

# Implicaciones de la satisfacción con los cuidados sanitarios en el marco hospitalario

Jesús María Aranaz Andrés, José Joaquín Mira Solves,  
Abilio Reig Ferrer, Jesús Rodríguez Marín

## INTRODUCCION

En el año 1984 el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del INSA-LUD, elaboró un programa de actuación a nivel hospitalario que recibió el nombre de «Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria» (Insalud, 1985, a).

Dicho plan, cuyo objetivo principal era incrementar la calidad de los servicios prestados por los hospitales intentando hacer más agradable la estancia al ciudadano en los mismos, se puso inicialmente en marcha mediante: la carta de derechos y deberes de los usuarios y las encuestas de post-hospitalización, como medio para conocer el resultado de la asistencia, las deficiencias de la misma y las mejoras que, en opinión de los mismos usuarios, cabrían en la estructura hospitalaria.

En esta línea, el Instituto Nacional de la Salud (1985, b) realizó, los días 15 de marzo y 30 de mayo de 1984, un sondeo sobre la satisfacción de los usuarios con la asistencia recibida en hospitales de la propia red, ubicados en distintas comunidades autónomas. Estudio amplio e interesante que no es demasiado conocido entre la comunidad de psicólogos.

La importancia de estas encuestas de post-hospitalización estriba en, aparte de pulsar la opinión de los usuarios, que se consideran indicadores de la calidad de la asistencia que se presta y del índice de aceptación del hospital de que se trate en su comunidad.

## CONCEPTO DE SATISFACCION

Desde principios de los años 70 los responsables de los servicios públicos de salud de muy distintos países

se han interesado cada vez más en promover en los ciudadanos que utilizan esos servicios de salud una sensación de agrado con los mismos, no siendo nuestro país —tal y como más arriba comentábamos— ajeno a estas medidas institucionales.

Pese a este auge, poco se ha hecho por definir el término *satisfacción de los usuarios*. Casi todos los estudios pecan de definiciones circulares y, quizás debido a intereses institucionales, se han preocupado más por la identificación de variables asociadas a la satisfacción, siempre entendida como agrado de los usuarios, que se comportan de modo pasivo (se dejan hacer y así *se curan*), sin ver que el usuario es también un sujeto activo.

S. Linder-Pelz (1982, a; 1982, b) intentó establecer una teoría sociopsicológica sobre la satisfacción. Esta autora define el concepto de satisfacción como *una actitud positiva hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud*, identificando únicamente a las expectativas que los pacientes se han formado sobre los cuidados, centro y personal que los atenderá como posibles determinantes de su grado de satisfacción. Esta idea, que se relaciona directamente con el **modelo de creencias de salud** propuesto para explicar la adherencia vs. incumplimiento de prescripciones terapéuticas, nos lleva a afirmar que la satisfacción del paciente, además de ser una contribución esencial para el logro de los objetivos del Sistema Sanitario, afecta directamente a la relación profesional de la salud/paciente en el sentido de promover, en el paciente, expectativas de éxito en su tratamiento y, por ende, promueve la implicación del propio usuario en sus cuidados de salud.

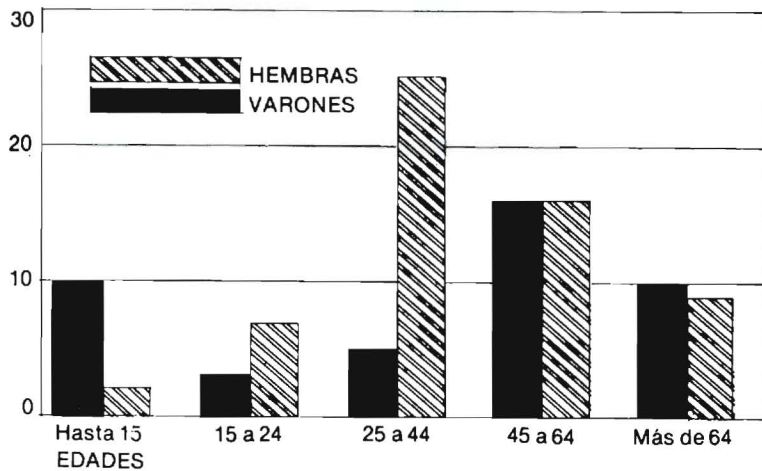
## MEDIDA DE LA SATISFACCION. UN EJEMPLO DE ENCUESTA DE POST-HOSPITALIZACION

Una actitud, definida por Triandis (1971) como *una idea cargada de emoción que predispone a un conjunto de acciones*, se compone de elementos comportamentales, afectivos y cognitivos (de tal modo que, por ejemplo, se puede tener la idea de que una operación quirúrgica es muy peligrosa, estar muy ansioso ante esa posibilidad, pero no tener más remedio que acudir al quirófano para ser intervenido). Por la dificultad que entraña la medición de los componentes comportamental y cognitivo, se opta —normalmente— por la medición del componente afectivo de la actitud (satisfacción) a través de los cuestionarios de opinión, aun a sabiendas de que la opinión es la manifestación verbal de la actitud y, por ello, no siempre se corresponde con ella exactamente.

Como ejemplo de encuesta de post-hospitalización, comentamos a continuación la metodología seguida en el hospital del INSALUD de Alcoy, en el que, coincidiendo con la puesta en marcha del Servicio de Atención al Paciente, se ideó y confeccionó una encuesta de opinión sobre cómo se valoraban aspectos del hospital (atención médica, atención de enfermería, hostelería y urgencias).

Se diseñó un primer cuestionario —llamado *de prueba*— con el que de forma *experimental* se puso a prueba los mejores sistemas para contactar con los usuarios, la forma en que podían ser devueltas las encuestas y nuestra propia capacidad organizativa. Tras este ensayo piloto, elaboramos un cuestionario —llamado

Figura n.º 1: Análisis de la muestra por edad y sexo



*definitivo*— que repartimos a todas las altas habidas en la segunda quincena de junio de 1985, una vez habían transcurrido quince días desde su salida del Hospital (periodo de reflexión). Se determinó un periodo de 30 días para recibir encuestas cumplimentadas y no realizar ningún contacto para asegurar la recepción de la encuesta. En total se mandaron 278 cuestionarios.

En la tabla n.º 1 se presenta tanto el cuestionario como los resultados. En este caso, el índice de participación fue del 39'09% (muy alto si se compara con otros estudios similares —Insalud, 1985, b) con un índice de satisfacción (media de medias) de 2'66 puntos (d.t. = 0'57), sobre un máximo de 3.

En la figura n.º 1 se representa gráficamente la participación por edad y sexo en la encuesta.

### IMPLICACIONES DE LA SATISFACCION

Independientemente de los resultados sobre la satisfacción; de si estos son, o no, gratificantes; de si están, o no, sobrevalorados por tratarse de una encuesta de opinión y no de un estudio de actitudes; del efecto de *deseabilidad social*, del temor a dar una mala opinión que repercuta en su nivel de asistencia en el futuro, o del efecto de **atracción** del propio hospital, lo cierto es que la satisfacción de los usuarios —tal y como quedó definida anteriormente— tiene que ver

con las probabilidades de que ese usuario, una vez fuera del hospital, atienda a las indicaciones y recomendaciones sobre su propia salud ofertadas por el personal sanitario, con todo lo que esta **adherencia a los tratamientos** conlleva de mejora de los niveles de salud de la población y de su propia responsabilización en los cuidados de la salud.

Si la satisfacción del usuario viene dada por la confirmación/ desconfirmación de la expectativa que el individuo tiene sobre cómo va a responder una unidad (profesional, servicio, centro) del Sistema Sanitario, la **violación de la expectativa** (Aronson, 1968) aparte de provocar un sentimiento de insatisfacción, se manifestaría: a) desacreditando la fuente digna de confianza en un principio; b) buscar otra fuente digna de confianza; c) buscar el apoyo social de otros individuos que piensen de la misma manera (Festinger, 1957).

De esta forma, si los factores asociados a la conducta incumplidora de prescripciones terapéuticas pueden encuadrarse en: a) factores propios de la enfermedad, b) factores del individuo, c) factores debidos a las mismas prescripciones, f) factores asociados al marco asistencial, e) el propio objetivo de cambio, d) relación profesional de la salud/paciente (Reig y Rodríguez-Marín, 1985), las expectativas sobre el marco asistencial y la atención de los profesionales sanitarios (puntos d y f) pueden ser valorados mediante las encuestas de post-hospitalización, en donde se pregunta al usuario sobre aspectos relacionados con la prestación de cuida-



dos de salud, o en otras palabras, su satisfacción con: la atención médica, la atención de enfermería, las condiciones de hostelería del medio, la información sobre su proceso suministrada y la disponibilidad del servicio (urgencias).

Este concepto de **calidad aparente**, introducido para explicar la *aceptabilidad* del sistema/servicio sanitario entre sus usuarios, implica dos aspectos fundamentales de la prestación: 1) facilitar la adherencia a los

tratamientos y 2) como consecuencia de lo anterior, la responsabilización de los propios usuarios en sus cuidados de salud. Aspectos que junto a la **calidad técnica** (capacidad profesional, estructura del marco asistencial y proceso —Donabedian, 1980— determinan la mejora de los niveles de salud de la población).

En definitiva, sugerimos que el interés de la Administración por la medición de la satisfacción de los usuarios con la asistencia sanitaria

debe aportar más que la simple consulta sobre el agrado con los cuidados de salud recibidos, puesto que ofrece una oportunidad única para valorar el compromiso de los pacientes con sus propios cuidados de salud, o en la modificación —incluso— de sus hábitos conductuales poco saludables (comer en exceso, fumar, falta de ejercicio físico).

A la idea tradicional de pacientes pasivos (que deben ser *atendidos y curados*) debemos oponer la idea de

**TABLA 1. Resultados de la encuesta de Post-hospitalización**

1. Edad.	Hasta 15 años: 11'65 De 15-24: 9'71 De 25-44: 29'13	De 45-64: 31'07 Más de 64: 18'54	
2. Profesión.			
3. Estado civil.	Casado: 72'82 Soltero: 18'45 Viudo: 8'74	Separado: 0 Divorciado: 0	
4. Sexo.	Varón: 42'72 Hembra: 57'28		
5. ¿Qué día ingresó en el Hospital?			
6. ¿En qué Servicio ha estado hospitalizado?	Urgencias: 4'08 Maternidad: 31'63 Pediatría: 12'24 Cirugía: 17'35 Med. Int.: 21'43	Traumat.: 21'20 O. R. L.: 1'02 U. C. I.: 1'02 Oftalm.: 1'02	
7. ¿Cuánto tiempo ha permanecido en el Hospital?			
8. ¿Ingresó por el Servicio de Urgencias?	Sí: 69'90 No: 30'10		
9. El médico que le atendió en el Servicio de Urgencias, acudió:	Con bastante rapidez: 70 Normal: 25'71	Tardó mucho tiempo: 4'29 Tardó demasiado: 0	
10. La atención del personal del Servicio de Urgencias fue:	Muy buena: 46'61 Buena: 47'22	Regular: 2'78 Mala: 2'82	
11. Considera que su problema se solucionó satisfactoriamente en el Servicio de Urgencias.	Totalmente: 50'70 Bastante: 40'85	Regular: 5'63 Nada: 2'82	
12. Refiriéndonos al tiempo que estuvo en alguna planta del Hospital, ¿con qué frecuencia le visitó el médico?	Todos los días: 91'35 Casi todos los días: 5'77	Algunos días: 2'88 Pocos días: 0	
13. ¿Conocía el nombre de su médico?	Sí: 87'50 No: 12'50		
14. Cuando salió de alta, ¿le dieron recomendaciones sobre cuidados a seguir en su domicilio?	Sí: 91'18 No: 8'82		
15. ¿Está satisfecho de la atención del médico con Ud.?	Muy satisfecho: 64'08 Bastante satisfecho: 33'01	Poco satisfecho: 2'91 Nada satisfecho: 0	
16. ¿Cómo cree que le informaron sobre su enfermedad?	Muy mal: 2'97 Mal: 4'95	Bien: 61'39 Muy bien: 30'89	
17. ¿Cómo piensa que le atendieron las enfermeras?	Muy mal: 0 Mal: 0'97	Bien: 43'69 Muy bien: 56'34	
18. ¿Cree que las enfermeras le han dedicado tiempo suficiente?	Sí: 96'04 No: 3'96		
19. ¿Qué opina de la habitación en que estuvo?	Muy mala: 1'94 Mala: 2'91	Buena: 66'02 Muy buena: 29'13	
20. ¿Está satisfecho con la limpieza de su habitación?	Sí: 98'04 No: 1'96		
21. ¿Y con la limpieza de su planta?	Sí: 99'03 No: 0'97		
22. A su criterio, ¿la comida del Hospital es buena?	Sí: 98'02 No: 1'98		
23. La comida, ¿le llegaba caliente a su habitación?	Siempre: 76 Casi siempre: 19	Sólo a veces: 5 Nunca: 0	
24. ¿Los menús le han parecido variados?	Sí: 96'04 No: 3'96		
25. ¿Cree que tuvo suficiente contacto con sus familiares mientras estuvo ingresado?	Sí: 100 No: 0		
26. ¿Cree que sus familiares tuvieron toda la información sobre Ud. que necesitaban?	Sí: 92'16 No: 7'84		
27. Con respecto a los horarios de visita al Hospital:	Lo dejaría igual: 80'01 Lo aumentaría: 11'11	Lo disminuiría: 0 Restringiría visitas: 8'08	
28. En general, ¿cómo cree que fue el trato del personal con Ud.?	Muy amable: 52'43 Amable: 44'66	Poco amable: 2'91 Nada amable: 0	
29. En términos generales, ¿se ha aburrido Ud. durante el tiempo ingresado en el Hospital?	Sí: 24'49 No: 75'51		
30. Piensa que ha estado ingresado:	Lo necesario: 89'42 Más de lo necesario: 2'88	Mucho más de lo necesario: 4'81 Menos de lo necesario: 2'88	
31. ¿Cómo se encuentra ahora de su dolencia?	Mucho mejor: 50'50 Mejor que antes: 44'56	Igual: 4'95 Peor: 0	
Sugerencias:			
Quejas:			

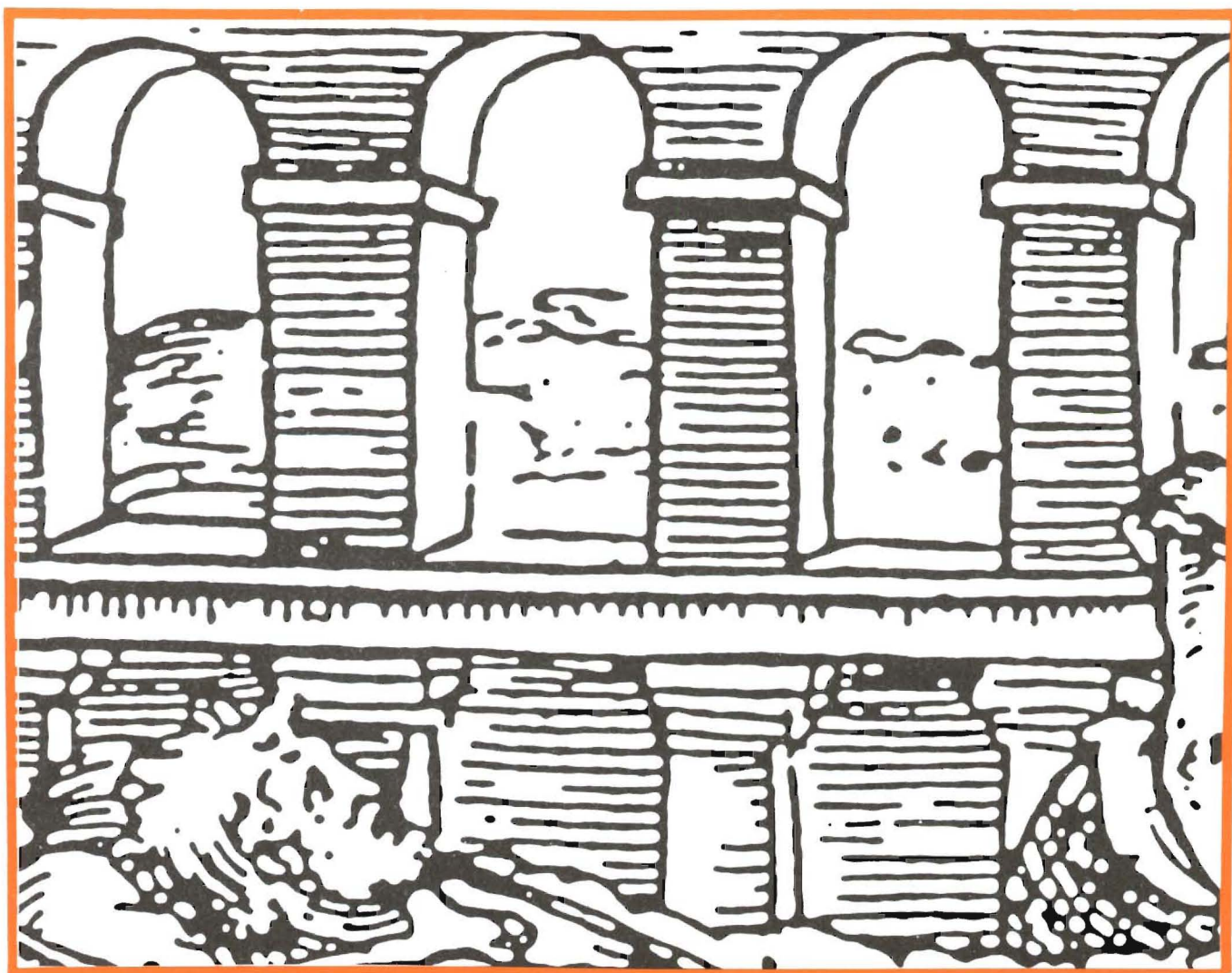
pacientes activos, que valoran sus contactos con cualquier unidad del sistema sanitario y que deciden seguir o no sus indicaciones, asumiendo total, parcialmente o, en absoluto, su propia responsabilidad en su nivel de salud.

Si entendemos la satisfacción como un factor importante de la calidad asistencial que se presta por el sistema sanitario, debemos considerar no sólo que nuestra atención agrada a los usuarios, sino que esta atención

(de rebote, si se quiere) asegura la cumplimentación de las prescripciones terapéuticas y, por consiguiente, se trata de un objetivo a cumplir por todo el dispositivo sanitario y no, tan sólo, una mediada de mejor *trato humano*. Es claro que la participación del psicólogo en la mejora de formas y tipos de información y de manejo de pacientes en el marco hospitalario, se nos presenta como una medida que asegura el apoyo necesario al personal hospitalario para

desarrollar convenientemente esta función, de tal modo que, efectivamente, se incremente la calidad aparente (satisfacción) toda vez que la administración que gestiona el Sistema de Salud, garantiza la calidad técnica, promoviendo niveles óptimos de cuidados al: 1) asegurar la adherencia de los tratamientos y 2) fomentar en los ciudadanos su participación.

■ ■



## BIBLIOGRAFIA

- E. ARONSON. Dissonance Theory: Progress and Problems. En: Abelson y cols. (Eds.): *Theories of Cognitive Consistency: A Sourcebook*. Chicago: Illinois Rand McNally, 1968.
- A. DONABEDIAN. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, 1980.
- L. FESTINGER. *A Theory Cognitive Dissonance*. Stanford University Press, 1957.
- INSALUD. *Jornadas sobre Humanización de la Atención Sanitaria en la red asistencial del Insalud*. Madrid, 1985.
- INSALUD. *Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud*. Madrid, 1985.
- S. LINDER-PELZ. Toward a Theory of Patient Satisfaction. *Social Science and Medicine*, 1982, a, vol. 16: 577-589.
- S. LINDER-PELZ. Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction: A Test of five hypothesis. *Social Science and Medicine*, 1982, b, vol. 16: 583-589.
- A. REIG y J. RODRÍGUEZ MARÍN. Aspectos psicológicos del incumplimiento de las prescripciones terapéuticas y estrategias de modificación. *Enfermería Científica*, 1985, 39: 20-27.
- H. TRIANDIS. *Attitude and Attitude Change*. Wiley, 1971.