerca del proceso que tiene, por supuesto. Lo que pasa es que el problema es de dónde le viene la información. Normalmente, el paciente debería confiar en el profesional que lo atiende, porque es el que mejor le puede dar la opinión. El problema es cuando se recurre al doctor *google*, donde realmente, pues lo que decíamos antes, la información que te llega no siempre es correcta. La información nunca es mala siempre y cuando sea correcta. #00:08:55-4#

P. Y tratamiento, a lo mejor, que puedan decir que es bueno y que... #00:08:55-4#

R. Todo ello, efectivamente. Cualquier información médica que está sacada fuera de contexto o que simplemente es incorrecta pues lógicamente tiene un efecto perjudicial. #00:09:07-1#

P. Se habla a veces de que la sanidad es un producto turístico pero, sin embargo, otras veces se habla que es un medio para que vengan los turistas, porque hay una cierta seguridad que en otros países pues, no encuentran. ¿Qué piensa usted? ¿Cree usted que hay gente que viene aquí para temas...? #00:09:28-5#

R. La verdad que no lo sé. Yo no sé si generalmente hay un paciente... Si el paciente llega o no llega aquí con objeto de ser tratado, pero a mi eso no me parece un problema sanitario, me parece un problema político. Yo creo que, efectivamente, cualquier paciente que llega por el servicio de urgencias debe ser atendido, otra cosa es que existan entre las comunidades autónomas o entre los países, un sistema de corresponsabilidad pecuniaria, en el sentido de que se pague la asistencia. Pero en principio yo, cualquier paciente que llega a un servicio de urgencias, por mi parte, debe ser atendido. #00:10:01-3#

P. ¿Y cree que influir la percepción cuando viene gente de otros países cuando no hay un sistema parecido al de España, a la hora de valorar los servicios sanitarios? ¿Cree que puede haber diferencia respecto a la población autóctona a la hora de valorar? #00:10:15-6#

R. ¿Si existe diferencias? Yo creo que eso es otro, personalmente, creo que es otra percepción política. Creo que se ha corrido el rumor de que efectivamente hay una asistencia de gente de países menos protegidos y tal, pero al final las cifras demuestran que es ínfima y que realmente no va a menoscabar la asistencia de los naturales. #00:10:39-3#

P. Pero a nivel de valoración, de estar más o menos satisfechos, cree que estos turistas – que después se quedan a vivir aquí, muchas veces- pueden tener una valoración superior o inferior? #00:10:54-3#

R. ¿Los turistas? #00:10:57-7#

199

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P. Sí, los turistas que utilizan un recurso sanitario público. ¿Cree que la valoración que pueden tener es mejor o peor que la población autóctona? ¿O cree que no hay diferencia? #00:11:07-3#

R. Pues la verdad es que no lo sé. Evidentemente supongo que claro, la población autóctona no tiene con quién comparar., porque siempre ha sido atendido por la sanidad española. El turista pues supongo que comparará con la asistencia que tiene en su país de origen, y dependerá del país del que llega, no lo sé. Yo supongo que no habrá mucha diferencia. #00:11:25-3#

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Transcripción Entrevista 4 (médica cirujana, 32 años)

P: Esta investigación es para analizar desde el punto de vista de los profesionales de la medicina la satisfacción de los pacientes, ¿usted ha leído algo, sabe algo de información acerca de estudios, o documentos donde se analice la valoración de los pacientes sobre la atención sanitaria? #00:00:27-2#

R: Sé que en las plantas se entrega cada año durante una temporada encuestas, a la hora de irse de alta. Y luego ellos hacen su valoración, normalmente suelen ser bastante positivas. #00:00:33-4#

P: ¿Y qué cree que tienen en cuenta los pacientes para valorar positivamente: la atención personal, las instalaciones, el sistema sanitario en su conjunto? #00:00:56-1#

R: Pues todo... Depende en lo que uno haga hincapié. Porque siempre puede orientarlo a donde quiera: la estancia, la calidad, la higiene, como ha evolucionado él. Si él ha evolucionado bien, poco importará el resto y el trato también del facultativo. #00:01:09-4#

Y luego... Si la enfermedad de él, su propia complicación... Todo va a ser negativo, todo va a sacar su parte peor. Es un poco todo también. Y luego pacientes que están un largo tiempo ingresados, también llega un punto que uno empieza a perderlos. Tienen paciencia, tienen ilusión, tienen esperanza... Pero llegará un punto, que por mucho que uno les dé, no va a ser feliz porque no está en su casa y no ven progresión. #00:01:42-1#

P: Se suele hablar que la valoración hacia el sistema sanitario es mala. La opinión pública, existen esos tópicos, primero, ¿cree que ese tópico es cierto, o depende qué estemos valorando? #00:02:00-5#

201

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R: No, no es cierto, es demagógico. Se dice porque no se ha comparado con otros sistemas... La sanidad española es muy buena. Tratamos a todo el mundo, de la mejor calidad posible, y muchas veces sin mirar ni siquiera el gasto, sino siempre lo mejor para el paciente y de lo que uno dispone. Y eso la gente no lo valora, piensa que la sanidad es gratis, no tiene ni idea de lo que cuestan los procesos. Una simple ingreso de lo más básico es carísimo pero ellos eso es gratis y no lo valoran. No porque tengan que pagar lo van a valorar, pero no tienen con qué compararlo, pero como siempre ha sido así lo toman como un hecho. Cualquier cosa que ellos no consideren óptimo, pues se van a cabrear. #00:02:57-9#

Tampoco se dan cuenta de épocas que está más saturada la sanidad, o... No valoran lo que tienen. #00:03:07-0#

P: Hay diferentes valoraciones que hace la gente respecto si diferenciamos entre atención primaria, especializada, hospitalización y urgencias. ¿Cree que la gente valora mejor unos servicios que otros? #00:03:18-6#

R: Sí. Por la propia cultura general, el médico de familia es el médico de pueblo, que no tiene tantos conocimientos que el especialista de bata blanca que está en el hospital, que sería como el que mejor información le va a dar. Pero eso es cultura popular y también confianza, porque muchas veces el médico del pueblo es con el que más confianza tiene... Sí es verdad que por cultura es una pirámide por la que el médico de hospital es el que más sabe, el que menos sería el de pueblo aunque es con el que más confianza tienen, y luego está el médico de urgencias que sería el trámite, incluso el enemigo que evita llegar hasta el de especializada. #00:04:08-3#

P: ¿Y desde su punto de vista hay diferencias entre la valoración de un servicio sanitario del sistema público con respecto al sistema privado? ¿Cree que hay diferencias, que los pacientes valoran diferentes ambos servicios que le prestan? #00:04:35-9#

202

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R: ¿En qué sentido? ¿En la misma prueba realizada por la privada y por la pública?

#00:04:38-5#

P: Por ejemplo... O la atención médica, o qué valoran mejor de la sanidad privada que la pública#00:04:38-5#

R: En España hay mezcla entre los que atienden en la privada y en la pública, entonces realmente los pacientes más que la institución, siguen al médico. Incluso buscan, si no pueden llegar al médico por el público, buscan por el privado, y entonces intentan ir al privado para volver otra vez al público... Siguen al médico, no al sistema, porque realmente no saben cómo funciona un hospital por dentro, ni una privada, entonces realmente siguen el nombre de un médico. Si tiene confianza con él lo seguirán al fin del mundo. #00:05:19-1#

P: Y se habla muchas veces que la sanidad está masificada, los tópicos, las listas de espera... ¿Qué influencia puede tener en eso los hábitos de vida de la población?

#00:05:43-4#

R: Que no siguen las instrucciones. Uno tiene que seguir su protocolo de ir primero a su médico de cabecera, que pida las primeras pruebas y luego derivación. Aquí directamente entran por urgencias, entonces... o poco siguen el trámite habitual, siempre quieren una respuesta inmediata, muchas veces no se tiene esa respuesta, y por más que se le dice que no acudan a urgencias directamente, que son hospitales de tercer nivel y que no son centros de salud, vienen directamente aquí. #00:06:16-9#

Y luego está la figura de la privada en Canarias que depende.. Porque yo he estado por Las Palmas rotando... y sé que funciona bastante bien, es una privada que hace un filtro adecuado (*duda*). Aquí, la verdad que la privada, (*silencio*) es un filtro sin red. Lo que

203

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

hace es retener a los pacientes, llegan más tardes, el paciente ya viene cabreado porque ya ha estado más de 6 horas en ese centro, lo han derivado tarde, llega dolido, cabreado, sin un diagnóstico la mayoría de las veces, después lo vuelve a ver el médico de urgencias, después nos comenta a nosotros si el paciente realmente desde comienza todo hasta que lo ve el médico que realmente va por un tratamiento, pasan 12 horas... Y hablas del paciente, que es un dolorcito que es una patología que se va con un anti-biótico, hasta uno que acaba en quirófano perforado. ¡Son 12 horas! No hay filtro... Entonces, eso hace perder un poco mmm la confianza. Entonces, los propios sistemas que se han hecho para favorecer el servicio, ahora están actuando en contra. La privada ahora no nos favorece... Nos roban pacientes... #00:07:36-1#

Cultura primera, que hay que enseñar a la población que tienen que seguir sus trámites para que lleguen por las vías adecuadas al centro, aunque la masificación -y contra eso no se puede... contratar más gente, si acaso-, para que se saquen más delante la lista de espera. Los quirófanos de aquí se han quedado pequeños, a pesar de que hicieron obras cuando yo era estudiante de Medicina, y fue como ¡ampliación! Y ahora se han quedado cortos. Entonces tampoco puedes contratar a lo loco porque si no tenemos quirófanos para operar no sirve de nada, llenas la lista de espera pero no le das salida. #00:08:09-2# #00:08:17-6#

P. Muchas veces se habla que, a veces, el nivel académico, el nivel formativo de la gente, del paciente, afecta a la valoración que hace de la sanidad y de la atención recibida y la calidad. ¿Qué cree usted respecto a esa cuestión del nivel formativo? Es decir, una persona formada no es lo mismo, no hace la misma valoración que una persona que no está formada, hablando a nivel educativo, nivel cultural. #00:08:45-6#

R. Sí, sí. Sin embargo, ya le digo yo que la gente mayor se sabe cuidar mejor que los jóvenes, así tengan una carrera universitaria. Es decir, antiguamente uno tenía remedios, sabía hasta una valoración clínica muy básica, de alguien que no tiene conocimientos médicos, pero sí tenía un poco más de calma, sangre fría, sabían ir a urgencias cuando tenían que ir y no por boberías, y sin un abuso de lo que es la atención médica. Y eso no sé ve... Se ve un poco con el nivel educativo, pero realmente, yo creo que es más por

204

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

generaciones. Generaciones de nuestros padres para atrás, padres y abuelos, son personas más coherentes a la hora de ir a una consulta médica que, a lo mejor, la gente joven. Gente joven o de mediana edad, tirando hacia joven. Porque realmente abusan de lo que es el consultorio, y hay gente que es culta y gente que no tanto. Nivel educativo alto, que a veces vienen aquí por chorradas, y aún así siguen haciendo lo mismo. Yo creo que es más de generación, educación... más que cultura, es por generación. #00:09:57-4#

P. Y hablando de los conocimientos sanitarios que tiene la población en general, población que no está titulada de médico o de enfermero, actualmente está muy de moda, buscar en internet, diagnosticarte... #00:10:11-8#

R. (*Interrumpe*) El doctor *Google*. #00:10:13-4#

P. Exactamente. ¿Piensa que eso puede influir a la hora de valorar yo la atención de un médico, de una médico, o del sistema sanitario en general? ¿Se ha encontrado con situaciones de esas? #00:10:28-2#

R. Lo que haces es... El paciente viene porque está malito. Son los familiares los que tiran de esa herramienta, y como siempre es alarmista, no te va a decir lo más común sino lo más grave, pues te los encuentras acojonados, porque siempre piensan vas a decir cáncer, y al final les dices: no, es una inflamación, cáncer no. Incluso es hasta mejor, porque cuando les dices que no es hasta un alivio, y cuando les dices que sí y se los confirmas pues mira, ya lo sabían. Es más bien a la hora de plantear tratamientos. Eso yo poco se lo puedo decir, más bien los compañeros que pasan consulta. Cuando van a la consulta, que si me lo han dicho, y el paciente va resabiado con esquemas, con imágenes, y tú, cuando se le intentas explicar qué se le va a hacer, hasta te lo puede llegar a cuestionar. Pero eso se ve más en consulta, cuando se le plantea el tratamiento más que cuando hay diagnóstico. Porque claro, sobre todo en urgencias, que uno ya tiene todas las pruebas realizadas, cuando nosotros valoramos los pacientes, ya sabes lo que tienen, entonces realmente, por mucho que te enseñe, ya sabes lo que es. Entonces,

205

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

realmente incluso, les das alivio, porque es demasiada información que ellos no controlan. #00:11:46-1#

P. ¿Y cree que esa información, ese acceso a información, a veces correcto, a veces incorrecta, que está en internet... Es positivo que la población esté informada en ese tipo de temas a la hora de...? #00:11:58-1#

R. Sí. Toda información es buena. El problema tal vez sea que no la controlan y se asusten. Entonces crea ansiedad. Pero si ellos se informan, ya hay parte del trabajo hecho, si uno ya les resuelve las dudas y los orienta, incluso van a ir más informado. El problema es cuando se trata de patología maligna, que empiezan a leer demasiado, y la verdad que no todo a veces es bueno. Entonces crea, a veces, mucha ansiedad. Pero si se orienta bien, incluso puede ser... Es como los foros o equipos de autoayuda, hay pacientes que cuentan sus experiencias... Pues internet lo hace y de forma gratis, fácil y sencilla. Tiene que haber una orientación porque sólo es peligroso. Para eso está el médico. #00:12:47-4#

P. A veces se habla que la sanidad es un producto turístico o es un medio para afianzar el turismo. El hecho de que la gente viaje, y si se tiene algún tipo de percance pueda asistir a una medicina de calidad. ¿Cree usted que el llamado turismo sanitario se produce en Canarias o es un medio simplemente para el turismo? #00:13:22-9#

R. Pero yo creo que en la privada. Que vienen concertados para hacer una cirugía privada programada. Eso lo he odio yo, pero en la islas más de Fuerteventura y Lanzarote. Son cirugías pequeñas, programadas que la recuperación, en vez de hacerla en un centro de este tipo hospitalario, pues la hacen casi en un hotel, con alguien vigilando... Yo no lo he visto. Y por la parte quirúrgica que nosotros vemos, lo que nos encontramos son moribundos. Si necesitan atención médica porque les tocó, no porque vinieran buscando ayuda. #00:13:56-7#

206

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P. ¿Y cree que eso puede ser un atractivo? No el que sea un percance sino que...
#00:14:03-2#

R. Hombre, desde luego, mejor aquí que en África. Aquí te vamos a operar mejor, hasta por laparoscopia, con la última tecnología y con todos los avances de tecnología que tiene Europa y el mundo civilizado, que si uno se va a un paraíso turístico pero que luego la sanidad es tercermundista. Si te pasa algo mejor que te pase aquí que en Bora Bora. #00:14:25-3#

P. ¿Y cree que la valoración que hacen los turistas o las personas que están por aquí de paso, incluso los extranjeros, es diferente que la población autóctona? #00:14:40-9#

R. Ellos la van a comparar con la de... Si han estado ingresados en su... o han necesitado atención médica en su país de origen, podrán comparar con lo que tienen en su casa. Entonces depende de qué país vengan, evidentemente, vamos a salir... Porque tienen algo con lo que comparar. Si es un país chachi, nos van a fundir, y si es un país cutre, saldremos ganando. #00:15:05-3#

P. Actualmente se está produciendo un proceso de que los turistas vienen, sobre todo europeos, y se quedan a vivir aquí. Primero, ¿lo ha notado en... #00:15:17-3#

R. *(Interrumpe)* Sí claro, hasta con el trabajo. #00:15:19-1#

P. ¿Pero lo ha notado en su vida profesional, incluso? #00:15:24-5#

R. Sí. Claro. A ver, en Canarias, siempre se dice, cuando la gente se jubila se viene a vivir a Canarias, entonces hay núcleos, residencias en el norte, de pacientes alemanes, ingleses, más al norte, finlandeses... Viven en residencias donde sólo hablan su idioma

207

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

natural, salen con la gente que habla su idioma, todos compañeros de la misma quinta, edad, y... Vamos, el otro día había una paciente en urgencias que lleva 18 años aquí, la señora una inglesa de las que toma té, ella no sabe ni decir ni hola en español, y lleva aquí 18 años. Pero como ella se mueve entre gente que habla su idioma, va a locales donde le hablan en su idioma, compra prensa que habla en su idioma y la televisión es por cable, en su idioma, ella no necesita aprender español. Salvo cuando viene al médico y pide atención que no viene ni con sus enfermedades ni con su medicación traducida, sino “búscate la vida”. Lo peor... Inglés, ya es el día a día, entonces, realmente, no hay problema. El problema son los alemanes. Los compañeros que han estudiado en los colegios alemanes, chachi, pero no es un idioma... #00:16:39-4#

P. ¿Y cómo cree que sale esa gente, ese perfil de paciente, cómo valora...? Hablando que antes dependía un poco de los países de donde vinieran ¿cómo valora ese tipo de paciente que está aquí con una vida de jubilado, un turista que está aquí ya residiendo, cómo puede valorar esto aquí, más positivamente, menos positivamente que un autóctono o igual? ¿Cree que puede afectar? #00:17:05-6#

R. Ya le digo, depende de con qué lo compare. Si ha estado con médicos en su país o los que hacen 6 meses aquí, 6 meses allá... Si tiene con qué comparar, depende. Porque si viene aquí va a venir por urgencias, moribundo, con un infarto o con un ictus, con una perforación intestinal, entonces va a venir in extremis. Si todo sale bien, perfecto. Como se empieza a complicar y no evoluciona y se va con secuelas y coge infecciones del hospital... pues, evidentemente, te va a decir que esto es una mierda, comparado con Alemania, aunque lleve 20 años sin pisar Alemania. Pero el recuerda de su época que fue un proceso medio sencillo, nada que ver con el que ha venido ahora, lo trataron fenomenal en su idioma, gente que le entendía y le trataba, y le pusieron un tratamiento y en una semana, o menos, se fue a su casa. Y ahora son pacientes viejitos, mil enfermedades, que vienen por urgencias fatal, y claro, eso no te va a evaluar muy bien. Salvo que todo salga perfecto. #00:18:09-2#

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

Transcripción Entrevista 5 (Enfermera en cirugía, 60 años)

P: Esto forma parte de una investigación sobre la percepción social de la sanidad.
#00:00:07-0#

A lo largo de tu trayectoria profesional, ¿Ha leído algo sobre la satisfacción de los pacientes? #00:00:29-3#

Sí, nosotros hacemos todos los años una encuesta a los pacientes, y luego a los pocos meses, tenemos los resultados de la satisfacción del paciente. #00:00:45-4#

P: ¿Y qué tal? #00:00:45-4#

R: Bien, siempre sale muy bien. #00:00:57-1#

Normalmente, en cuanto a los cuidados, en cuanto a la atención, en cuanto a la información que se les da a los pacientes, los resultados son muy buenos. No son tan buenos en cuanto a ruidos -tenemos obras externas-, la variedad de la comida, la temperatura.. #00:01:27-1#

P: O sea, que lo que más valoran es la atención personal. #00:01:27-1#

R: Sí, los cuidados. #00:01:31-0#

209

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P: ¿Eso se lo transmiten los pacientes cuando están aquí ingresados...? ¿No le sorprende el resultado de la encuesta, no? #00:01:39-3#

R: No. Eso lo perciben en el día a día: si el paciente está contento, si no está contento, si confía, si no confía. En fin, eso lo percibes. #00:01:53-9#

P: ¿Y por qué, a veces, oímos que la sanidad es mala? #00:02:06-7#

R: Yo creo que cuando oímos... es muy general. Esa sensación es en la sanidad en general: listas de espera, ehh consultas externas, tiempo de espera para intervenciones para ingreso etc. Yo creo que va dirigido más a eso. #00:02:32-9#

También es cierto que no todos tenemos el mismo carácter, la misma forma de cuidar, la misma forma de escuchar, y siempre en un grupo numeroso -y la sanidad es inmensa-, siempre habrá alguien que en el momento de atender, igual la predisposición es la adecuada, pero de todo hay, ¿no? #00:03:05-0#

P: Y si pensáramos en atención primaria, urgencias, especializadas y hospitalización, ¿cuál cree que es el servicio o la atención mejor valorada y menos valorada, según su experiencia profesional? #00:03:20-1#

210

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R: Yo, bueno... Yo trato al paciente aquí en especialización. El paciente, y la familia -porque también hay que tener en cuenta la familia-, valora mejor el tiempo de hospitalización. #00:03:46-0#

¿Urgencias? Ya sabemos cómo está urgencias, súper bloqueado, urgencias está como está... En cambio en la planta, bueno pues el paciente llega, se instala, nos va conociendo, el personal casi siempre es el mismo salvo excepciones. Entonces es como más familiar. #00:04:10-0#

P: ¿Y cree que la satisfacción y la valoración de los pacientes depende también del conocimiento o desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario? #00:04:14-2#

R: Por supuesto. Hay mucho desconocimiento, y mucha información no adecuada. También es verdad que a los pacientes y a las familias mmm, siempre hablamos de derechos, derechos, derechos, pero no de obligaciones. Y hay también unas normas. #00:04:55-0#

¿Y en eso que usted dice que se valora un poco más la atención especializada, ¿qué factores pueden ser para que la valoración de por ejemplo la atención primaria sea relativamente peor que la atención especializada? ¿Percibe que algo tienen que ver con la atención personal, los estereotipos que existen? #00:05:21-0#

211

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

R: (Suspira y silencio) Es difícil, pero yo creo que incluso que influye la organización, sobre todo la organización de esos centros. Yo como usuaria, no sé... Pero, también es verdad que están sobrecargados, mucha afluencia de pacientes, igual los recursos humanos no son los adecuados. No lo sé. #00:06:03-7#

Supongo que cada centro de salud funcionará de diferente manera, pero yo creo que falta un poquito de organización y, hombre, un poco duro que diga, no formación, o falta de recursos incluso materiales, ¿no? De que vayas porque tienes un dolor precordial (no se entiende), y en algún centro no tienen para hacerte un electro, y te desvían a un centro como éste, ¿no? #00:06:35-6#

P: Eso puede tener consecuencias pues en la valoración que hace la gente... #00:06:46-5#

A veces se habla de que la sanidad está masificada y también de que esa masificación sería menor con unos hábitos de vida diferentes, ¿qué ha cambiado en los hábitos de vida para que la sanidad esté masificada, sobre todo los servicios de urgencias?, ¿cómo cree que afecta eso de tener unos hábitos de vida en valorar una atención sanitaria recibida? #00:07:13-1#

R: Yo creo que además de lo que comentas, también hay que tener en cuenta que la población ha envejecido, ¿no? y si, desde Primaria, eh, la atención es precaria, bien por medios, personal o recursos materiales, eso influye en que el sistema no funcione

212

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

allí y se bloquee el servicio de urgencias aquí. Y luego por supuesto los hábitos de vida, pero fíjate que yo creo que no la gente añosa, pero yo creo que la gente joven, hoy día, tienen hábitos de vida saludables. Yo, cuando voy caminando haciendo ejercicio, veo mucha gente joven que corre, que camina, yo creo que... Y el tema de la alimentación, se habla mucho de la alimentación, incluso en los medios, hay estudios. Yo no creo que la gente se cuide menos, ¿eh? Quizás influya sobre todo, la edad, la edad de la población, que ha envejecido muchísimo. Y luego, yo creo que falta organización, programación. #00:09:27-9#

P: Y si reflexionáramos, si usted se encontrara algún dato de que la sanidad privada tiene una mejor valoración por parte de los pacientes, que la pública, ¿qué pensaría usted? ¿En qué se diferencia que yo valore la sanidad privada que a que valore la sanidad pública? #00:09:53-0#

R: Sí... (Silencio). La sanidad privada, yo creo que en cuenta a institución, recursos materiales, en cuanto ... Yo creo que la percepción de los clientes puede ser que sientan mejor que la pública, porque la pública, los servicios... El hospital, por ejemplo: es un hospital ya viejo, con unos materiales bastante usados y yo creo que lo que es la hostelería en sí se inclina más a la privada. #00:10:57-6#

Pero sí creo que en cuanto a tratamientos, cuidados, intervenciones, se valora más la pública. ¿Por qué? Quizás porque la institución es mayor, quizás porque los medios, las intervenciones graves en un hospital público el quirófano dispone de más medios, es totalmente diferente. Es diferente el banco de sangre de un hospital grande, a un banco

213

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

de sangre de uno privado, o una UVI, o una unidad de cuidado semi-intensivo.

#00:11:47-3#

P. ¿Usted cree que el nivel formativo o el nivel cultural de un paciente puede afectar a la valoración que hace de la sanidad? ¿En qué sentido puede afectar? #00:12:03-4#

R. Sí, sí. A ver, un apersona con una formación media-alta posiblemente exija más que un paciente que el conocimiento que tiene de la sanidad, de su enfermedad, no es la misma. Quizás un paciente con menos nivel cultural exige menos en cuanto a cuidados y quizás valore más el trato: el cariño, la cercanía... Yo creo que influye mucho.

#00:12:45-7#

P. Y además del nivel cultural, si sumamos, no sé si se ha encontrado en la situación actual de que los pacientes se auto diagnostican, porque... Pongo un ejemplo, me duele un brazo y pongo el Google “me duele un brazo” y me sale lo que puedo tener, desde un hematoma hasta una cosa maligna. ¿Se ha encontrado situaciones de gente que antes de venir aquí ya han buscado información sobre lo que tienen que hacer, las pruebas que le tienen que hacer...? #00:13:21-9#

R. Sí, sí. #00:13:23-2#

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P. ¿Y se ha encontrado veces en las que tiene, por así decirlo, que contradecir...?

#00:13:27-8#

R. Sí, por supuesto. #00:13:28-9#

P. ¿Y cómo es...? Porque claro, entendería que dos personas del sector médico discutan sobre medicina, pero ¿cómo es el discutir, el intentar hacerle ver a una persona que es paciente...? #00:13:46-5#

R. No es fácil. Además yo creo que lleva su tiempo hasta que el paciente llega al convencimiento bien, porque a través de las pruebas diagnósticas que se le hace y el tratamiento que se le está administrando, va mejorando, con lo cual, efectivamente, llega al convencimiento de que lo que le está diciendo su médico responsable, va por ahí, y no por lo que él... #00:14:13-7#

P. ¿Tiene que demostrárselo? #00:14:15-3#

R. Sí, yo creo que... Igual hay algún paciente que, simplemente, con decirle pues mire... Y ya... Pero igual puedes encontrarte con un paciente que, por más información o por su manera de ser y su... no sea fácil convencerlo de que el diagnóstico es el que el facultativo le está dando. #00:14:38-1#

215

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P. ¿Y le suele ocurrir muchas veces eso, que la gente viene...? #00:14:40-2#

R. Sí. Sí ocurre y yo diría que cada vez más por lo que está comentando, que yo entro y miro. #00:14:47-1#

P. ¿Si tuviéramos que valorar eso positiva o negativamente? #00:14:56-1#

R. No, yo creo que es negativo. Yo creo que es negativo porque además ya predispone psicológicamente al paciente y eso puede influir en su recuperación. #00:15:08-2#

P. ¿Incluso puede generar hasta los propios síntomas, no? #00:15:12-1#

R. Sí, es que yo estoy convencida de que si tú quieres te enfermas. Si tu mente no está bien amueblada... #00:15:20-4#

P. Sí, porque hay veces, por ejemplo, si a mi me duele un brazo y yo miro en los síntomas que puede ser un cáncer de algo, ya empiezo a decir ¿te duele un poco el pié? Pues mira, ahora que me lo dices, me duele un poco. #00:15:35-1#

R. Sí, el cáncer de colon, o el estreñimiento, o no... Puedes llegar al convencimiento de que... Y desde luego eso no favorece para nada. #00:15:47-3#

216

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P. ¿Y, a veces, la valoración que hace el paciente puede verse afectada por eso, porque a lo mejor no espera lo que le digan...? #00:15:57-1#

R. Sí. #00:15:57-7#

P. ¿Pero puede afectar negativa o positivamente a que lo valoren mejor o peor?

#00:16:02-1#

R. De entrada negativo. Después puede que cambie... Pero de entrada no es positivo.

Todo lo contrario. Por supuesto, negativo. #00:16:15-3#

P. A veces se habla de la sanidad como producto turístico, de turismo sanitario. ¿Cree que la sanidad en sí misma es un producto turístico para que la gente venga o un medio por el cual la gente viene y se siente segura? A veces, mucha gente viene aquí de turista porque existe la sanidad que existe ¿Cree que eso ocurre o tiene algún tipo de experiencia en atención a turistas, gente extranjera, suele entrar en planta personas de otro sitio que estén aquí de paso? #00:16:57-2#

R. Sí. No son tampoco... no es un número importante, pero sí. Sí que hemos tenido pacientes que llegan al aeropuerto, y del aeropuerto a... #00:17:08-8#

217

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P. ¿Y cuál es la valoración que hace ese tipo de pacientes, lo que usted puede percibir, respecto a la atención sanitaria? #00:17:18-5#

R. Buena. Sí porque, depende del país de donde vengan... Y además, es lo que hablábamos antes, ya viene predispuesto a “voy allí, voy a España, porque allí en España...” Y suele ser buena, vamos, la opinión que tienen. #00:17:42-4#

P. ¿Y cómo piensa que puede afectar este tema de los turistas que se quedan a vivir aquí, por ejemplo de Europa, cómo afecta eso al sistema sanitario? ¿Cómo cree que puede afectar el hecho de que determinados turistas vienen y se quedan a vivir en Canarias, en Tenerife...? ¿Cómo afecta eso al sistema de recursos sanitarios? #00:18:11-2#

R. Yo creo que no son tantos. Yo creo que en número no son tan abundantes, tan importantes como para que afecte a los recursos. Creo que no. #00:18:23-9#

P. ¿Y la valoración que hace un turista, un extranjero, que está aquí esporádicamente, de una persona autóctona, si tuviéramos que plantear esa hipótesis, cuál sería el grupo que mejor valoraría...? #00:18:38-7#

R. Yo creo que el de aquí valora más. Es nuestra sanidad, es de aquí. Es diferente. Quizás el que viene de fuera viene con unas expectativas muy altas y, además,

exigiendo, de alguna manera, y yo creo que la satisfacción es inferior a la que hacemos nosotros. Yo creo que sí. #00:19:07-7#

Transcripción Entrevista 6 (Médica, 30 años)

P: Esto forma parte de una investigación sobre la percepción social de la sanidad y los factores que pueden influir. ¿Usted ha leído algo acerca de la satisfacción de los pacientes, o informes sobre satisfacción sobre el sistema canario de salud, este tipo de cosas? #00:00:28-7#

R: Bueno lo que he leído es algún artículo, de algún centro hospitalario concreto en relación a algunas encuestas de calidad que los pacientes rellenan después de alguna intervención quirúrgica concreta, cirugía bariátrica (no se entiende bien). #00:00:41-0#

P: Cuando le piden a los pacientes que valoren la sanidad, ¿usted en qué cree que piensan a la hora de valorarlo: instalaciones, atención personal...? #00:00:56-8#

R: Yo creo que lo que más le llama la atención al paciente es la atención personal, porque los profesionales nos olvidamos de que el paciente suele ser un desconocido en temas médicos, entonces muchas veces el paciente llega, y llega con miedo. Nosotros, que somos cirujanos, es verdad que damos buenas noticias, pero también malas noticias

219

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

en relación a patologías neoplásicas. Entonces, es verdad que el paciente llega a un mundo desconocido y nosotros le hablamos en términos raros, palabras desconocidas, y yo tengo la percepción de que a veces creamos una distancia, una barrera con ellos, y el paciente en ese sentido se siente un poco cohibido. Entonces, yo creo que los pacientes de que hay un déficit económico en relación a la infraestructura, es consciente de que hay poco personal, hay muchos pacientes y no se quejan de las listas de espera y de tener que esperar en el servicio de urgencias, sino sobre todo se quejan ellos de la atención personal que le damos. #00:02:08-0#

P: Muchas veces se oye que la sanidad es mala en Canarias, ¿a qué cree usted que se refieren: a las instalaciones, a la atención personal, al sistema? #00:02:28-5#

R: Yo creo que se le explica poco a los pacientes, y se le explica poco la situación actual que nosotros tenemos. Y sobre todo, la forma en que nosotros les tratamos: no es lo mismo que un paciente llegue a urgencias y que yo le diga que le tengo que operar de apendicitis, por ejemplo, no es lo mismo que yo le digo que yo le vea correctamente, le atiende correctamente, de una forma educada, le diga "mira no lo he podido ver antes porque estaba operando", y "mire, no se va a poder operar ahora sino que vamos a operar dentro de 5, 7 o 10 horas porque hay otros pacientes que en estos momentos se están operando". Yo creo que esa forma en la que transmitimos, porque si yo llego de otra forma porque estoy cansado, llevo todo el día trabajando y digo, "pues mire hay que operarlo pero no sé cuándo se va a operar", y no le digo el por qué, y no lo explico, yo creo que eso es lo que a ellos más les resulta incómodo. #00:03:24-6#

220

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P: Y si separáramos la atención primaria de la especializada y urgencias, ¿cuál cree que la gente valora más positivamente? #00:03:38-7#

R: yo creo que la atención primaria, por el acercamiento del paciente con su médico de cabecera. #00:03:44-3#

P: Otra cosa que puede afectar a la valoración es el desconocimiento de la lógica del sistema, de cómo funciona el sistema... ¿Por qué la gente no va directamente a la primaria? #00:04:00-5#

R: Yo creo que la gente no va a la primaria, a ver... (Silencio). Yo creo que es, no por la desconfianza que tenga a su médico de cabecera, sino por el hecho de que, por el sistema sanitario que tenemos, pues uno solicita una serie de puras que tardan n tiempo poco óptimo, tiempo demasiado alargado, y el paciente se siente más seguro yendo directamente a urgencias porque saben que ahí se le va a detectar el problema, y aunque ese problema no se solucione en ese momento, ya va a ser derivado a unas consultas más especializadas. No por la desconfianza que tengan ni porque los médicos de cabecera lo consideran menos profesionales, sino porque se saltan el paso voy al médico de cabecera, me pido estas pruebas, me voy directamente a urgencias que me mande al digestivo. #00:05:15-2#

Si funcionara de otra forma, pues... #00:05:16-5#

221

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P: Se habla muchas veces de que la sanidad está masificada, que hay mucha gente. ¿Qué papel cree que juega en esa masificación los hábitos de vida de las personas en lo relativo a la salud? Se habla muchas veces que urgencias está saturada porque muchas veces la gente no se cuida, ¿cree que se cuidan más que antes, menos? #00:05:47-5#

R: Hombre, sí que es verdad que el sistema de vida que tenemos no tiene que ver con el de antes. Yo creo que tanto por factores genéticos, las enfermedades malignas.. o no malignas, pero enfermedades con bastante impacto como la diabetes o la obesidad, pues aparecen a una forma más temprana, y no solo los factores genéticos sino también los hábitos. La familia de antes tenía unos horarios de comida, todo el mundo se sentaba a comer en la mesa y los padres eran un poco más ortodoxos en el sentido de la alimentación de los niños. En la sociedad actual es totalmente diferente, los padres trabajan, los niños van a la guardería y comen en el comedor, los padres están separados.. Eso influye mucho en el hábito alimentación. #00:06:40-3#

Por otra parte creo que también la gente desconoce mucho que patologías benignas como la obesidad, que es la que más tenemos a nuestro alrededor, causa bastantes complicaciones incluso en la mortalidad, y eso la gente lo desconoce mucho, por lo que debemos hacer más campañas de prevención en ese sentido. Y también pues que las industrias tampoco nos ayudan mucho, las industrias pues favoreciendo que una familia de clase media-baja con 10 euros, digan "tengo 10 euros, ¿qué puedo comprar con 10 euros? Pues puedo comprar 10 hamburguesas en el McDonald y dar de comer a toda mi familia". Entonces las industrias también favorecen la obesidad, y todo lo que ello conlleva. #00:07:25-8#

222

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P: Si tuviéramos que valorar la asistencia bajo la hipótesis que tiene más valoración la atención sanitaria privada y la pública, ¿cuál cree que la gente valoraría más y por qué?

#00:07:36-6#

R: Yo creo que la ventaja que tiene la privada... La privada es tan llamativa para los pacientes yo creo sobre todo por la atención personal que reciben. Yo no creo que la cirugía de la privada sea mejor ni mucho menos que la de la pública. Yo creo que la cirugía pública es mucho más segura, es mejor operarse en un centro público porque toda cirugía se complica y antes cualquier complicación, mejor tener una UVI, un cirujano vascular etc. en un centro público. #00:08:21-3#

Es verdad que muchas veces no es lo mismo tener una consulta de 40 que de 10 pacientes, esos 10 pacientes obviamente los podrás atender mejor, pero no porque la pública uno no quiera, sino porque tienes más tiempo para interactuar con él, porque el paciente muchas veces tiene muchas dudas que con las prisas no le digamos ni preguntar o le respondemos de una forma inapropiada que ellos dicen: "pues mira no quiero seguir preguntando". También es verdad que el paciente se tranquiliza mucho en la privada porque tiene una accesibilidad a las pruebas con mucha mayor antelación. No es lo mismo que yo le diga: "pues sospechamos una neoplasia, hay que pedir una colonoscopia", que puede tardar unos meses, que el paciente vaya a la privada, pida una colonoscopia y se la hagan en la semana siguiente. Porque lo que hace la privada es que disminuye mucho la angustia y la incertidumbre de los pacientes, y por eso puedes tener tanto éxito. #00:09:22-6#

223

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

P. ¿Cree que desde el punto de vista de la valoración de la sanidad afecta el nivel formativo, cultural, de la gente? #00:09:35-6#

R. Sí. #00:09:36-2#

P. ¿En qué sentido? #00:09:38-1#

R. Yo creo que en muchos sentidos. Es decir, yo creo que hace falta un nivel cultural un poquito mínimo pues, básicamente, para entender determinadas cosas de enfermedades y determinadas situaciones. No es lo mismo, el caso que puse antes “mire, tenemos que operarlo pero ahora no podemos operarlo porque hay otras personas más graves que tienen que operarse”, yo creo que la gente con un nivel cultural, es gente que eso lo va a entender mejor. La gente con un nivel cultural bajo pues yo creo que tiene lo que dije antes, que tienen una mayor incertidumbre, una mayor inseguridad. Yo creo que eso afecta muchísimo. Sobre todo el desconocimiento. El desconocimiento porque no hay campañas, no hay carteles de prevención de cosas y entonces es verdad que, parece que la medicina está más cerca de la gente que tiene un nivel cultural un poquito mayor. Al igual que los centros privados. Si la sociedad... Normalmente la sociedad con un nivel cultural un poquito menor pues tampoco tienen los medios económicos para hacerse un seguro privado, entonces yo creo que todo es una cadena de cosas. Tanto del seguro privado como dije antes, de la alimentación, y es verdad que eso hace que las personas con un nivel cultural bajo sean personas más propensas a enfermedades y que ocupen un

224

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

mayor porcentaje tanto en la primaria como en urgencias. Entonces yo creo que todo es un ciclo en sí. #00:11:06-8#

P. Teniendo en cuenta su experiencia como profesional, ¿se ha encontrado con casos donde las personas vienen a su consulta y están auto diagnosticadas por internet? ¿Que vienen hasta con los síntomas que tienen que tener? #00:11:26-7#

R. Sí. #00:11:27-8#

P. ¿Y cómo valora ese hecho usted? ¿Positivo, negativo...? #00:11:32-3#

R. No, eso es negativo. Eso es negativo porque, vamos a ver, el cuerpo humano puede expresar cualquier síntoma o signo y eso puede tener muchos diagnósticos asociados. Diagnósticos tan importantes como distinguir una enfermedad benigna de una enfermedad maligna. Es el típico... uno pone el google “dolor de cabeza” y es dolor de cabeza. Pues bueno, aparecen múltiples tumoraciones... Es decir, aparecen pronósticos bastantes desfavorables, entonces eso lo que hace es que el paciente se alarme. Es verdad que un dolor de cabeza puede ser un tumor cerebral pero un dolor de cabeza puede ser un efecto secundario de cualquier medicamento o puede ser un nivel de estrés mayor que tenga el paciente en un momento, porque ha estudiado mucho porque esté viendo mucho la televisión, etc. Entonces yo creo que eso aumenta la angustia de determinados pacientes que lo hacen con el ánimo de “ay qué tendré, qué tendré”, y luego está el otro tipo de pacientes que son pacientes mucho más exigente y que si

225

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBK1o

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

internet dice que tiene que pedirme esto, pues luego viene exigiendo demasiado por la consulta, y eso tampoco se puede permitir. #00:12:46-6#

P. ¿Y eso puede afectar a la valoración que hace la persona de la propia atención, que a veces no complace sus expectativas? #00:12:56-1#

R. Efectivamente. #00:12:56-9#

P. ¿Y se ha encontrado en algún momento en que usted está discutiendo cuestiones médicas con una persona que no tiene conocimientos médicos, incluso con términos técnicos? #00:13:08-3#

R. Sí... Es verdad que muchas veces eres tú y tu formación contra lo que diga una página de internet que uno no sabe las credenciales científicas que eso tiene. Entonces claro, el paciente, desgraciadamente, sobre todo a mi que soy una cirujana jovencita pues, probablemente le haga más caso a lo que dice internet que a lo que le diga yo, que me ve aquí sentada, jovencita, con poca experiencia. Entonces la verdad que eso dificulta. Dificulta bastante. #00:13:43-4#

P. A veces se habla de la sanidad que puede ser un producto turístico, que mucha gente puede venir a Canarias por cuestiones sanitarias directamente o por la seguridad que

226

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

tiene como sitio turístico con el sistema sanitario que existe aquí. Que la sanidad pueda ser un atractivo más de las Islas Canarias. #00:14:22-8#

R. Eso no sabría muy bien decirle, pero es verdad que hombre, cuando alguien va a viajar a algún sitio, uno se percata de cómo está la sanidad en ese sitio, sobre todo los médicos, por lo que le pueda pasar a uno. Es cierto que no sé si en el resto de España, pero en Canarias, independientemente de que uno esté de vacaciones, independientemente de que uno no hable absolutamente nada de español, en la pública nunca se le va a negar a nadie la atención. Nosotros hemos operado pacientes alemanes, que han tenido un abdomen agudo y requería una cirugía de urgencia y nosotros, su pos operatorio... Uno de los problemas que tenemos aquí en este hospital es un déficit de traductores. Nosotros no tenemos traductores, entonces nosotros, con nuestra poca experiencia, siempre nos la ingeniamos para encontrar a un compañero anestesista, radiólogo, decirle “oye, puedes subir porque no puedo comunicarme con esta persona”. Entonces, yo creo que es un destino turístico y un destino sanitario seguro, es decir, aquí, yo no sé como... He tenido la suerte que nunca he tenido que ir a un hospital fuera de España por estar enferma, pero si compañeros míos me han dichos que, tu vas a otro centro de salud, a otro centro sanitario fuera de Europa, y no te atienden con la misma cortesía y preocupación que aquí, por así decirlo. #00:15:48-7#

P. Y si tuviéramos que evaluar cómo nos valora un turista, un extranjero que pasa esporádicamente por aquí y tiene que acudir al hospital por cualquier dolencia y una persona autóctona, ¿quién cree que valoraría mejor, en general, el sistema sanitario?
#00:16:10-4#

227

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015. <i>Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección https://sede.ull.es/validacion/</i>	
Identificador del documento: 952059	Código de verificación: HMwWBK1o
Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	Fecha: 20/06/2017 18:06:34
ERNESTO PEREDA DE PABLO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:13:54
MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA	30/06/2017 09:48:10

R. La verdad que se han visto bastantes situaciones, es decir, se han visto unas situaciones muy diferentes porque los alemanes suelen ser muy demandantes, es decir, se van contentos porque nunca le hemos denegado nada, pero son muy demandantes y siempre dicen “pues si yo estuviera en Alemania me hubieran operado antes, si yo estuviera en Alemania me hubieran hecho esta prueba antes”. Entonces yo creo que sólo tengo referencia alemana, no tengo más, pero... Hombre, la verdad que yo creo que la gente aquí, la gente autóctona, es bastante consciente de las situaciones actuales y se suelen quejar, pero yo creo que no son tan estrictos como la gente de fuera. Pero hay de todo. Hay de todo. #00:16:57-6#

P. ¿Se ha encontrado muchas personas extranjeras que, en un principio, a lo mejor, vinieron como turista, y están residiendo aquí, alemanes, ingleses, sobre todo de origen europeo? ¿Cómo cree que afecta eso al sistema público de salud, el hecho de que se incrementen esas personas extranjeras que se quedan a residir aquí sobre todo porque tienen una calidad de vida diferente? #00:17:23-3#

R. Lo que molesta un poco... Es verdad que hay muchos turistas, sobre todo alemanes, que viven 6 meses aquí, 6 meses en Alemania. Son pacientes que suelen tener su seguro privado, no suelen acudir a la pública, pero cuando ya se trata de cirugías urgentes, patologías más importantes, se derivan a la pública. ¿Nos suponen un problema? A ver, yo creo que no nos suponen un problema de masificación, porque todo el mundo tiene derecho de vivir donde quiera y tiene derecho a la sanidad. Nos supone un problema de comunicación. A nosotros no nos cuesta más en sentido operarlo, tenerlo ingresado,

228

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10

porque nosotros lo tratamos exactamente igual que si es un inmigrante, que si es un alemán, que si en un paciente autóctono, de aquí. Lo que si nos molesta es que son pacientes que llevan muchos años viviendo aquí y no se molestan, en ese sentido, en aprender el idioma español, y eso con el déficit de traductores que tenemos en el hospital, pues sí supone un gran problema. Eso sí. Eso retrasa mucho y sobre todo genera muchos problemas con la familia, que no tenemos la capacidad de entendernos con ellos. #00:18:34-5#

229

Este documento incorpora firma electrónica, y es copia auténtica de un documento electrónico archivado por la ULL según la Ley 39/2015.
Su autenticidad puede ser contrastada en la siguiente dirección <https://sede.ull.es/validacion/>

Identificador del documento: 952059

Código de verificación: HMwWBKlo

Firmado por: ANTONIO ALARCO HERNANDEZ
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 20/06/2017 18:06:34

ERNESTO PEREDA DE PABLO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:13:54

MANUEL ANGEL SANTANA TUREGANO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

30/06/2017 09:48:10