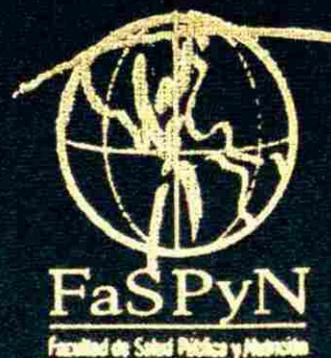


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE SALUD PUBLICA Y NUTRICION
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD EN EL TRABAJO



EVALUACION DE LA PERCEPCION DE LA CALIDAD
DE LA ATENCION MEDICA EN ASEGURADOS
POST-OPERADOS POR HERNIA DE DISCO LUMBAR Y
LA RELACION CON SU HABILITACION LABORAL

TESIS

CON OPCION AL GRADO DE
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD EN EL TRABAJO

PRESENTAN
LIC. ENRIQUE GARCIA GARCIA
DR. FIDEL GARZA DAVILA
DR. OZIEL DAGOBERTO NAVARRO VARGAS, EMT

MONTERREY, N. L.

FEBRERO DEL 2000

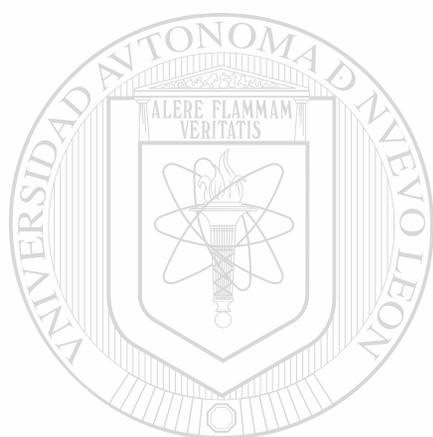
TM

RA399

.M6

G3

c.1

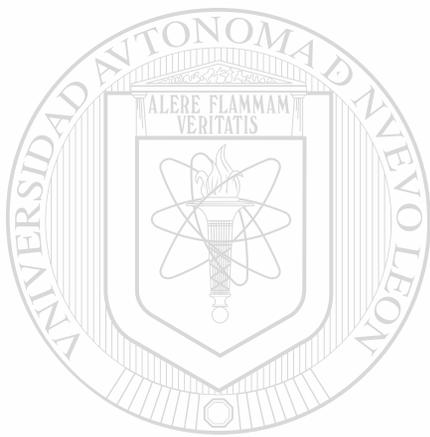


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



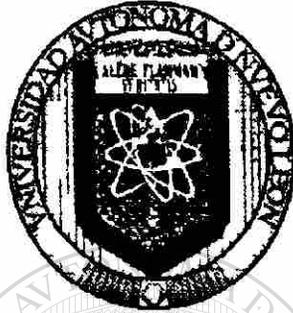
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD EN EL TRABAJO**



**EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD
DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN ASEGURADOS POST-
OPERADOS POR HERNIA DE DISCO LUMBAR Y LA
RELACIÓN CON SU HABILITACIÓN LABORAL**

TESIS

**CON OPCIÓN AL GRADO DE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD EN EL TRABAJO**

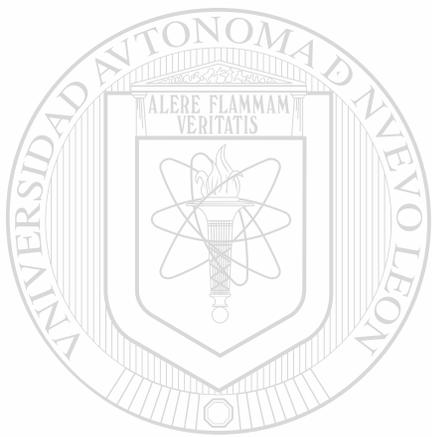
PRESENTAN:

**LIC. ENRIQUE GARCÍA GARCÍA
DR. FIDEL GARZA DÁVILA
DR. OZIEL DAGOBERTO NAVARRO VARGAS, EMT**

MONTERREY, N. L.

FEBRERO DEL 2000

TM
RA399
.MG
G3



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



AUTORES:

GARCÍA GARCÍA ENRIQUE

GARZA DÁVILA FIDEL

NAVARRO VARGAS OZIEL DAGOBERTO, EMT



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ASESOR DE TESIS:

DR. MIGUEL ÁNGEL FRÍAS CONTRERAS, MSP

Monterrey, N.L., Enero 6 del 2000.

Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña, MSP.
Subdirector de Estudios de Posgrado de la
Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL
Presente.-

Me permito informarle que he concluido mi asesoría del proyecto titulado
**"Evaluación de la percepción de la calidad de la atención médica en
asegurados post-operados por hernia de disco lumbar y la relación
con su habilitación laboral"**, para la obtención del grado de Maestría en
Salud Pública con Especialidad en Salud en el Trabajo, a fin de que sea
turnado al Comité de Tesis para la revisión y aprobación en su caso.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Atentamente,


Dr. Miguel Angel Frías Contreras, MSP.
Asesor



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitrás Centro,
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)
E-mail: faspyn@nl1.telmex.net.mx
esolis@ccr.dsi.uanl.mx



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

= APROBADO =

la tesis titulada "Evaluación de la percepción de la calidad de la atención médica en asegurados post-operados por hernia de disco lumbar y la relación con su habilitación laboral", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud en el Trabajo.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Atentamente,
Monterrey, N.L., 31 de Enero de 2000.
"Alere Flamman Veritatis"


Dr. Miguel Ángel Frias Contreras, MSP
Miembro del Comité de Tesis

Miembro de:
ALAESP
AMESP
AMMFEN
FLASANYD



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro,
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)
E-mail: faspyn@nl1.telmex.net.mx
esolis@ccr.dsi.uanl.mx



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

Miguel Ángel

la tesis titulada "Evaluación de la percepción de la calidad de la atención médica en asegurados post-operados por hernia de disco lumbar y la relación con su habilitación laboral", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud en el Trabajo.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Atentamente,

Monterrey, N.L., 3 de enero de 2000.

"Alere Flammam Veritatis"

Miguel Ángel González Osuna
Dr. Miguel Ángel González Osuna, MSP
Miembro del Comité de Tesis

Miembro de:
ALAESP
AMESP
AMMFEN
FLASANYD



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro,
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)
E-mail: faspyn@nl1.telmex.net.mx
esolis@ccr.dsi.uanl.mx



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

≈ APROBO ≈

la tesis titulada "Evaluación de la percepción de la calidad de la atención médica en asegurados post-operados por hernia de disco lumbar y la relación con su habilitación laboral", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud en el Trabajo.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Atentamente,

Monterrey, N.L., 31 de Enero de 2000.

"Alere Flammam Veritatis"

Dr. en Ciencias Pedro César Cantú Martínez
Miembro del Comité de Tesis

Miembro de:
ALAESP
AMESP
AMMFEN
FLASANYD

DEDICATORIA

A la memoria de María García Becerra, mi madre, que me enseñó la fe y el amor a Dios y a terminar lo que empiezo.

A mi esposa y amiga Olguina (Olga Muñoz Guerrero), de quien he aprendido la constancia y dedicación al trabajo y no solo eso, sino que ha sabido compartir conmigo los sacrificios para llegar a la meta académica de la titulación.

Asimismo a mis hijos: Paquito y Emmanuel, de quienes he recibido el amor necesario para superarme y crecer día con día como ellos lo hacen.

A mi hermana Tina y demás familia, por el apoyo que me han dado, a pesar de estar a muchos kilómetros de distancia.

AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento es para EL CREADOR que me ha hecho recrearme en su creación y me ha permitido estar en El.

Así también, para los compañeros entusiastas del quehacer investigativo: Pedro Arredondo M., Aída García G., Hans Krakaur F. y alumnos del área Conductual y básica de la Facultad de Psicología / U.A.N.L., sin los cuales este trabajo no se hubiese realizado.

Además al Dr. Leonardo Lamas S., por sus atinadas sugerencias para mejorar este trabajo, al Dr. Javier Alvarez B., por su apoyo motivacional y hemerográfico, al Lic. Juan Guadalupe Medina Barrón, (El Mante), por sus explicaciones temáticas y su colaboración bibliográfica, al Lic. Jorge Escobar G. (El Nómada), por sus pertinentes y trascendentes comentarios, al Mtro. Rubén Treviño G. y al Ing. Francisco Gonzalo Díaz, por su valiosa orientación en estadística

Un agradecimiento muy especial al Dr. Arturo Cueto que nos dio viabilidad para realizar este estudio en el hospital a su digno cargo. Asimismo al Dr. Miguel Ángel Frías C. por su valiosa asesoría.

A mis compañeros Fidel y Oziel, coautores, mi sincero agradecimiento porque a pesar de los problemas internos y externos que tuvimos para la realización de este trabajo, supieron mantenerse firmes hasta el final.

ENRIQUE GARCÍA GARCÍA

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, a mis Padres, por sacrificarse al permitirme tener una formación profesional, por darme el amor y aguantar los difíciles momentos por los que he tenido que pasar, **!!GRACIAS PAPAS!!**

A mi entrañable ausente, mi Padre, que con su ejemplo de valentía, perseverancia y amor a la vida, sigue siendo inspiración en mi quehacer diario y en el logro de mis metas establecidas.

A mi esposa Alicia y a mis hijos, Dora Alicia, Alfredo, Alejandro y Alberto, por su paciencia y por entender e interesarse en mis proyectos personales y por hacerme sentir su incondicional apoyo, por proporcionarme la vitalidad y constancia necesaria para no claudicar en el trabajo y hacerlo con mucho amor, dejando a un lado la pereza y el desánimo que siempre obstruyen el buen desempeño de las metas que se tienen programadas.

Y, sobre todas las cosas, a Dios, por haberme dado una vida tan llena de oportunidades como ésta: la culminación de mi tesis, que me hace sentirme realizado como profesionista y como ser humano.

AGRADECIMIENTO

La presente tesis de investigación fue realizada con la supervisión y asesoría del Dr. Miguel Ángel Frias Contreras, M.S.P., al cual le doy mi agradecimiento por su paciencia y tenacidad a lo largo de todo este tiempo de trabajo constante, así como por el conocimiento adquirido a través de la supervisión y asesoría brindada.

Agradezco la participación de todos los alumnos de la Facultad de Psicología de la U.A.N.L. que nos ayudaron en la aplicación de las encuestas para el levantamiento de los datos, especialmente a los alumnos del décimo semestre del área Conductual, así como también, a la Facultad de Psicología de la U.A.N.L. por todas las facilidades brindadas para llevar acabo esta investigación, en cuanto a la facilitación de sus instalaciones y de su equipo de cómputo.

DR. FIDEL GARZA DAVILA

AGRADECIMIENTOS

A Dios, ser supremo que nos ilumina e inspira en la toma de decisiones con justicia y equidad, que nos permite conducirnos por el camino del bien.

A mis padres, por procrearme y su fe infinita hacia su hijo, por lo que les rindo un reconocimiento, a su amor, ejemplo, sacrificio además de un apoyo incondicional y permanente, ya que sin todo ello no hubiera sido posible tanto mi desarrollo humano, como profesional, y por ende mi formación académica.

A mi Tere, por su apoyo, comprensión e invaluable aliento para el logro de nuestros objetivos.

Rindo un homenaje al Dr. Pablo R. Junco Muñoz (q.e.p.d) que desde mi sentir ha sido el mejor profesor en Medicina Del Trabajo, y en ese sentido causante de mi deseo e interés constante de superación y desarrollo profesional en pro de la salud de los trabajadores.

Un sincero y especial

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Agradecimiento

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al Dr. Miguel Ángel Frías Contreras, por su asesoría en esta investigación, al Lic. Enrique García García y al Dr. Fidel Garza Dávila, amigos, una felicitación por su tenacidad y el logro de nuestro objetivo en común.

A los compañeros estudiantes de la licenciatura de psicología de décimo semestre, del Área Conductual y Área Básica de la U.A.N.L., por su apoyo para la aplicación de las cédulas de entrevistas de la investigación realizada.

DR. OZIEL DAGOBERTO NAVARRO VARGAS

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo:

Determinar la percepción del nivel de calidad de la atención médica en asegurados post-operados por hernia de disco lumbar en el período del primero de enero de 1997 a junio de 1998 y su relación con el grado de habilitación laboral, en la Delegación Nuevo León del IMSS.

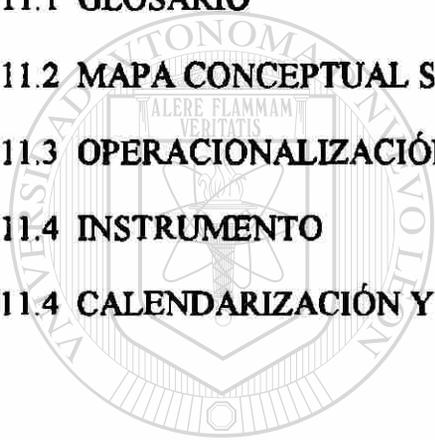
Las bases conceptuales se retomaron del modelo propuesto por Donabedian, donde se consideran la estructura, proceso y resultado, como elementos básicos para la evaluación de la atención médica. En este estudio dichos elementos se estimaron bajo la percepción del usuario.

Se aplicó una cédula de entrevista con una escala Likert y técnica conversacional a una muestra representativa de 95 casos, encontrándose una correlación positiva baja (0.35), pero estadísticamente significativa ($p < 0.001$), donde a un mayor nivel de la calidad de la atención médica percibida, existe un mayor grado de habilitación laboral.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. EL PROBLEMA A INVESTIGAR	4
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2 DELIMITACIÓN Y UBICACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
1.4 OBJETIVOS	12
II. MARCO CONCEPTUAL	14
III. HIPÓTESIS	35
3.1 Desarrollo:	35
3.2 Estructura:	35
IV. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	36
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO :	36
4.2 DISEÑO CUANTITATIVO-ESTADÍSTICO	38
4.3 DISEÑO CUALITATIVO	39
V. RESULTADOS	41
5.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES	41
5.2 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL MÓDULO DE COLUMNA DE CONSULTA EXTERNA	45
5.3 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN	57
5.4 HABILITACIÓN LABORAL	67

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS	75
VII. CONCLUSIONES	89
VIII. SUGERENCIAS	92
IX. CITAS BIBLIOGRÁFICAS	99
X. BIBLIOGRAFÍA	102
XI. ANEXOS	106
11.1 GLOSARIO	107
11.2 MAPA CONCEPTUAL SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	112
11.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS	113
11.4 INSTRUMENTO	117
11.4 CALENDARIZACIÓN Y RECURSOS	133



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

INTRODUCCIÓN

La buena atención médica trata al individuo como un todo.

Lee y Jones, 1933

Citado por Donabedian

La evolución de los procesos para mejorar la calidad de los servicios de salud lleva casi un siglo; desde entonces la calidad ha sido evaluada sin que ello tuviera un impacto en la misma. En los países industrializados han surgido programas para garantizarla que pueden ser implantados en los países en vías de desarrollo, pero no de la misma forma por las diferencias culturales y organizacionales. En América Latina dichos esfuerzos han sido principalmente con fines de evaluación.

En México, desde 1984, con la introducción del concepto de garantía de calidad se abre un nuevo horizonte para mejorarla continuamente. Su operacionalización ha ido mucho más allá que la simple evaluación y se ha enfocado a proveer de herramientas prácticas a los proveedores de los servicios para que éstos sepan qué deben hacer cada día para lograr la garantía deseada.

Hace casi 40 años, Lee y Jones¹³ definieron la calidad de la atención médica según ocho "artículos de fe": bases científicas para la práctica de la medicina, prevención, colaboración de consumidores y proveedores, tratamiento del individuo en su totalidad, relación estrecha y continuada

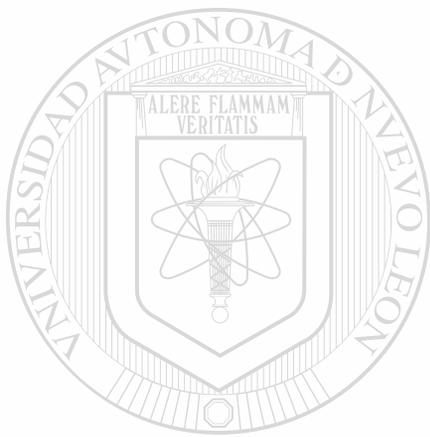
entre paciente y médico, servicios médicos integrales y coordinados, coordinación entre los servicios de atención médica y los servicios sociales, y acceso a la atención para toda la población.

La evaluación de la atención médica tiene tres propósitos: promover la práctica médica adecuada mediante el análisis de elementos de eficacia y eficiencia, identificar áreas que requieren de mejoría en su desempeño y proporcionar educación continua a los médicos a través de la autocrítica y el aprendizaje. No obstante, estos propósitos no se cumplen si los resultados de la evaluación no se proporcionan a nivel operativo o no se utilizan en el proceso de tomas de decisiones. Cabe señalar que hasta ahora, la evaluación de la atención médica ha consistido básicamente en evaluar el "arte de sanar", o en los diferentes estilos de atención, basándose más en criterios subjetivos de la conducta médica que en fórmulas cuantitativas precisas, lo cual impide una evaluación médica pragmática.

A pesar de que la calidad de la atención médica ha sido un problema que causa gran preocupación en los niveles de la medicina institucional y privada, han existido programas oficiales de aplicación general y en forma permanente para garantizarla. Sin embargo, al revisar y analizar los esfuerzos independientes que se han llevado a cabo en las diferentes instituciones del sector salud, se encuentra un número importante de trabajos y publicaciones que enfocan aspectos muy variados en relación con este tema.

Por lo anterior, se llevó a cabo una encuesta sobre la percepción de la calidad de la atención médica, a una población derecho-habiente del Instituto

Mexicano del Seguro Social, que había sido intervenida quirúrgicamente en la columna lumbar, por presentar dificultad para llevar a cabo el desempeño de su vida laboral, repercutiendo sensiblemente en su calidad de vida como en su percepción económica. Encontrando revelaciones muy importantes por parte de los usuarios (derecho-habientes), sobre el proceso de la calidad de la atención médica ofrecida, siendo ésta una área de oportunidad para mejorar y brindar una atención médica que nos lleve a la excelencia.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

I. EL PROBLEMA A INVESTIGAR

“La buena atención médica, implica la aplicación de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna, a las necesidades de toda la gente

Lee y Jones 1933

Citado por Donabedian

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años ha existido una preocupación creciente por tratar de medir y evaluar la calidad de la atención médica, preocupación que tiene su origen en el precepto hipocrático de “Primum non Nocue” (“Por principio, no hacer daño”) que tiene vigencia constante en el ejercicio de la práctica médica.

Algunos autores (Illich¹, McKeown², Maxmen³, Cousins⁴) señalan que frecuentemente se olvida dicha premisa, dando lugar a investigar la calidad del

servicio médico de tal forma que se pueda cumplir con la función social que desempeña. Además hay motivaciones sociales y humanísticas para vigilar que las grandes sumas de dinero gastado en servicios de salud, realmente ayuden a aquellas personas que reciben los servicios.

En la presente investigación se estudió:

¿Cuál es la percepción de la calidad de atención médica en trabajadores asegurados post-operados por hernia de disco lumbar en el período del 1ero. de Enero de 1997 a Junio de 1998 y su relación con el grado de habilitación laboral.?

1.2 DELIMITACIÓN Y UBICACIÓN DEL PROBLEMA

El problema fue contextualizado dentro del marco referencial de la calidad de la atención en servicios de salud, que a su vez, se enmarca dentro del enfoque de Calidad Total¹¹, teniendo como base la teoría general de sistemas.

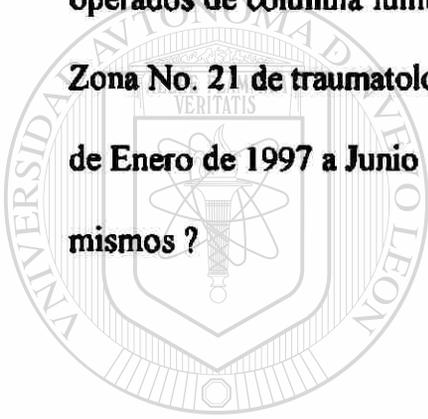
Esta situación problemática de columna lumbar se ha acentuado desde hace más de una década, en donde algunos trabajadores que presentan cuadros clínicos de dolor lumbar se les ha ofrecido como alternativa terapéutica, la cirugía de columna lumbar, la cual, ha repercutido en la aparición de secuelas post-quirúrgicas como estenosis lumbar, cicatriz fibroide, etc., difíciles de manejo médico para las instituciones que brindan seguridad social, lo que a su vez conlleva, una serie de dificultades para la re-incorporación laboral.

Existe el criterio de elección para la terapéutica quirúrgica de acuerdo a la evaluación clínica detallada del paciente, en la cual se manifiesta afección neurológica radicular. Además, al existir alguna limitación física como secuela de la cirugía, ha ocasionado que el paciente trate de obtener una ganancia secundaria de tipo económico, que ineludiblemente trasciende hacia la frustración de la reincorporación laboral, afectando de esta manera al ámbito económico de la seguridad social del país, esta última enmarcada bajo la relación tripartita de Empresario-Obrero-Instituto.

Ramírez Sánchez T. J. y cols. señalan que: "Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es

posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgada de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas”¹⁸.

En función de estos argumentos, se planteó la siguiente pregunta operacional de investigación: ¿Cuál es la percepción del nivel de calidad de atención médica, en asegurados de 20 a 54 años de edad, de ambos géneros, post-operados de columna lumbar por hernia de disco intervertebral, en el Hospital de Zona No. 21 de traumatología de Monterrey, Nuevo León, en el periodo del 1ero. de Enero de 1997 a Junio de 1998, y su relación con la habilitación laboral de los mismos ?



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



1.3 JUSTIFICACIÓN

La expresión “riesgo de trabajo”⁵⁻⁶ es un término legal que se utiliza para señalar el desempeño laboral como el origen de los daños a la salud, deterioro de la integridad o pérdida de la vida del trabajador asalariado. Por otro lado, el concepto de invalidez es un término legal que se utiliza para señalar la situación no considerada como riesgo de trabajo, en la cual, el trabajador carece o ha perdido su capacidad para laborar, debido a una afección de su salud o al deterioro de su integridad física, que produzca una imposibilidad del trabajador para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al 50% de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo, y que esta imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional. (Art. 119 de la Ley del Seguro Social de 1997)⁵

Para hacer frente a estos dos eventos se resalta la disponibilidad de recursos en nuestro país en épocas recientes, que ha permitido un rápido desarrollo en las instituciones de salud pública y seguridad social, manifestándose a través de la construcción de instalaciones que se han convertido en centros hospitalarios, centros médicos, hospitales generales, clínicas de atención primaria, centros de seguridad social, en ámbitos urbanos y rurales y que han logrado un incremento rápido en la cobertura, alcanzando niveles satisfactorios pero superados por el crecimiento poblacional.

Aunado a esto, la crisis económica mundial en la que se ha visto inmerso nuestro país, ha tenido una marcada repercusión en las instituciones de salud y

seguridad social, con la consecuente limitación en la disponibilidad de recursos. Esta situación nos ha llevado a un análisis cuidadoso del impacto logrado con las acciones realizadas en favor de la salud y por otra parte las repetidas manifestaciones de insatisfacción de los usuarios, ha hecho necesario revisar la actual situación en cuanto a recursos existentes, disponibilidad de presupuesto, de personal, su nivel de capacitación, y a partir de ello, desarrollar sistemas y procedimientos de trabajo que permitan alcanzar fundamentalmente:

- El otorgamiento de los servicios con oportunidad, calidez y satisfacción de los usuarios y, Eficiencia en la administración de los recursos disponibles.

En particular, los padecimientos de columna vertebral dentro de la traumatología laboral tienen gran importancia por la frecuencia con que se presentan, porque suponen ausencia laboral, gastos que gravitan tanto en las

empresas como en las instituciones de seguridad social y que no se encuentran bien identificados en su conjunto.

La patología de columna lumbar se puede dividir en dos grupos: los casos agudos y los casos crónicos.

En los casos agudos siempre se cuenta un antecedente traumático reciente como responsable del cuadro clínico. En los casos crónicos hay crisis anteriores con un comienzo gradual y sin traumatismo definido.

Los casos agudos se dividen en: leves, cuando se trata de esguinces lumbosacros que no ameritan incapacidad temporal⁶, y graves, cuando requieren incapacidad de menos de seis semanas; éstos casos habitualmente son lesiones ligamentarias, musculares, articulares y discales de moderada o leve severidad. A los casos graves, cuando requieren más de seis semanas, es decir, aquellos cuyo tratamiento habitual es mayor al promedio estadístico, se les llama graves-prolongados; son casos quirúrgicos debidos habitualmente a fracturas vertebrales (lisis o listesis) o lesiones discales extensas. Estadísticamente se manifiestan los casos agudos en un 75%; de los cuales los leves representan un 45%, los graves un 18%, y los graves-prolongados un 12%. Los casos crónicos representan el 25% restante. En síntesis, todos éstos son candidatos potenciales a manejo quirúrgico (55%), excluyendo los considerados leves (45%)¹².

Actualmente, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Nuevo León, cuenta con una nómina de 36,000 pensionados aproximadamente por invalidez, (junio de 1997) con una tasa de 2.8 por 1000, de los cuales el 35% son por causa de patología de columna lumbar, ocupando el 1^{er} lugar de la región norte del país, significando una erogación mensual promedio por persona pensionada de 804.00 pesos (94.59 dls.)^{*}, haciendo una erogación mensual de 10,130,400.00 pesos (1,191,811.76 dls.) impactando anualmente con 121,564,800.00 pesos ((14,301,741.17 dls.). (Coordinación Delegacional de

* Nota: Dólar = 8.5 pesos.

Salud en el Trabajo, Nuevo León-IMSS, 1997), desconociendo cómo es que influye la calidad de la atención médica en la presencia de esta erogación.

Además, como primer causa de invalidez de trabajadores - IMSS, aparece la hernia de disco intervertebral. (Coordinación Delegacional de Salud en el trabajo, Nuevo León. IMSS, 1997).⁷

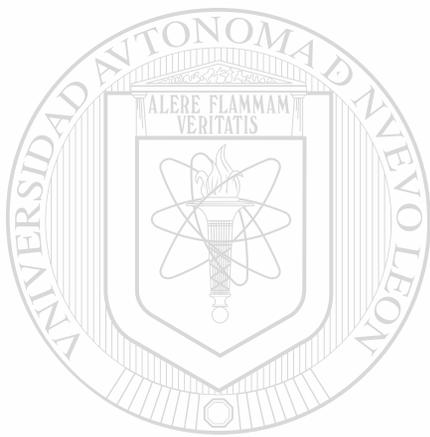
Por tal motivo es trascendental que las políticas y estrategias enunciadas en el sistema nacional de salud, destaquen la necesidad de cuantificar el nivel de calidad con que se otorga la prestación de los servicios de salud.

Para poder promover la calidad de la atención médica, deben de conocerse; cuáles son los aspectos que la determinan; cómo identificarlos y cómo asignarles un juicio de valor, a través de su verificación y de **considerar la satisfacción del cliente como punto primordial**. Así pues, se hace necesario integrar un sistema de evaluación que permita conocer las características con que se otorga la

atención y evaluar la satisfacción de los prestadores de salud y del usuario, además, revisar los problemas que afectan la calidad de atención en forma negativa y las situaciones que permiten establecer un sistema de calidad total; además de los mecanismos para el registro y seguimiento de áreas de oportunidad captadas hasta su solución y la difusión de aquellos procedimientos que habiendo demostrado su bondad, son usados para mejorar la calidad y eficiencia en pacientes que ameriten un tratamiento quirúrgico de columna lumbar.

Por otro lado, existe la disposición de la institución de salud de profundizar en las causas básicas que se encuentran detrás del problema. Además, se cuenta con los elementos teórico - metodológicos para desarrollar esta investigación.

Asimismo, el presente estudio brinda a los autores, la oportunidad de coadyuvar en la toma de decisiones que permita mejorar la atención al usuario.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 GENERAL :

Determinar la percepción del nivel de la calidad de la atención médica en asegurados post-operados por hernia de disco en el periodo del 1ero. de Enero de 1997 a Junio de 1998, en la Delegación Nuevo León del IMSS y su relación con el grado de habilitación laboral.

1.4.2 ESPECÍFICOS:

1. Identificar el número de asegurados post-operados de columna lumbar por hernia de disco intervertebral.
2. Definir el grado de satisfacción del usuario post-operado de columna lumbar en relación al servicio de consulta externa y hospitalización, pertenecientes a la población en estudio.
3. Evaluar la percepción del usuario sobre los componentes de la calidad (estructura, proceso y resultado), del módulo de columna de consulta externa y de hospitalización.
4. Conocer la percepción clínico-sintomática del usuario sobre el resultado de la cirugía de columna lumbar.
5. Determinar la percepción del usuario sobre la evolución de los síntomas clínicos después de la cirugía como factores de habilitación o deshabilitación física para el trabajo.
6. Determinar el grado de habilitación física y motivacional del usuario para el trabajo.

7. Estimar el número de pensionados por el instituto pertenecientes a la población en estudio
8. Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa entre la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención médica en el módulo de columna de consulta externa y la calidad de atención médica en hospitalización.
9. Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa entre la autopercepción del usuario sobre sus condiciones de rehabilitación física y sus condiciones motivacionales para el trabajo.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

II. MARCO CONCEPTUAL

La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica.

*Lee y Jones, 1933
citado por Donabedian.*

De los numerosos trastornos músculo-esqueléticos incapacitantes, el síntoma de lumbalgia es sin duda generalizado. Es tremenda la estimación de días perdidos para la industria, días de incapacidad temporal para el trabajo y dinero gastado por concepto de atención médica y compensaciones económicas, es por esto, que una de las patologías de la columna lumbar que afectan importantemente la mecánica de la misma es la **HERNIA DE DISCO INTERVERTEBRAL**. Las lesiones de los discos intervertebrales lumbares, la enfermedad degenerativa preexistente de los discos son las responsables de la mayor parte de las lumbalgias y/o parte baja de la espalda, desde el punto de vista profesional o de enfermedad general, este síntoma de lumbalgia afecta aproximadamente el 15% de los trabajadores. Los síntomas que ocasiona la hernia de disco puede comenzar en cualquier momento de nuestra vida, con una frecuencia máxima entre la tercera y la cuarta década de la vida.⁸

LA HERNIA DE DISCO INTERVERTEBRAL

Para poder comprender el origen de la sintomatología clínica que es provocada por la hernia de disco intervertebral es necesario el conocimiento fundamental de la anatomía funcional de la parte anatómica afectada, para que de esta manera poder distinguir las patologías originadas en forma traumática, degenerativas y congénitas. La columna vertebral lumbar, sitio donde se origina el dolor puede valorarse de mejor manera comprendiendo las unidades funcionales que la constituyen, siendo la unidad funcional la que está formada por dos segmentos : la porción anterior, que es la estructura de soporte de peso, y la porción posterior, que funciona como guía direccional, la primera esta constituida por dos cuerpos vertebrales separados por un amortiguador hidrodinámico y el disco intervertebral, y la segunda, está constituido por los pedículos y láminas que forman el arco neural que contiene el conducto raquídeo y el arco vertebral posterior que contiene las apófisis articulares de las unidades funcionales.

La hernia de disco es fundamentalmente una liberación del material del núcleo confinado dentro de la cápsula fibrosa del anillo que lo envuelve. La hernia del material nuclear puede resultar de esfuerzos excesivos, tensiones repetidas y compresión prolongada del mecanismo hidráulico, así también por la presencia de un anillo defectuoso.

El cuadro clínico que refleja un individuo que es portador de una hernia de disco, el primer síntoma que presenta es el dolor, asimismo presenta también

antecedentes de lo que generalmente se le conoce con el nombre de lumbociática, que es el dolor que baja de la columna lumbar hacia la pierna o hacia la región glútea. El dolor puede ser de aparición insidiosa y abrupta, dependiendo del mecanismo con que se haya ocasionado la ruptura (hernia) del disco intervertebral, generalmente el dolor se localiza en la región lumbosacra y éste puede irradiarse hacia la región lumbar o restringirse a un solo lado de la región inferior de la espalda, por regla general el dolor se inicia con un espasmo suficientemente intenso que inmoviliza a el tronco, como resultado el individuo es incapaz de doblarse o de levantarse hasta la posición vertical completa sin evocar algún grado de molestia, ya que cualquier movimiento del tronco inicia el espasmo y el dolor. El dolor ciático, es una neuritis por presión, es un dolor debido a la irritación del nervio y la sensación dolorosa es referida a la pierna. La distribución usual de este dolor es la parte posterior del muslo, la pantorrilla, el talón y los dedos del pie⁹.

Puesto que las causas defectuosas de la unidad vertebral funcional pueden dar origen a dolor, es necesario dilucidar los tejidos de la unidad funcional que estén ocasionando la sensación de dolor :

1. El ligamento vertebral común anterior está escasamente enervado, pero la irritación química, eléctrica o mecánica no evoca alguna sensación de dolor.
2. Los cuerpos vertebrales son un sitio de dolor por lo que éste es de mediana intensidad, vago y por lo general no se irradia y no se relaciona en forma significativa con el movimiento o la posición.

3. El disco intervertebral joven no lesionado sin evidencia de cambios degenerativos es avascular, aneural y, por lo tanto, insensible.
4. El ligamento vertebral común posterior tiene enervación abundante de nervios con fibras simpáticas el cual es dado por el nervio recurrente meníngeo, por lo que puede producirse dolor por irritación de los tejidos enervados.
5. El nervio recurrente meníngeo también enerva la vaina dural de la raíz nerviosa a medida que sale a través del agujero de conjunción.
6. El ligamento amarillo es exclusivamente tejido conectivo elástico y está desprovisto de toda enervación por lo que lo hace insensible.
7. Los ligamentos interespinosos tienen enervación y pueden cuando se inflaman, ocasionar dolor local.
8. La estimulación de músculos profundos alrededor de una articulación raquídea produce dolor irradiado.
9. Las facetas articulares son articulaciones sinoviales y pueden provocar dolor por lesión, infiltración o desgaste y, estas están enervadas por la división posterior de la raíz nerviosa correspondiente.

En resumen, los tejidos capaces de causar dolor son el ligamento vertebral común posterior, la raíz nerviosa y su duramadre, las articulaciones posteriores (facetar), los ligamentos y la musculatura de la columna vertebral. Otro de los síntomas y signos que presenta el paciente que es portador de hernia de disco intervertebral es la presencia de la disminución de la fuerza muscular del miembro pélvico afectado y sensación de parestesias en el miembro pélvico

afectado lo que en ocasiones provoca u ocasiona caídas involuntarias desde su propia altura al suelo ⁸.

El diagnóstico de hernia de disco se hace a través de estudios de gabinete como son: radiografía de columna lumbar, tomografía axial computarizada (TAC), ecografía de columna lumbar, electromiografía de miembros pélvicos y finalmente una mielografía lumbar.

El tratamiento definitivo de la hernia de disco intervertebral es sin duda el quirúrgico, el cual puede ser una discoidectomía, combinada con una laminectomía, cuando se encuentra comprimida o comprometida la raíz nerviosa que emerge por el agujero de conjunción, y en ocasiones son colocadas las barras de Harrington cuando la lesión quirúrgica es extensa, ya que ésta ocasiona una inestabilidad en el soporte de la columna vertebral.

El rango que se ha tomado para llevar acabo esta investigación es entre los 25 y los 49 años de edad, como se hace saber en los criterios de inclusión, eliminando de esta manera las patologías de origen congénito, las cuáles se presentan como su nombre lo indica desde su nacimiento, y de los 49 años en adelante se descarta las patologías de origen degenerativo, que son propias de los individuos de la tercera edad, por lo que estamos incluyendo solamente a patologías de origen traumático y/o depresión en el disco intervertebral, que pueden tener como una de sus posibles causas, **la actividad que desempeña en el trabajo.**

LOS ASPECTOS LEGALES DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

Los aspectos legales de la atención médica son de gran importancia para el buen funcionamiento de las instituciones médicas encargadas de brindar la atención médica adecuada y oportuna a todo solicitante de la misma, lo cual está comprobado por la gran cantidad de normas jurídicas que afectan a las instituciones de salud y a su personal.

La salud pública y la atención médica en México, están reguladas básicamente por los siguientes documentos jurídicos : Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley Federal del Trabajo, Ley del Seguro Social, Ley del Instituto de Seguridad y Servicio Social de los trabajadores del Estado, Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Reglamento de la Prestación de los Servicios para la Salud en materia de Atención Médica y otros.¹⁰

Todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud, como se encuentra expresado en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en el artículo segundo de la Ley del Seguro Social, que a la letra dice: “La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizado por el Estado”. El artículo tercero y cuarto de esta ley apoyan aún más el derecho a la atención y protección de la salud de los

mexicanos, el artículo noventa y uno de esta misma ley da el derecho a los asegurados a la asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas por el mismo padecimiento; lo anterior, con la finalidad de devolver y preservar la salud perdida del asegurado.

Dentro de este marco legal se expresa la obligación de otorgar un servicio de atención médica con un alto grado de excelencia, en la búsqueda incesante de preservar las bondades de la seguridad social de nuestro país, siendo imprescindible en este caso, tomar en cuenta las expectativas del usuario. Por otra parte, de acuerdo a la perspectiva de los principales consorcios industriales se estipula que la calidad es el nivel de excelencia que cualquier institución o empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su cliente, y por tanto representa, al mismo tiempo, la medida en que se logra dicha calidad. Pero la calidad de servicio ofrecida no corresponde necesariamente a la que percibe el cliente o usuario. Esta diferencia obedece a diversos factores, por ejemplo lo que la Institución de servicio concibe y mide a través de su estructura organizacional normando criterios de productividad y efectividad, sin embargo, en pocas ocasiones existe una preocupación real por lo que el cliente percibe y mide, al recibir atención para su salud, por lo que es fundamental establecer un equilibrio entre ambas partes y de esta manera estar en condiciones de ofrecer excelencia en el servicio.

MODELO TRADICIONAL Y MODERNO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD.

De tal modo que es pertinente al referirnos al **modelo tradicional de garantía de calidad en la atención a la Salud**, en el cual existe la formulación de estándares y criterios como aspecto primordial, fundado por Donabedian en los años setentas, que trato de dar respuesta a problemas como la evaluación de costos en la atención a la salud, la disminución de la accesibilidad, una creciente población de personas de la tercera edad que demanda cada vez más atención y la escasez de personal careciendo de una teoría general de los riesgos en el complejo proceso de atención a los pacientes, tendiendo a causar estancamiento ya que no conduce a un verdadero mejoramiento.

Se caracteriza la garantía de calidad tradicional en la atención a la salud por:

- El desarrollo de estándares y criterios para evaluar la calidad de la atención.
- La supervisión del apego a estos estándares y criterios.
- Una perspectiva profesional médica, en donde el control de calidad es visto como la cura de la insuficiencia del proceso de atención.
- Un abordaje de inspección, resultados cuyo énfasis esta en la estructura, en la presencia de elementos negativos del proceso y en la detección de resultados indeseables.
- Una relación estrecha con actividades como la evaluación de la tecnología o la inspección de aspectos financieros de la atención a la salud.

Partiendo de la crítica hecha a la garantía de calidad médica tradicional, se ha desarrollado una **garantía de calidad moderna en la atención a la salud**, que se caracteriza por:

- Definición de la calidad en un sentido preferencial, como “adecuación del uso”.
- Uso de teorías y modelos de comercio y la Industria (proceso-control)
- **ENFOQUE EN EL USUARIO** (Interno o Externo) en el proceso de la atención a la salud.
- Énfasis en el análisis del proceso en vez de la simple inspección; utiliza la técnica de resolución de problemas de Deming (planear, hacer, comprobar, actuar).
- Mejoramiento de los procesos de la atención por medio de la modificación de las percepciones de las diferentes partes involucradas.

En el modelo de garantía de calidad moderna de atención a la salud es fundamental que el paciente, y el médico basen su juicio, en gran parte, en los aspectos del servicio y lo que perciben del servicio será lo que llamen “**CALIDAD DE LA ATENCIÓN**”, la naturaleza interactiva de los servicios profesionales y su producción y su consumo simultáneo ponen de manifiesto la necesidad de analizar las percepciones de todas las partes involucradas del servicio. (Ver Mapa Conceptual en Anexo No. 2).

Por lo tanto, es necesario que la organización de atención a la salud conozca la forma en que sus clientes evalúan la calidad de sus servicios y su atención, por lo que este estudio propone realizar un procedimiento para monitorear la percepción de la calidad de la atención médica que tienen los pacientes, a través de la aplicación de una cédula de entrevista al paciente (Ver

Instrumento en anexo No. 4) que funja como un mecanismo directo de retroalimentación al personal profesional y administrativo acerca de cómo los pacientes post-operados por hernia de disco intervertebral en un hospital de traumatología evalúan la calidad de sus servicios.

Esta calidad que se percibe, es la variable individual más importante que influye en las percepciones de valor de los consumidores, las que a su vez inciden en su intención de obtener servicios, de forma que, la percepción del usuario sobre la forma en que los servicios se brindan se refiere a la **calidad funcional**, y la visión profesional de los expertos en salud, a la **calidad técnica**, que ya combinadas proporcionan datos adicionales para la garantía de calidad.

Un mecanismo de garantía de calidad efectivo en la atención y la salud tiene que incluir la perspectiva de todas las partes involucradas y, por lo tanto, requiere de un modelo que las integre. Es fundamental monitorear y manejar eficazmente tanto la calidad funcional como la técnica, en la atención quirúrgica de los pacientes con hernia de disco intervertebral, sin embargo, este estudio se abocará sólo a dar respuesta de la parte funcional.

COMPONENTES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han estado retomando, generalmente, en el modelo propuesto y desarrollado por Avedis Donabedian¹³.

Según Donabedian¹³ el camino más directo para una evaluación de la atención médica es un examen de dicha atención. Sin embargo, añade, existen otros dos elementos importantes, aunque menos directos para la evaluación: uno es la evaluación de la estructura y el otro la evaluación del resultado. Para Ramírez Sánchez, “El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud”¹⁸. (Ver Mapa Conceptual en anexo_No 2). Aquí en este

trabajo será el paciente, el que reportará los resultados de dicha evaluación tomando como base este modelo.

PROCESO

El objeto primario de estudio, en el enfoque de la calidad de la atención médica, es una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes. A esta serie de actividades, Donabedian,¹³ las ha llamado “proceso” de la atención, o servicio, y añade, un juicio acerca de la calidad de dicho proceso puede hacerse ya sea por medio de la observación directa o a través de la revisión de información registrada, que permite una reconstrucción más o menos precisa

de cómo están las cosas. Pero, aunque el “proceso”, es el objeto primario de la evaluación, la base para el juicio de la calidad es lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y al bienestar.

La calidad del proceso de la atención está definida, en primer lugar, como comportamiento normativo. Las normas derivan ya sea de la ciencia (aplicada) de la medicina o de la ética y valores de la sociedad. En ambos casos, las normas tienen sentido porque contribuyen a alcanzar consecuencias valiosas. En lo que concierne a los valores y ética sociales, sin embargo, es importante recordar que las normas pueden ser válidas independientemente de su contribución al logro de resultados más obvios de la atención. De hecho, en algunos casos, la preservación de determinado valor- por ejemplo, la autonomía del paciente- puede ser perjudicial para el propio paciente, a juicio de otras personas. Sin embargo, la norma se respeta en razón de un interés más amplio o de un principio más elevado.

ESTRUCTURA

Por estructura, Donabedian¹³ entiende las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. El concepto de estructura incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar atención médica. Las características básicas de la

estructura consisten en ser relativamente estable, que funciona para producir atención o ser un atributo del ambiente de la atención y que influye sobre la clase de atención que se proporciona.

El empleo de la estructura como una medida indirecta de la calidad depende de la naturaleza de su influencia sobre la atención. Cuando están presentes las características de estructura que se sabe o se cree que tienen un efecto saludable sobre la calidad de la atención, se toman como una prueba indirecta de la calidad. Otras características, que se sabe o se cree que tienen efectos perjudiciales, se toman como prueba de mala calidad. La estructura, por lo tanto, es importante para la calidad en cuanto que aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación. Aún cuando, considerándola como un medio de evaluar la calidad de la atención, es un instrumento que solo puede indicar tendencias generales.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN[®]
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

RESULTADOS

Donabedian¹³ utiliza el término resultados para significar un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica y que puede emplearse para evaluar la misma atención de manera indirecta .

La salud según Donabedian, ¹³ se concibe con tres componentes mayores: función física-fisiológica, función psicológica y función social. Asimismo, un paciente es una persona que de hecho ha recibido atención médica durante un período en consideración.

Al postular una definición bastante amplia de la salud, Donabedian incluye el mejoramiento de la función social y psicológica, además del énfasis más común sobre los aspectos físicos y fisiológicos de la actuación. Mediante otra expansión añade las actitudes del paciente (incluyendo su satisfacción), el conocimiento que haya adquirido sobre la salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud. Todos estos resultados pueden verse ya sea como componentes de la salud presente o como contribuciones para la salud futura.

En suma, para Donabedian hay tres componentes principales para la evaluación de la calidad: “estructura” “proceso” y “resultado”. Este triple enfoque es posible porque existe una relación funcional fundamental entre los tres elementos, que puede mostrarse esquemáticamente como sigue:

Estructura → Proceso → Resultado

Esto significa que las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tienen una propensión a influir sobre el proceso de atención disminuyendo o acrecentando su calidad.

En forma similar, los cambios en el proceso de la atención, incluyendo las variaciones en su calidad, influirán en el efecto o resultado de la atención sobre el estado de salud en su definición más amplia. (Ver Mapa Conceptual en anexo No. 2).

En lo que respecta a este estudio, se identificó desde la “percepción” del usuario (paciente) la consideración que éste hace de los tres componentes básicos de la calidad en una situación concreta de atención médica en consulta externa y hospitalización y su relación con su habilitación laboral.

De esta manera de pensar surgen una variedad de dimensiones más específicas de la calidad, de los cuales, los investigadores en este estudio retomaron solo aquellas que consideraron pertinentes al planteamiento del problema, objetivos e hipótesis de esta investigación, y que son :

PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE CONSULTA EXTERNA

A nivel de estructura; (indicador)

- El ambiente físico
- El instrumental y equipo

A nivel de proceso; (indicador)

- Oportunidad en la atención médica especializada (para obtener cita y para recibir la atención personal del médico)
- Atención personalizada y trato amable
- Proceso de auscultación general (Aspecto físico, psicológico y ético)
- Información médica proporcionada.

A nivel de resultado; (indicador)

- Congruencia de resultados con las expectativas del usuario y sus familiares
- Satisfacción del usuario sobre el servicio médico de consulta externa

- Percepción evaluativa del usuario sobre el servicio de rehabilitación física en consulta externa.

PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN

A nivel de **estructura**; (indicador)

- Ambiente físico
- Adecuación del mobiliario

A nivel de **proceso**; (indicador)

- Atención personalizada, trato amable y equitativo
- Oportunidad en la atención
- Proceso integral de la atención (visita y examen físico, aspecto psicológico)
- Información proporcionada

A nivel de **resultado**; (indicador)

- Auto percepción sintomática general del usuario sobre el resultado de la cirugía
- Satisfacción del usuario sobre el servicio médico en hospitalización

EL CONCEPTO DE HABILITACIÓN LABORAL

Este concepto difícil de encontrar en la literatura especializada, ha sido definido por los propios investigadores como “el grado en que una persona se percibe apta funcionalmente para desempeñar un trabajo”. Esta definición ha sido elaborada para dar cuenta del resultado de la rehabilitación aplicada a un paciente trabajador que fue intervenido quirúrgicamente y que requiere de una condición

de salud físico-psicológica, que le permita incorporarse a una población económicamente activa.

Considerando que un paciente trabajador que ha sufrido una lesión física puede presentar un desajuste emocional, familiar, social y económico, traducidos éstos, en una reducción de la capacidad del individuo para desempeñar en forma útil e independiente, sus actividades cotidianas de traslación, cuidado personal, comunicación, recreación, educación y trabajo, se hace necesario atender a dicho paciente bajo un enfoque de tipo integral, que considere su entidad biofísica, psicológica y socio-laboral; donde las dos primeras corresponderían al campo de la salud y la última al campo de las relaciones de producción económica. Precisamente por eso, debe de señalarse que las habilitaciones física y psicológica son prioritarias para el logro de la habilitación laboral, sin dejar de

establecer que el punto deseable sería que todo trabajador, después de lograr esta última, se reincorporara a sus funciones habituales de su antiguo puesto de trabajo, por lo que se considera que al existir una mayor habilitación laboral en el paciente post-operado de columna lumbar, se presentaría una mayor probabilidad de reincorporarse a su trabajo, que ya de por sí, tiene una serie de exigencias dependientes de las mismas instituciones de producción.

Así, de este razonamiento surgen unos indicadores y dimensiones para medir el concepto de habilitación laboral, expresado en la definición del problema, en el objetivo general y en la hipótesis de esta investigación, y que son:

PARA LA HABILITACIÓN LABORAL

A nivel de habilitación física; (indicador)

- Auto percepción específica de síntomas antes-después de la cirugía
- Autopercepción de las condiciones físicas del usuario para el trabajo

A nivel motivacional; (aspecto psicológico) (indicador)

- Autopercepción de las condiciones motivacionales del usuario para el trabajo.

Ahora bien, dado que todas las variables e indicadores de la hipótesis están filtrados por la Percepción del paciente, es conveniente definir este término.

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD

La percepción se basa en las sensaciones -vista, oído, tacto, gusto y olfato- que operan en el cerebro de una persona. Esto resulta en la formación de ciertas imágenes o relaciones cognitivas. Según Webster V. y Faria,¹⁴ la percepción es la

manera en que el individuo interprete e integra los factores externos, conforme a su propia experiencia. Debido a que las personas son distintas, escogen agrupar, e interpretar de diversas maneras las impresiones de los sentidos. Así, distintas personas pueden tener percepciones diferentes de los mismos hechos. Ittelson¹⁵ notó que la percepción ambiental incluye componentes cognitivos (pensamiento), afectivos (emocionales), interpretativos y evaluativos, todos operando al mismo tiempo a través de muchas modalidades sensoriales. La manera en que un paciente percibe el hospital donde se operó quizá sea muy diferente de cómo la percibe un médico cirujano que trabaja ahí.

Bajo este orden de ideas, la percepción de la calidad de la atención médica, es la manera en que el individuo siente, piensa, interpreta y evalúa, la estructura, el proceso y el resultado del servicio médico otorgado por una persona física o por una persona moral (institución).

TÉCNICA UTILIZADA PARA LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

Una técnica de medición que se ha desarrollado para medir la calidad desde un punto de vista subjetivo es propuesta por la psicología ambiental y se le denomina: “Índice de la calidad ambiental percibida” (PEQI, por su nombre en inglés, Perceived Enviromental Quality Indices). Este proporciona una estimación cuantitativa de la calidad de un ambiente físico en particular. Craik y Zube¹⁶ explican que la información subjetiva, proporcionada por el observador a través de un PEQI, puede completar los datos objetivos suministrados por índices físicos de la calidad del ambiente.

Aunque los PEQIs proporcionan una evaluación subjetiva de la calidad del ambiente, se ha encontrado que proporcionan una correlación positiva con los índices objetivos de la calidad ambiental. R. Coughlin¹⁷ encontró en un estudio sobre la percepción de los ciudadanos con respecto a los niveles de contaminación en pequeños arroyos que los juicios subjetivos de “limpio”, “saludable” y “contaminado” estaban correlacionados con un gran número de características químicas estimadas objetivamente. Así, análogamente para este

estudio de calidad de la atención médica, los autores de este trabajo consideran que se puede presentar el mismo tipo de correlación positiva entre los subjetivo y objetivo de la evaluación de la calidad en el servicio médico. Asimismo, respecto a la forma de medición que se realizará de los indicadores, éstos se representarán en varias dimensiones, en las cuales habrá una serie de preguntas que corresponderán a cada una de ellas, donde cada pregunta tendrá un gradiente ordinal de 4 opciones, de lo peor a lo mejor, calificado por la percepción del mismo paciente. Estas preguntas se agruparán utilizando el criterio de formación de intervalos de clase. Estos guardarán valor tomando como base la curva normal de la siguiente manera:

Valores (media Aritmética)

Calificación

De 1 a 1.74

Pésima

De 1.75 a 2.49

Mala

De 2.5 a 3.24

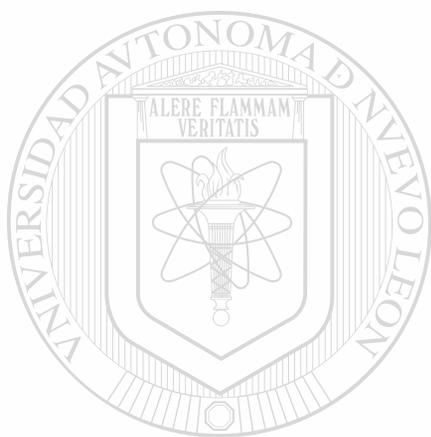
Buena

De 3.25 a 4

Excelente

La calificación deseable es la de excelente, lo que aparezca con una calificación menor será considerada como una área de oportunidad para mejorar. Indudablemente que esa área será mayor en la medida que el nivel de calificación asignado por el asegurado sea más bajo (pésimo).

Ciertamente el modelo de la calidad de servicio resuelve solo una parte del rompecabezas; es necesario tomar en cuenta todas las condiciones necesarias para un plan de garantía de calidad exitoso, como un punto cardinal la satisfacción del usuario pero en base a una adecuada cultura organizacional y la motivación de los trabajadores dentro de una Institución de Salud. Al tomar estos factores en cuenta entonces podrá ser la garantía de calidad una completa respuesta a los problemas a los que se enfrentan los sistemas de atención a la salud en la actualidad.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



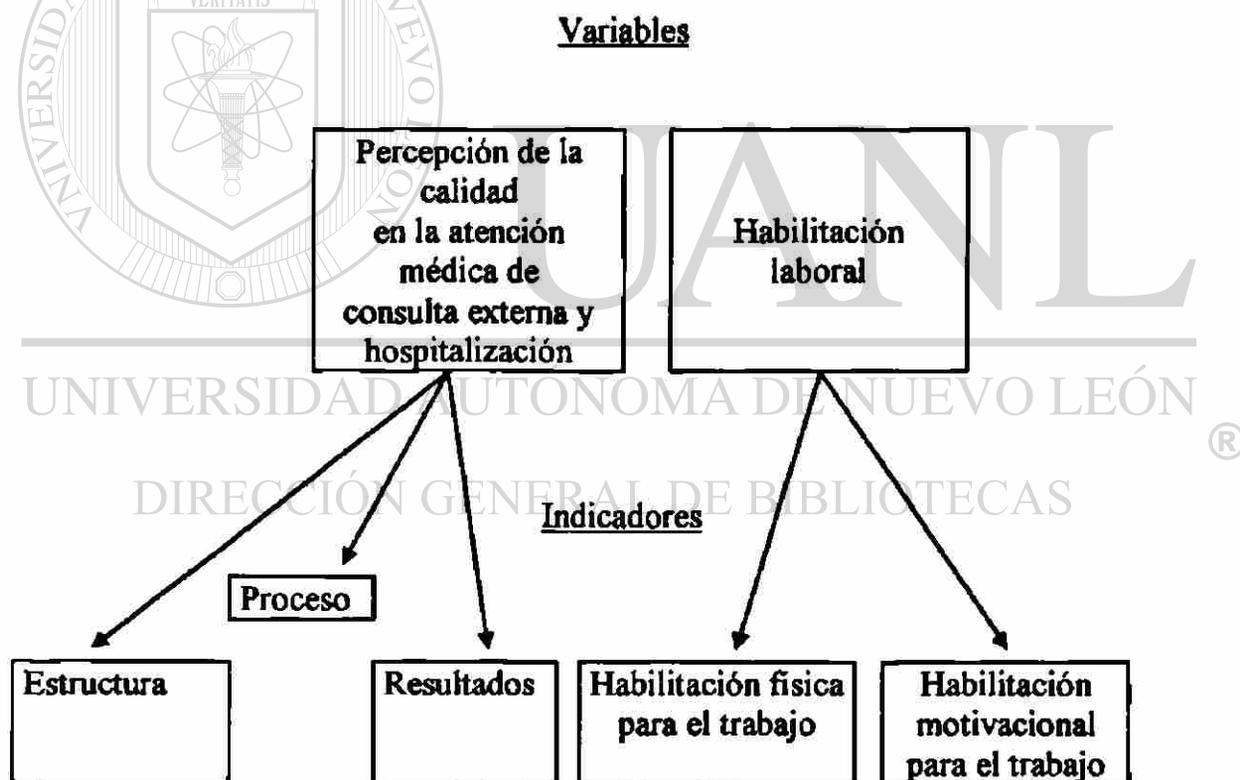
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

III. HIPÓTESIS

3.1 Desarrollo:

A un mayor nivel de calidad de la atención médica percibido por pacientes post-operados de columna lumbar por hernia de disco intervertebral, mayor grado de habilitación laboral en ellos.

3.2 Estructura:



IV. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

El estudio fue de carácter retrospectivo, transversal, teniendo como unidad de observación al asegurado post-operado de columna lumbar por hernia de disco intervertebral, en la Delegación Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO :

- **Tipo de estudio:** El presente trabajo fue de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo.
- **Unidades de Observación:** asegurado post-operado de columna lumbar por hernia de disco intervertebral, en el período del Primero de Enero de 1997 a Junio de 1998.
- **Temporalidad:** Se tomaron todos aquellos asegurados que fueron operados durante el período del Primero de Enero de 1997 a Junio de 1998
- **Ubicación espacial:** Delegación Nuevo León del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- **Tipo de Técnica:** Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas. En la primera se tomaron como base la encuesta y el registro de archivos para inscripción de derecho-habientes y datos socio-económicos. En la segunda, técnicas conversacionales. Estas técnicas requieren la preparación de una cédula de

entrevista, la realización de la misma, la codificación y el análisis de las respuestas. La cédula de entrevista normalmente contiene varias preguntas abiertas y la secuencia de preguntas no se sigue de manera rígida.¹⁹

- **Instrumentos para la captura de la Información:** Éstos fueron la ficha de registro y la cédula de entrevista, donde la percepción de la calidad de atención se midió con una escala tipo Likert con un rango de cuatro valores. Adicionalmente se preguntaron los motivos, cuando la percepción o respuesta del entrevistado se ubicaba en pésima o mala, es decir, en los valores más bajos (1 o 2) de la escala.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- **Trabajador**
- **Asegurado en el régimen del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Estado de Nuevo León.**
- **De 20 a 54 años**
- **Post-operados de columna lumbar (hernia de disco intervertebral)**
- **Haber sido dado de alta médica por traumatología en 1997, y primer semestre de 1998**
- **Pacientes con cirugía de columna lumbar por hernia de disco intervertebral a un solo nivel.**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- **Trastornos congénitos de columna (espina bífida, vértebra transicional, megapófisis transversa)**

- Trastornos del sistema músculo-esquelético (tumores y enfermedades mieloproliferativas y mieloma múltiple) Por enfermedades infecto-contagiosas (poliomielitis).
- Trastornos de la mecánica de la columna lumbar
- Extravío de expediente clínico
- Defunción del asegurado, previo al registro de la muestra.
- Paciente con obesidad exógena grado III (más del 50% de su peso corporal ideal)
- Pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Paciente que se le indicó tratamiento quirúrgico y no lo aceptó.
- Defunción del asegurado durante el proceso de acopio de información.
- Cambio de entidad federativa.
- Cambio a domicilio no conocido.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

4.2 DISEÑO CUANTITATIVO-ESTADÍSTICO

- Población: Esta se conformó por todo trabajador asegurado en el estado de Nuevo León en el IMSS, de 20 a 54 años de edad, operado por hernia de disco intervertebral de columna lumbar y que fueron dados de alta médica por el departamento de ortopedia y traumatología en 1997 y durante el primer semestre de 1998

- **Muestra y tipo de muestreo:** Se realizó un muestreo censal de los sujetos que se ajustaron a los criterios de inclusión, de exclusión y de eliminación considerados en el estudio.
- **Procedimiento de análisis estadístico utilizado:** A nivel cuantitativo se aplicó estadística descriptiva, donde se utilizaron porcentajes, la media y desviación estándar de los puntajes. En estadística inferencial se utilizó la prueba "t" de Student y el coeficiente de correlación de Pearson "r"

•

4.3 DISEÑO CUALITATIVO

- En este diseño, se tomó la misma muestra perteneciente a la población arriba señalada y después de aplicar la técnica conversacional en los domicilios de los derecho-habientes se procedió a la identificación de patrones de respuesta,²¹ en

base a su similitud y en relación a los temas específicos de la cédula de entrevista.

PROCEDIMIENTOS:

Se formalizó la autorización con las autoridades del IMSS; delegación Nuevo León, para obtener información de sus archivos y de su personal médico, buscando que la aplicación de los instrumentos de investigación conserven los criterios de validez, confiabilidad y discrecionalidad de los datos. Se seleccionó a los sujetos de 1997, según los criterios de inclusión, exclusión y eliminación ya mencionados, con el fin de cuantificar el total de la población objeto de estudio. Posteriormente se aplicaron los instrumentos.

ESTRATEGIA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Paso 1 .- Se Identificó la totalidad de asegurados del IMSS con cirugía de columna lumbar en el año 1997 y primer semestre de 1998 en la Delegación Nuevo León.

Paso 2 .- Se Identificó la totalidad de asegurados del IMSS con cirugía de columna lumbar por hernia de disco intervertebral, dentro de la categoría anterior.

Paso 3.- Se Identifico el número de casos con cirugía de columna lumbar por hernia de disco intervertebral de un solo nivel dentro de la categoría anterior.

Paso 4.- Se aplicaron los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.

Paso 5.- Se probaron los instrumentos para recolectar la información de manera válida y confiable.

Paso 6.- Se corrigió y elaboró la versión final del instrumento.

Paso 7.- Se capacitó a personal universitario (estudiantes y pasantes de Psicología-UANL), durante varias sesiones, para la aplicación adecuada del instrumento.

Paso 8.- Se aplicaron los instrumentos en las viviendas de los pacientes, conjuntamente con un control de calidad sobre la información recabada.

Paso 9.- Se capturó en el paquete EXCEL la información y posteriormente se procesaron los datos obtenidos en el paquete STATISTICA.

V. RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

La población objeto de estudio estuvo compuesta por 127 casos que se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales se obtuvo, mediante fórmula estadística²² un tamaño muestral representativo de 95 casos (significatividad al .05 de confiabilidad).

Considerando la distribución de la muestra por género, ésta reflejó que un 90.53% eran de género masculino y un 9.47% de género femenino: ver Cuadro General 1 (CG1).

Cuadro CG1

Distribución porcentual por género en muestra de pacientes operados por hernia de disco lumbar, en el Hospital 21, IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

cantidad	Frecuencia	Porcentaje
Género		%
Masculino	86	90.53
Femenino	9	9.47

Fuente: Investigación directa

Respecto al factor de edad, la mayor frecuencia se distribuyó en tres rangos que abarca la edad de los 35 a los 49 años, con el porcentaje de 68.42%, más de las dos terceras partes de la muestra (ver cuadro CG2).

Cuadro CG2

Distribución porcentual por rangos de edad, en operados por hernia de disco lumbar. Hospital 21, IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Edad \ Cantidad	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje Acumulado
De 20 a 24	3	3.16	3.16
De 25 a 29	10	10.53	13.69
De 30 a 34	13	13.68	27.37
De 35 a 39	22	23.16	50.53
De 40 a 44	16	16.84	67.37
De 45 a 49	27	28.42	95.79
De 50 a 54	4	4.21	100.00

Promedio=39.30

Desviación Estándar=8.07

Fuente: Investigación directa

En relación a la escolaridad de los pacientes de la misma muestra, se encontró que un poco más de la mitad, 56.84%, tenían un nivel de escolaridad entre Primaria completa y Secundaria completa, incluyendo a los de Secundaria incompleta, el porcentaje restante se distribuyó en menor cantidad desde carrera técnica incompleta hasta profesional completa. Además, se presentaron dos casos de Analfabetismo y siete casos de primaria incompleta (ver cuadro CG3).

Cuadro CG3

Distribución porcentual de la escolaridad de pacientes operados por hernia de disco lumbar, Hospital 21, IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Escolaridad \ Cantidad	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje Acumulado
Analfabeta	2	2.11	2.11
Primaria incompleta	7	7.37	9.48
Primaria completa	20	21.05	30.53
Secundaria incompleta	6	6.32	36.85
Secundaria completa	28	29.47	66.32
Técnica incompleta	2	2.11	68.43
Técnica completa	9	9.47	77.90
Preparatoria incompleta	5	5.26	83.16
Preparatoria completa	4	4.21	87.37
Profesional incompleta	4	4.21	91.58
Profesional completa	8	8.42	100.00

Fuente: Investigación directa.

Con respecto al estado civil se encontraron casados un 82.11% de la muestra y solteros un 8.42%, distribuyéndose en las otras categorías el porcentaje restante (ver cuadro CG4).

Cuadro CG4

Distribución porcentual por estado civil en pacientes operados por hernia de disco lumbar. Hospital 21, IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Estado civil	Cantidad	Frecuencia	Porcentaje %
Soltero		8	8.42
Casado		78	82.11
Unión Libre		3	3.16
Separado		2	2.11
Divorciado		2	2.11
Viudo		1	1.05
No contestó		1	1.05

Fuente: Investigación directa

ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE LA CIRUGÍA

De las 95 entrevistas realizadas se obtuvieron 43 profesiones, de las cuales las de mayor incidencia que presentaron los pacientes con Hernia de Disco Intervertebral, fueron las Actividades Administrativas como: contador público, secretariado, auditor y técnico en sistemas computacionales, asistente médica, almacenista, empleado de mostrador, supervisor de producción de calidad y de obra civil, comerciante al mayoreo y menudeo; siguiéndole en frecuencia los que se dedican a la Actividad Metal Mecánica como lo son: soldadores con arco eléctrico, soldadores con soplete, oxicortadores, operadores de maquinaria fija, mecánicos de mantenimiento eléctrico-motriz, y mecánicos diesel y de gas-gasolina; siguiéndole las Actividades de la Construcción como lo son: albañiles, peones de la construcción, carpinteros de obra civil, pintor de edificios y estibadores;

siguiéndole las Actividades Sedentarias como lo son: costurera, operador de trailer, camión urbano, montacargas y chofer privado (ver cuadro CG5).

CUADRO CG5

Distribución porcentual de las actividades laborales que realizaban con mayor frecuencia los pacientes operados por Hernia de Disco Lumbar. Hospital 21, IMSS. Delegación Nuevo León. 1999.

Actividad laboral \ Cantidad	No. Abs.	Porcentaje %	Porcentaje Acumulado
Administrativa	27	28.42	28.42
Metal -mecánica	21	22.11	50.53
Construcción	20	21.06	71.59
Sedentaria	13	13.68	85.27
Otras	14	14.73	100.00

Fuente: Investigación directa

Respecto al número de pacientes postoperados de hernia de disco intervertebral lumbar, se encontró que el 25.26% se encontraban pensionados por invalidez y el 74.74% no lo estaba (ver cuadro CG6).

CUADRO CG6

Distribución porcentual de pacientes pensionados después de la cirugía de Hernia de Disco Lumbar. Hospital 21, IMSS. Delegación Nuevo León. 1999.

Pensionados \ Cantidad	No. Abs.	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	24	25.26	25.26
No	71	74.74	74.74
Total	95	100.00	100.00

Fuente: Investigación directa

5.2 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL MÓDULO DE COLUMNA DE CONSULTA EXTERNA

ESTRUCTURA

En relación a la percepción del ambiente físico de la Consulta Externa el 78.49% de los usuarios opina que el ambiente físico se encuentra en el rango de bueno- excelente; teniendo sólo un 21.51% en el rango de malo (ver cuadro 1).

Cuadro 1

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la percepción del ambiente físico confortable en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		0	0.00	0.00
Mala		20	21.51	21.51
Buena		50	53.76	75.27
Excelente		23	24.73	100.00

Media Ponderada = 2.77 = Bueno

Desviación estándar = 0.49

Fuente: Investigación directa

Encontrándose en esta dimensión, las incomodidades siguientes:

En sala de espera se identificaron la falta de espacio, exceso de gente y falta de mobiliario.

En consultorio se reconoció el mobiliario anticuado, antihigiénico y el espacio muy reducido.

En los baños, la principal queja fue que se encontraron muy sucios, sin agua, con mal olor, incómodos al no contar con pasamanos para sujetarse, paredes rayadas y sin papel higiénico.

En relación a la temperatura interior se identificó mucho calor al no funcionar el clima y con falta de ventilación, algunas veces se presentaron cambios bruscos de temperatura.

Respecto a la funcionalidad del instrumental y del equipo, el 94.74% percibió la funcionalidad en el rango de buena-excelente y un 5.26% lo estableció en el rango de malo (ver cuadro 2).

Cuadro 2

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la percepción de la funcionalidad del instrumental y equipo en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		0	0.00	0.00
Mala		5	5.26	5.26
Buena		23	24.21	29.47
Excelente		67	70.53	100.00

Media Ponderada = 3.58 = Excelente

Desviación estándar = 0.61

Fuente: Investigación directa

En esta dimensión se encontró, al concentrar los juicios de los pacientes que:

El instrumental y el equipo era viejo y no funcionaban, algunas veces, los aparatos como el TAC y los estudios radiológicos de columna.

Sintetizando las dimensiones correspondientes a la Calidad en la Estructura en el Módulo de Columna Externa se encontró un 84.21% en el rango de bueno-excelente y un 15.79% en el rango de malo (ver cuadro 3).

Cuadro 3

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la percepción de la calidad en la estructura en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		0	0.00	0.00
Mala		15	15.79	15.79
Buena		50	52.63	68.42
Excelente		30	31.58	100.00

Media Ponderada = 3.06 = Buena

Desviación estándar = 0.45

Fuente: Investigación directa.

PROCESO

En relación al proceso, específicamente sobre la oportunidad para obtener cita, se encontró un 69.57% en el rango de buena-excelente y un 30.44% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 4).

Cuadro 4

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la oportunidad para obtener cita en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		14	15.22	15.22
Mala		14	15.22	30.43
Buena		46	50.00	80.43
Excelente		18	19.57	100.00

Media Ponderada = 2.63 = Buena

Desviación estándar = 0.81

Fuente: Investigación directa

Identificándose en esta dimensión las incomodidades siguientes:

En relación a la cita inicial, un promedio de 40 días y en las citas subsiguientes, un promedio de 28 días, tiempo considerado como demasiado debido al síndrome de dolor.

Sobre la oportunidad para recibir la atención del médico especialista se encontró en el rango de buena-excelente un 82.61% y un 17.40% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 5).

Cuadro 5

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la oportunidad para recibir la atención del médico especialista en el módulo de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		8	8.70	8.70
Mala		8	8.70	17.39
Buena		57	61.96	79.35
Excelente		19	20.65	100.00

Media Ponderada 2.75 = Buena

Desviación estándar = 0.69

Fuente: Investigación directa

En cuanto al juicio de valor de ser atendido el día de la cita en consulta externa, por el especialista, éste se realizó el día señalado, pero existía inconformidad generalizada en cuanto a que la consulta fue otorgada por médicos

diferentes, manifestando los pacientes que al ser de esta forma, no se llevaba la secuencia o evolución adecuada del caso. Además, generalmente tenían que esperar más de 2 horas con un exceso de pacientes, que permanecían parados y con el síndrome de dolor.

Conjuntando las subdimensiones sobre la oportunidad para obtener cita y para recibir la atención del médico especialista se encontró como oportunidad integral un 70.65% en el rango de buena-excelente y un 29.35% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 6).

Cuadro 6

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la oportunidad integral en la atención médica especializada en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación \ Cantidad	N° Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima	3	3.26	3.26
Mala	24	26.09	29.35
Buena	42	45.65	75.00
Excelente	23	25.00	100.00

Media Ponderada = 2.69 = Buena

Desviación estándar = 0.59

Fuente: Investigación directa

Considerando la dimensión sobre la atención personalizada y trato amable se encontró un 85.87% en el rango de buena-excelente y un 14.13% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 7).

Cuadro 7

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la percepción de la atención personalizada y trato amable en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación \ Cantidad	N° Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima	3	3.26	3.26
Mala	10	10.87	14.13
Buena	20	21.74	35.87
Excelente	59	64.13	100.0

Media Ponderada 3.26 = Excelente

Desviación estándar 0.72

Fuente: Investigación directa

Las inconformidades señaladas por los pacientes en este rubro fueron la indiferencia y la descortesía o mal humor en el trato del médico.

Respecto a la subdimensión del proceso de auscultación física se obtuvo un 86.96% en el rango de excelente-buenas y un 13.04% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 8).

Cuadro 8

Porcentaje de respuestas del usuario sobre el proceso de auscultación física en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación \ Cantidad	N° Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima	3	3.26	3.26
Mala	9	9.78	13.04
Buena	27	29.35	42.39
Excelente	53	57.61	100.00

Media Ponderada = 3.34 = Excelente Desviación estándar = 0.77

Fuente: Investigación directa

En lo referente a la inconformidad por parte de los pacientes en esta subdimensión fue que solo pocas veces se realizó la revisión clínica (física) de los mismos.

Sobre la subdimensión del aspecto psicológico en el proceso de auscultación se obtuvo un 91.31% entre el rango de excelente-buena y un 8.70% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 9).

Cuadro 9

Porcentaje de respuestas del usuario sobre el aspecto psicológico en el proceso de auscultación en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación \ Cantidad	N° Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima	4	4.35	4.35
Mala	4	4.35	8.70
Buena	18	19.57	28.26
Excelente	66	71.74	100.00

Media Ponderada 3.31 = Excelente Desviación estándar = 0.60

Fuente: Investigación directa

La queja principal en este aspecto estuvo relacionada con la indiferencia del médico para escuchar al enfermo, de forma que cuando éste lo manifestaba, el médico verbalizaba que tenía muchos pacientes.

En la sub-dimensión del aspecto ético en el proceso de auscultación se obtuvo un 98.91% en el rango de excelente y un 1.09% en el rango de bueno (ver cuadro 10).

Cuadro 10

Porcentaje de respuestas del usuario sobre el aspecto ético en el proceso de auscultación en el módulo de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		0	0.00	0.00
Mala		0	0.00	0.00
Buena		1	1.09	1.09
Excelente		91	98.91	100.00

Media Ponderada 3.96 = Excelente

Desviación estándar = 0.16

Fuente: Investigación directa

En este aspecto no se reportaron quejas.

Sintetizando las sub-dimensiones Ética, Psicológica y Física del Proceso de Auscultación General se encontró de 96.74% entre el rango de bueno-excelente y solo un 3.26% en el rango de malo (ver cuadro 11).

Cuadro 11

Porcentaje de respuestas del usuario sobre el proceso de auscultación general en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		0	0.00	0.00
Mala		3	3.26	3.26
Buena		18	19.57	22.83
Excelente		71	77.17	100.00

Media Ponderada = 3.50 = Excelente

Desviación estándar = 0.43

Fuente: Investigación directa

En relación a la información médica proporcionada se obtuvo un resultado de 76.09% en el rango de buena-excelente y un 23.91% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 12).

Cuadro 12

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la información médica proporcionada en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		8	8.70	8.70
Mala		14	15.22	23.91
Buena		13	14.13	38.04
Excelente		57	61.96	100.00

Media Ponderada = 3.05 = Buena

Desviación estándar = 0.84

Fuente: Investigación directa

La inconformidad principal referida por los pacientes en esta dimensión fue la carencia de una explicación sobre el estado de salud, tratamiento, o sobre las consecuencias del proceso operatorio.

Sintetizando las dimensiones de oportunidad integral atención personalizada y trato amable, auscultación en general de la atención médica e información médica proporcionada, se encontró que la percepción de la calidad en el proceso de atención médica correspondió a un 92.39 % al rango de excelente-bueno y sólo a un 7.61 % al rango de malo (ver cuadro 13).

Cuadro 13

Porcentaje de respuestas del usuario sobre su percepción de la calidad en el proceso de atención médica en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación \ Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima	0	0.00	0.00
Mala	7	7.61	7.61
Buena	37	40.22	47.83
Excelente	48	52.17	100.00

Media Ponderada = 3.18 = Excelente

Desviación estándar = 0.44

Fuente: Investigación directa

RESULTADOS

En cuanto a la congruencia de los resultados obtenidos acorde a las expectativas personales y familiares del usuario, se encontró un 78.26% de casi totalmente y totalmente y un 21.74% en el rango de casi-nada y nada (ver cuadro 14).

Cuadro 14

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la congruencia de resultados obtenidos con las expectativas personales y familiares, en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación \ Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Nada	14	15.22	15.22
Casi nada	6	6.52	21.74
Casi totalmente	26	28.26	50.00
Totalmente	46	50.00	100.00

Media Ponderada 3.07 = Buena

Desviación estándar = 1.01

Fuente: Investigación directa

En esta dimensión la inconformidad presentada por los pacientes que se quejaron, estuvo dada en función de que, aún con la operación, el síndrome de dolor se presentaba recurrentemente, impidiéndoles trabajar igual que antes.

Sobre la autopercepción del usuario sobre la satisfacción del servicio médico de consulta externa se obtuvo un 85.87% entre el rango de buena-excelente y un 14.13% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 15).

Cuadro 15

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la autopercepción de la satisfacción por el servicio médico recibido en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		3	3.26	3.26
Mala		10	10.87	14.13
Buena		31	33.70	47.83
Excelente		48	52.17	100.00

Media Ponderada = 3.17 = Buena

Desviación estándar = 0.69

Fuente: Investigación directa

Al sintetizar los juicios de los pacientes asociados al aspecto de la satisfacción del servicio médico de consulta externa, se encontró una calificación negativa, que según sus comentarios, se debía a que los atendían a las carreras, a que

no los revisaban bien, ni les hacían las preguntas suficientes sobre su padecimiento.

Además, porque tardaban mucho tiempo para atender, eran varios médicos los que trataban el mismo caso no dando la suficiente información y por el resultado poco favorable de la operación

En cuanto a la percepción de la calidad de la rehabilitación física en el proceso de atención, se obtuvo un 84.21% en el rango de buena-excelente y un 15.79% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 16).

Cuadro 16

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la calidad de la rehabilitación física en el proceso de atención; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		14	14.74	14.74
Mala		1	1.05	15.79
Buena		22	23.16	38.95
Excelente		58	61.05	100.00

Media Ponderada = 3.13 = Buena

Desviación estándar = 0.96

Fuente: Investigación directa

Los motivos de queja en esta dimensión se centraron en que el médico especialista no comentaba nada sobre el servicio de rehabilitación y en los casos en los cuales lo hacía, el tratamiento duraba muy poco tiempo, además del escaso servicio dado por la ambulancia.

Sintetizando la dimensión sobre la evaluación de la rehabilitación física, la satisfacción del usuario y sobre la congruencia de los resultados con las expectativas del usuario y sus familiares, se obtuvo como calidad de resultado en el módulo de columna de consulta externa un 85.26% entre el rango de buena-excelente un 14.74% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 17).

Cuadro 17

Porcentaje de respuestas del usuario sobre su percepción de la calidad del resultado en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		3	3.16	3.16
Mala		11	11.58	14.74
Buena		38	40.00	54.74
Excelente		43	45.26	100.00

Media Ponderada = 3.15 = Buena

Desviación estándar = 0.64

Fuente: Investigación directa

Ahora bien, conjuntando los componentes de estructura, proceso y resultados de la evaluación de la calidad del servicio médico en el módulo de columna se encontró una media aritmética de 3.15 con una desviación estándar 0.41% en el rango de buena (ver cuadro 18).

Cuadro 18

Media aritmética y desviación estándar de la percepción del usuario sobre los componentes de la calidad del servicio médico en el módulo de columna de consulta externa del Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Componentes de la evaluación de la Calidad	Media aritmética	Desviación estándar	Calificación
Estructura	3.06	0.45	Buena
Proceso	3.18	0.44	Buena
Resultados	3.15	0.64	Buena
Componentes integrados	3.15	0.41	Buena

Fuente: Investigación directa

Más de la mitad de los pacientes expresaron que la característica que más gustó en el servicio de consulta externa fue el **trato amable de todo el personal**, especialmente de algunos médicos que sobresalieron por su **trato profesional y amable**.

5.3 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN

ESTRUCTURA

En la percepción del usuario sobre el ambiente físico durante su hospitalización se encontró un 83.15% en el rango de buena-excelente y un 16.84% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 19).

Cuadro 19

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la percepción del ambiente físico confortable durante su hospitalización en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		8	8.42	8.42
Mala		8	8.42	16.84
Buena		32	33.68	50.53
Excelente		47	49.47	100.00

Media Ponderada = 3.06 = Bueno Desviación estándar = 0.72

Fuente: Investigación directa

Los principales motivos de queja en esta dimensión fueron dados de la siguiente manera:

Sobre la sala de internamiento; un mobiliario antiguo, con camas chicas, con colchones sucios y de hule que quema la espalda, además de la falta de sábanas limpias en algunos casos.

Sobre los baños, éstos fueron considerados como sucios, ya que frecuentemente se encontraban tapados y sin agua. Además de ser incómodos y sin tener donde apoyarse para sentarse.

Sobre la temperatura ambiental; un clima, al cual se le subía y bajaba la temperatura o no funcionaba, además de la falta de ventilación y la poca iluminación por los focos en mal estado.

Sobre la percepción del usuario sobre la adecuación del mobiliario durante su hospitalización se obtuvo un 71.58% de entre el rango de buena-excelente y un 28.42% en el rango de mala-pésima (ver cuadro 20).

Cuadro 20
Porcentaje de respuestas del usuario sobre la adecuación del mobiliario durante su hospitalización en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		9	9.47	9.47
Mala		18	18.95	28.42
Buena		15	15.79	44.21
Excelente		53	55.79	100.00

Media Ponderada = 3.18 = Buena Desviación estándar = 1.05

Fuente: Investigación directa

Respecto a esta dimensión, la inconformidad principal estuvo dada por las camas en mal estado y antiguas.

Conjuntando las dos dimensiones anteriores sobre la percepción de la calidad en la estructura de Hospitalización, se encontró un 84.21% en el rango de buena-excelente y un 15.79% entre el rango de mala-pésima (ver cuadro 21).

Cuadro 21

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la percepción de la calidad en la estructura en hospitalización de columna; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación \ Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima	5	5.26	5.26
Mala	10	10.53	15.79
Buena	27	28.42	44.21
Excelente	53	55.79	100.00

Media Ponderada = 3.09 = Buena

Desviación estándar = 0.72

Fuente: Investigación directa

PROCESO

Sobre el proceso de la atención personalizada y el trato amable y equitativo durante la Hospitalización se encontró un 95.79% entre el rango de bueno-excelente y sólo un 4.21% en el rango de malo-pésimo (ver cuadro 22).

Cuadro 22

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la atención personalizada y el trato amable y equitativo durante su hospitalización en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación \ Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima	0	0.00	0.00
Mala	4	4.21	4.21
Buena	14	14.74	18.95
Excelente	77	81.05	100.00

Media Ponderada = 3.46 = Excelente

Desviación estándar 0.48

Fuente: Investigación directa

En este rubro, el descontento se manifestó respecto al desinterés del personal médico a las quejas y dolores del paciente, además, sobre el uso de sobrenombres no agradables al paciente.

Respecto a la percepción de la oportunidad de la atención durante la hospitalización se encontró un 98.95% entre el rango de buena-excelente y sólo un 1.05% en el rango de pésimo (ver cuadro 23).

Cuadro 23

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la percepción de la oportunidad en la atención durante su hospitalización en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		1	1.05	1.05
Mala		0	0.00	1.05
Buena		27	28.42	29.47
Excelente		67	70.53	100.00

Media Ponderada = 3.56 = Excelente Desviación estándar = 0.54

Fuente: Investigación directa

En esta dimensión, solamente se manifestó la inconformidad respecto a las pocas visitas del cirujano a su paciente durante su estadía hospitalaria, y por tanto, la escasa oportunidad de hablar con él.

Con relación a la sub-dimensión sobre la visita y examen físico en el proceso de atención médica hospitalaria se obtuvo un 85.26 % entre el rango de buena-excelente y un 14.74% mala-pésimo (ver cuadro 24).

Cuadro 24

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la visita y examen físico en el proceso de atención hospitalaria en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		9	9.47	9.47
Mala		5	5.26	14.74
Buena		35	36.84	51.58
Excelente		46	48.42	100.00

Media Ponderada 3.15 = Buena Desviación estándar = 0.85

Fuente: Investigación directa

El descontento en esta subdimensión se manifestó debido a que generalmente solo una vez se visitaba al paciente, en el periodo postoperatorio, donde el médico solamente hacía preguntas sin realizar examen físico.

En cuanto a la sub-dimensión relacionado con el aspecto psicológico en el proceso de atención médica hospitalaria se obtuvo un 84.21% entre el rango de bueno-excelente y un 15.79% entre el rango de mala-pésimo (ver cuadro 25).

Cuadro 25

Porcentaje de respuestas del usuario sobre el aspecto psicológico en el proceso de atención hospitalaria en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		2	2.11	2.11
Mala		13	13.68	15.79
Buena		49	51.58	67.37
Excelente		31	32.63	100.00

Media Ponderada = 2.92 = Bueno

Desviación estándar 0.57

Fuente: Investigación directa

Esta subdimensión tuvo comentarios referentes a que el apoyo psicológico antes y después de la cirugía ni siquiera se mencionó, puesto que según el médico tratante no se necesitaba. Además, la actitud del médico respecto a los problemas emanados de la operación, generalmente se ubicaba en alguno de estos tres tipos:

Actitud pesimista, con comentarios tales como: “Ud. va a seguir igual que como está”, “siempre va a tener este problema”, etc.

Actitud conformista, con comentarios tales como: “Lo que tienes no es nada comparado con otros”, “Di que te fue bien”, etc.

Actitud agresiva, con comentarios como: “Nomás se la ha pasado gritando, mejor ya párese”, etc.

Asimismo, en esta subdimensión se añade que la comunicación interpersonal era sumamente escasa con cierto desinterés por las molestias del paciente.

Conjuntando las subdimensiones sobre el aspecto psicológico, la visita y examen físico del usuario se encontró el proceso integral con un 84.21% entre el rango de buena-excelente y un 15.79% entre el rango de mala-pésimo (ver cuadro 26).

Cuadro 26

Porcentaje de respuestas del usuario sobre el proceso integral durante su hospitalización en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		2	2.11	2.11
Mala		13	13.68	15.79
Buena		42	44.21	60.00
Excelente		38	40.00	100.00

Media Ponderada = 2.99 = Bueno

Desviación estándar = 0.62

Fuente: Investigación directa

Sobre la dimensión de la información médica proporcionada al paciente en

cuanto a su padecimiento durante su hospitalización se obtuvo un 74.74% entre el rango de buena-excelente y un 25.26% entre el rango de mala-pésimo (ver cuadro

27).

Cuadro 27

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la información médica proporcionada durante su hospitalización en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		8	8.42	8.42
Mala		16	16.84	25.26
Buena		45	47.37	72.63
Excelente		26	27.37	100.00

Media Ponderada = 2.87 = Buena

Desviación estándar = 0.69

Fuente: Investigación directa

El descontento referido por los pacientes en esta dimensión fue respecto a la carencia de información sobre los procedimientos, tratamiento y pronóstico del problema.

Conjuntando las dimensiones sobre la información proporcionada, el proceso integral de la atención, la oportunidad de atención y la atención personalizada y trato amable se encontró en el proceso general de la atención médica durante su hospitalización un 93.68% entre el rango de buena-excelente y 6.31% entre el rango de (ver cuadro 28).

Cuadro 28

Porcentaje de respuestas del usuario sobre su percepción de la calidad en el proceso general de la atención médica durante su hospitalización en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		1	1.05	1.05
Mala		5	5.26	6.32
Buena		43	45.26	51.58
Excelente		46	48.42	100.00

Media Ponderada = 3.15 = Bueno

Desviación estándar = 0.45

Fuente: *Investigación directa*

RESULTADOS

Sobre la autopercepción sintomática general del usuario sobre el resultado de la cirugía se obtuvo 74.74% entre el rango de buena-excelente y un 25.26% entre el rango de mala-pésima (ver cuadro 29).

Cuadro 29

Porcentaje de respuestas de la autopercepción sintomática general del usuario sobre el resultado de la cirugía en el hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Empeoró		7	7.37	7.37
Continuó igual		17	17.89	25.26
Mejóro		52	54.74	80.00
Desapareció		19	20.00	100.00

Media Ponderada 2.87 = Buena

Desviación estándar = 0.82

Fuente: Investigación directa

El motivo de queja más frecuente en este aspecto fue que aparecieron nuevos síntomas después de la operación como: calambres, marcha dolorosa, etc., o que se sentían igual que antes de la operación. Además de sentir tensión emocional.

Respecto al grado de satisfacción del servicio médico durante su hospitalización se obtuvo un 84.48% entre el rango de buena-excelente y un 10.52% entre el rango de mala-pésimo (ver cuadro 30).

Cuadro 30

Porcentaje de respuestas del usuario sobre grado de satisfacción del servicio médico de hospitalización en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		5	5.26	5.26
Mala		5	5.26	10.53
Buena		37	38.95	49.47
Excelente		48	50.53	100.00

Media Ponderada = 3.17 Bueno

Desviación estándar = 0.70

Fuente: Investigación directa

En esta dimensión, los pacientes más frecuentemente reportaron sentir una insatisfacción debido a la desmejora de los síntomas de la enfermedad después de la operación.

Sintetizando el nivel de satisfacción del servicio médico y la autopercepción sintomática general del usuario sobre el resultado de la cirugía se encontró integralmente que la percepción de la calidad de los resultados fue de un 83.15% entre el rango de buena-excelente y un 16.85% entre el rango de mala-pésima (ver cuadro 31).

Cuadro 31

Porcentaje de respuestas del usuario sobre su percepción de la calidad de los resultados de la hospitalización en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		7	7.37	7.37
Mala		9	9.47	16.84
Buena		32	33.68	50.53
Excelente		47	49.47	100.00

Media Ponderada 3.07 = Buena

Desviación estándar = 0.67

Fuente: Investigación directa

Integrando los componentes de la calidad del servicio médico durante la

hospitalización de cirugía de columna se obtuvo una media aritmética de 3.12 y una desviación estándar de 0.42 en un rango de buena (ver cuadro 32).

Cuadro 32

Media aritmética y desviación estándar de la percepción del usuario sobre los componentes de la calidad del servicio médico en la hospitalización de cirugía de columna en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Componentes de la evaluación de la Calidad	Media aritmética	Desviación estándar	Calificación
Estructura	3.09	0.72	Buena
Proceso	3.15	0.45	Buena
Resultados	3.07	0.67	Buena
Integración de Componentes	3.12	0.42	Buena

Fuente: Investigación directa

La característica que más gustó del servicio hospitalario a los pacientes, fue el trato amable del médico y del personal de enfermería, en primer lugar, y en segundo lugar, el trato amable de todo el personal, a pesar de que a un reducido número de pacientes la comida les pareció insípida e insuficiente.

Integrando la clasificación del servicio médico del módulo de columna de consulta externa y de Hospitalización se encontró un servicio integral con una media aritmética de 3.14 y con una desviación estándar 0.36 en un rango de buena. Además, haciendo la comparación entre las medias aritméticas del módulo de columna en Consulta Externa y de hospitalización, se encontró una "t" de Student de 0.77 no significativa (ver cuadro 33).

Cuadro 33

Media y calificación del servicio médico del módulo de columna de consulta externa y hospitalización de cirugía de columna en el 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Servicio Médico	Media aritmética	Desviación estándar	Calificación
Módulo de columna en consulta externa*	3.15	0.41	Buena
Hospitalización de cirugía de columna*	3.12	0.42	Buena
Servicio integral (ambos)	3.14	0.36	Buena

* $t = 0.77$, NS

Fuente: Investigación directa

5.4 HABILITACIÓN LABORAL

AUTOPERCEPCION DE LA HABILITACIÓN FÍSICA PARA EL TRABAJO

Considerando los síntomas clínicos que se presentaron en pacientes operados antes de la cirugía y su respectiva evolución después de la intervención quirúrgica se encontró que:

DOLOR LUMBAR: Lo presentaba un 88.42%, de los cuales después de la cirugía mejoró o desapareció su dolor en un 67.06%.

CALAMBRE EN LAS PIERNAS: Lo presentaba un 82.11%, de los cuales después de la cirugía desapareció su calambre en un 63.41%.

FALTA DE FUERZA EN LAS PIERNAS: Lo presentaba un 80%, de los cuales después de la cirugía mejoró o desapareció la falta de fuerza en las piernas en un 70.13%.

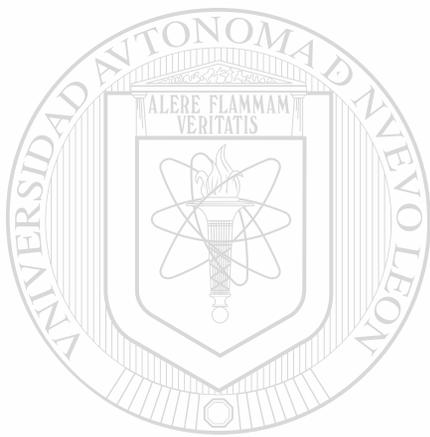
MARCHA DOLOROSA: Lo presentaba un 90.11% de los cuales después de la cirugía mejoró o desapareció la marcha dolorosa en un 69.04%.

LA LIMITACIÓN DE LA FLEXIÓN DEL TRONCO: Lo presentaba un 93.62%, de los cuales después de la cirugía mejoró o desapareció la limitación de la flexión del tronco en 64.77%.

DIFICULTAD DE ASEO PERSONAL: Lo presentaba un 72.34%, de los cuales después de la cirugía mejoró o desapareció la dificultad de aseo personal en un 75%.

DIFICULTAD VESTIRSE: Lo presentaba un 72.83%, de los cuales después de la cirugía mejoró o desapareció la dificultad para vestirse en un 77.78%.

CAÍDAS FRECUENTES: Lo presentaba un 22.83%, de los cuales después de la cirugía mejoró o desapareció las caídas frecuentes en un 65.22% (ver cuadro 34).



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Cuadro 34

Porcentaje de síntomas clínicos que se presentaron en pacientes operados por hernia de disco lumbar, antes de la cirugía y su respectiva evolución posterior a la intervención; Hospital 21, IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Síntomas	Antes de la cirugía			Evolución después de la cirugía								
	SI		NO	Empeoró		Sigue igual		Mejóro		Desapareció		
	Nº Abs.	%		Nº Abs.	%	Nº Abs.	%	Nº Abs.	%	Nº Abs.	%	
Dolor lumbar	84	88.42	11	11.58	5	5.88	23	27.06	38	44.71	19	22.35
Calambres en piernas	78	82.11	17	17.89	7	8.54	23	28.05	33	40.24	19	23.17
Falta fuerza en piernas	76	80.00	19	20.00	5	6.49	18	23.38	37	48.05	17	22.08
Marcha dolorosa	82	90.11	9	9.89	10	11.90	16	19.05	31	36.90	27	32.14
Limitación de la flexión del tronco	88	93.62	6	6.38	7	7.95	24	27.27	36	40.91	21	23.86
Dificultad en aseo personal	68	72.34	26	27.66	6	8.82	11	16.18	24	35.29	27	39.71
Dificultad al vestirse	67	72.83	25	27.17	8	11.11	8	11.11	29	40.28	27	37.50
Caidas frecuentes	21	22.83	71	77.17	1	4.35	7	30.43	5	21.74	10	43.48
Otros	25	39.68	38	60.32	3	12.00	10	40.00	7	28.00	5	20.00

Fuente: Investigación directa

El descontento de los pacientes en esta categoría se manifestó por algunos síntomas nuevos que aparecieron después de la cirugía, verbalizándolos de la siguiente manera: sentir cansancio, calambres en las piernas, marcha dolorosa, dolor al agacharse como si se le abriera la herida, dificultad para vestirse, aparición de una bola a un lado de donde se le practicó la cirugía, inmovilidad de los dedos del pie derecho, alta sensibilidad dolorosa cuando se pega con algo en la cadera, dolor al flexionar la pierna, adormecimiento en los dedos de los pies acompañado de la aparición de una bola con nervios tensos, aparición de dolor en ambas piernas cuando antes solo le dolía una de ellas.

Respecto a la autopercepción sintomática global del usuario sobre el resultado de la cirugía se encontró que un 70.52% estuvo en el rango de mejoría y desaparición de sus síntomas y el 29.47% continuó igual o empeoró su sintomatología clínica (ver cuadro 35).

Cuadro 35

Porcentaje de respuestas de la autopercepción sintomática global del usuario sobre el resultado de la cirugía, en el Hospital 21; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Sintomática global \	Cantidad	N° Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Empeoró		8	8.42	8.42
Continuó igual		20	21.05	29.47
Mejóro		31	32.63	62.11
Desapareció		36	37.89	100.00

Media Ponderada = 2.92 = Buena

Desviación estándar = 0.80

Fuente: Investigación directa

Sobre la autopercepción del usuario respecto a sus condiciones físicas para el trabajo se encontró que el 49.47% entre el rango de buena-excelente y un 50.53% entre el rango de mala-pésima (ver cuadro 36).

Cuadro 36

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la autopercepción de sus condiciones físicas para el trabajo; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	N° Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		31	32.63	32.63
Mala		17	17.89	50.53
Buena		34	35.79	86.32
Excelente		13	13.68	100.00

Media Ponderada = 2.31 = Mala

Desviación estándar = 0.83

Fuente: Investigación directa

Las quejas en esta dimensión estuvieron dadas a través de un proceso de disfuncionalidad psicosocial que se fundamenta, según los pacientes, en la continuidad de síntomas dolorosos diversos después de la operación, que ellos sienten que los incapacita para realizar muchas cosas, o por lo menos, para hacer un trabajo igual al que realizaban antes de la operación. Además, algunos pacientes manifestaron sentir un temor considerable a que volvieran a aparecer otros síntomas dolorosos, que los condujeran a otra operación, o a incrementar las molestias que ya padecían, por lo que, en algunos casos, al sentirse ellos inhabilitados para desarrollar un trabajo igual al que tenían antes, optaban por no comprometerse a hacerlo y la empresa los retiraba de su trabajo.

En relación a la autopercepción del paciente sobre su habilitación física (síntomas después de la cirugía y autopercepción de sus condiciones físicas) para el

trabajo se encontró un 63.32% entre el rango de buena-excelente y un 33.68% entre el rango de mala-pésima.(ver cuadro 37).

Cuadro 37

Porcentaje de respuestas sobre la autopercepción de la habilitación física para el trabajo; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		9	9.47	9.47
Mala		23	24.21	33.68
Buena		37	38.95	72.63
Excelente		26	27.37	100.00

Media Ponderada = 2.77 = Buena Desviación estándar = 0.74

Fuente: Investigación directa

AUTOPERCEPCION MOTIVACIONAL PARA EL TRABAJO

Respecto a las condiciones motivacionales para el trabajo se encontró que un 93.68% se ubica entre el rango de buena-excelente y un 6.32% entre el rango de mala-pésima (ver cuadro 38).

Cuadro 38

Porcentaje de respuestas del usuario sobre la autopercepción de sus condiciones motivacionales para el trabajo; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Calificación	Cantidad	Nº Abs.	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Pésima		3	3.16	3.16
Mala		3	3.16	6.32
Buena		35	36.84	43.16
Excelente		54	56.84	100.00

Media Ponderada = 3.38 = Excelente Desviación estándar = 0.65

Fuente: Investigación directa

En esta dimensión, el comentario de descontento estuvo dado a través de una paradoja, donde algunos pacientes ya operados, sentían la necesidad de ser productivos para obtener recursos económicos que satisficieran sus necesidades

básicas, pero que sin embargo, ellos mismos se autopercebían como incapacitados para trabajar, debido a las molestias que aún sentían; o bien, muy limitados, dado que no tenían capacitación o estudios para competir por otro tipo de trabajo que atenuara dichas molestias.

Conjuntando los indicadores sobre la habilitación física y motivacional para el trabajo se encontró una media de 2.89 con una desviación estándar de 0.65 cuyo rango calificativo se ubica como bueno. Además, haciendo la comparación entre la habilitación física entre las medias de la habilitación física y motivacional se encontró una “t” (Student) de -7.48% con una $P < 0.0001$, lo cual manifiesta diferencias estadísticamente significativas entre ambas habilitaciones (ver cuadro 39).

Cuadro 39

Media y desviación estándar de la autopercepción del usuario sobre sus condiciones de rehabilitación física y motivacional para el trabajo; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Habilitación	Media aritmética	Desviación estándar	Calificación
Física*	2.77	0.74	Buena
Motivacional*	3.38	0.65	Excelente
Laboral (Bio-psicológica)	2.89	0.65	Buena

* $t = -7.48$, $p < 0.0001$

Fuente: Investigación directa

Respecto a la hipótesis formulada en este estudio que dice: “*A un mayor nivel de calidad de la atención médica percibido por pacientes post-operados de columna lumbar por hernia de disco intervertebral, mayor grado de habilitación laboral en ellos*”, se encontró al realizar la correlación “r” de Pearson un valor de 0.35 y una $p < 0.001$, lo cual manifiesta una correlación positiva baja pero estadísticamente significativa, acorde a la hipótesis planteada. (ver cuadro 40).

Cuadro 40

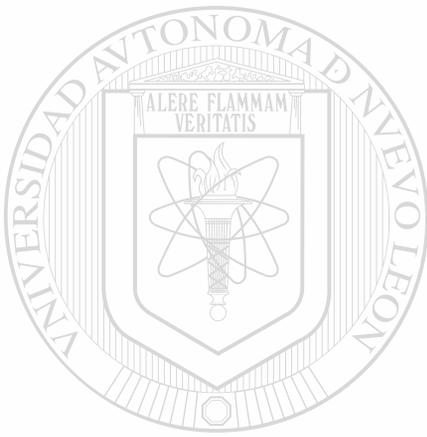
Correlación entre el nivel percibido de calidad de la atención médica y el grado de habilitación laboral; IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

Variables	Calidad de la atención médica integral
Habilitación laboral (Bio-psicológica)	0.35*

**p 0.001*

Nota: Se consideraron 95 sujetos (usuarios).

Fuente: Investigación directa



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se considera que uno de los retos de la evaluación de la calidad de la atención médica es abordar una metodología que nos permita vislumbrar la **estructura, proceso y resultado** de la atención médica estableciendo juicios de valor relativos, en una parte sobre la organización del servicio, y en la otra sobre el prestador del servicio, buscando efficientar el costo de la atención médica, con dirección a la satisfacción del usuario, en este caso pacientes postoperados de columna lumbar, misma que no está en función exclusiva del resultado del acto médico sino a la vez relacionada con aspectos del trato humanitario, oportunidad, accesibilidad, relación médico paciente, información y ética profesional. Por lo que se desprende un análisis de la satisfacción del usuario vista como un indicador de la dimensión del resultado, a partir del cual se puede obtener una opinión acerca de los aspectos de la **estructura** (comodidades, instalaciones físicas, organización), el **proceso** (procedimientos y acciones realizadas en consulta y hospitalización del servicio de columna lumbar de traumatología) y el **resultado** (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida), encontrando lo siguiente:

Atención médica en el módulo de columna de consulta externa

La percepción del ambiente físico por los pacientes de consulta externa fue categorizado en un 78.49 % como bueno-excelente, alcanzando también una

alta calificación la funcionalidad del instrumental y del equipo, es decir, que la calidad en la estructura en el modulo de columna de la consulta externa fue alta, aún así, existe inconformidad de los usuarios del servicio de la consulta externa, en relación a la incomodidad del espacio físico por ser reducido, dado el gran número de usuarios que acuden a ella, haciendo insuficiente el servicio de climatización artificial, de sillas de ruedas, de sanitarios y de sillas, ya que acuden más de un familiar con el paciente a la consulta.

El proceso de la consulta externa del modulo de columna presentó, específicamente sobre la oportunidad para obtener cita, (diferimiento de la atención), casi un 70 % en el rango de bueno-excelente, el 30% restante manifiesta su inconformidad en el sentido de que las citas para recibir la atención médica del especialista es mayor a 30 días, por lo que el Dr. Aguirre Gas, manifiesta que para que esta sea excelente debe de ser menor de 24 horas para el

otorgamiento de la cita;¹¹ además, Ramírez Sánchez y cols., refieren que entre los usuarios de servicios de la Seguridad Social y de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, el principal motivo de percepción de mala calidad en la atención médica se asocia a los largos tiempos de espera¹⁸; asimismo, sobre el tiempo de espera en la sala, es decir, la oportunidad para recibir la atención médica del especialista se mantuvo alta, 83% en el rango de bueno-excelente, lo que se traduce en una tendencia general oportuna de atención médica en los pacientes, sin embargo, el 17% del resto de los pacientes manifiestan inconformidad en el sentido de que reciben la atención médica dos a cuatro horas después de su cita, lo que se traduce en una espera prolongada, en este sentido el Dr. Aguirre Gas

manifiesta, que para que el tiempo de espera sea excelente debe de ser menor de 15 minutos¹¹ después de la hora de su cita.

Considerando el rubro de atención personalizada del paciente y trato amable, el cual tiene una relevancia fundamental para el logro de la satisfacción del usuario, ya que ésta es determinada sobre la base de la expectativa del paciente post-operado de columna lumbar, en este caso se logró un porcentaje alto sobre la atención personalizada y trato amable (86%), ubicándose en el rango de buena-excelente, sin embargo, existen quejas en relación a que son atendidos por algunos médicos que se muestran indiferentes y con actitud de descortesía (mal humor), además de ser diferentes al que lleva su caso, así como por médicos en entrenamiento. Otros resultados en el mismo sentido aparecen en Morales González y García Peña, en relación a considerar estos últimos como factores de influencia negativa en la satisfacción del usuario²⁰. En el aspecto de la

descortesía, el Dr. Aguirre Gas menciona que es un requisito de calidad, la amabilidad en el trato al derecho-habiente y conmina a verificar si el personal de salud y el administrativo se comportan en forma atenta y afectuosa en su relación con derecho-habientes y público¹¹.

Con relación al proceso de auscultación física del médico especialista se obtuvo un alto porcentaje entre el rango de bueno-excelente, (87%), aún y cuando su rango es alto, existe inconformidad en algunos pacientes, en relación a que su médico tratante no hace la exploración física de forma adecuada, sino con mucha prisa y en algunos casos, concretándose solamente a escucharlos y a expedir la

receta médica junto con el certificado de incapacidad temporal para el trabajo, no enviándolos oportunamente a rehabilitación física.

Con relación al aspecto psicológico en el proceso de auscultación se obtuvo uno de los resultados más altos en el rango de bueno-excelente, lo que es fundamental en el proceso de atención médica en este tipo de pacientes ya que el apoyo personal por parte del personal tratante puede traer como consecuencia una alta satisfacción del usuario y la solución del problema de salud abordado de manera integral. Con relación al aspecto ético en el proceso de auscultación fue el resultado más alto, lográndose colocar en el rango de excelente, ya que en un paciente post-operado es trascendental una atención personalizada, con equidad, privacidad y amabilidad, dentro de los principios éticos y morales, tanto en lo que se refiere al paciente como a sus familiares. Este principio ético obedece a la atención otorgada bajo la convicción de que el paciente requiere cuidado del

pudor y de la privacidad, con apego al secreto profesional, de que los beneficios de la atención sean invariablemente superiores a los riesgos, tomando como elementos básicos: primero no hacer daño y segundo la preservación de la vida.

En cuanto a la información médica proporcionada por parte del médico al paciente fue alta, ubicándose un 76% en el rango de bueno-excelente, sin embargo, un 24% se manifestaron inconformes por la carencia de explicaciones relacionadas con el diagnóstico, tratamiento o las consecuencias del proceso quirúrgico. La comunicación oportuna al paciente y familiares es de suma importancia ya que nos permite obtener una mejor satisfacción del paciente y sus familiares y disminuir los niveles de estrés familiar.

Con relación a **resultados**, en cuanto a la congruencia de los resultados obtenidos acorde a las expectativas personales y familiares del usuario fue alta, ubicándose un 78% en el rango casi total y total, aún cuando la inconformidad de un 22% giraba en torno al síndrome de dolor que se presentaba recurrentemente después de la operación quirúrgica, impidiéndoles trabajar igual que antes.

En cuanto a la autopercepción del usuario sobre la satisfacción del servicio médico de la consulta externa, se ubicó con un 86% en el rango de bueno-excelente, con un resultado alto, indicando esto que en la actualidad la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, ha adquirido una gran relevancia, ya que ésta es determinada por el logro o cumplimiento de las expectativas con las que acude a solicitar y recibir su atención médica en la consulta externa

Por otro lado, la percepción de la calidad de la rehabilitación física en el proceso de atención médica que se obtuvo fue alta con un 84% en el rango de bueno-excelente, lo que demuestra la oportunidad y la accesibilidad con lo que se presta el servicio médico a los usuarios, sin embargo, es conveniente poner atención a la inconformidad del 16% de los usuarios, respecto a que el tratamiento duraba muy poco tiempo y el escaso servicio prestado por la ambulancia.

Además, al sintetizar la evaluación de la rehabilitación física, la satisfacción del usuario y la congruencia de los resultados con las expectativas del usuario y sus familiares se obtuvo un resultado alto con un 85% en el rango de bueno-excelente. Además, al conjuntar los componentes de **estructura**,

proceso y resultados de la evaluación de la percepción de la calidad del servicio médico del modulo de columna, éste se ubicó en el rango de bueno,(media = 3.15), quedando un margen por mejorar con dirección a la excelencia.

Atención médica en hospitalización.

La percepción del ambiente físico y del mobiliario que tuvo el paciente hospitalizado después de la cirugía de columna se ubica en el rango de buena y excelente, por lo que es importante resaltar en este rubro que aún y cuando la mayoría de los usuarios lo ubica en buena hay algunos que no lo hacen, ya que durante su tiempo de hospitalización el ambiente físico no fue confortable, como tampoco lo fue el mobiliario, porque durante su estancia intrahospitalaria el equipo artificial de climatización no funcionaba adecuadamente y, el mobiliario se encontraba muy deteriorado por su uso continuo. A este respecto Aguirre Gas

menciona: “La comodidad en el proceso de atención médica juega un papel fundamental en cuanto a la satisfacción del usuario, a través de ofrecer una cama y mobiliario hospitalario adecuado y en buenas condiciones de conservación, iluminación adecuada, climatización congruente con los requerimientos del medio ambiente”¹¹.

Con relación a la atención personalizada, el trato amable y la oportunidad de la atención que recibió durante su estancia hospitalaria, el paciente post-operado de columna la ubicamos en el rango de buena y excelente, queriendo resaltar el profesionalismo y la ética del personal de la salud, sin embargo, hay que resaltar que aunque es minoría algunos pacientes no estuvieron de acuerdo

con la atención personalizada por parte del cuerpo de enfermería, ya que cuando requerían de sus servicios no se encontraban en su lugar, específicamente en el turno nocturno.

Con relación a la visita que le realizaba el médico durante su estancia hospitalaria y el examen físico que se le practicó dentro del proceso de la atención personalizada se ubicó ésta en el rango de buena y excelente, sin embargo es necesario señalar que algunos pacientes no están de acuerdo que se les practique la visita y el examen físico sin privacidad

Con relación al aspecto psicológico del paciente post-operado de columna lumbar en el proceso de la atención hospitalaria lo ubicamos en el rango de bueno-excelente, ya que en su mayoría los pacientes estaban totalmente informados sobre el riesgo quirúrgico y los resultados que ofrecía la cirugía sobre la evolución de su padecimiento, por esto, el paciente acepta con satisfacción la cirugía a la que es sometido, estando psicológicamente estable, esperando desde luego una rápida recuperación médica y una reintegración laboral rápida.

En cuanto a la información médica proporcionada por el médico tratante al paciente post-operado de columna durante su estancia hospitalaria, se le ubicó en el rango de bueno-excelente, en virtud de que por ética profesional se le tiene que informar de todos los pormenores que conlleva una cirugía de columna.

Por lo anteriormente mencionado, la percepción que tiene el paciente en cuanto a la calidad en el proceso general de la atención médica durante su hospitalización se ubica en el rango de bueno-excelente, sin que esto signifique que todo está correcto, como se hace saber en las respuestas de los usuarios

Con relación a la autopercepción sintomática del usuario sobre los resultados de la cirugía, ésta se ubica en el rango de bueno-excelente, queriendo decir con esto, que la mayoría de los pacientes que fueron sometidos a cirugía de columna lumbar, su principal síntoma clínico mejoró o desapareció, como se hace saber en las respuestas de los usuarios.

Con relación al grado de satisfacción del servicio médico por parte del paciente post-operado de columna durante su estancia hospitalaria, se ubica en el rango de bueno-excelente, es decir, que la mayor parte de los usuarios de dicho servicio se encuentran satisfechos, sin embargo, una minoría de ellos no lo está, manifestando inconformidad en relación con la calidad y a la cantidad de los alimentos recibidos, así como al mal estado de limpieza de los servicios sanitarios.

En cuanto a la percepción de la calidad de los resultados del usuario durante el proceso de hospitalización se ubica ésta en el rango de bueno-excelente, en virtud de que el usuario está plenamente convencido de los riesgos post-quirúrgicos y de los resultados a obtener, para su rápida integración a la sociedad y a la vida productiva, sin embargo, hay algunos pacientes que no opinan lo mismo, ya que los resultados obtenidos les impide reincorporarse a la vida productiva y aún así a la vida social interfamiliar, como se hace saber en la entrevista a los usuarios.

Analizando los macrocomponentes de la calidad del servicio médico en la hospitalización de cirugía de columna, se observan resultados muy semejantes, aun cuando el componente denominado "resultados" es el que aflora con la

menor media aritmética y el componente “Proceso” con la mayor media; a final de cuentas ya la integración de los componentes se ubica en el rango de bueno.

Haciendo la comparación entre el servicio médico del modulo de columna de consulta externa y el servicio médico de hospitalización se obtuvo una calificación en el rango de bueno donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo que se puede decir que están al mismo nivel de calidad de la atención médica desde el punto de vista del usuario, quedando un nivel por avanzar para lograr la excelencia en el servicio médico, desde la percepción de los usuarios.

Habilitación laboral

El dato clínico que prevaleció en la mayoría de los pacientes antes de la cirugía fue el de limitación en la flexión del tronco, el cual evolucionó satisfactoriamente hacia la mejoría y en número menor desapareció, queriendo resaltar también que en un número menor de pacientes siguió igual o empeoró. Otro dato clínico de relevancia médica es el dolor lumbar que presentaba el paciente antes de la cirugía, el cual mejoró clínicamente y desapareció después de la cirugía, sin embargo, en un menor número de pacientes siguió igual y empeoró. Otro síntoma de relevancia que presentaban los pacientes antes de la cirugía fue la marcha dolorosa, la cual mejoró clínicamente y desapareció en un número significativo de pacientes después de la cirugía.

Por lo anteriormente mencionado, se quiere resaltar que aún y cuando los pacientes antes de la cirugía presentaban síntomas clínicos importantes que los

limitaban físicamente para el desempeño de las actividades de la vida diaria, y aún más para la actividad física laboral, el pronóstico funcional post-quirúrgico para estos pacientes fue importante ya que desaparecieron o mejoraron el síntoma clínico que los limitaba para el desempeño de su profesión, por lo que se puede decir, que la habilitación laboral en la mayoría de los pacientes fue buena, ya que si algunos pacientes no se reincorporaron a su trabajo que tenían antes de la cirugía, fue por causas ajenas a ellos, pero se encuentran laborando en una actividad distinta a la que venían ocupando antes de la cirugía, lo que los estimula a ser productivos para sí mismo y para el bienestar de su familia.

La autopercepción del usuario sobre sus condiciones físicas para el desempeño de un trabajo, se clasificaron en un 50% en el rango de buena-excelente y el otro 50% en el rango de mala pésima, queriendo resaltar en este rubro que, aún y cuando la mitad de la población estudiada tiene una

autopercepción deficiente, es necesario estimular o motivar al paciente para que se sienta productivo en el desempeño de su actividad laboral, ayudándolo de esta manera a sentirse útil para consigo mismo y para la sociedad, por lo que se hace necesario aplicar un tratamiento psicológico motivacional para el trabajo.

La autopercepción del usuario respecto a la habilitación física para el desempeño de un trabajo, se ubica mayoritariamente en el rango de buena-excelente y minoritariamente en el rango de mala-pésima, queriendo decir con esto que, aún y cuando la mayoría de los pacientes operados de columna lumbar por hernia de disco se encuentren habilitados físicamente para el desempeño de un trabajo existen pacientes que no lo están, argumentando no poder físicamente

realizarlo por el temor de volver a presentar los síntomas clínicos que los limitaban para el desempeño de su trabajo.

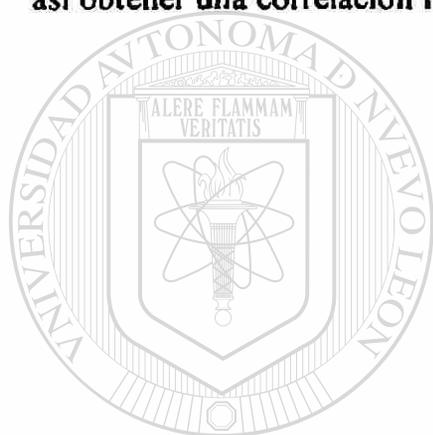
Las condiciones motivacionales que tiene el usuario para el trabajo, se ubican en el rango de buena-excelente en el mayor número de los casos y en menor número en mala-pésimo, queriendo resaltar con esto que los pacientes postoperados de columna lumbar por hernia de disco se encuentran activamente laborando, ya sea en su profesión habitual o en el oficio que le proporciona el sustento diario para su familia. El porcentaje de pacientes que se percibe disminuido en condiciones motivacionales para el trabajo puede ser debido a que no fue recibido en su fuente de trabajo o a tener una familia sobre protectora.

En la conjunción de indicadores, habilitación física y motivacional, es interesante observar que existe una diferencia de medias estadísticamente significativa donde la habilitación física se ve disminuida con respecto a la

motivacional, quizá se deba a que la autopercepción de los pacientes respecto a sus condiciones físicas no son correspondientes a sus propias expectativas, ya que

la mitad de ellos mencionaron sentirse en condiciones físicas malas o pésimas para el trabajo, lo que significa que no están del todo satisfechos con los resultados. Aún sin embargo, la habilitación laboral bio-psicológica, considerada de forma integral, fue considerada como buena.

Ahora bien, la correlación del nivel percibido de calidad del servicio médico integral (consulta externa y hospitalización) y la habilitación laboral bio-psicológica integral (física y motivacional) resultó positiva, es decir que, a mayor calidad del servicio médico mayor habilitación bio-psicológica. Sin embargo, esta correlación es baja (0.35), probablemente debido a las calificaciones bajas obtenidas en las condiciones físicas para el trabajo, lo cual se considera conveniente mejorar, con el fin de mejorar la calidad de la atención y así obtener una correlación más alta (ver gráfica No. 1).



UANL

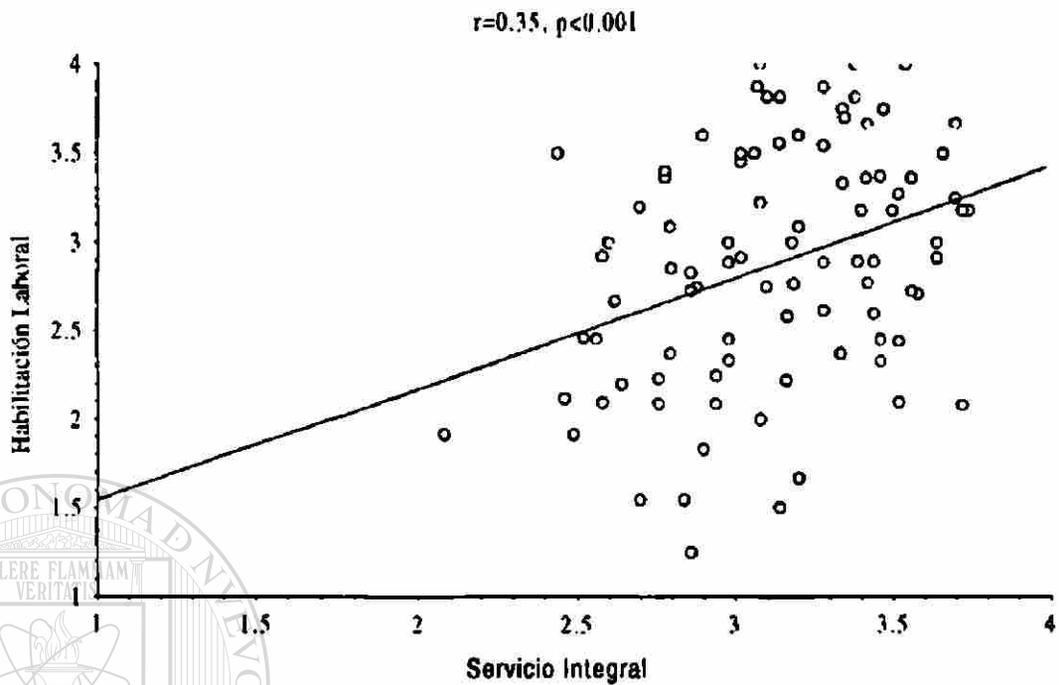
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Gráfica No. 1

Correlación entre Calidad del Servicio Médico Integral y Habilitación Laboral, Hospital 21. IMSS, Delegación Nuevo León, 1999.

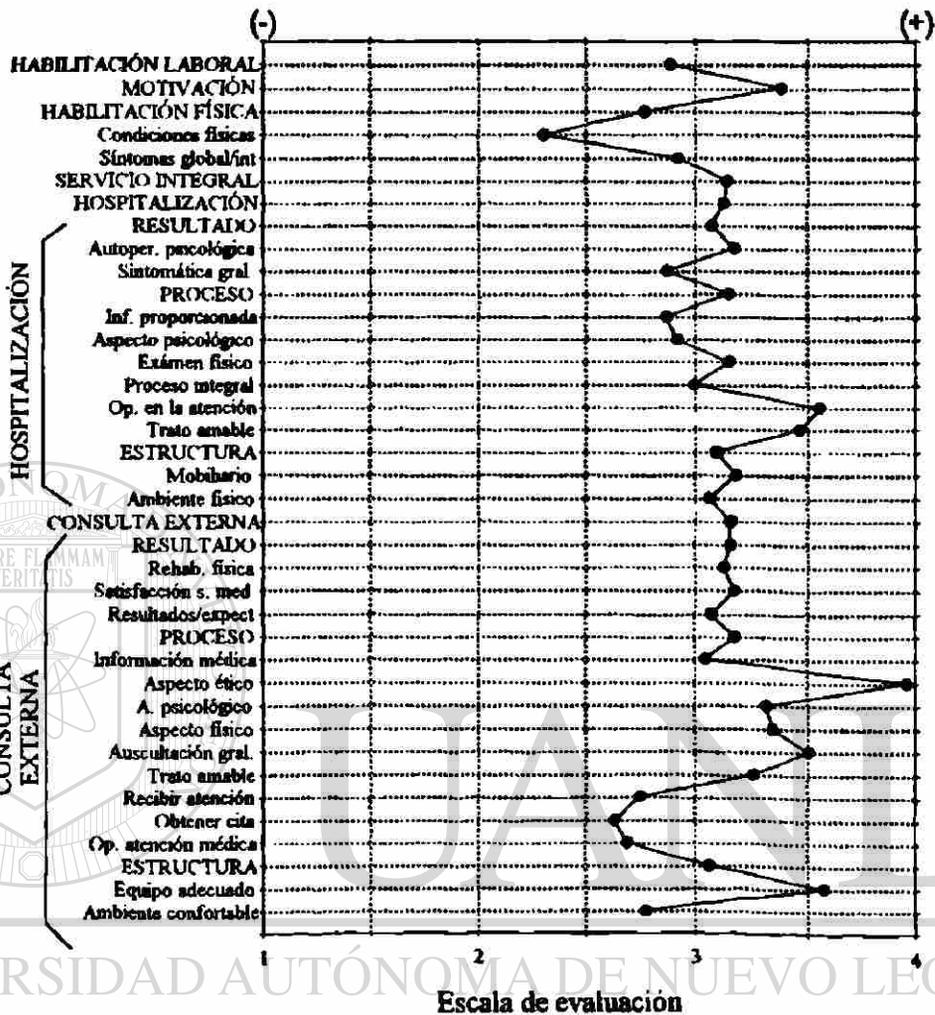


Ahora bien, haciendo una distribución visual de cada variable, con su respectivo indicador y éste a su vez con sus dimensiones correspondientes, se pueden visualizar dos picos sobresalientes, uno negativo, que se refiere a las condiciones físicas del indicador de habilitación física, y el otro positivo, que se refiere al aspecto ético del indicador de calidad en el proceso de consulta externa.

El primero es para mantenerse y el segundo para mejorarse (ver gráfica No. 2).

Gráfica No. 2

Promedios en escala Likert de cada dimensión, indicador y variable contenidos en la hipótesis. Hospital 21, IMSS, Delegación Nuevo León, 1999



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

VII. CONCLUSIONES

En este estudio se demostró que la hipótesis propuesta quedó comprobada al establecerse que existe una relación entre las variables de las hipótesis en forma de correlación positiva donde, a mayor nivel de calidad de la atención médica percibida por pacientes post-operados de columna lumbar por hernia de disco intervertebral, mayor grado de habilitación laboral en ellos.

Es conveniente hacer notar que esta correlación positiva se puede incrementar cuantitativamente si se mejoran las condiciones físicas de los trabajadores como resultado de la cirugía y de la rehabilitación física.

Asimismo, se puede identificar que el número de asegurados post-operados de columna lumbar por hernia de disco intervertebral en el periodo del primero de Enero de 1997 a Junio de 1998, en la Delegación Nuevo León del IMSS fue de 127, de los cuáles se obtuvo un tamaño muestral representativo de 95 pacientes.

A los que, se identificaron a sólo 24 pensionados, es decir, un 25.2 % de la muestra.

Al evaluar la percepción del usuario en base a los componentes de la calidad, se encontró que en el **modulo de columna de consulta externa la estructura, el proceso y el resultado** fueron considerados por la muestra en el rango de buena según el resultado de la media ponderada, quedando como área de oportunidad avanzar al rango de excelente. Asimismo la evaluación de la atención médica en

hospitalización arrojó un calificativo de buena, en estructura, proceso y el resultado, quedando también como tarea de mejora avanzar a la excelencia.

El grado de satisfacción de servicio médico en módulo de columna de consulta externa y hospitalización se estableció en el rango de buena incluso con el mismo valor de la media ponderada (3.17).

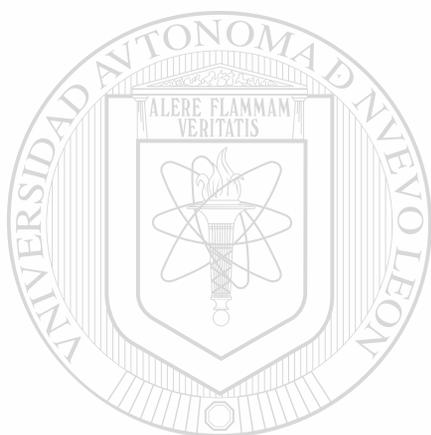
La percepción clínico-sintomática que tienen los usuarios (pacientes) sobre el resultado de las cirugías de columna lumbar, se encuentra considerada como de mejora de los síntomas que le molestaban antes de la intervención quirúrgica; Asimismo la evolución de los síntomas clínicos después de la cirugía como factores de habilitación o deshabilitación física para el trabajo fue considerada por los mismos usuarios en el rango de buena pero con calificativo de mala en relación a desarrollar un trabajo igual al que tenía antes de que lo operaran o en cuanto de su sentir físico para trabajar.

Aún así, sus condiciones motivacionales, (psicológicas) para el trabajo quedaron autocalificadas en el rango de excelente.

De la misma forma, sintetizando el grado de habilitación físico y Motivacional (Bio-psicológico) del usuario para el trabajo, se encontró un valor en el rango de bueno aún cuando se encontraron deficiencias estadísticamente significativas entre uno y otro.

Finalmente, se sugiere profundizar, a través de un estudio de seguimiento, de carácter longitudinal, el por qué los pacientes se consideran, en su propia percepción, inhábiles físicamente para desarrollar un trabajo igual al que tenía antes, y además si esto fue un factor que impidió su adecuada re-incorporación laboral.

Dado que esta autopercepción, ya sea que éste fundamenta o no, en un aspecto físico real, puede impedir el que se tenga un trabajo tan o mejor remunerado como el que se tenía antes, trayendo cómo consecuencia una disminución al ya precario ingreso familiar de los pacientes.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

VIII. SUGERENCIAS

A continuación se describen una serie de propuestas estructuradas bajo tres categorías: **Sugerencias, Justificación y Recomendaciones para su implementación**, al mismo tiempo, se les relaciona con cada componente de la calidad, tanto de la consulta externa como de hospitalización, asimismo, de la variable *habilitación laboral*. Estas tienen como finalidad allanar el camino para la mejora continua y el logro de la excelencia.

ESTRUCTURA DE LA CONSULTA EXTERNA

No.	Sugerencias	Justificación	Recomendaciones para su implementación
1	Ampliación del área física de la consulta externa de traumatología.	Es necesario que los pacientes que ocurren a la consulta externa se encuentren cómodos y satisfechos en las instalaciones.	Solicitar la autorización, por la dirección del hospital, ante las autoridades delegacionales del instituto.
2	Renovar el mobiliario de la consulta externa de traumatología	Es importante que los pacientes afectados en la mecánica de la columna que acuden a la consulta externa, encuentren mobiliario ergonómicamente diseñado.	Solicitar la autorización, por la dirección del hospital, ante las autoridades delegacionales del instituto.
3	Fortalecer la supervisión de la higiene del área de sanitarios de la consulta externa de traumatología	Es elemental para la salud que los sanitarios se encuentren limpios y en condiciones óptimas de funcionamiento	Realizar supervisión continua por parte de la dirección, al jefe de servicios básicos del hospital.
4	Eficientizar el funcionamiento del equipo de climatización artificial del área de consulta externa de traumatología	Es primordial que los pacientes que ocurren a la consulta externa se encuentren cómodos y satisfechos en las instalaciones.	Vigilar la temperatura del interior por parte del jefe del área de conservación y mantenimiento del hospital.
5	Eficientizar el funcionamiento del equipo de gabinete del hospital de traumatología	Es necesario el buen funcionamiento del equipo de gabinete para otorgar un servicio médico con calidad y calidez	Solicitar, por parte de la dirección, al departamento de conservación y mantenimiento una supervisión preventiva constante.

PROCESO DE LA CONSULTA EXTERNA

No.	Sugerencias	Justificación	Recomendaciones para su implementación
6	Disminuir el tiempo para el otorgamiento de la cita inicial con el especialista de traumatología.	Es primordial disminuir el tiempo de incapacidad temporal del trabajador, que es ocasionado por la larga espera de la cita inicial.	Realizar vigilancia sistemática del número de consultas del médico especialista, por parte del jefe de servicios de la consulta externa.
7	Disminuir el tiempo de espera del paciente para recibir la primera consulta del médico especialista	Es necesario disminuir el tiempo de espera, puesto que estos pacientes presentan un síndrome doloroso lumbar que ocasiona una estancia incómoda en las instalaciones de la consulta	Establecer mecanismos administrativos por parte del jefe de la consulta que disminuyan los tiempos.
8	Incrementar la fuerza de trabajo del personal médico y paramédico	Es elemental vigilar la carga de trabajo de cada médico para otorgar un servicio médico de calidad y calidez.	Cuantificar el número de consultas otorgadas por cada médico, así como también la calidad de la atención por parte del jefe de la consulta. Establecer el parámetro mínimo de consulta a derecho-habientes por el jefe de la consulta, para no afectar la calidad de la atención. Asignación de más personal calificado con conocimientos de calidad y actitud de servicio.
9	Fortalecer la atención médica personalizada y las relaciones interpersonales del binomio médico-paciente respetando los criterios de calidad.	Es necesario que se establezca una relación de calidad médico-paciente, ya que forma parte del tratamiento.	Proporcionar por parte de las autoridades del departamento de enseñanza e investigación del hospital, cursos de relaciones humanas y de los componentes de la calidad de la atención médica. Plan Integral de Calidad (P.I.C.).

RESULTADOS DE LA CONSULTA EXTERNA

No	Sugerencias	Justificación	Recomendaciones para su implementación
10	Informar con oportunidad y veracidad los diagnósticos a los pacientes	El no aclarar el diagnóstico y el pronóstico oportunamente al paciente, repercute, entre otros aspectos, en una frustración al conocer los resultados reales de su estado de salud.	Sensibilizar a los médicos tratantes por parte del jefe de la consulta externa a través de una circular que logre una concientización sobre la sugerencia indicada.
11	Concientizar al médico tratante sobre la importancia de su presencia en el hospital durante su jornada laboral	Es necesario que el médico tratante se encuentre en su consultorio cuando acude su paciente a la consulta, para que sea atendido por él y no por otro médico, disminuyendo de esta manera la rotación de médicos que atienden a un mismo paciente.	Sensibilizar al personal médico de su compromiso social con el derecho-habiente, a través de estímulos de reconocimiento profesional, otorgados por las autoridades, basándose éstas, en las encuestas de satisfacción del usuario.

ESTRUCTURA DE HOSPITALIZACIÓN

No	Sugerencias	Justificación	Recomendaciones para su implementación
12	Renovar los colchones de hule espuma por otros nuevos y/o tipo de colchones mas cómodos.	Es importante que los pacientes operados de la columna vertebral se encuentren cómodamente instalados en su cama.	Solicitar la autorización, por la dirección del hospital, ante las autoridades delegacionales del instituto.
13	Fortalecer la supervisión de limpieza y mantenimiento del área de sanitarios y solicitar la ampliación del área física de las regaderas.	Es elemental para la salud que los sanitarios se encuentren limpios y en condiciones óptimas de funcionamiento.	Realizar supervisión continua por parte de la dirección, al jefe de servicios básicos del hospital.
14	Eficientizar el funcionamiento del equipo de climatización artificial en el área de hospitalización.	Es primordial que los pacientes que se internan en el hospital se encuentren satisfechos en las instalaciones.	Vigilar la temperatura del interior por parte del jefe del área de conservación y mantenimiento del hospital.

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

No	Sugerencias	Justificación	Recomendaciones para su implementación
15	Fortalecer la atención médica personalizada y las relaciones del binomio médico-paciente respetando los criterios de calidad	Es necesario que se establezca una relación de calidad médico-paciente, ya que forma parte del tratamiento.	Proporcionar por parte de las autoridades del departamento de enseñanza e investigación del hospital, cursos de relaciones humanas y de los componentes de la atención médica.(P.I.C.)
16	Ofrecer apoyo psicológico al paciente operado de la columna lumbar.	Todo individuo que ha sido sometido a una intervención quirúrgica anímicamente se encuentra afectado y con pérdida del autoestima.	Incorporar al programa del tratamiento rehabilitatorio, un plan de apoyo psicológico.
17	Informar con oportunidad y veracidad los resultados obtenidos en la cirugía a los pacientes operados.	Es necesario, por ética profesional, mantener informado al paciente de los logros obtenidos en la cirugía por su médico tratante	Sensibilizar a los médicos tratantes por parte del jefe de la consulta externa a través de una circular que logre una concientización sobre la sugerencia indicada.

RESULTADOS DE HOSPITALIZACIÓN

No	Sugerencias	Justificación	Recomendaciones para su implementación
18	Implementar en todo paciente operado de columna lumbar, tratamiento de rehabilitación física.	Todo individuo que ha sido sometido a una intervención quirúrgica, físicamente se considera muy limitado para realizar las actividades que requiere la atención de su persona y de las actividades de la vida diaria.	Solicitar por parte de la dirección del hospital, la implementación del tratamiento de rehabilitación, al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del hospital.

SUGERENCIAS GENERALES EN HOSPITALIZACIÓN

No	Sugerencias	Justificación	Recomendaciones para su implementación
19	Mejorar las características organolépticas (especialmente el sabor) de los alimentos ofrecidos a los pacientes hospitalizados	Es conveniente para la salud de los pacientes, facilitar una ingesta de alimentos, a través de mejorar el sabor de los mismos.	Solicitar por la dirección, al servicio de dietología del hospital, mejorar el sabor de los alimentos.
20	Mejorar la calidad del servicio de camilleros en pacientes operados de columna.	Todo paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente presenta un cuadro doloroso generalizado, por lo que exige que sea tratado con amabilidad y cortesía al momento de ser trasladado.	Solicitar por parte de la dirección del hospital, al departamento de enseñanza e investigación, la implementación de cursos de calidad en el manejo del traslado de pacientes para camilleros.
21	Mejorar e incrementar el número de ambulancias para el traslado de pacientes a su domicilio.	Es necesario disminuir el tiempo de espera, ya que estos pacientes presentan síndrome doloroso lumbar importante, lo que a su vez, provoca una estancia incomoda en las instalaciones del hospital.	Solicitar al servicio de tráfico de ambulancias del hospital, disminuir el tiempo de espera del paciente para que sea retornado a su domicilio.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA HABILITACIÓN LABORAL

No.	Sugerencias	Justificación	Recomendaciones para su implementación
22	Implementar un programa preventivo de las conductas de riesgo de lesiones de columna por actividad laboral y por departamento en las empresas	Es importante que el derecho-habiente tenga la orientación y educación necesaria para no perder su salud y así disminuir costos de servicio al instituto y a su propia familia	Solicitar, por la dirección del hospital, al departamento de salud en el trabajo, la elaboración y ejecución de programas de prevención por actividad laboral que implique conductas de riesgo para las lesiones de columna.
23	Implementar un programa de detección temprana y de tratamiento oportuno de la lesión intervertebral en los trabajadores con actividad de riesgo	Es conveniente que el paciente asegurado pueda tener la seguridad de no agravar su estado de salud con el fin de evitar intervenciones quirúrgicas costosas e indeseables.	Solicitar a los directores de las clínicas de primer nivel en el estado, hacer valoraciones anuales (mínimamente) de los derecho-habientes que realizan actividades laborales de riesgo de lesión intervertebral.
24	Implementar un programa de seguimiento psicosocial que coadyuve a la readaptación física y emocional del paciente operado que le permita incorporarse a la vida productiva	Aceptar el proceso salud enfermedad con una perspectiva bio-psico-social implica atender al paciente después de una cirugía en sus aspectos físicos, emocionales y sociales que le permitan desarrollarse como persona	Solicitar por la dirección del hospital, al departamento de salud en el trabajo, la elaboración y ejecución de programas de seguimiento readaptativo de los pacientes ya operados

SUGERENCIAS GENERALES PARA LA HABILITACIÓN LABORAL

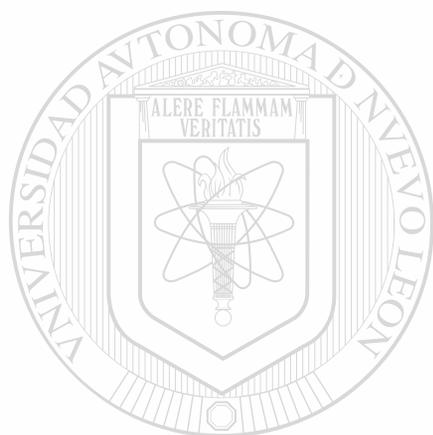
No.	Sugerencias	Justificación	Recomendaciones para su implementación
25	<p>Crear un programa de seguimiento psicosocial para los derecho-habientes con lesión de columna y desempleados, con proyección a dos niveles:</p> <p>A.- Capacitación para trabajos acordes a sus limitaciones, por parte del Instituto, o bien a través del "Programa de Becas de Capacitación para Trabajadores Desempleados" (PROBECAT), del servicio estatal de empleo de la Secretaría del Trabajo a nivel estatal.</p> <p>B.- Ofrecimiento de áreas de oportunidad laboral a los que acrediten su capacitación, a través de una bolsa de trabajo especial por parte del Instituto, o bien, a través del programa "Viva el trabajo" perteneciente a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social a nivel federal.</p>	<p>Es necesario mantener o elevar el nivel socioeconómico del paciente que le permita mejorar la calidad de su vida propia y la de su familia.</p>	<p>Solicitar, por parte de la dirección del hospital, al departamento de salud en el trabajo, la elaboración y ejecución de este programa de seguimiento.</p>

IX. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. - Illich, Iván; Némesis Médica; Ed. Baral; Barcelona, España, 1975
2. - McKeown T.; The role of Medicine. Dream Mirage of Nemesis.
Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1976
3. - Maxmen J.S.; The post-physician era: Medicine in the twenty first century, John Wiley and Sons. New York, 1976
- 4.- Cousins N; Anatomy of an illness. Norman and Co., New York, 1980
- 5.- Instituto Mexicano del Seguro Social, Nueva Ley del Seguro Social, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 21 de Diciembre de 1995; Reformado por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de Noviembre de 1996; México. (1996).
- 6.- Trueba A.; Ley Federal del Trabajo); Editorial Porrúa 48ª Edición, México.1987.
- 7.- Instituto Mexicano del Seguro Social, Anuario Estadístico Delegacional, Prestaciones Económicas, Nuevo León, México, 1997.
- 8.- Cailliet R.; Dorso ;Tomo 1 ; Ed. El Manual Moderno, México, 1997, pags. 96 - 126.
9. Cailliet R.; Incapacidad y dolores de tejidos blandos; Tomo 7; Ed. El Manual Moderno, México, 1997, pags. 43 - 115.
- 10.- Fagardo O. G.; Atención Médica: Teoría y Práctica administrativas; México, Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1983, pp. 353-355.

- 11.- Aguirre Gas, H.G.; Calidad de la Atención Médica; Segunda Edición; ed.Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México, 1997.
- 12.- Reyes C.A., Ponce de León G.J.; Traumatología laboral. En Syntex; La medicina del trabajo en México; Ed. Instituto Syntex; 1979. pags. 27 - 36.
- 13.- Donabedian A.; La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación; Ed. La Prensa Médica Mexicana. México. 1984. pag. 101.
- 14.- Webster Johnson H. y Faria A.J.; La venta creativa; Ed. South - Western Publishing, 1990, pag. 114.
- 15.- Ittelson (1978); citado por Bell, P. et al. ; Environmental Psychology, Harcourt Brace College Publishers, USA, 1996.
- 16.- Craik y Zube (1976); citado por Holahan Ch.J. Psicología Ambiental. Un enfoque general; Ed. Limusa, México, 1994, pag. 119.
- 17.- Coughlin R. E.; citado por Holahan Ch. J. En Psicología Ambiental. Un enfoque general; Ed. Limusa, México, 1994, pag.
- 18.- Ramírez Sánchez, T. J. y cols.; Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México, 1998; 40(1), pag. 6, 10.
- 19.- Nigenda, G., Langer, A.; Métodos cualitativos para la investigación en salud pública; Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1995.
- 20.- Morales González, F., García Peña, C.; Satisfacción de usuarios en unidades de primer nivel de atención médica; Revista Médica IMSS (México), 1997, 35(2), pág. 142.

- 21.- García Manzanedo, H.; Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud; Editorial La Prensa Médica Mexicana, México, 1983, pág. 169.
- 22.- Hernández, S. R. y cols.; Metodología de la investigación, segunda edición, Editorial McGraw Hill, México, 1998, pág. 211.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

X. BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Gas, HG. Calidad de la Atención Médica. Segunda edición, México, D.F.;

Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1997

Aguirre, H. Evaluación y Garantía de Calidad de la Atención Médica pp.623-628

Vol. 33, N°6 Noviembre-Diciembre de 1991

Bell, P. et al.; Environmental Psychology; Hartcourt Brace College Publishers, USA

1996.

Backet, E Taller para definir indicadores de proceso y resultados de la atención médica en medicina familiar pp.1-8 Organización Geneva, 1984

De Morales Novales, H. Programas de garantía de Calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe pp.248-258 Agosto-Enero 1992-

1993

~~Delivering Quality Service, Potential Causes of Service-Quality Shortfalls Capítulo 3~~

~~Delivering Quality Service, The Customers'View of Service Quality pp.15-33~~

~~Capítulo 2~~

Donabedian A.; La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de

Evaluación; Ed. La Prensa Médica Mexicana. México. 1984.

Donabedian, A. Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad pp.238-247

Salud Pública, México, 1993

Donabedian, A. Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica

Procedimientos para formular criterios y estándares explícitos; pp.33-40, Salud

Pública; México, 1990

Donabedian, A. La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad pp.113-117, Salud Pública; México, 1990

Donabedian, A. La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad pp.113-117 Marzo-Abril de 1990, Vol.32, N°2

Fajardo, O.G. Aspectos legales. Fajardo. Administración de la atención médica y de hospitales, pp. 353 - 354, México; Edit. La Prensa Médica Mexicana. 1983.

Feigenbaum, A. Regaining the Quality Service Edge pp.457-461, Año 1993

García Manzanedo, H.; Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud; Editorial La Prensa Médica Mexicana, México, 1983.

Hernández, S. R. y cols.; Metodología de la investigación, segunda edición, Editorial McGraw Hill, México, 1998.

Holahan Ch.J. Psicología Ambiental, Un enfoque general; Ed. Limusa, México, 1994,

Kessner, D, & Co. Evaluación de la Calidad de la Salud por el Método de los procesos trazadores pp.555-563

Kessner, D; Kalk, C; Singer, J; Evaluación de la Calidad de la Salud por el método de los procesos trazadores pp.555-563

Morales González, F., García Peña, C.; Satisfacción de usuarios en unidades de primer nivel de atención médica; Revista Médica IMSS (México), 1997, 35(2), págs. 139-143.

Nigenda, G., Langer, A.; Métodos cualitativos para la investigación en salud pública; Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1995.

Pérez Escamilla, V.M. ¿Qué es un programa de mejoramiento de calidad ? Management Today, Diciembre de 1989

Ramírez Sánchez, T. J. y cols.; Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México, 1998; 40(1), págs. 3-12.

Ruelas, E. & Co. Calidad, Productividad y Costos pp.298-304; Salud Pública, Mayo-Junio, Vol. 35, N°3; México, 1993

Ruiz de Chavez, M. Bases para la Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud pp.156-169 Nov.-Dic. 1988

S/A Quality Service, pp.1-6 List of Quality Services Guide (Table of Contents-Guide IX).

S/A Salud ocupacional para todos: Propuesta para una estrategia mundial de la OMS
Temas de Actualidad Sesión Bibliográfica Mayo 23 de 1997

S/A Treasury Board of Canadá Secretariat pp.1-9 The National Quality Institute, based in Ottawa, Ontario.

StatSoft, Inc. Statistica For Windows [Computer program manual]. Tulsa, OK: Statsoft Inc. 2325 East 13th street, Tulsa, OK, 74104, (918) 583-4149, fax: (918) 583-4376, 1995.

Tschohl, J Singapur: Un modelo para el mundo, pp.18-19 Management Today; Abril de 1997.

Tschohl, J. Servicio Excepcional pp.14-16 Management Today; Noviembre de 1996

Vega-Vega, G. Evaluación de la Atención Materno Infantil en 5 unidades de la medicina familiar pp.283-289 Mayo-Junio 1993

Verheggen, F.W.S.M. Efectividad de los comités de Garantía de Calidad en un Hospital Universitario pp.311-315 Mayo-Junio de 1993, vol.35, N°3

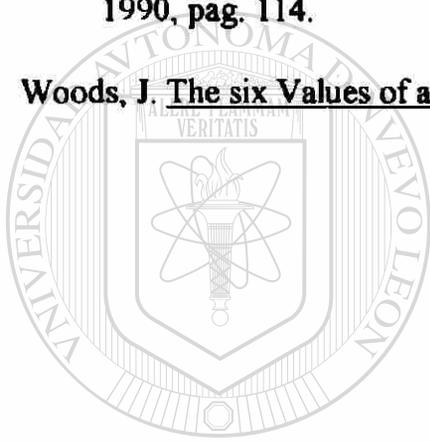
Vidal, L.M. & Co. Diseño de un Sistema de Monitoría para el Desarrollo de programas de Garantía de Calidad pp.326-331; Salud Pública, Mayo-Junio, Vol. 35, N°3; México, 1993

Vori, H. & Co. Garantía de Calidad en Europa pp.291-297; Salud Pública, Mayo-Junio, Vol.35, N°3, México,1993

Waldman, D. Journal of Quality Management, Vol.1, N°1, pp91-107, 1996

Webster Johnson H. y Faria A.J.; La venta creativa; Ed. South - Western Publishing, 1990, pag. 114.

Woods, J. The six Values of a Quality Culture pp.49-55 Mc.Graw-Hill, 1997

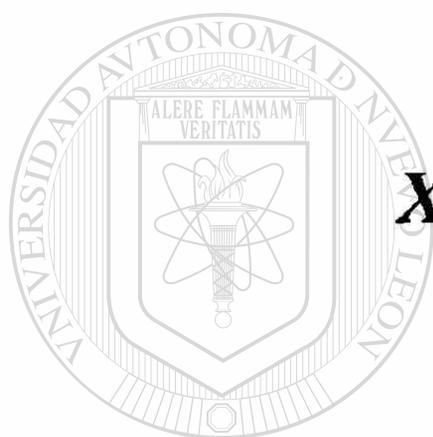


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





XI. ANEXOS

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

11.1 GLOSARIO

Accidente de Trabajo: Es toda lesión orgánica o perturbación funcional inmediata o posterior, o la muerte; producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste. (Art. #42, Ley del Seguro Social)

Alta Laboral : Paciente post - operado de columna que bajo criterio clínico, se encuentra funcionalmente apto para seguir desempeñando un trabajo igual al que realizaba.

Asegurado: Individuo que se encuentra inscrito en el régimen de la seguridad social.

Calidad de la atención médica: Servicio médico otorgado al usuario con equidad, oportunidad y humanismo, conforme a las normas, conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con comunicación permanente con el usuario y en un ambiente confortable; mediante el uso adecuado de la tecnología

apropiada, con resultados congruentes con el objetivo de la atención y satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la Institución donde se otorga la atención.

Calidad Total : es un proceso programado, integral, sistemático y permanente que propicia un cambio cultural en los grupos sociales, en todos los aspectos de su desempeño, dirigido a mejorar la calidad de su vida en forma continua. En el trabajo implica la presencia de calidad en los dirigentes, trabajadores, funciones, procesos y actividades, dirigidos a el logro de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Equidad: Con base en disponibilidad de los servicios para los pacientes que lo requieran, independientemente de su nivel socioeconómico, religión, origen, rural o urbana, tipo de padecimiento, presupuestos, costos de operación.

Esguince: Es igual a torcedura o distensión violenta de una articulación, sin llegar a la luxación, que puede ocasionar rotura de un ligamento o fibras musculares, caracterizándose por dolor, tumefacción rápida e incapacidad para los movimientos activos de la articulación.

Espondilolisis: Es un efecto óseo del arco neural que hace que la porción posterior de la unidad funcional lumbar se parta en dos segmentos, de manera que ya no existe continuidad de las facetas articulares superior e inferior; esto antecede a la espondilolistesis.

Espondilolistesis: Es un padecimiento que consiste en la subluxación delantera del cuerpo de una vértebra sobre la vértebra subyacente, deriva de la palabra griega “olisthesis” que significa deslizamiento o caída.

Estructura: Elemento para la evaluación de la calidad que consiste en las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan.

Evaluación de la Calidad de la Atención Médica: Análisis Metodológico de la Situación en que se otorga la atención médica, que permita identificar las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso, conforme a los principios éticos, a las normas y conocimientos médicos vigentes y la utilización adecuada de la tecnología apropiada; el logro de los

resultados previstos y la satisfacción de las expectativas de los usuarios, de los prestadores de servicio y de la Institución.

Expediente Clínico: Es un conjunto de documentos que describen la evolución del estado de salud de un individuo.

Habilitación Laboral: El grado en que una persona se percibe apta funcionalmente para desempeñar un trabajo.

Hernia de Disco: Es la ruptura del disco intervertebral lumbar por causas mecánicas y/o degenerativas que ocasionan cuadro clínico doloroso en la parte baja de la espalda y/o piernas.

Humanismo: Trato que debe otorgarse a una persona específicamente si se encuentra enferma o afligida, en forma personalizada, con equidad, privacidad y amabilidad, dentro de los principios éticos y morales tanto a lo que se refiere al paciente como a sus familiares.

Incapacidad Parcial: Es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar. (Art.#479, Ley Federal del Trabajo, 1987)

Incapacidad Temporal: Es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo. (Art.#478, Ley Federal del Trabajo, 1987)

Incapacidad Total: Es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. (Art.#488, Ley Federal del Trabajo, 1987)

Institución: Organización que proporciona los recursos físicos y tecnológicos para que el usuario reciba la atención médica por el prestador de servicios.

Invalidez: Existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo, y que esta imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional. (Art. # 119, Ley del Seguro Social, 1997)

Oportunidad: Otorgar la atención que requiere el usuario en el momento que esta sea requerida.

Padecimiento Agudo: Cuando la patología dolorosa lumbar tiene hasta seis o menos semanas de evolución.

Padecimiento Crónico: Cuando la patología dolorosa lumbar tiene hasta seis semanas o más de evolución.

Percepción: Es la manera en que el individuo interpreta e integra los factores externos, conforme a su propia experiencia.

Percepción de la calidad de la atención médica: Es la manera en que el individuo siente, piensa, interpreta y evalúa, la estructura, el proceso y el resultado del servicio médico otorgado por una persona física o moral (institución).

Plan Integral de Calidad Médica (PIC): Es la estrategia que busca consolidar las acciones institucionales y sindicales que impulsen de manera unificada a la cultura de la calidad y garanticen el mejoramiento de las interrelaciones de los procesos, para asegurar el cumplimiento de estándares de calidad de los servicios que satisfagan las necesidades de los usuarios, estimulando y reconociendo a los trabajadores como los actores principales del proceso. (Fuente: Lineamiento para el desarrollo del plan integral de calidad. Abril de 1999).

Prestador de Servicios: Individuo asignado para otorgar la atención médica al usuario en una Institución determinada.

Proceso: Elemento para la evaluación de la calidad que consiste en una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes.

Re-incorporación Laboral: Asegurado que regresa a laborar a un trabajo similar al que venía realizando.

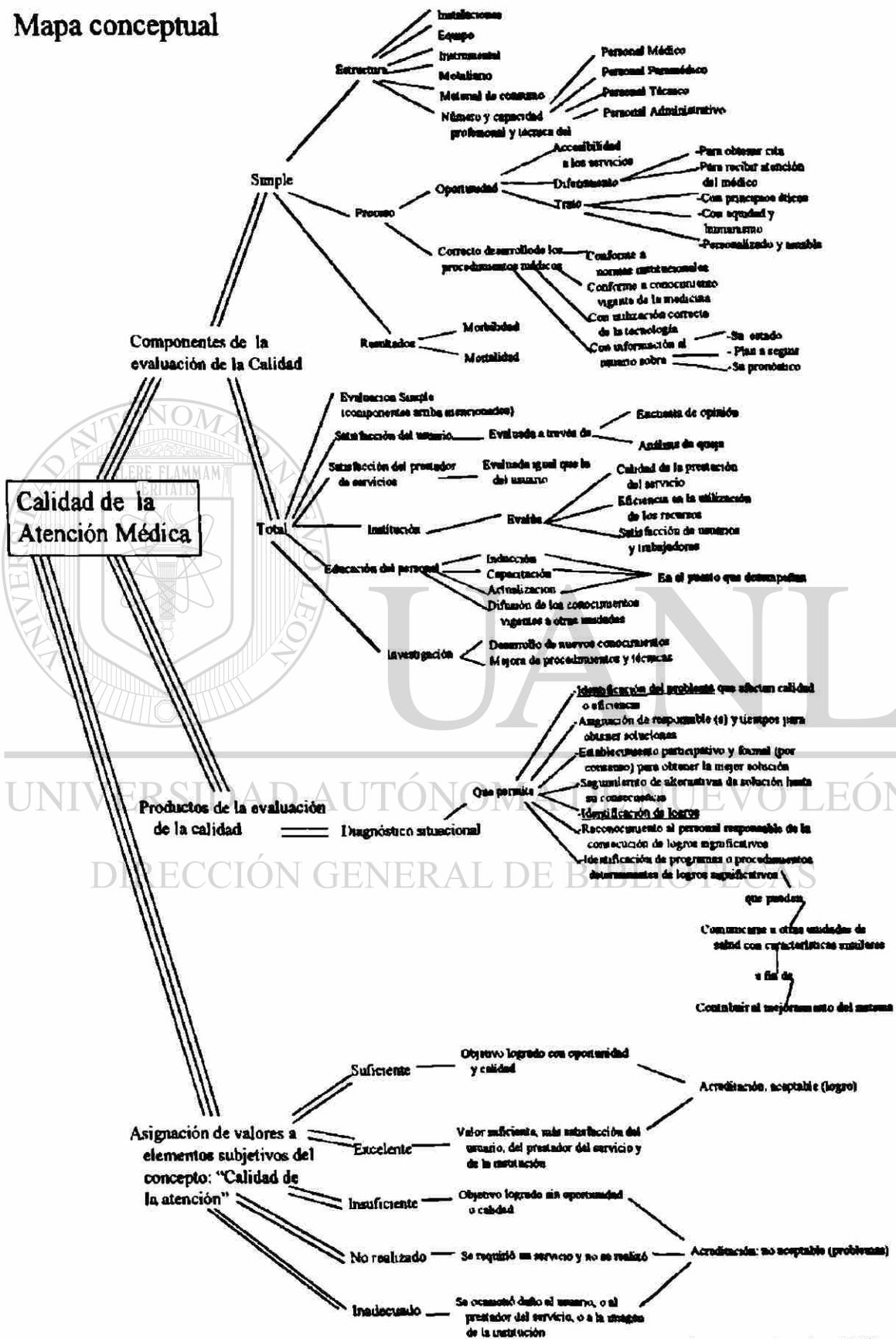
Resultado: Elemento para la evaluación de la calidad que significa un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica.

Riesgo de Trabajo: Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo. (Art.#41 Ley del Seguro Social)

Usuario: Es el sujeto que recibe la atención médica por el prestador de servicios, en una Institución determinada.

11.2 MAPA CONCEPTUAL SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Mapa conceptual



1.1.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Variable	Indicadores	Dimensiones	Ítems referidos en el anexo 1	Rango
Percepción de la calidad de la atención en el servicio médico de consulta externa	Grado percibido de calidad en la Estructura de consulta externa	<p>A. Ambiente físico confortable</p> <p>B. Instrumental y equipo adecuado</p>	<p>pregs. 8 - 11</p> <p>pregs. 12 y 13</p>	<p>Escala de calificación (media aritmética)</p> <p>De 1 a 1.74 = Pésima</p> <p>De 1.75 a 2.49 = Mala</p> <p>De 2.5 a 3.24 = Buena</p> <p>De 3.25 a 4 = Excelente</p>
	Grado percibido de calidad en el Proceso de consulta externa	<p>A. Oportunidad integral en la atención médica especializada</p> <p>A1. Para obtener cita.</p> <p>A2. Para recibir la atención del médico especialista</p> <p>B. Atención personalizada y trato amable</p> <p>C. Proceso de auscultación general de la atención médica</p> <p>C1. Aspecto físico</p> <p>C2. Aspecto psicológico</p>	<p>pregs. 14 - 18</p> <p>pregs. 14 - 16</p> <p>pregs. 17 y 18</p> <p>pregs. 19 y 20</p> <p>pregs. 21 - 27</p> <p>pregs. 21 y 22</p> <p>pregs. 23 - 25</p>	<p>Escala de calificación (media aritmética)</p> <p>De 1 a 1.74 = Pésima</p> <p>De 1.75 a 2.49 = Mala</p> <p>De 2.5 a 3.24 = Buena</p> <p>De 3.25 a 4 = Excelente</p>

Variable	Indicadores	Dimensiones	Ítems referidos en el anexo I	Rango
	Grado percibido de calidad en el Resultado de consulta externa	<p>C3. Aspecto ético</p> <p>D. Información médica proporcionada</p> <p>A. Congruencia de resultados con expectativas del usuario y sus familiares</p>	<p>pregs 26 y 27</p> <p>pregs. 28 - 31</p> <p>pregs. 32 y 33</p>	<p>Escala de calificación (media aritmética)</p> <p>De 1 a 1.74 = Pésima</p> <p>De 1.75 a 2.49 = Mala</p> <p>De 2.5 a 3.24 = Buena</p> <p>De 3.25 a 4 = Excelente</p>
Percepción de la calidad de la atención en el servicio médico de hospitalización	Grado percibido de calidad en la Estructura de la hospitalización	<p>B. Autopercepción psicológica del usuario sobre la satisfacción del servicio médico de consulta externa</p> <p>C. Percepción evaluativa del usuario sobre rehabilitación física en consulta externa</p> <p>A. Ambiente físico confortable</p> <p>B. Adecuación del mobiliario</p>	<p>pregs. 34 y 35</p> <p>pregs. 57 y 58</p> <p>pregs. 39 - 41</p> <p>preg. 42</p>	<p>Escala de calificación (media aritmética)</p> <p>De 1 a 1.74 = Pésima</p> <p>De 1.75 a 2.49 = Mala</p> <p>De 2.5 a 3.24 = Buena</p> <p>De 3.25 a 4 = Excelente</p>

Variable	Indicadores	Dimensiones	Ítemes referidos en el anexo 1	Rango
	Grado percibido de calidad en el Proceso de hospitalización	<p>A. Atención personalizada y trato amable y equitativo</p> <p>B. Oportunidad en la atención</p> <p>C. Proceso integral de la atención</p> <p>C1. Visita y examen físico</p> <p>C2. Aspecto psicológico</p> <p>D. Información proporcionada</p> <p>A. Autopercepción sintomática general del usuario sobre el resultado de la cirugía a nivel físico.</p>	<p>pregs. 43 - 45</p> <p>pregs. 46 y 47</p> <p>pregs. 48 - 55</p> <p>pregs. 48 y 49</p> <p>pregs. 50 - 53</p> <p>pregs. 54 - 56</p> <p>preg. 59</p>	<p>Escala de calificación (media aritmética)</p> <p>De 1 a 1.74 = Pésima</p> <p>De 1.75 a 2.49 = Mala</p> <p>De 2.5 a 3.24 = Buena</p> <p>De 3.25 a 4 = Excelente</p> <p>Escala de calificación (media aritmética)</p> <p>1.00 a 1.74 = Empeoraron</p> <p>1.75 a 2.49 = Continúan igual</p> <p>2.50 a 3.24 = Mejoraron</p> <p>3.25 a 4 = Desaparecieron (se curaron)</p>

Variable	Indicadores	Dimensiones	Ítemes referidos en el anexo 1	Rango
Habilitación laboral	<p>Nivel de autopercepción de habilitación física para el trabajo</p> <p>Nivel de autopercepción motivacional para el trabajo</p>	<p>B. Autopercepción psicológica del usuario sobre la satisfacción del servicio médico en hospitalización</p> <p>A. Autopercepción específica de síntomas antes - después de la cirugía</p> <p>B. Autopercepción de las condiciones físicas del usuario para el trabajo</p> <p>A. Autopercepción de las condiciones motivacionales del usuario para el trabajo.</p>	<p>pregs. 69 y 70</p> <p>pregs. 60 - 68^a pregs. 60 - 68B</p> <p>Pregs. 76 y 77</p> <p>Pregs. 78 y 79</p>	<p>Escala de calificación (media aritmética) De 1 a 1.74 = Pésima De 1.75 a 2.49 = Mala De 2.5 a 3.24 = Buena De 3.25 a 4 = Excelente</p> <p>Escala de calificación (media aritmética) 1.00 a 1.74= Empeoraron 1.75 a 2.49= Continúan igual 2.50 a 3.24 = Mejoraron 3.25 a 4= Desaparecieron (se curaron)</p> <p>Escala de calificación (media aritmética) De 1 a 1.74 = Pésima De 1.75 a 2.49 = Mala De 2.5 a 3.24 = Buena De 3.25 a 4 = Excelente</p>

11.4 INSTRUMENTO

Cédula de entrevista : Satisfacción del usuario en relación a la calidad del servicio médico

Introducción : Estamos solicitando su cooperación para que nos conteste una encuesta, con el fin de conocer su opinión sobre la atención médica en consulta externa y hospitalización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por lo cual le pedimos nos conteste francamente las siguientes preguntas, en la inteligencia de que sus respuestas serán confidenciales y ayudarán a mejorar la calidad de los servicios médicos.

Características Personales :

1. Sexo : *1. Masculino 2. Femenino*

2. ¿Cuál es su edad en años cumplidos?

3. ¿Qué nivel de estudios tiene actualmente?

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. No sabe leer ni escribir | 2. Primaria Incompleta | 3. Primaria Completa |
| 4. Secundaria Incompleta | 5. Secundaria Completa | 6. Técnica Incompleta |
| 7. Técnica Completa | 8. Preparatoria Incompleta | 9. Preparatoria Completa |
| 10. Profesional Incompleta | 11. Profesional Completa | 12. Otros : _____ |

4. ¿Cuál es su estado civil actualmente?

- | | | |
|-------------|---------------|----------------|
| 1. Soltero | 2. Casado | 3. Unión Libre |
| 4. Separado | 5. Divorciado | 6. Viudo |

5. ¿Cuándo lo operaron? (*Estimulando la memoria*)

6. ¿Porqué lo operaron? (*Estimulando la memoria*)

7. ¿Podría mencionar el nombre del **Doctor** que lo operó?

**Función : ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL DE ZONA #21 DE TRAUMATOLOGÍA.**

INSTRUCCIÓN : Por favor trate de recordar lo mejor posible sus visitas a consulta externa del Hospital de Zona No. 21 (IMSS); ahora le pedimos que conteste las siguientes preguntas:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

ESTRUCTURA

A. Ambiente físico confortable :

8. ¿Cómo se sintió Ud. por lo general en la **sala de espera** de consulta externa?

1 Muy incómodo 2 Incómodo 3 Cómodo 4 Muy cómodo

9. ¿Cómo se sintió Ud. en el **consultorio** donde recibió atención médica?

1 Muy incómodo 2 Incómodo 3 Cómodo 4 Muy cómodo

10. Si alguna vez utilizó los baños, ¿cómo se sintió en ellos?

1 Muy incómodo 2 Incómodo 3 Cómodo 4 Muy cómodo

11. ¿La temperatura ambiental, la iluminación y ventilación de consulta externa estuvieron adecuadas?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

B. Instrumental y equipo adecuado

12. ¿El instrumental (lámpara, escritorio, sillas, diván, cama de exploración, báscula, pantalla para radiografías, etc.) funcionaba adecuadamente?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

13. ¿El equipo de gabinete (Rayos X, TAC, ECO, Mielo, etc.) funcionaba adecuadamente?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

PROCESO

A. Oportunidad integral en la atención médica especializada:

A1. Para obtener cita

14. El tiempo de espera para recibir su cita inicial con el médico especialista fue:

1 Demasiado 2 Mucho 3 Poco 4 Muy poco

15. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo fue?

Meses _____ Semanas _____ DÍAS _____

16. El tiempo de espera para recibir sus citas subsiguientes fue:

1 Demasiado 2 Mucho 3 Poco 4 Muy poco

A2. Para recibir la atención del médico especialista

17. ¿Lo atendió su médico el día que estaba programado?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

18. ¿Recibió usted la atención médica teniendo que esperar más de 30 minutos?

1 Siempre 2 La mayoría de las veces 3 Ocasionalmente 4 Nunca

B. Atención personalizada y trato amable:

19. ¿Al consultar lo saludó su médico por su nombre?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

20. El trato de su médico de consulta externa fue por lo general:

1 Sumamente indiferente 2 indiferente 3 Amable 4 Sumamente amable

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

C. Proceso de auscultación general de la atención médica:

C1. Aspecto físico

21. ¿Su médico lo revisó físicamente al darle la atención médica?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

22. ¿Su médico le hizo suficientes preguntas sobre su padecimiento?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

C2. Aspecto psicológico

23. ¿Su médico mostró interés para **escuchar los problemas** (dolores, molestias, etc.) relacionados con su padecimiento?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

24. ¿Cuál fue la **actitud** de su médico respecto a los problemas (dolores, molestias, etc.) relacionados con su padecimiento?

1 Muy pesimista 2 Pesimista 3 Optimista 4 Muy Optimista

25. La **comunicación interpersonal** con su médico de consulta externa fue:

1 Muy descortés 2 Poco descortés 3 Poco amable 4 Muy amable

C3. Aspecto ético

26. ¿Su médico lo trató guardando los **principios morales** y de privacidad correspondientes?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 Medianamente 4 La mayoría de las veces 5 Siempre

27. ¿Su médico tratante le sugirió que lo consultara fuera del IMSS en **consulta privada**?

1 Siempre 2 La mayoría de las veces 3 Ocasionalmente 4 Nunca

D. Información médica proporcionada

28. ¿Le **explicó** su médico sobre su **estado de salud** especificando el tipo de enfermedad y sus consecuencias?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

29. ¿Le **explicó** el médico como debería llevar a cabo el **tratamiento** en su domicilio?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

30. ¿Cómo fue la información que le dio su médico tratante del **proceso operatorio** (quirúrgico) que se le iba a realizar?

1 Muy insuficiente 2 Insuficiente 3 Suficiente 4 Muy abundante

31. ¿Cómo fue la **información** que le dio su médico sobre las **consecuencias** (pronóstico) que tendría Ud. de no llevar a cabo sus indicaciones?

1 Muy insuficiente 2 Insuficiente 3 Suficiente 4 Muy abundante

RESULTADOS

A. Congruencia de resultados con expectativas del usuario y sus familiares.

32. Los **resultados** que obtuvo del servicio médico en consulta externa, ¿fueron lo que usted **esperaba**?

1 Nada 2 Casi nada 3 Casi totalmente 4 Totalmente

33. ¿Sus **familiares** más cercanos estuvieron **conformes** con los resultados obtenidos por el servicio Médico de Consulta Externa?

1 Nada 2 Casi nada 3 Casi totalmente 4 Totalmente

B. Autopercepción psicológica del usuario sobre la satisfacción del servicio médico de consulta externa:

34. ¿Está usted **satisfecho** con la **atención médica** otorgada por el módulo de columna de consulta externa?

1 Nada

2 Muy poco

3 Mucho

4 Totalmente

35. ¿Cómo **califica** el **servicio médico** de consulta externa en general?

1 Pésimo

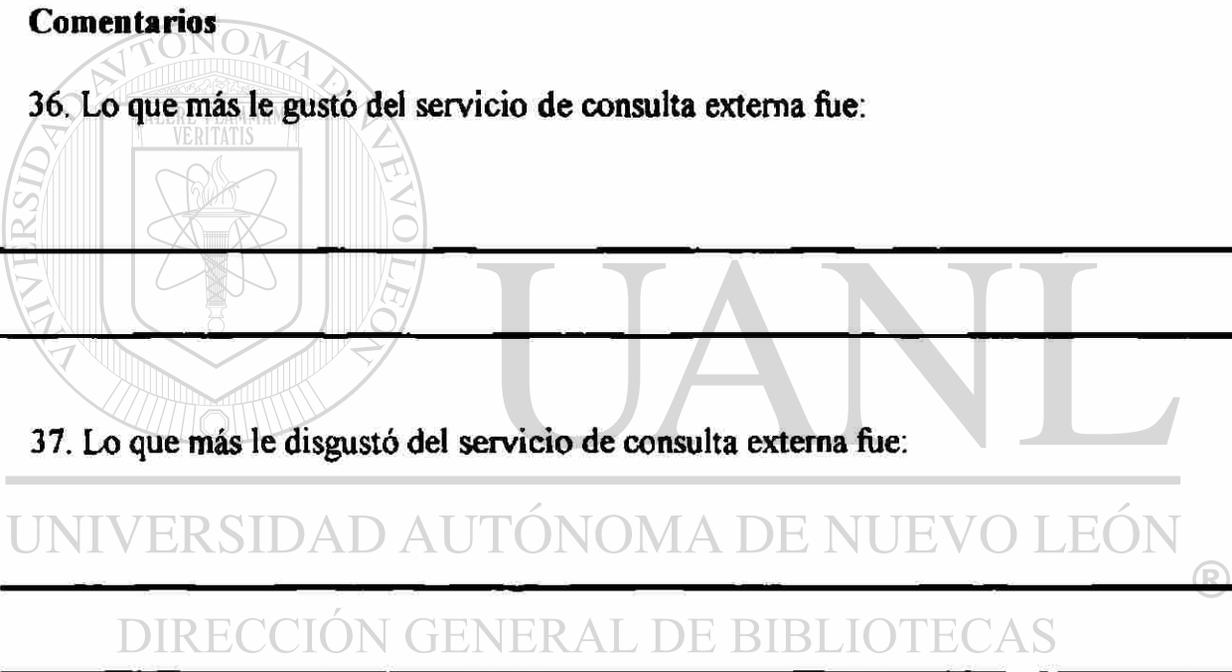
2 Malo

3 Bueno

4 Excelente

Comentarios

36. Lo que más le gustó del servicio de consulta externa fue:



37. Lo que más le disgustó del servicio de consulta externa fue:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

38. Sugerencias:

Función : ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITALIZACIÓN.

Instrucción: Tratando de recordar lo mejor posible, su estancia en el hospital; favor de contestar las siguientes preguntas :

ESTRUCTURA

A. Ambiente físico comfortable:

39. ¿Qué tan **comfortable** estaba la **sala de internamiento** donde se hospitalizó?

1 Muy incómoda 2 Incómoda 3 Cómoda 4 Muy cómoda

40. ¿Los **baños** del hospital estaban limpios y cómodos?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

41. ¿La **temperatura ambiental**, la iluminación, ventilación y amplitud de la sala de internamiento fueron adecuadas?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

B. Adecuación del mobiliario

42. ¿El **mobiliario** (camas, sillas, etc. que Ud. utilizó durante su internamiento) era adecuado y comfortable?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

PROCESO

A. Atención personalizada, trato amable y equitativo

43. ¿Su médico tratante se dirigía a usted por su **nombre y/o apellido**?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

44. El trato de los médicos durante su hospitalización fue generalmente:

1 Sumamente indiferente 2 indiferente 3 Amable 4 Sumamente amable

45. ¿Notó usted alguna diferencia discriminatoria en el trato médico recibido en comparación con otros pacientes?

1 Siempre 2 La mayoría de las veces 3 Ocasionalmente 4 Nunca

B. Oportunidad en la atención :

46. ¿Recibió usted atención o hablaba con su médico cirujano cuando lo visitaba en el hospital?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

47. ¿Recibió usted oportunamente los medicamentos indicados por su médico cirujano?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

C. Proceso integral de la atención :

C1. Visita y examen físico

48. ¿Con qué frecuencia lo visitó el médico que lo operó durante su hospitalización?

1 Nunca 2 Casi nunca 3 La mayoría de los días 4 Diariamente (todos los días)

49. ¿Lo examinó físicamente su médico tratante cuando lo visitó en el hospital?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

C2. Aspecto psicológico

50. ¿Le indicó su médico, **apoyo psicológico** antes y después de la cirugía?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

51. ¿Durante su estancia en el hospital, su médico cirujano mostró **interés para escuchar** los problemas (dolores, molestias, etc.) relacionados con su operación?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

52. ¿Cuál fue la **actitud** de su médico respecto a los problemas (dolores, molestias, etc.) relacionados con su operación?

1 Muy pesimista 2 Pesimista 3 Optimista 4 Muy Optimista

53. La **comunicación interpersonal** con su médico cirujano fue:

1 Muy descortés 2 Poco descortés 3 Poco amable 4 Muy amable

D. Información proporcionada :

54. ¿Cómo fue la **información** que le dio su médico antes de operarlo acerca de los **procedimientos** que se le realizarían, de posibles molestias y consecuencias?

1 Muy insuficiente 2 Insuficiente 3 Suficiente 4 Muy abundante

55. ¿Cómo fue la **información** que le dio su médico cirujano sobre cómo llevar el **tratamiento** en su casa?

1 Muy insuficiente 2 Insuficiente 3 Suficiente 4 Muy abundante

56. ¿ Cómo fue la **información** que le dio su médico cirujano sobre el **pronóstico** que tendría usted de llevar a cabo sus indicaciones?

1 Muy insuficiente 2 Insuficiente 3 Suficiente 4 Muy abundante

RESULTADOS

C. Percepción del usuario sobre el servicio de rehabilitación física en consulta externa

57. ¿Recibió usted tratamiento de **rehabilitación** (fisiátrico) después de la cirugía?

1 Nunca 2 Ocasionalmente 3 La mayoría de las veces 4 Siempre

58. En caso de haber recibido rehabilitación, ¿cómo califica usted la **calidad** del servicio de rehabilitación?

1 Pésima 2 Mala 3 Buena 4 Excelente

A. Autopercepción clínico - sintomática del usuario sobre el resultado de la cirugía :

A1. Autopercepción general de síntomas

59. En general, los **síntomas clínicos**(dolor, calambres, falta de fuerza muscular, no poder agacharse, etc.) que Ud. presentaba antes de la cirugía:

1 Empeoraron 2 Continúan Igual 3 Mejoraron 4 Desaparecieron (se curaron)

A2. Auto-percepción específica de síntomas antes-después (Habilitación laboral)

Instrucción: De los siguientes síntomas clínicos mencione los que tenía antes y después de la cirugía:

Síntomas	a) Antes de la cirugía		b) Después de la cirugía			
	1 Sí	2 No	1 Empeoraron	2 Continúan igual	3 Mejoraron	4 Desaparecieron
60. Dolor lumbar (espalda baja)						
61. Calambres en las piernas						
62. Falta de fuerza muscular en piernas						
63. Marcha dolorosa						
64. Limitación (para agacharse) de los arcos de flexión del tronco						
65. Dificultad para el aseo personal						
66. Dificultad para vestirse						
67. Caídas frecuentes						
68. Otros _____ _____ _____						

B. Autopercepción del usuario sobre la satisfacción del servicio médico en hospitalización

69. En conclusión, ¿está usted satisfecho con la atención médica - quirúrgica otorgada a su padecimiento en el hospital?

- 1 Nada 2 Muy poco 3 Mucho 4 Totalmente

70. ¿Cómo calificaría en general al servicio médico - quirúrgico otorgado por el hospital donde se operó?

- 1 Pésimo 2 Malo 3 Bueno 4 Excelente

COMENTARIOS

71. Lo que más le gustó del servicio hospitalario:

72. Lo que más le **disgustó** del servicio hospitalario:

73. Sugerencias:

HABILITACIÓN LABORAL

Introducción: Ahora platiquemos sobre sus actividades (laborales) y su economía.

A. Antecedentes laborales

74. ¿A qué se dedicaba antes de que lo operaran? (*Estimulando la memoria*).

75. ¿Cuál era su ingreso aproximado antes de que lo operaran? (*Estimulando la memoria*).

Diario _____ Semanal _____ Quincenal _____ MENSUAL _____

PERCEPCIÓN FÍSICA

B. Autopercepción de las condiciones físicas del usuario para el trabajo

* 76. ¿Con el tratamiento quirúrgico (operación) que recibió, ¿cómo se siente usted para trabajar?

1 Muy mal 2 Mal 3 Bien 4 Muy bien ®

* 77. ¿Qué tan **habilitado físicamente** se siente usted, para desarrollar un trabajo igual al que tenía antes de que lo operaran?

1 Nada 2 Poco 3 Mucho 4 Totalmente

PERCEPCIÓN MOTIVACIONAL PARA EL TRABAJO

A. Autopercepción de las condiciones motivacionales del usuario para el trabajo

* 78. ¿Siente usted interés (**motivación**) por trabajar?

1 Nada 2 Poco 3 Mucho 4 Totalmente

* 79. ¿Siente usted la **necesidad de ser productivo** desempeñando un trabajo?

1 Nada 2 Poco 3 Mucho 4 Totalmente

D. Condiciones laborales actuales

* 80. Señale su **ocupación actual** (*Re-incorporación laboral*):

- 6 Se reincorporó a la misma empresa en el mismo puesto que tenía antes de que lo operaran.
- 4 Se reincorporó a la misma empresa en otro puesto con actividad diferente.
- 5 Cambió a otra empresa con el mismo puesto (actividad) que realizaba antes de que lo operaran.
- 3 Cambió a otra empresa en un otro puesto diferente al que tenía antes de que lo operaran.
- 2 Realiza alguna actividad independiente remunerada.
- 1 Se encuentra desempleado.

81. (*Sólo si contestó opciones 1 ó 2 de la pregunta anterior*) ¿Qué actividades realiza actualmente?

82. En caso de que realice alguna actividad remunerada, ¿cuál es su ingreso aproximado actualmente?

Diario _____ Semanal _____ Quincenal _____ MENSUAL _____

* 83. ¿Se encuentra usted pensionado?

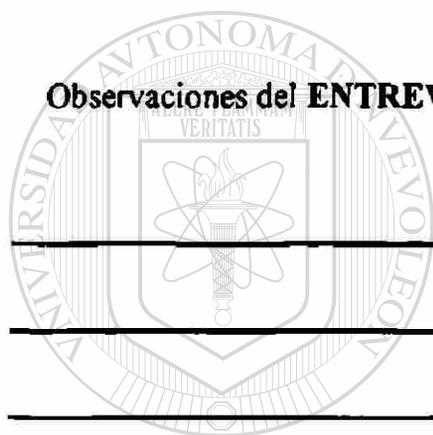
1. SI

2. NO

Agradecemos su colaboración por mejorar el servicio médico del Instituto.

Gracias

Observaciones del ENTREVISTADOR (aspectos extraños o contradictorios, etc.).



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Nombre del entrevistador: _____

Teléfono: _____ Fecha de aplicación: _____

Firma del entrevistador

11.4 CALENDARIZACIÓN Y RECURSOS

CALENDARIZACIÓN

Actividades	Mes	Semana 1	semana 2	semana 3	semana 4
Prueba de los instrumentos	Mayo				
Re-diseño de los instrumentos	Junio				
Estrategia de trabajo de campo					
Levantamiento de la encuesta	Julio				
Procesamiento de la información	Agosto				
Análisis de la información	Septiembre				
Elaboración de conclusiones	Octubre				
Redacción del informe (tesis)	Noviembre				

RECURSOS

HUMANOS.

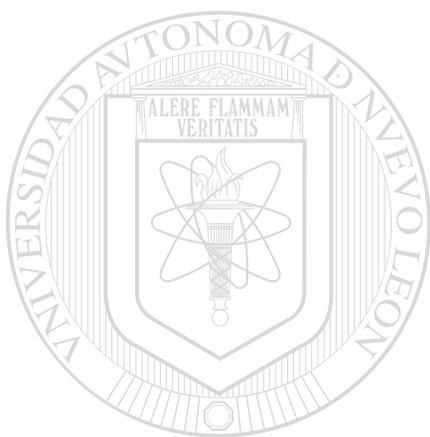
Está compuesto por 3 profesionales de la salud, 2 de ellos Médicos Cirujanos y Parteros, y otro Licenciado en Psicología, tendientes a obtener el grado de Maestría en Salud Pública con especialidad en Salud en el Trabajo. Además una Secretaria y dos auxiliares. Así como personal universitario conformado por estudiantes y pasantes de la facultad de Psicología de la UANL.

FINANCIEROS.

Estos serán proporcionados por los 3 investigadores responsables que llevarán a cabo dicho estudio.

MATERIALES.

Están compuestos por un equipo de cómputo, impresora, máquina de escribir mecánica, plumas, lápices, escritorios y papelería inherente a la investigación.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



