

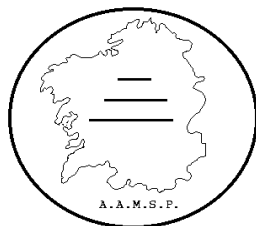
APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Vol II N° 20

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Septiembre 99



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Dentro de la actual estructura del Sistema Nacional de Salud, la Salud Pública está encuadrada en los órganos de dirección y planificación (Ministerio y Consellerías de cada una de las Comunidades Autónomas) y sin embargo no tiene ninguna representación en los diferentes órganos de Dirección de los Servicios de Salud (INSALUD, SERGAS, SCS, etc.), ni se establece una jerarquía real, funcional u operativa entre los Servicios de Salud Pública y los Servicios de Asistencia Sanitaria (Atención Primaria y Atención Especializada).

Nos hemos preguntado muchas veces si los programas y directrices de Salud Pública deben ser asumidos por la Atención Primaria y Especializada, como una actividad más a desarrollar por los profesionales sanitarios y si debiera ser así que hay para hacerlo posible.

Históricamente, en Atención Primaria, las funciones de Salud Pública se venían ejerciendo por los profesionales de APD, pero debido a la nueva estructura, que ha declarado a extinguir a los APD y se han eliminado las competencias en materia de Salud Pública, podríamos decir que actualmente se realizan vacunaciones (principalmente por pediatras y personal de enfermería correspondiente) y otras actividades de Salud Pública, fundamentalmente en el campo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero en la mayoría de las ocasiones sin coordinación y a veces sin continuidad.

Actualmente la asistencia sanitaria no se concibe sólo como “curar a los enfermos” sino que se entiende como un proceso continuo constituido por promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y seguimiento; pero para realizar todo este proceso no se le puede pedir a los profesionales sanitarios que asuman ellos solos todo ello con unos cupos sobredimensionados y en unas condiciones laborales de incertidumbre.

La Atención Primaria es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y por tanto también debiera ser el primer eslabón de la cadena de Salud Pública, por lo que las actividades y programas de Salud Pública no deben ser una actividad testimonial, no deben ser algo voluntario, no pueden ser algo de lo que los profesionales sanitarios se enteren por los medios de comunicación.

SUMARIO

| | |
|--|---------|
| <i>EDITORIAL</i> | pág. 1 |
| <i>Corporaciones locales y Salud Pública</i> | pág. 3 |
| <i>Mundialización y realidad social (I)</i> | pág. 5 |
| <i>Satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios (I)</i> | pág. 11 |
| <i>Cursos y Congresos Libros recomendados</i> | pág. 14 |
| <i>Aproximación a la epidemiología del cáncer de pulmón</i> | pág. 15 |
| <i>Intervención pública contra el hambre en Navarra (s. XVI-XX)(I)</i> | pág. 19 |
| <i>Violencia, narcotráfico y salud comunitaria en Río de Janeiro</i> | pág. 23 |
| <i>R.D. 1497/1999 de 24 de Sep</i> | pág. 25 |
| <i>Índice Kappa</i> | pág. 27 |

Las actividades y programas de Salud Pública deben ser dirigidas y coordinadas por los órganos de Dirección Asistencial, deben ser una función más y por tanto evaluables como objetivos.

Sabemos que todas las actividades de la Salud Pública tienen que estar planificadas e incardinadas dentro del Plan Nacional de Salud, si bien, habrá actividades específicas dentro de cada Comunidad Autónoma y dentro de cada Área de Salud de acuerdo con sus problemas y necesidades, pero han de ser coherentes y consecuentes con el mismo. No puede haber programas distintos con la misma finalidad, dependientes del Ministerio, Consellería, Área de Salud o Centro de Salud de X; no puede haber mensajes contradictorios ni prestaciones heterogéneas.

En el diseño y elaboración de programas de Salud Pública, salvo programas concretos que debido a problemas específicos de tiempo, coyunturales, etc., es necesaria la participación de las Sociedades Científicas de Atención Primaria, para con ello lograr un consenso que a la vez posibilite la implicación activa de los profesionales que trabajan en los Centros de Salud y que los programas tengan en cuenta todas las dificultades prácticas que se plantean a la hora de su ejecución.

Y finalmente si la Unión Europea quiere ser algo más que la Comunidad Económica Europea, en el campo de la Sanidad y muy especialmente en el campo de la Salud Pública, tendrá que establecer un Plan de Salud global, con una serie de programas comunes para todos los países miembros y una coordinación en todo lo referente a la vigilancia epidemiológica, a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

|

APUNTES DE SALUD PÚBLICA, Home Page: <http://mrsplx2.usc.es>.

| | | |
|---|------------------------|---------------------------------|
| APUNTES DE SALUD PÚBLICA[®] | | |
| ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA. | | |
| Vol. II | Septiembre 1999 | Nº 20 |
| DIRECTOR: JUAN RAMÓN GARCÍA CEPEDA. | | DIR. INTERNET: AGUSTÍN MONTES |
| REDACTORES-JEFE: | | EDITA: A.A.M.S.P. |
| MONTERRAT GARCÍA SIXTO | | Apto. Correos nº 139 -SANTIAGO- |
| LOURDES MACEIRAS GARCÍA | | IMPRIME: Portada : Minerva S.A. |
| COMITE CIENTÍFICO: | | Resto: Tórculo S.A. |
| LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ. | | DEPOSITO LEGAL: C-1580-1993 |
| SANTIAGO VÁZQUEZ ARGUIVAY | | ISSN: 1134-055X |
| CARLOS FERNÁNDEZ GONZÁLEZ. | | Tirada: 250 ejemplares |
| ADOLFO FIGUEIRAS GUZMÁN. | | |
| La revista Apuntes de Salud Pública está incluida en la base datos IME y en el repertorio Índice Médico Español. Tiene acuerdos de colaboración con: Gaceta Sanitaria y Revista Portuguesa de Saúde Pública. | | |
| "APUNTES DE SALUD PÚBLICA" no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados, que son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. | | |

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS SANITARIOS: I, UN ESTUDIO HOSPITALARIO CONJUNTO

L. Maceiras¹/ JM. Barros-Dios² / C. Cadarso³ / JJ. Gestal²

Resumen

Objetivo: Conocer la satisfacción de los usuarios con la atención recibida en el hospital Juan Canalejo (HJC) de A Coruña.

Métodos: Estudio transversal sobre las personas atendidas en el HJC de A Coruña en tres áreas: hospitalización, consultas externas y urgencias. Se seleccionaron por muestreo aleatorio 1.166 usuarios. Se les realizó una entrevista telefónica con un cuestionario de preguntas cerradas, por personal entrenado. Se llevaron a cabo métodos estadísticos bivariantes y un análisis factorial de componentes principales.

Resultados: El índice de satisfacción global, en una escala de 1 a 5, resultó ser 4,7 en hospitalización; 4,62 en consultas externas y 4,37 en urgencias.

Palabras clave:

Atención sanitaria, calidad, evaluación, gestión, participación, satisfacción de los usuarios.

INTRODUCCIÓN

Para poder evaluar la calidad de los servicios sanitarios que se prestan a la población, es necesario contar con la opinión de las personas que los utilizan. La creciente importancia que han ido adquiriendo en toda Europa los estudios de evaluación de la opinión del usuario refleja, por una parte, el creciente protagonismo de los consumidores en el proceso de la asistencia sanitaria y, por otra, el progresivo desarrollo de la metodología de control de calidad. A partir de 1965 empezaron a desarrollarse de forma estructurada dichos estudios, que cubren prácticamente todas las áreas de la atención sanitaria¹, aunque, más específicamente, el pistoletazo de salida lo dieron los trabajos realizados por Bárbara Hulka y su equipo en la Universidad de Carolina del Norte (Estados Unidos) en 1970². De todos modos no hay que olvidar que ya en 1961 Seeman y Evans habían hecho unos estudios que, con el tiempo, se convertirían en históricos, sobre la influencia de la organización y estructura de los servicios médicos en los usuarios, tanto en el aspecto físico como psíquico³, cuestión destacada también por otros autores^{4,5}.

La satisfacción de la población asistida por un sistema sanitario^{6,7} es un componente de la legitimación de ese sistema y, por lo tanto, se ha convertido en un objetivo relevante de los sistemas sanitarios.

En nuestro país, la puesta en funcionamiento del "Plan de humanización de la atención sanitaria", por el INSALUD, llevó consigo la posterior realización de un macroestudio sobre la satisfacción de los usuarios de la hospitalización en la red del INSALUD en 1984, en el que se afirmaba: "La implantación en nuestra red hospitalaria de un Nuevo Modelo de Gestión que modernizara su dirección y actividades, descansaba en dos pilares fundamentales: la aplicación de técnicas modernas para la recogida de información y la humanización de la asistencia"⁸.

Más tarde, en 1986, la Ley General de Sanidad, con su famoso artículo 10, que se convertiría en la Carta de Derechos de los Pacientes⁹ va despertando el

interés de ciertos sectores por conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, como un instrumento para la recogida de información, y poder así evaluar la calidad de estos servicios (sería uno de los métodos para ello), y también como un vehículo para la participación de los usuarios en los servicios sanitarios. El encuentro clínico del usuario con el servicio sanitario está condicionado por muchas variables, y sólo si éstas se tienen en cuenta, se puede mejorar la asistencia prestada. Había que indagar cómo valoraban los usuarios la competencia profesional, el trato personal y, en general, los esfuerzos que se estaban haciendo para conseguir unos hospitales más humanos, más abiertos a la comunidad, mejor gestionados..., de manera que se pudiese asegurar una rentabilidad en los servicios prestados que no podía ser medida únicamente en términos económicos.

Después, el *Informe y Recomendaciones* de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema

Nacional de Salud¹⁰, más conocido como 'el *Informe Abril*', caminó en este sentido, incluyendo una encuesta dirigida por el profesor Robert J. Blendon^{11,12} de la Universidad de Harvard, a fin de conocer el grado de satisfacción de los ciudadanos españoles respecto a los servicios del Sistema Nacional de Salud en comparación con el de los ciudadanos de los diez países más desarrollados del planeta.

Como decíamos antes, desde entonces hasta ahora, poco a poco, las encuestas de satisfacción se han ido multiplicando, ofreciendo datos no sólo sobre la satisfacción de usuarios, sino también sobre la de los profesionales y sobre las opiniones de los profesionales sobre la satisfacción de los usuarios; cubriendo todos los campos, desde la atención primaria hasta la hospitalaria, y, dentro de ésta, hospitalización, consultas externas, urgencias, cirugía sin ingreso, hospitalización a domicilio...¹³

Aunque hay diversidad en la conceptualización de la satisfacción, en los ámbitos de aplicación, en las metodologías y, por lo tanto, en los instrumentos de medida, entendimos como *satisfacción* la diferencia entre lo que se espera recibir del sistema sanitario (expectativas existentes antes de utilizarlo) y la percepción del servicio recibido de él (después de su utilización). Si lo que el usuario percibe es igual o mejor de lo que esperaba, quedará satisfecho, si es peor, quedará insatisfecho. La diferencia existente entre lo esperado y lo recibido, es lo que nos da el nivel de satisfacción¹⁴.

El objetivo de este estudio fue conocer la satisfacción de los usuarios con la atención recibida en el Hospital Juan Canalejo (HJC) de A Coruña.

Sujetos y métodos

Se diseñó un estudio observacional transversal, que abarcase las tres áreas que nos interesaban: hospitalización (H), consultas externas (CE) y urgencias (U) del HJC.

La población objeto del estudio (o sea, el marco del sondeo), entendida como el universo de elementos al que tenía que hacer referencia el objetivo del estudio, eran las personas atendidas en el Hospital Juan Canalejo, de las cuales se deseaba determinar el grado de satisfacción con los servicios recibidos.

La población origen de la muestra fue la atendida durante el mes de septiembre de 1995 en esas tres

áreas del HJC, con los siguientes criterios:

- para H: número de altas por servicio entre el 1 y el 30 de septiembre;
- para CE: número de consultas por servicio entre el 1 y el 30 de septiembre;
- para U: número de urgencias por servicio entre el 1 y el 30 de septiembre.

Se consideraron criterios de exclusión los que provocaban incapacidad para responder a los cuestionarios: problemas de audición o lenguaje, de enfermedad grave o muerte.

Se elaboraron tres listados, uno para cada área, de personas con los siguientes campos: apellidos, nombre, teléfono, edad, población y servicio, y, para las personas de hospitalización: fecha de ingreso, fecha de alta, duración de la estancia y motivo del alta (curación/exitus).

Estos listados se ordenaron alfabéticamente, en cada área, por apellidos y a cada persona se le asignó un número, para evitar que una persona atendida más de una vez fuese entrevistada varias veces.

Los datos se introdujeron en unas bases de formato *.DBF', mediante el programa gestor de bases de datos *dBaseIII Plus*. Estas mismas bases se utilizaron, posteriormente, para incluir los demás datos, una vez cubiertos los cuestionarios.

Se hizo un muestreo aleatorio estratificado proporcional.

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante el procedimiento *Sample* del paquete estadístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences software)*, basado en un generador de números aleatorios; y se eligieron entre el total de números asignados a los casos.

Se realizaron, así, 1.166 entrevistas: 200 en H, 405 en CE y 561 en U.

Los niveles de confianza fueron del 95,5% en H y CE, y del 99,7% en U. El error de predicción fue del 4% en las tres áreas. Y la *p* fue de 0,90 en H, de 0,80 en CE y de 0,88 en U.

El método de recogida de datos fue la entrevista telefónica, mediante tres cuestionarios, uno para cada área, elaborados al respecto, por entrevistadores adiestrados para ello.

El trabajo de campo se realizó del 30 de octubre al 5 de noviembre de 1995.

Para el tratamiento estadístico fue utilizado el paquete estadístico *SPSS*.

El análisis univariante se llevó a cabo mediante porcentajes, que, junto con las proporciones, son los índices estadísticos que caracterizan a la distribución

de valores de una variable cualitativa; son *medidas de frecuencia* de un suceso; una proporción es, bajo determinados supuestos, la estimación de una *probabilidad*. Para determinadas variables, consideramos de interés estimar su proporción en la *población origen de la muestra*, para ello calculamos los límites de los intervalos de confianza (IC), que nos proporcionan más información que la simple estimación puntual, ya que nos permiten evaluar mejor con qué precisión ha sido estimado el parámetro poblacional; hemos hallado estos IC con un 95% de confianza.

Para el análisis bivariante se utilizó el modelo de relación entre variables cualitativas, que da origen a una *tabla de contingencia* que se analiza mediante comparación de proporciones, con pruebas de P^2 .

El análisis multivariante fue realizado mediante una técnica de *simplificación estructural*, que trata de describir la información original de forma sintética o resumida; busca la simplicidad, intentando reducir la complejidad del problema. El método consiste en condensar las variables originales en un número menor de variables nuevas, creadas por el propio análisis, que contienen sin embargo gran parte de la información original, a esto se le denomina *reducción de la dimensión*, y para lograrla se utilizó el *análisis factorial*, concretamente el *análisis de componentes principales*; es una técnica descriptiva.

Resultados y Discusión

Se irán analizando en artículos posteriores, por áreas.

Pensamos que, metodológicamente, es mejor examinar en este primer artículo la parte más global, como es la introducción y sujetos y métodos, e irles dedicando posteriormente un artículo a cada una de las áreas estudiadas, para profundizar en algunos aspectos de los métodos, como son los cuestionarios de cada área, y exponer sus resultados. Con otro artículo final para la discusión de los resultados de una manera global y efectuar conclusiones.

Bibliografía

1. Evaluación de la opinión del usuario y el control de calidad [editorial]. *Aten Primaria* 1985; 2: 61-2.
2. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970; 8: 429-35.
3. Seeman M, Evans JW. Stratification and hospital care: the objective criteria of performance. *Am Soc Rev* 1961; 26: 193-204.
4. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health* 1981; 71:409-12.
5. Vuori HV. *El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología*. Barcelona: Masson, 1988.
6. Saltman RB. Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework. *Int J Health Serv* 1994; 24: 201-29.
7. Kahn J. *Gestión de calidad en los centros sanitarios*. Barcelona: SG, 1990.
8. Hernández JF. *Encuesta nacional de post-hospitalización*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985. (Documento fotocopiado).
9. Cortes Españolas. *Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril). Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de Salud Pública (Ley 3/1986 de 14 de abril)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
10. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe y Recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991. (Documento fotocopiado).
11. Blendon RJ, Donelan K. Public opinion about Spain's National Health System. En: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Anexo III al Informe de la Comisión*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991. (Documento fotocopiado).
12. Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellisé L, Costas E. Spain's citizen assess their Health Care System. *Health Aff* 1991; 10: 216-28.
13. Maceiras L. Los 'otros' productos de la atención sanitaria. *Apunt Salud Publica* 1995; 1(6): 25-6.
14. Maceiras L, Barros JM, Fernández C, Fraga JM, Montes A, Smyth E, Gestal JJ. La satisfacción de los usuarios o ¿Y Vd. cómo se encuentra después de...? *Apunt Salud Publica* 1996; 1(10): 11-6.

Correspondencia: Lourdes Maceiras. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Fisioterapia. Campus A Xunqueira. 36005 Pontevedra. Tel.: 986801900. Fax: 986801907. Correo electrónico: lurdesmg@uvigo.es

¹Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Vigo / ²Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela / ³Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Santiago de Compostela.