



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

info@scamfyc.org

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina
de Familia y Comunitaria
España

Orueta Sánchez, Ramón; Gómez-Calcerrada Jiménez, Rosa M^a; Sánchez Oropesa, Arancha; Gómez-Caro Marín, Samuel; Herrera Ontañón, Juan Ramón; Holgado Juan, Concepción; Toledano Sierra, Pilar

Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes

Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 5, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 3-8

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria
Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169624100002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes

Ramón Orueta Sánchez^a, Rosa M^a Gómez-Calcerrada Jiménez^b, Arancha Sánchez Oropesa^c, Samuel Gómez-Caro Marín^a, Juan Ramón Herrera Ontañón^c, Concepción Holgado Juan^c, Pilar Toledano Sierra^c

^a Médico de Familia.
Centro de Salud "Sillería" de Toledo (España).

^b Diplomada en Enfermería.
Centro de Salud "Sillería" de Toledo (España).

^c Médico Residente. Centro de Salud "Sillería" de Toledo (España).

Correspondencia: Ramón Orueta Sánchez, Centro de Salud "Sillería", C/ Sillería s/n, 45001-Toledo.
E-mail: roruetas@gmail.com.

Recibido el 4 de noviembre de 2011.

Aceptado para su publicación el 29 de noviembre de 2011.

RESUMEN

Objetivos. Evaluar el impacto de la incorporación a un programa de atención domiciliaria a crónicos sobre personas mayores dependientes y su satisfacción con el mismo.

Diseño. Estudio de intervención sin asignación aleatoria tipo "antes-después".

Emplazamiento. Atención Primaria. Urbano.

Participantes. Personas mayores dependientes al incorporarse éstos a un programa de atención domiciliaria a crónicos (n=156, con un 7,8% de perdidas en el año de seguimiento).

Intervenciones. Incorporación a un programa de atención domiciliaria a crónicos de personas mayores dependientes y evaluación en el momento de incorporación al programa y al año de la misma. Las variables evaluadas fueron: salud percibida (escala Likert), calidad de vida (cuestionario de Nottingham), frecuentación (visitas/año y frecuentadores) y satisfacción con la atención recibida (escala Likert y puntos positivos y negativos del programa).

Resultados. No modificación significativa de la salud percibida ni de la calidad de vida en la valoración global, pero sí en mejoría ($p<0,05$) en las esferas emocionales y de relación social de dicha calidad de vida. Disminución de la frecuentación (14,2 vs 9,0; $p<0,01$) y del porcentaje de hiperfrecuentadores (34,0% vs 17,1%; $p<0,01$). El 85,4% de los pacientes consideran que la asistencia mejoró al final del año de intervención, con mejora significativa de la satisfacción de la asistencia recibida global ($p<0,05$), médica ($p<0,05$) y de enfermería ($p<0,01$): (7,8 vs 8,5; 8,0 vs 8,7 y 7,3 vs 8,4 respectivamente).

Conclusiones. La incorporación a un programa de atención domiciliaria de personas dependientes repercute positivamente en los pacientes al mejorar su percepción sobre la asistencia recibida, reducir su utilización de los servicios sanitarios y mejorar algunas esferas de su calidad de vida.

Palabras clave. Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Anciano Frágil.

ABSTRACT

Home Care Program for Dependent Elderly Patients: evaluation of results and of satisfaction with care.

Objectives. To assess the impact of enrolling in a home care program for chronically dependent elderly people and satisfaction with care.

Design. Non-randomized, before-and-after study.

Setting. Primary Care. Urban.

Participants. Chronically dependent elderly people enrolling in a home care program (n=156, with a 7.8% drop-out rate during the one-year trial).

Measures. Chronically dependent elderly patients enrolling in a home care program with assessment at time of entry and one year later. Variables were: perceived health (Likert scale), quality of life (Nottingham Questionnaire), visits received (visitors and number of visits/year) and satisfaction with care received (Likert scale and positive and negative aspects of the program).

Results. No significant change in perceived health or overall quality of life; however, there was improvement ($p<0,05$) specifically in emotional quality of life and in social relationships. Number of visits decreased (14,2 vs 9,0; $p<0,01$), as well as percentage of frequent visitors (34,0% vs 17,1%; $p<0,01$). 85,4% of patients felt that care improved towards end of study, with significant improvement in satisfaction with overall care received ($p<0,05$), and with medical ($p<0,05$) and nursing care ($p<0,01$): (7,8 vs 8,5, 8,0 vs 8,7 and 7,3 vs 8,4, respectively).

Conclusions. Enrolling in a home care program for dependent elderly people has a positive effect on patients by improving perception of care received, reducing use of health care services and improving certain aspects of quality of life.

Key Words: Home Care Services, Frail Elderly.

INTRODUCCIÓN

Informes publicados en los últimos años por Naciones Unidas hablan de un envejecimiento progresivo e irreversible de la población mundial con proyecciones alarmantes para el año 2050^{1,2}. España no es ajena a este problema y presenta unas perspectivas que la sitúan en los primeros lugares a nivel mundial, con un porcentaje de personas ancianas superior al 40% de su población^{1,3}.

Este envejecimiento progresivo de la población conlleva la presencia de un elevado y creciente número de personas mayores en situación de dependencia, entendiendo como tales a aquellas personas que, por razones ligadas a una pérdida o limitación de su autonomía física, psíquica o intelectual, precisan de la ayuda de alguna otra persona para realizar actividades relacionadas con su cuidado personal (comer, asearse, vestirse, etc.) o el mantenimiento de su entorno (cocinar, limpieza del hogar, etc.)⁴.

Esta realidad hace necesaria la adaptación de nuestra sociedad, tanto a nivel de servicios sanitarios como de los servicios y recursos sociales y familiares, con la consiguiente necesidad de un aumento de los denominados cuidados formales y también de los informales^{5,6}. Este proceso adaptativo requiere que los servicios sanitarios asistenciales se organicen para dar respuesta a estas nuevas necesidades, siendo la asistencia domiciliaria una pieza fundamental para intervenir sobre dichas necesidades^{7,8}. Se entiende por atención domiciliaria la asistencia prestada en el domicilio del paciente a aquellas personas, o su familia, que debido a sus circunstancias concretas no pueden desplazarse al centro de salud para recibir la atención que precisan con el objetivo de potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida^{9,10}.

Con esta base argumental, se presenta este trabajo cuyos objetivos principales son conocer el impacto de una intervención de atención domiciliaria sobre pacientes ancianos dependientes y la satisfacción de los mismos con dicha intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue realizado en el Centro de Salud "Sillería" (Toledo), centro de características urbanas que atiende a una población de aproximadamente 12.000 personas.

La evaluación de la intervención se realizó a través de un estudio de intervención antes-después, también denominado estudio cuasi-experimental o ensayo no controlado^{11,12}. Cada uno de los pacientes fue valorado en el momento de su incorporación a la intervención y 12 meses después de dicha incorporación.

Fueron considerados como participantes los pacientes dependientes mayores de 65 años que eran incorporados al programa de atención domiciliaria. Se entendió como persona dependiente aquella que cumplía con los criterios de la definición dada por el Consejo de Europa y que aparece recogida en la introducción de este trabajo⁴. Como criterios de exclusión en el estudio (aunque sí incorporados al programa) respecto a los pacientes dependientes se consideraron tener una edad inferior a 65 años, tener esperanza de vida esperada al inicio del estudio inferior a 12 meses y la existencia de rotación por varios domicilios (estos dos últimos criterios con la finalidad de poder finalizar la intervención). Además, se consideró como criterio de exclusión el rechazo del paciente a la participación en el estudio.

La intervención realizada y evaluada fue la incorporación a un programa de atención domiciliaria y, de forma complementaria, la oferta de un teléfono de consulta directa a demanda con los profesionales abierto durante la jornada laboral. El programa de atención domiciliaria implicaba la atención sanitaria por parte de su unidad básica de atención (médico y enfermera) y la atención social por parte del trabajador social del centro de salud. Las visitas realizadas por los profesionales sanitarios a lo largo del año de seguimiento se fijaron en función de la valoración individual de cada caso, siendo como mínimo de 6 visitas/año. El trabajador social realizó una visita inicial a todos los pacientes al incorporarse al programa y fijó un seguimiento en los casos necesarios.

Las variables fueron recogidas por el médico de familia o por el médico residente de medicina familiar y comunitaria de último año de formación, pertenecientes al cupo médico al que estaba adscrito el paciente, y fueron:

- Variables sociodemográficas: edad y sexo.
- Salud percibida: Se investigó a través de una pregunta cerrada “¿Cómo considera su estado de salud?” con 5 opciones posibles (muy buena, buena, regular, mala y muy mala) y a través del cuestionario de calidad de vida de Nottingham

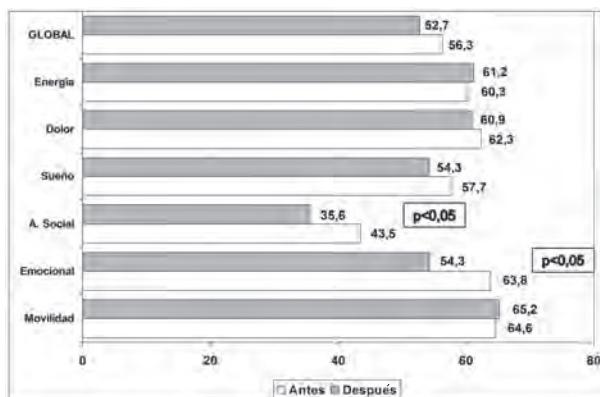


Figura 1. Calidad de vida.

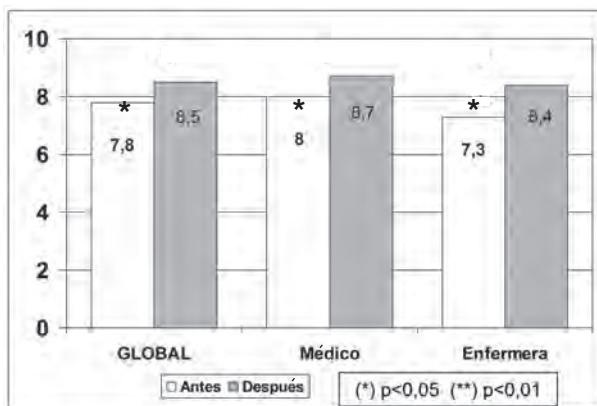


Figura 2. Satisfacción con la atención.

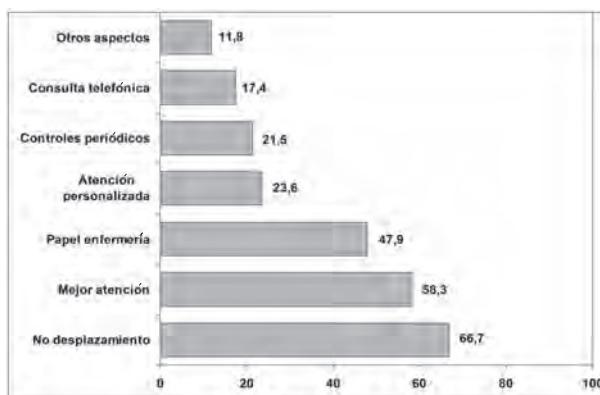


Figura 3. Puntos positivos destacados.

(Nottingham Health Profile -NHP-) que consta de 38 ítems y presenta una valoración global y de 6 esferas específicas (energía, dolor, movilidad, sueño, estado emocional y relaciones sociales), el cual está validado en castellano^{13,14}.

- Utilización de servicios sanitarios (dato obtenido a través de la historia clínica): la frequentación se fijó por el número de consultas realizadas en los

últimos 12 meses al Centro de Salud, ya fuesen a demanda o programadas, en el propio centro o en el domicilio del paciente, e incluyendo tanto las visitas médicas como las visitas a la consulta de enfermería. Fueron considerados como hiperfrequentadores aquéllos que consultaron en quince o más ocasiones a lo largo de dicho periodo.

- Satisfacción con el programa: al final del periodo de estudio se administró un cuestionario con una escala Likert (graduada de 0 a 10) sobre la satisfacción con la atención recibida, una pregunta sobre la evolución de la asistencia recibida (con 5 posibles respuestas, desde "mucho mejor" a "mucho peor") y dos preguntas abiertas (una sobre puntos destacados de la atención recibida y otra sobre puntos a mejorar en la atención recibida).

Los datos fueron introducidos en una base de datos del programa estadístico R-SIGMA creada para tal fin. Para el análisis de los mismos, realizado a través de dicho programa, se emplearon herramientas de estadística descriptiva (rango, media aritmética y desviación estándar) y analítica (T de Student y Chi-cuadrado).

RESULTADOS

156 pacientes cumplían criterios de inclusión en el estudio y aceptaron participar, sin ningún rechazo, en el mismo. A lo largo del año de seguimiento se produjeron 12 pérdidas (7,8% de los pacientes inicialmente incluidos), siendo ocasionadas 9 por fallecimiento, 2 por cambio de domicilio y 1 por otras causas.

Respecto a sus características demográficas, 91 participantes (58,3%) eran hombres y 65 (41,7%) mujeres, con una edad media de 79,4 años (rango de 67 a 98 años).

Con referencia a la salud percibida por los pacientes, no se encontraron diferencias significativas en la salud percibida subjetiva antes y después de la intervención (muy buena/buena 29,5% vs 28,5%, regular/mala/muy mala 70,5% vs 71,5%; p>0,05). Los datos relativos a la calidad de vida antes y después de la intervención, expresados en porcentaje de deterioro a través del cuestionario NHP, aparecen recogidos en la figura 1, no apreciándose una modificación significativa a nivel del deterioro global, pero sí mejoras significativas en las esferas emocional y de aislamiento social del paciente.

La frecuentación media total de los pacientes descendió de 14,2 visitas/año el año previo a 9,0 visitas el año de intervención ($p<0,01$). De forma similar, el porcentaje de hiperfrequentadores presentó una disminución significativa, reduciéndose del 34% al 17,1% ($p<0,01$).

La figura 2 recoge el grado de satisfacción con la atención recibida expresada antes y después del año de participación en el programa de seguimiento, tanto a nivel de atención global recibida como de atención médica y de enfermería. En todos los casos se encontró un aumento estadísticamente significativo de la satisfacción al finalizar el periodo de seguimiento ($p<0,05$ en la satisfacción de la atención global y médica y $p<0,01$ en la satisfacción de la atención de enfermería).

El porcentaje de pacientes que consideraban que la atención recibida a través del programa era “mucho mejor” o “mejor” que la recibida con anterioridad era del 85,4%, “igual” del 11,8% y “peor” o “mucho peor” del 2,8%.

121 pacientes (84%) expresaron al menos algún punto positivo de la atención recibida a través del programa de intervención (los aspectos expresados aparecen recogidos, junto al porcentaje de pacientes, en la figura 3). Del mismo modo, solo 10 pacientes (6,9%) expresaron algún punto negativo de la atención recibida con el programa, destacando entre ellos la necesidad de aumentar el número de visitas (3,5% de los pacientes), la no realización de renovación de recetas en el domicilio (2,8% de los pacientes) y la falta de visitas domiciliarias de otros especialistas (0,7% de los pacientes).

DISCUSIÓN

España es uno de los países más envejecidos del mundo, existiendo un porcentaje del 5-8% de las personas mayores que presentan algún grado de dependencia y necesidad de cuidados en el domicilio^{3,15,17}, y, aunque la mayor necesidad de cuidados es en la esfera social, proporcionados básicamente por la familia, es preciso un apoyo sanitario que debe ser proporcionado principalmente por la Atención Primaria^{18,21}, con independencia de la existencia de grupos de apoyo especializados^{22,23}. Todo ello está ocasionando que cada vez se dediquen más recursos, humanos y materiales a la realización de atención domiciliaria^{24,25}.

Por otra parte, la atención domiciliaria, como cualquier otra actividad, debe ser evaluada con el

objetivo principal de mejorar la calidad de la atención prestada^{26,27}, debiéndose tener en cuenta que la evaluación de los servicios prestados en el ámbito de la Atención Primaria precisa de la utilización de fuentes de información diversas y con diferentes aproximaciones: eficacia/efectividad, eficiencia, satisfacción, etc.^{26,28,29}. Pese a ello, la mayoría de las publicaciones sobre el tema se limitan a una descripción de la situación.

Respecto a las limitaciones del estudio, cabe mencionar que el método ideal para evaluar una intervención es utilizar un ensayo clínico controlado. Dado que nosotros empleamos un estudio no controlado tipo antes-después, sus resultados deben valorarse con prudencia, aunque se acepta este tipo de estudio para evaluar la eficacia de una intervención cuando ésta no se pretende comparar con otra^{11,12}.

Con referencia a la eficacia de nuestra intervención, debe tenerse en cuenta que los objetivos clásicos de evaluación de actividades sanitarias (disminución mortalidad, curación, etc.) no son prioritarios en los enfermos crónicos dependientes, siendo preferibles otros como la minimización del deterioro o la calidad de vida^{30,33}. Respecto a la salud propiamente dicha, las grandes revisiones publicadas obtienen resultados contradictorios respecto a su posible impacto sobre aspectos como la mortalidad, ingresos hospitalarios, etc.³⁴⁻³⁸. Nuestros datos pueden hacer vislumbrar beneficios limitados en estos aspectos al no detectar mejoría en la salud percibida y únicamente mejoría en algunas esferas, no en la global, de la calidad de vida percibida como son la disminución del sentimiento de aislamiento social y la mejoría en la esfera emocional.

Respecto a la frecuentación, es sabido que la utilización de los servicios sanitarios depende, además de las características de los pacientes, de los servicios ofertados y de la organización de los mismos, y que dicha utilización es elevada en pacientes que precisan atención domiciliaria^{39,41}. En este aspecto, nuestra intervención muestra resultados al reducir claramente la frecuentación media y el porcentaje de hiperfrequentadores, existiendo publicaciones con datos dispares a este respecto^{35,42,43}.

Por otra parte, los pacientes valoran, además de los resultados, la accesibilidad a los servicios sanitarios, la información recibida, la relación con los profesionales, etc., lo que en conjunto puede denominarse satisfacción^{28,44,46}, siendo ésta un

factor clave en la evaluación de actividades^{26,28,47,48}. Los distintos datos encontrados en nuestro estudio permiten afirmar que existe una amplia satisfacción con los servicios prestados y, aunque esta satisfacción es global, cabe destacar los resultados alcanzados al valorar la atención de enfermería, quizás motivado por partir de una peor valoración de partida y por ser los responsables de una parte importante de dicho programa de atención domiciliaria.

Concluimos que, en base a nuestros datos, la incorporación de personas mayores dependientes a un programa de atención domiciliaria mejora la percepción de la atención recibida, disminuye la utilización de los servicios sanitarios y mejora algunas esferas de la calidad de vida. Por todo ello, y pese a las limitadas mejoras en distintos aspectos de la salud, creemos que queda constatada la necesidad de puesta en marcha de este tipo de actividades.

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Ageing 1950–2050. New York: United Nations; 2002.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects: The 2006 Revision. New York: United Nations; 2007.
3. Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez A, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78:201-13.
4. Consejo de Europa. Necesidades específicas de las personas mayores. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1995.
5. Iacob IN, Rodríguez S. A European perspective of services organisation for dependent elderly people care. Rennes (France): ENSP; 2007.
6. Evans RG, McGrail KM, Morgan SG, Barer SL, Hertzman C. Apocalypse no: population aging and the future of health care systems. *Can J Aging*. 2001; 20(Suppl 1):160-91.
7. De la Revilla L, Espinosa JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria*. 2003; 31:587-91.
8. Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Aten Primaria*. 2000; 25:22-7.
9. Cegri F, Amanzana A. Atención domiciliaria: camino hacia la excelencia. *Aten Primaria*. 2007; 39:3-4.
10. Ferrer C. Modelos de organización de la atención domiciliaria. *Jano*. 2006; 11612:47-8.
11. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiología clínica. Barcelona: Ed. Consulta; 1989.
12. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Ed. Doyma; 1991.
13. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: Subjective health Status and medical consultations. *Soc Sci Med*. 1981; 15:221-9.
14. Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health*. 1990; 80:704-8.
15. Instituto Madrileño de Servicios Sociales. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. Madrid: IMSERSO; 2005.
16. Soler JM, Solanas JV, Ros A, Sempere E. Prevalencia poblacional de ancianos que requieren asistencia crónica domiciliaria. *Aten Primaria*. 1994; 13:517-8.
17. Hernando J, Iturrioz P, Torán P, Arratibel I, Arregui A, Merino M. Problemas y necesidades de salud en los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria*. 1992; 9:133-6.
18. Beck JC, Stuck A. Preventing disability. Beyond the black box. *JAMA*. 1996; 276:1756-7.
19. Wieland D, Ferrel BA, Rubenstein LZ. Geriatric home health care: conceptual and demographic considerations. *Clin Geriatr Med*. 1991; 7:645-64.
20. Gorroñogoitia A, Alvarez M (coordinadores grupo de trabajo de semFYC). Atención al anciano. Madrid: Eurobook semFYC; 1997.
21. Espinosa JM, Benítez MA, Pascual I, Duque A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en Atención Primaria. Documentos semFYC nº 15; 2000.
22. González JI. Asistencia primaria a domicilio, hospitalización a domicilio, asistencia geriátrica a domicilio. *Med Clin (Barc)*. 1992; 98:38.
23. Bautista JJ, González JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115:704-17.
24. Grupo ATDOM. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2003; 31:473-7.
25. Gene J, Hidalgo A, Contel JC, Borrás A, Ortiz J, Martín J, et al. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2006; 38:47-53.
26. Benítez MA. Evaluación de los programas de atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peya M, eds. Atención domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Ed. Doyma; 2003.
27. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B, y Grupo de Trabajo sobre evaluación de la Atención Primaria de Salud de Barcelona. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2003; 31:382:5.
28. Morales JM, Bonill C, Celdrán M, Morilla JC, Martín FJ, Contreras E, et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria. *Gac Sanit*. 2007; 21:106-13.
29. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001; 50:161-5.
30. Bautista JJ, González JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115:704-17.
31. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980; 303:130-5.
32. Barret-Connor E, Stuenkel C. Questions of life and death in old age. *JAMA*. 1998; 279:622-3.
33. Ikegami N. Functional assessment and its place in health care. *N Engl J Med*. 1995; 332:598-9.
34. Elkan R, Kendrick D, Dewey M. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2001; 323:719-25.
35. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002; 287:1022-8.
36. Van Haastregt JC, Diederiks JP, Van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000; 320:754-8.
37. Bouman A, Van Rossum E, Nelemans P, Kempen G, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for

- older people with poor health status: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:74.
38. Mottram P, Pitkala K, Lee C. Institutional versus at-home long term care for functionally dependent older people (Cochrane review). En. Cochrane Library, Issue1, 2002, Oxford: Update Software.
39. Mencera J, Berrobianco E, Sacristán E, Fernández C, Rojo JJ, Paniagua F. Utilización de los servicios programados de enfermería por pacientes inmovilizados en un Centro de Salud. *Medicina de Familia (And)*. 2003; 3:162-6.
40. Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. El programa ATDOM de Raval Nord: análisis descriptivo sobre 10 años de atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2004; 33:215-7.
41. Gené J, Moliner C, Contel JC, Tintoré I, Villafafila R, Schorlemmer C. Salud y utilización de servicios en anciano según el nivel de convivencia. *Gat Sanit*. 1997; 11:214-20.
42. Bouman A, Van Rossum E, Evers S, Ambergen T, Kempen G, Knipschild P. Effects on health care use and associated cost a home visiting program for older people with poor health status: A randomized clinical trial in the Netherlands. *J Gerontol Med Sci*. 2008; 63:291-7.
43. Elkan R, Kendrick D, Dewey M. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2001; 323:719-25.
44. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*. 1988; 27:935-9.
45. Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? *Br J Gen Pract*. 1997; 47:805-9.
46. Vedsted P, Mainz J, Lauritsen T, Olesewski F. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *Fam Pract*. 2002; 19:339-43.
47. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114(Supl 3):26-33.
48. Illana F. La organización centrada en la satisfacción del paciente. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18:259-60.