Regionalización y calidad de la atención hospitalaria

Hospital 20 de Noviembre,
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*

*Dra. Catalina Eibenschutz,** Mtra. Susana Martínez A.*** y Dra. Guadalupe Staines****

Un reconocimiento especial a las investigadoras Sandra Compeán y Georgina Gallardo, a los alumnos de la carrera de medicina Diego Jara y Mónica Castillo, y a las alumnas de la Maestría en medicina social, María Daquilema y Cecilia Gómez por su destacada participación en el desarrollo de la investigación.

A partir de una experiencia particular de investigación en el Hospital 20 de Noviembre, se discuten los resultados del programa de regionalización adoptado por el ISSSTE desde 1986. Se analizan algunos aspectos de la satisfacción de los usuarios frente al servicio que se presta en la institución buscando la relación de su demanda del tercer nivel de atención, con los riesgos de trabajo.

Introducción

La investigación en servicios de salud (ISS), surgió como una necesidad a raíz del reconocimiento internacional del elevado aumento de los costos de los servicios de salud, [1, 2] al mismo tiempo por la discusión sobre el relativo impacto de los servicios sobre la salud de la población. [3] Por otra parte, el surgimiento de la planificación en la década de los sesenta en América Latina, obligó a las instancias gubernamentales a pensar sobre el costo de los servicios. [4]

El desarrollo de la ISS y la planificación, priorizó inicialmente el análisis basado en la producción de servicios, [5] lo cual puso en evidencia después de un tiempo, que el número de acciones otorgada no impactaba forzosamente los niveles de salud en la población. Esto dio origen a la preocupación por medir el impacto de los servicios de atención médica sobre los niveles de salud de la población, es decir, subrayó la importancia del enfoque epidemiológico en la ISS y la planificación. [6, 7]

En años recientes la opinión de los usuarios de dichos servicios ha adquirido gran importancia para la ISS, en lo que se ha dado en llamar "grado de satisfacción del usuario", sobre todo frente al hecho cada vez más evidente, de la preferencia de los servicios privados sobre los servicios públicos a pesar de su costo. [8]

En toda América Latina y concretamente en México la última década se caracteriza por el terrible impacto de la deuda externa y la crisis del capitalismo a nivel mundial, [9, 10] lo cual se expresa a nivel sanitario en dos niveles:

* Investigación realizada en el Hospital 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
** Profesora Investigadora del Area Estado y Servicios de Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, (UAM-X).
*** Investigadora del Area Estado y Servicios de Salud de la UAM-X.
**** Profesora Investigadora del Area Estado y Servicios de Salud de la UAM-X.

por un lado, la situación de salud de la población se ha visto muy afectada, y por el otro, los servicios de salud estatales han sufrido una dramática caída del presupuesto. [11] El resultado de esta situación es que se ha producido prácticamente un desmantelamiento de los servicios públicos de salud frente a un aumento de necesidades de la población. Esta situación de embate del neoliberalismo ha conducido al "adelgazamiento del Estado" y a la búsqueda de "nuevas formas de financiamiento", que en resumen no son más que diferentes y modernas formas de privatización. [12] Como ejemplo de esta situación están las declaraciones de la Dirección General del ISSSTE, respecto a la organización del fondo de pensiones mediante el sistema de capitalización individual. [13]

La ISS tiene como objetivo principal, proporcionar elementos útiles para tomar decisiones y modificar el funcionamiento de los servicios. Nos parece importante señalar que si bien la ISS da elementos objetivos, la decisión sobre las modificaciones dependen más de la política sanitaria y sus tendencias, que de resultados de investigación. Por lo tanto, queremos señalar con claridad que el estudio de la política sanitaria es importante para la ISS, ya que si la primera no se toma en consideración, las conclusiones de la ISS no serán viables.

Varios años de experiencia en ISS han puesto en evidencia un nuevo problema: "quién debe realizar esta investigación". Es innegable que este tipo de investigación conlleva una evaluación de los servicios, y siempre que se habla de evaluación aparece la contradicción entre si deben evaluar los mismos que realizan el proceso o una instancia externa. Opinamos que una forma de resolver esta contradicción es que una instancia externa evalúe en colaboración y de acuerdo con los responsables del proceso. Existe la ventaja de la objetividad, cuando la instancia responsable, que conoce con más detalle el proceso, participa en la investigación.

Esta última consideración orientó la presente investigación. La idea surgió de investigadoras del Area de Estado y Servicios de Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X) y contó con la participación y colaboración de la Dirección del Hospital 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Antecedentes y justificación

El ISSSTE tiene como objetivo brindar seguridad social y atención médica a los trabajadores del Estado y a sus familiares. Nuestro análisis se centró en la atención médica. A partir de 1986, se planteó el Plan de Regionalización [14] que pretendía racionalizar este servicio organizándolo territorialmente y por niveles de atención. El Hospital 20 de Noviembre constituye, a partir de entonces, el tercer nivel de la Región III, cuyo segundo nivel está integrado por el Hospital Darío Fernández del D.F., un hospital en el estado de Morelos y dos hospitales en el estado de Guerrero; además constituye segundo y tercer nivel para 10 clínicas ubicadas en el Distrito Federal, que son: Coyoacán, Churubusco, Del Valle, Ermita, Ignacio Chávez, Juárez, Narvarte, Revolución, Tlalpan y Xochimilco.

La regionalización es actualmente uno de los procedimientos que contribuyen a mejorar y racionalizar el funcionamiento de los servicios de salud y facilitar la adecuación de la planificación a las necesidades de salud. El procedimiento para llevarla a cabo, toma en cuenta la infraestructura física y tecnológica existente, la población cubierta y su distribución en el espacio, las vías y los tiempos de acceso, así como los riesgos a la salud.

Sin embargo, su instrumentación requiere cambiar los hábitos de los usuarios y del personal sanitario y administrativo de las instituciones, lo cual implica un avance lento; este hecho orientó parte de nuestra investigación, dirigida a conocer el grado de avance en la regionalización correspondiente al Hospital 20 de Noviembre.

Otro elemento importante en los planes de regionalización, es la necesidad de igualar la calidad de los diferentes niveles de atención en las diferentes regiones. Si este hecho no se garantiza, la regionalización se hace más difícil. El Hospital 20 de Noviembre cuenta con una gran infraestructura tecnológica, al grado de que se discute la ventaja de transformarlo en un hospital de cuarto nivel (concentración para toda la República), esto constituye un obstáculo para el avance de la regionalización dado que los pacientes prefieren este hospital.

En este sentido pareció muy importante conocer y cuantificar el grado de satisfacción de los pacientes encamados en el hospital para corroborar la calidad de atención que brinda.

Otro elemento importante tomado en consideración, fueron las medidas impulsadas por la administración del hospital para estimular al personal y poder satisfacer las quejas de los usuarios.

Por último, interesó conocer el impacto de los riesgos laborales de los trabajadores asegurados en el ISSSTE en este tercer nivel de atención, dado que a diferencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, el riesgo laboral no constituye un elemento importante ni tiene impacto en su financiamiento. Este hecho invitaba a pensar en un subregistro de riesgos y accidentes, por lo que se intentó hacer una cuantificación mediante la correlación entre el puesto

de trabajo y la enfermedad que ocasionó el ingreso de los trabajadores al hospital.

Objetivos

1. Evaluar el avance del Programa de Regionalización adoptado por el ISSSTE en diciembre de 1986.

2. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios hospitalizados en esta institución y su opinión acerca del servicio recibido.

3. Detectar los padecimientos relacionados con el trabajo, que no son registrados como tales.

Estrategias de la investigación

Para cumplir con los objetivos anteriormente señalados, se aplicó una encuesta contando con la participación de los estudiantes y profesores de la carrera de Medicina y de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. La participación de dicho personal capacitado tuvo como finalidad cumplir con una función docente; también se logró una mayor confiabilidad en la información proporcionada por los pacientes. Se evitó el sesgo originado por los encuestadores cuando estos pertenecen al servicio, pues se considera que mientras se encuentran ingresados, hay una tendencia a no emitir juicios negativos sobre el personal del hospital, por temor a recibir un trato inadecuado durante su estancia.

Se contó con la autorización de la Dirección y el Departamento de Enseñanza del Hospital, para tener acceso a las salas de hospitalización y se acordaron fechas para la aplicación de los cuestionarios. Se resolvió aplicarlos por las tardes para interferir lo menos posible con las actividades médico-hospitalarias, que son más intensas durante el turno matutino.

Posteriormente, se llevó a cabo una "prueba piloto" del cuestionario con pacientes del mismo hospital, lo cual permitió hacer algunos ajustes y tomar el tiempo de aplicación en pacientes de diferentes edades y gravedad del padecimiento.

Se procedió a hacer el instructivo de llenado y codificación del cuestionario y a seleccionar al grupo de alumnos encuestadores. Se les presentó el proyecto de investigación y se les capacitó en el procedimiento de llenado y codificación del cuestionario.

Procedimiento

Para poder comparar la información obtenida, la encuesta se aplicó en dos diferentes momentos: en noviembre de 1987 y en mayo de 1988. En el primer corte (noviembre de 1987) se aplicaron 325 formularios durante cinco días, de un total de 490 camas censables. En mayo de 1988, se realizó la segunda aplicación de los cuestionarios también durante cinco días. El total de formularios aplicados fue de 344, de un total de 480 camas censables.

Instrumento

El cuestionario aplicado se conforma de cinco capítulos, los cuales contemplan la siguiente información.

Capítulo I. Se registraron los datos de identificación del paciente, los cuales fueron tomados de las historias clínicas: edad, sexo, clínica de adscripción, residencia, fecha de admisión al hospital, servicio donde estaba ingresado y diagnóstico. A través de este capítulo se pretendió conocer datos sobre lugar de residencia y clínica de adscripción y así como poder evaluar el avance en **la regionalización.**

Capítulo II. Se recabó información por entrevista directa con los pacientes o con los familiares sobre el **mecanismo de ingreso al hospital**, así como los posibles obstáculos encontrados tanto en la clínica de adscripción como en el propio hospital.

Capítulo III. Se preguntó respecto al trabajo del paciente, identificando aquellos **riesgos** a los que el paciente se encontrara expuesto durante su **jornada laboral**, que pudieran repercutir en su salud y en la causa de ingreso.

Capítulo IV. Se averiguó con mujeres –en edad reproductiva– si habían tenido **abortos** y si existía una relación entre éstos y su tipo de **trabajo.**

Capítulo V. Se registró el **grado de satisfacción** de los pacientes respecto a la calidad de la atención durante su estancia en el hospital, así como en lo referente al personal sanitario.

Resultados y conclusiones

Capítulo I. Regionalización

Para evaluar el grado de avance de la regionalización en el Hospital 20 de Noviembre, se tomó como documento base el plan de regionalización del ISSSTE,[15] instrumentado a

partir de diciembre de 1986 y la información recabada en el Capítulo I del cuestionario tomada del expediente y verificada por interrogatorio. Los resultados se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1
Pacientes con procedencia del D.F. y Provincia
Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE
(Pacientes ingresados)

Procedencia	1a. Encuesta*		2a. Encuesta**	
	Núm.	%	Núm.	%
Pacientes residentes en el D. F.	198	60	174	51
Pacientes residentes en provincia	104	32	91	26
Pacientes sin datos de procedencia	23	8	79	23
Total	325	100	344	100

Fuente: Encuesta individual realizada en el Hospital 20 de Noviembre.
* Aplicada en noviembre de 1987.
** Aplicada en mayo de 1988.

Se puede observar que del total de pacientes encuestados, la mayoría reside en el Distrito Federal (60% en la primera fase y 51% en la segunda). Esta situación se explica, parcialmente, por el hecho de que hay una mayor porporción de derechohabientes del ISSSTE concentrados en el Distrito Federal. En relación con la segunda fase del estudio, llama la atención el elevado porcentaje de pacientes sin datos, lo cual se debió a una deficiente historia clínica que no contenía el dato, o bien, a la ausencia del paciente en el momento de la encuesta.

Si se evalúa el grado de avance de la regionalización a nivel nacional, en el Cuadro 2 se puede observar que en ambas encuestas el porcentaje de regionalización fue muy similar, cercano al 50%. Es decir, estos datos evidencian que la regionalización a nivel nacional es aún muy precaria, pues más de la mitad de los pacientes provenían de clínicas que no tenían asignado dicho hospital como tercer nivel de atención.

Una explicación a esta situación fue mencionada parcialmente al inicio de este trabajo y está relacionada con el tiempo necesario para que un programa de regionalización por niveles se aplique, pero además, como el Hospital 20 de Noviembre cuenta con servicios y gabinete que no tienen otros hospitales del ISSSTE, se ha transformado en un "IV nivel de atención".

Cuadro 2
Resultados de la regionalizacion a nivel nacional
Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE
(Pacientes ingresados)

Procedencia	1a. Encuesta*		2a. Encuesta**	
	Núm.	%	Núm.	%
Total de pacientes regionalizados	143	47	130	49
Total de pacientes no regionalizados	159	53	135	51
Total	302	100	265	100

Fuente: Encuesta individual realizada en el Hospital 20 de Noviembre.
* Aplicada en noviembre de 1987.
** Aplicada en mayo de 1988.

Dado que la mayoría de los derechohabientes del ISSSTE se concentran en el Distrito Federal, pareció útil analizar por separado la información del D.F. y posteriormente realizar un análisis comparativo con la de provincia. Como se aprecia en el Cuadro 3, los porcentajes de pacientes que le corresponde al Hospital 20 de Noviembre en ambas encuestas son muy similares (60% y 63%, respectivamente). Sin embargo, todavía hay un 40% y un 37% que no responden a la regionalización.

Cuadro 3
Resultados de la regionalizacion en el D.F.
Hospital 20 DE Noviembre del ISSSTE
(Pacientes ingresados)

Procedencia	1a. Encuesta*		2a. Encuesta**	
	Núm.	%	Núm.	%
Pacientes regionalizados	118	60	109	63
Pacientes no regionalizados	80	40	65	37
Total	198	100	174	100

Fuente: Encuesta individual realizada en el Hospital 20 de Noviembre.
* Aplicada en noviembre de 1987.
** Aplicada en mayo de 1988.

Es necesario investigar con más profundidad las razones que impiden el cumplimiento del plan, entre las cuales podrían estar: imposibilidad de otros hospitales de tercer nivel para resolver el problema, ya sea por cupo o por la ausencia de ciertos servicios; hábitos de los pacientes mismos; falla en los criterios de regionalización; atención previa en el hospital, etc. Algunos de estos factores pudie-

ron ser analizados con base en el mismo cuestionario, pero otros deben ser objeto de otra investigación.

El Cuadro 4 muestra por separado el resultado de la regionalización al interior de la República Mexicana. Hay que recordar que las entidades federativas cuyo tercer nivel corresponde al Hospital 20 de Noviembre son Guerrero y Morelos, juntos representan aproximadamente el 24% de los pacientes de provincia, siendo muy similar al del Estado de México, a pesar de que este último no está regionalizado, por lo que se analiza con más detalle.

Cuadro 4
Resultados de la regionalización en provincia. Ingresos según entidad federativa en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.

Procedencia	1a. Encuesta*		2a. Encuesta**	
	Núm.	%	Núm.	%
Pacientes regionalizados (Guerrero y Morelos)	25	24	21	23
Pacientes del Estado de México (no regionalizado)	26	25	18	20
Pacientes de Veracruz (no regionalizado)	8	7	6	7
Pacientes de Hidalgo (no regionalizado)	8	7	4	4
Pacientes del resto de la República (no regionalizados)	38	36	42	46
Total	105	100	91	100

Fuente: Encuesta individual realizada en el Hospital 20 de Noviembre.
* Aplicada en noviembre de 1987.
** Aplicada en mayo de 1988.

Como se señaló, el Estado de México participa con mayor número de pacientes ingresados en este hospital (aproximadamente el 23% en ambas fases). Para este hecho hay dos posibles explicaciones: *a*) la cercanía de algunas zonas del Estado de México que están conurbadas en la zona metropolitana y se comportan como si fueran del D.F., es decir, facilitan el acceso al hospital; *b*) la calidad y la suficiencia del tercer nivel del Estado de México.

En relación con lo anterior, no se obtuvo información sobre el tercer nivel correspondiente a dicha zona para saber si el hospital respectivo es suficiente para sus necesidades o no. De cualquier manera, se puede sugerir que, dado el elevado número de pacientes del Estado de México que ingresan en el 20 de Noviembre, se requiere una reconsideración del Plan de Regionalización.

El tercer y cuarto lugar lo ocupan pacientes que provienen de estados que tampoco responden a la regionalización tales como Hidalgo y Veracruz, pero sólo representan entre el 4% y el 7% del total de pacientes ingresados y del 1% a 2% del total de pacientes a nivel nacional, por lo cual no pareció importante analizarlos en detalle.

En resumen, sólo el 23% de los pacientes de provincia responden a la regionalización a diferencia del 60% para el caso del D.F. La primera explicación a esta diferencia radica en el desequilibrio social y de recursos que existe entre el D.F. y la provincia. Sin embargo, sería necesario profundizar más en esta situación para conocer con mayor detalle esta diferencia.

Capítulo II. Mecanismo de ingreso al hospital

Las preguntas del capítulo II permiten hacer una aproximación a problemas específicos de la regionalización tales como: atención previa en el hospital; pases de cortesía y obstáculos para la entrada al hospital mismo.

Como se señaló anteriormente, uno de los obstáculos para el avance de la regionalización está constituido por aquellos pacientes que se venían atendiendo en el hospital antes de implantar el programa de la regionalización, y es lógico que se mantengan como pacientes del mismo, por lo cual se interrogó al respecto y se encontró en la primera fase que, el 43% que provenían de clínicas regionalizadas, habían sido atendidos anteriormente en el 20 de Noviembre. En relación con los pacientes que no respondían a la regionalización, se encontró que el 44% habían sido atendidos con anterioridad, lo cual indica que el factor de atención previa en este hospital pesa en forma importante. En la segunda encuesta los datos fueron: 52% para el caso de los regionalizados; mientras que para los no regionalizados era el 37%. Aunque la variación en el segundo caso es importante, de todas formas el factor "atención previa" en el hospital se transforma en un obstáculo importante para el avance de dicha regionalización.

En relación con los pases de cortesía se encontró que representaban únicamente el 2.5% del total de ingresos al hospital que a nivel estadístico es prácticamente despreciable, en contra de lo que suele comentarse al respecto de que las instituciones de seguridad social utilizan en forma excesiva dichos pases.

Finalmente, se interrogó sobre los problemas enfrentados por los pacientes para ingresar al hospital y se

encontró que el 10% en la primera encuesta y el 21% en la segunda, refirieron algún tipo de problema. Sin embargo, como la población estudiada fue la que había logrado ingresar, este porcentaje no representa con certeza el grado de dificultad para su ingreso. El problema referido con mayor frecuencia como obstáculo, fue el tiempo que tuvo que esperar el paciente para que hubiera disponibilidad de camas.

Capítulo III. Características laborales y personales de los pacientes ingresados en el hospital

El objetivo central de este capítulo III era detectar la relación entre la causa de ingreso y el proceso de trabajo de los pacientes ingresados al hospital, y partió del supuesto que había un gran subregistro de patología laboral en el tercer nivel de atención del ISSSTE. Se demostró la falsedad del supuesto ya que sólo en tres casos se pudo sospechar alguna relación con el trabajo.

Este hecho encuentra su explicación en que los derechohabientes del ISSSTE son en su mayoría trabajadores del sector servicios, a diferencia del IMSS que son trabajadores del sector industrial. Por lo cual, la patología asociada al sector servicios (estrés, afonía, cefalea, neurosis, etc.) es motivo de consulta en el primer y segundo nivel de atención y no es causa de ingreso en el hospital estudiado.

Por otro lado, los derechohabientes del ISSSTE son el trabajador y su familia, excepto el caso de las trabajadoras que no tienen derecho a incluir al esposo como derechohabiente, lo cual se refleja en los porcentajes a nivel nacional de derechohabientes del ISSSTE por sexo, que son 55.8% mujeres y 44.2% hombres.[15]

En este sentido, se analizaron algunas características de los derechohabientes entre las cuales pareció importante señalar las siguientes:

a) Que el servicio hospitalario que nos ocupa atiende a familiares en un procentaje similar que a los trabajadores mismos, ya que alrededor del 50% de los pacientes ingresados eran trabajadores en ambas fases de la encuesta. Esto indica que son los trabajadores quienes preferentemente hacen uso del hospital y no sus familiares, pues en términos globales hay cuatro derechohabientes (familiares) por cada trabajador asegurado.

b) Por otro lado y como un intento de cuantificar la desigualdad que establece la legislación del ISSSTE, parece importante señalar que el 11% y el 15% de los ingresos en ambas fases, corresponden únicamente a esposas de trabajadores, mientras que en el caso de las mujeres trabajadoras no existe el mismo derecho para el esposo.

c) Llamó la atención el hecho de encontrar un porcentaje poco mayor del 50% de pacientes del sexo femenino en ambas encuestas (58% y 54%, respectivamente), lo cual es similar a los porcentajes de derechohabientes por sexo, referidos al inicio del capítulo, esto le quita bases a la frecuente aseveración de que las mujeres mexicanas hacen uso excesivo de los servicios de atención médica.

Capítulo IV. Relación trabajo-aborto

En este apartado se recabó información de las pacientes ingresadas de más de 15 años de edad, a quienes se les preguntó sobre embarazos y abortos con el propósito de establecer alguna relación entre estos y la actividad laboral que desarrollaban. Un dato que resulta relevante es que de 159 y 148 mujeres ingresadas en el hospital, independientemente del servicio, en la primera y segunda encuesta, el 35.2% y el 32.7%, respectivamente, manifestaron haber tenido uno o más abortos en algún momento de su vida. La mayoría de las mujeres declaró que sus abortos habían sido espontáneos. A pesar de haber preguntado directamente sobre la posible relación entre trabajo-aborto, y haber analizado la información, no fue posible establecer la correlación con los riesgos de trabajo.

Estos datos nos parecieron muy importantes, pues revelan un número elevado de abortos en la población del ISSSTE, ya que una de cada tres mujeres ingresadas, habían presentado abortos. Sin embargo, para dar una explicación satisfactoria sobre este problema, sería conveniente la realización de un estudio más específico.

Capítulo V. Grado de satisfacción del usuario

Con este apartado de la encuesta se trató de conocer si la atención proporcionada por el personal médico, el personal de enfermería y globalmente por el hospital, era percibida como satisfactoria o no por parte de los pacientes ingresados. Bajo esa tónica se exploró también si los pacientes estaban en disposición o no de realizar sugerencias para mejorar el servicio del hospital en cualquier aspecto.

Los indicadores que permitieron conocer la atención proporcionada por el médico fueron: calidad de la atención; frecuencia de la visita; explicación al paciente acerca de los medicamentos prescritos; tipo de padecimiento y grado de evolución. Asimismo, se preguntó acerca de la información que el médico proporciona a los familiares del paciente en relación con el tipo de padecimiento y su evolución.

Al iniciar la serie de preguntas en este capítulo, se insistió en que la información era confidencial y que tenían todo el derecho a quejarse, pues eso mejoraría el

servicio a largo plazo y además no habría ninguna actitud represiva hacia los pacientes. No obstante lo anterior, sorprendió la elevada cantidad de respuestas positivas hacia el servicio.

Como se puede observar en el Cuadro 5, más del 90% de los pacientes, percibieron la atención proporcionada por los médicos como "buena" o "muy buena". Este dato se vio reforzado con un 96% de los pacientes que manifestaron que los médicos les visitaban diariamente o varias veces al día. Igualmente, alrededor del 80% de los pacientes manifestaron que el médico les proporcionó a ellos y/o a sus familiares, información acerca del tipo de padecimiento que sufrían y acerca de la evolución del mismo, (aun en los casos severos como neoplasias). En los pocos casos en que el paciente no conocía su diagnóstico se trataba de una solicitud expresa de los familiares.

Cuadro 5

Grado de satisfacción de usuarios con la calidad de la atención del personal médico en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE. México, 1988.

Respuesta	1a. Encuesta*		2a. Encuesta**	
	Núm.	%	Núm.	%
Muy buena	121	41	127	46
Buena	153	51	124	45
Regular	15	5	16	6
Mala	5	2	6	2
Pésima	1	1	3	1
Total	295	100	276	100

Fuente: Encuesta individual realizada en el Hospital 20 de Noviembre.
* Aplicada en noviembre de 1987.
** Aplicada en mayo de 1988.

En cambio, se encontró que el 49% de los pacientes no tenían información acerca del tipo de medicamentos que se le estaban aplicando, situación que es necesario corregir brindando la información adecuada.

En relación con la atención proporcionada por el personal de enfermería, los indicadores fueron: calidad de la atención, tiempo que tardan en acudir cuando se les llama y si aplican los medicamentos en el horario señalado.

Como se puede observar en el Cuadro 6, más del 80% de los pacientes que respondieron este reactivo en ambas fases de la investigación, consideraron que la atención proporcionada por el personal de enfermería era "buena" o "muy buena", pero sólo el 28% y el 32% (en la primera y segunda fase, respectivamente) consideraron dicha atención como "muy buena", a diferencia del personal médico donde dicho porcentaje fue del 41% y el 46%.

Cuadro 6

Grado de satisfacción de usuarios con la calidad de la atención del personal de enfermería en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE. México, 1988.

Respuesta	1a. Encuesta*		2a. Encuesta**	
	Núm.	%	Núm.	%
Muy buena	82	28	88	32
Buena	154	53	147	53
Regular	45	15	34	12
Mala	11	3	6	2
Pésima	2	1	1	1
Total	294	100	276	100

Fuente: Encuesta individual realizada en el Hospital 20 de Noviembre.
* Aplicada en noviembre de 1987.
** Aplicada en mayo de 1988.

Con respecto a la evaluación que hicieron del tiempo que tarda el personal en acudir cuando se le llama (pregunta control), cerca del 90% de los pacientes encuestados respondieron que lo hacen "en minutos". Un porcentaje similar de pacientes respondió que los medicamentos les son aplicados en el horario señalado. En ese sentido, se dedujo que la relativa insatisfacción de los pacientes tiene que ver más con el "buen trato", con los "buenos modales", que con la eficiencia operativa de este personal.

Es importante señalar que los pacientes refirieron que la mayor deficiencia en la atención del personal de enfermería se da en el turno nocturno, pero esta información no pudo ser cuantificada en virtud de no haberse considerado en el cuestionario.

Una posible explicación que de cuenta de las diferentes formas de percibir la calidad de la atención del médico *vs* enfermeras debería considerar necesariamente el rol social y el poder que revisten al médico y el poco tiempo que los médicos pasan al lado del paciente; mientras que la enfermera es responsable del "bienestar" del paciente las 24 horas del día y carece del poder con el que se identifica al médico. Por lo tanto, los pacientes y sus familiares son mucho más exigentes con el trabajo de la enfermera.

Por último, la evaluación que hacen los pacientes ingresados de la atención que porporciona globalmente el hospital es satisfactoria en el 90% de los casos, sin embargo, la satisfacción respecto a la solución de su problema de salud, sólo fue positiva en un 70% de los mismos. Esta situación se explica parcialmente por la gravedad del diagnóstico, ya que la pregunta estaba redactada en términos de "solución de su problema de salud".

Entre las sugerencias más relevantes y frecuentes que los pacientes hicieron para mejorar el servicio del hospital se encuentran la asignación de un mayor número de enfermeras que cubran el turno nocturno; el mejoramiento de la limpieza de los baños y elevar la calidad y variedad de los alimentos.

Conclusiones finales y sugerencias

Respecto a la regionalización, se detectaron los siguientes problemas:

Deficiencia en la calidad de la historia clínica, principalmente en los rubros sobre residencia del paciente y clínica de adscripción; indicativo de que los médicos responsables del llenado de la historia clínica no consideran importante los datos referentes a la operación administrativa del hospital.

En cuanto al cumplimiento de la regionalización, se encontró que el avance ha sido muy lento y no supera el 50% a nivel nacional. Las posibles razones se especifican a lo largo del texto, pero se considera necesario hacer un replanteamiento de la misma, dado que no se están cumpliendo con los objetivos del Programa.

Respecto a la satisfacción de los usuarios del hospital, se encontró en términos generales una muy buena opinión de los pacientes. Las sugerencias más frecuentes en relación con el servicio, fueron: aumentar el número de enfermeras en el turno nocturno y mejorar el servicio de limpieza en los baños.

En cuanto al objetivo de detectar padecimientos relacionados con la actividad laboral de los pacientes en este tercer nivel de atención, los resultados demostraron que la hipótesis de subregistro planteada fue errónea, dado que no existía correlación entre el padecimiento motivo de ingreso y el tipo de trabajo. Por el contrario, los resultados reforzaron que los derechohabientes del ISSSTE no presentan riesgos de trabajo que ameriten atención en el tercer nivel.

Finalmente, se recomendó al director del hospital la vigilancia cuidadosa en la calidad del llenado de la historia clínica, pues ello permitiría "monitorear" el grado de avance de la regionalización sin necesidad de invertir recursos en la aplicación de encuestas específicas, lo cual llevaría a un replanteamiento del programa de regionalización.

Bibliografía

[1] Varios, *Necesidades esenciales en México 4,* Salud, IMSS-Coplamar, Siglo XXI, México, D. F., 1982.

[2] *Investigaciones en servicios de salud*, Memoria del Seminario, Mansión Galindo Querétaro, Conacyt-SSA, México, 1978.

[3] Ilich, Ivan. *Némesis Médica*, "La expropiación de la salud", Barral Ed., Barcelona, 1975, pp. 13 - 22.

[4] Knox, E.G. *La epidemiología en la planificación de la atención a la salud*, Siglo XXI, México, D.F. 1981, pp. 23 - 25 y Hulka, B., Epidemiological Applications to Health Services Research, *Journal of Community Health*, vol 4, núm. 2 Winter, 1978.

5. *Investigaciones en Servicios de Salud*, *op. cit.*

[6] *Evaluación de los servicios de salud*, Modelo PRIDES, Universidad del Valle, Cali, Colombia, s/f, Cap XII.

[7] Organización Panamericana de Salud, *El desafío de la epidemiología*, Publicación Científica, núm. 505, Washington, D.C. 1988, IV parte.

[8] 14a. Generación de alumnos de la Maestría en Medicina Social. *Evaluación de la atención primaria en Almoloya del Río y Jalatlalco*, Edo. de México. Documento mimeografiado, UAM-X, 1989. Straffon, B. *Factores económicos que afectan la demanda de atención en el primer nivel*, y Nájera, P. *Cobertura regional de servicios de atención ambulatoria para población abierta*, trabajos presentados en el Congreso de Investigación de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública, noviembre 6 y 7, 1989.

[9] Eibenschutz, C. y López A. O. *La política sanitaria en el marco de la transformación del Estado mexicano*. Ponencia al 6o. Congreso Mundial de Medicina Social, Tenerife, Islas Canarias, septiembre, 1989.

[10] Gutiérrez, G. E. (Coord). *Testimonios de la crisis*, 1 y 2, Siglo XXI, México, 1988.

[11] López A. O. *La política de salud en México 1982-1988. Una visión crítica*. Tesis de Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1990.

[12] Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria. *La política sanitaria mexicana en los ochenta*, Coedición CESyPS y Fin de Siglo, México, 1990.

[13] *Excélsior*, México, 24 de abril, 1990.

[14] *Programa de Regionalización de los Servicios Médicos del ISSSTE*, Subdirección General Médica, mimeo, México, 1986.

[15] *Programa de Mediano Plazo Institucional* (ISSSTE) 1989-1994 y *Agenda Estadística del ISSSTE*, 1989.