

31261



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

2/2ej.

CAMPUS IZTACALA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"PERCEPCION DE LOS PRESTADORES DE
SERVICIOS DE SALUD SOBRE
LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD POSITIVA"

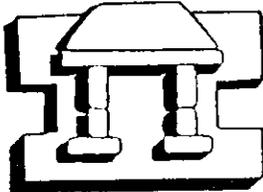
PO 1750/98
g.1

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
**MAESTRA EN INVESTIGACION
DE SERVICIOS DE SALUD**
P R E S E N T A :
Lic. en Enf. y Obstetricia y Médica Cirujana
MA. TERESA PEREZ RODRIGUEZ

DIRECTORA DE TESIS

MAESTRA ANA LUISA GONZALEZ CELIS RANGEL



IZTACALA

MEXICO, LOS REYES IZTACALA,

DICIEMBRE DE 1997

266904

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mis queridos padres Hilario y Ma. del Carmen, por enseñarme la perseverancia y el camino de la superación.

Con amor a mi esposo Carlos y a mis adorados hijos Sandy y Omar, por su apoyo incondicional y su ilimitada fé en mí.

A mis hermanos y sobrinos, con cariño.

A Pati y Ever, mis apreciables amigas.

AGRADECIMIENTOS

A mi Alma Mater, la Universidad Nacional Autónoma de México, con quien refrendo mi compromiso de superación constante.

A la Mtra. Ana Luisa González Celis Rangel, con mi mayor reconocimiento por sus enseñanzas y asesoría desinteresadas.

A la Mtra. Rosa Isabel Esquivel Hernández, por su apoyo incondicional y su amistad.

A la Mtra. Carolina Salinas Oviedo por las enseñanzas y la confianza que siempre me otorgó.

A los profesores de la Maestría por los innumerables conocimientos y experiencias que nos brindaron.

A todas mis compañeras por su valiosa y sincera amistad.

Un especial reconocimiento a las enfermeras y a los médicos que amablemente accedieron a colaborar en la realización de esta investigación.

CONTENIDO

	Página
RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
1. MARCO TEÓRICO.....	12
1.1 PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO.....	12
1.2 LA MEDICINA COMO INSTITUCIÓN SOCIAL, EL ÁMBITO DE ACCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.....	15
1.3 EL CONTEXTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA SALUD.....	20
1.4 LA CULTURA Y EL ENTORNO PSICO -SOCIAL DE LA SALUD.....	24
1.5 MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y DE LA SALUD POSITIVA.....	27
2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	36
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	39
2.3 OBJETIVO GENERAL.....	40
2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
2.5 JUSTIFICACIÓN.....	41
3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	44
4. METODOLOGÍA.....	46
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	46
4.2 UNIVERSO.....	46
4.3 DISEÑO DE LA MUESTRA.....	46

4.4	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	47
4.5	RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
4.6	CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	49
4.7	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
4.8	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	52
4.9	RECURSOS HUMANOS.....	52
4.10	RECURSOS MATERIALES.....	52
5.	RESULTADOS.....	53
5.1	PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO Y PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.....	53
5.2	PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA SALUD COMO PROCESO.....	54
5.3	PERCEPCIÓN QUE TIENEN LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS SOBRE LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD POSITIVA.....	56
5.4	PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO Y PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS.....	58
5.5	PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS MÉDICOS ENCUESTADOS SOBRE LA SALUD COMO PROCESO.....	59
5.6	PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS MÉDICOS ENCUESTADOS SOBRE LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD POSITIVA.....	61
5.7	RESULTADOS DEL ANÁLISIS ASOCIATIVO Y COMPARATIVO.....	63
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
6.1	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	66
6.2	RECOMENDACIONES.....	71
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
	ANEXOS.....	79

CONTENIDO DE ANEXOS

ANEXO A:		pág.
1. Cuestionario aplicado a los médicos y a las enfermeras incluidos en la investigación		81
2. Libro de códigos sobre calidad de vida y salud positiva.....		87
 ANEXO B: TABLAS		
No.	Título	pág.
1.	“Nivel académico y nombramiento de las enfermeras”.....	93
2.	“Hábitos de la vida diaria de las enfermeras”.....	94
3.	“Opinión de las enfermeras sobre a quién le corresponde proporcionar educación para la salud”.....	95
4.	“Acciones que las enfermeras consideran para conservar la salud.....	96
5.	“Satisfacción laboral de las enfermeras”.....	97
6.	“Problemas que impiden otorgar servicios de enfermería satisfactorios”.....	98
7.	“Opinión de las enfermeras sobre el carácter <i>normal</i> de la enfermedad”.....	99
8.	“Opinión de las enfermeras sobre los motivos por los que las personas no siguen las indicaciones médicas”.....	100
9.	“Concepto que tienen las enfermeras sobre calidad de vida”.....	101
10.	“Concepto que tienen las enfermeras sobre salud positiva”.....	102
11.	“Nivel académico y nombramiento de los médicos”.....	103
12.	“Hábitos de la vida diaria de los médicos”.....	104
13.	“Opinión de los médicos sobre la educación para la salud”.....	105
14.	“Acciones que los médicos consideran para conservar la salud”.....	106
15.	“Satisfacción laboral de los médicos”.....	107
16.	“Problemas que impiden otorgar servicios médicos satisfactorios”.....	108
17.	“Opinión sobre la enfermedad como condición <i>normal</i> ”.....	109
18.	“Opinión de los médicos sobre los motivos por los que las personas no siguen las indicaciones médicas”.....	110
19.	“Concepto que tienen los médicos sobre calidad de vida”.....	111

20. "Concepto que tienen las enfermeras sobre salud positiva"	112
21. "Correlación de los hábitos de la vida diaria de las enfermeras con su concepto sobre calidad de vida"	113
22. "Correlación de los hábitos de la vida diaria de los médicos con su concepto sobre calidad de vida"	114

ANEXO C: GRÁFICAS

No.	Título	pág.
1.	"Opinión de los encuestados sobre el carácter <i>normal</i> de la enfermedad"	116
2.	"Opinión de los encuestados sobre los factores condicionantes de la calidad de vida"	117
3.	"Dieta de los prestadores de servicios de salud"	118
4.	"Frecuencia con la que realizan ejercicio los prestadores de servicios de salud"	119
5.	"Actividades de recreación de los prestadores de servicios de salud"	120
6.	"Opinión de los prestadores de servicios de salud sobre a quién le corresponde proporcionar educación para la salud"	121
7.	"Opinión de los prestadores de servicios de salud sobre cómo mantener la salud"	122
8.	"Someterse a examen médico periódico"	123
9.	"Disminuir la carga de trabajo"	124
10.	"Satisfacción laboral : trabajo y preparación académica"	125
11.	"La carga de trabajo de los encuestados está de acuerdo a su capacidad física"	126
12.	"Reconocimiento recibido por su trabajo"	127
13.	"Problemas detectados para otorgar servicios satisfactorios: Los objetivos del trabajador son diferentes a los de la institución"	128
14.	"Existe burocratismo en la institución donde laboran"	129
15.	"Los prestadores de servicios de salud tienen exceso de trabajo"	130
16.	"Existe falta de comunicación"	131
17.	"Los pacientes son conflictivos"	132
18.	"Los recursos materiales son insuficientes"	133

19. "Opinión sobre los motivos por los que los pacientes no siguen las indicaciones médicas: no reciben información por parte del equipo de salud".....	134
20. "Existe negligencia y apatía por parte del paciente".....	135
21. "Los pacientes carecen de cultura en salud".....	136
22. "Percepción de los encuestados sobre calidad de vida".....	137
23. "Indicadores para medir la salud positiva que proponen los médicos y las enfermeras".....	138

PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD POSITIVA

Pérez Rodríguez, Ma. Teresa

Palabras clave: calidad de vida, salud positiva, percepción del personal de salud.

RESUMEN.

La calidad de vida y la salud positiva son conceptos relativamente nuevos en el campo de la medicina, se usan para describir la función física y emocional del individuo o grupo de personas, y aunque estos conceptos se asocian con muchos factores de tipo social, económico, educativo, cultural y ambiental, así como con los períodos en que las personas se encuentran libres de padecimientos, en el área de la atención médica se ha limitado su enfoque relacionándolo con la enfermedad y su tratamiento. Al mismo tiempo ha sido difícil establecer indicadores para medir la salud positiva, en realidad la salud se mide a través de indicadores negativos como la morbilidad y la mortalidad.

Pero ¿cuál es la percepción que al respecto tienen médicos y enfermeras? ¿han reflexionado sobre el impacto de sus percepciones tanto en su calidad de vida como en su actividad profesional?. Interesa estudiar las percepciones de estos profesionistas por ser ellos quienes, por lo menos en teoría, están más involucrados con el proceso de la prevención y detección de riesgos a partir de la evaluación del estado de salud individual y colectiva.

Se efectuó un estudio descriptivo, comparativo y de correlación para indagar sobre dichas cuestiones y contribuir al análisis del rol que desempeñan estos profesionistas en el proceso de la promoción y fomento de la salud, así como su concepto sobre los riesgos para la salud y si consideran los múltiples factores que los condicionan. Se aplicó un cuestionario estructurado, a 32 enfermeras y 32 médicos que laboran en el sector salud.

Entre los resultados más sobresalientes se encontró que tanto los médicos como las enfermeras tienen estilos de vida no muy saludables, sobre todo porque refieren tendencia al sedentarismo y al estrés. La mayoría de estos profesionales se muestran satisfechos con su profesión y con su ambiente laboral. El grupo médico subestima la capacidad de los pacientes para enfrentar los problemas de salud. Respecto a los conceptos de calidad de vida y salud positiva, tanto las enfermeras como los médicos utilizan en sus respuestas términos como sensación de bienestar y vida digna, además de incluir los conceptos de la OMS como "equilibrio bio-psico-social" y ausencia de enfermedad. En bajo porcentaje refieren desconocer el concepto de salud positiva.

Para medir la salud positiva consideran los factores psico-sociales y culturales, el grupo de enfermeras menciona también los espirituales. Médicos y enfermeras incluyen el examen médico periódico y en menor porcentaje los índices de morbilidad y de mortalidad así como el grado de desarrollo, productividad y satisfacción de las personas. En forma implícita, tanto las enfermeras como los médicos incluyen en sus respuestas el ser, el tener y el amar, como elementos importantes de los conceptos de calidad de vida y salud positiva. No se observaron diferencias significativas entre las respuestas de uno y otro grupo de profesionistas, a pesar de las particularidades de formación.

Se recomienda a las instituciones de salud que se indague sobre la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios y sobre los problemas que ellos enfrentan cotidianamente. En las universidades, será necesario poner mayor énfasis en que los estudiantes profundicen en el análisis de los factores sociales, culturales y psicológicos que interactúan con la salud, así como en una preparación más humanística, que desde ciclos tempranos aborden el estudio de los valores universales, la calidad de vida y la salud positiva. En ese sentido el **paradigma integrador** que se

propone fomentar, tanto en las instituciones formadoras, como en los servicios de salud, se centra en la dignidad de vida, el cual se abre multidimensionalmente pero puede concretarse en cuatro conceptos básicos: *el potencial de vida*, que incluye los factores genéticos, los procesos de reproducción, de maduración, de envejecimiento, del funcionamiento de los sistemas biológicos humanos, la estructura dinámica de la población y la ecología. *El estilo de vida*, el cual está constituido tanto por factores de comportamiento individual, como de las organizaciones y de los determinantes del ambiente social; *la calidad de vida*, propiamente dicha, que comprende, entre otras cosas, la disponibilidad de bienes y servicios, así como su distribución de acuerdo a las necesidades y a las condiciones del medio y los derivados del estilo de desarrollo social y político, y por último *el significado de vida*, en donde se agrupan las variables de conocimientos y destrezas individuales, las tecnologías disponibles y los valores comunitarios, socioculturales y bioéticos.

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, el cuidado de la salud se relaciona no sólo con los avances científicos y tecnológicos a los que acceden las disciplinas que se encargan de su estudio, sino también con la cantidad y distribución de recursos materiales que permiten a las personas el acceso a los satisfactores básicos reconocidos como determinantes de la calidad de vida de la población. Sin embargo, el sistema de salud de México continúa enfatizando, en gran medida, los aspectos curativos de la atención, ponderando, en esa lógica, los indicadores negativos de salud como son la morbilidad y la mortalidad, separándolos muchas veces, de los diversos factores que confluyen en tales efectos. Esto ocurre a pesar de que en ciertos sectores se reconocen los nuevos desafíos originados por los efectos de la *modernidad y pos modernidad*, los cuales se evidencian en los cambios en los estilos de vida individuales y colectivos, en la esperanza de vida, en el perfil demográfico y en el impacto que producen en la prestación de servicios de salud.

La calidad de vida y la salud positiva, son términos acuñados desde la antigüedad, actualmente los utilizan en diversos discursos, desde los hogares hasta los niveles políticos y económicos. En el campo de la salud existen básicamente dos enfoques para abordarlos. Uno se refiere a los efectos que las enfermedades y la terapéutica correspondiente producen en las capacidades físicas y emocionales de los pacientes, el otro, más reciente, pretende abocarse a los indicadores positivos de la salud. Pero en ambas perspectivas se presentan dificultades para operacionalizarlos y construir indicadores más apropiados y concretos. Esto es así porque el concepto mismo de la salud es sumamente complejo y ha sido objeto de análisis desde diferentes puntos de vista, dada su gran relatividad.

Con esta investigación se indagó sobre la percepción que tienen las enfermeras y los médicos sobre los factores que determinan la calidad de vida y la salud positiva y sobre cómo llevar a cabo su medición, por ser los profesionales de la salud quienes se relacionan más directamente con los individuos y con las comunidades en el proceso de la atención de la salud. Se desea contribuir así al análisis del rol que desempeña el personal para la salud en los procesos de desarrollo y equidad en salud, así como en la comprensión cabal de las concepciones tradicionales de promoción y fomento de la salud y ayudar a superar de manera progresiva la visión restringida de querer modificar los riesgos para la salud sin considerar, en toda su magnitud, los múltiples factores que los condicionan.

El marco teórico de esta investigación descriptiva, correlacional y transversal, incluye una visión general de la investigación de los servicios de salud para ubicar el proyecto, así como algunas consideraciones en torno a la medicina como institución social, pues es el ámbito de acción de los prestadores de servicios de salud. En los siguientes apartados se documentan el contexto social y económico, la cultura y los aspectos psicosociales relacionados con la salud. La parte medular del trabajo se aborda en el capítulo sobre medición de la salud positiva y la calidad de vida en donde son analizados esos términos. Posteriormente se hace referencia al problema de investigación, los objetivos e hipótesis, así como la metodología empleada, los resultados y conclusiones.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO.

La investigación constituye una pieza fundamental en la organización de la atención a la salud y de la práctica médica, es un elemento que actúa de manera directa en la prestación de los servicios de salud. Su utilidad para evaluar las acciones, los servicios y los programas que se llevan a cabo en las instituciones de salud, la sitúa en un plano muy relevante. Esta función de la investigación adquiere mayor significado en periodos de restricción económica como el que atraviesa México, ya que el conocimiento cabal de las condiciones del proceso de crisis y generar el análisis de las alternativas de solución representan un primer paso hacia la transformación de los servicios de salud y el fortalecimiento de una organización más racional y científica de la actividad médica.¹

En una visión retrospectiva vale la pena mencionar que un estudio sobre la investigación para la salud realizado por CONACyT en 1973, reveló que en México el 64.4% era de tipo clínico, 31.3% de tipo básico y sólo el 4.3% en salud pública lo cual ocasionaba un abordaje insuficiente de los problemas nacionales de salud y de la forma en que fueron enfrentados. En 1974 había 1307 personas que hacían investigación y desarrollo experimental en salud, equivalentes a 666 investigadores de tiempo completo de los cuales únicamente 93 tenían grado de doctor y 191 de maestría. Asimismo, el promedio anual de investigaciones fue de 294.5 y la mayoría se realizaban en las dependencias del gobierno federal, los organismos descentralizados y las instituciones de nivel superior. "La investigación biomédica y de salud pública que se hacen en las universidades y por algunos grupos científicos de las dependencias estatales y organismos descentralizados suele estar desvinculada de los problemas de las instituciones aplicativas que requieren de producción de nuevos conocimientos generados por los científicos locales."²

Resultados similares se reportan por la encuesta nacional de investigación en salud efectuada en 1984, pues se destaca que las disciplinas que más incrementaron la investigación son del área clínica y que se sigue requiriendo de una gran información epidemiológica y de servicios de salud que tenga vigencia para el país y no sea sólo la importación de conocimientos inaplicables a nuestra realidad.

El sistema científico y tecnológico nacional desde sus orígenes y hasta la fecha, enfrenta un conjunto de condiciones que han obstaculizado su desarrollo, entre las que se pueden mencionar:

- La ausencia de mecanismos para la creación de tecnología adecuada.

¹ MARTUCHELI, Jaime. "La Investigación como Insumo de las Políticas de Salud en México". p 13.

² LÓPEZ, Daniel. "La Salud Desigual en México". Siglo XXI 3ª ed. México 1982 p. 161-163.

- La falta de una infraestructura satisfactoria que facilite la toma de decisiones en la selección de tecnologías.
- La relativa escasez de recursos humanos capacitados para la investigación y el desarrollo experimental.
- Lo reducido del gasto nacional en estas actividades.
- La dificultad para adquirir y dar mantenimiento al equipo científico.
- La gran disparidad en el avance de las distintas áreas científicas y tecnológicas.³

Desde los inicios de la década de 1980 se ha pugnado por incrementar la investigación en el campo de la salud, porque “puede ser muy útil para que los países formulen estrategias a partir del análisis de los problemas de las poblaciones que proporcionan o reciben servicios de salud, por lo común organizados de alguna manera. Se recomienda dirigirla a la solución de problemas de organización, gestión, financiamiento o prestación de servicios de salud con el fin de mejorar su eficiencia y eficacia”.⁴

En este sentido, se acepta que la investigación en servicios de salud es un elemento esencial para el desarrollo planificado de la atención de la salud definida por los problemas a los que se aboca: la producción, distribución, organización y efectos de los servicios de salud personales proporcionados, además se concibe como la indagación sistemática que congrega metodológicamente diversas disciplinas científicas con objeto de saber cómo y bajo qué condiciones se proporcionan dichos servicios de salud y qué tan efectivos son en un contexto determinado.⁵

Según el artículo *Essential National Health Research*, publicado por *Task Force on Health Research for Development*, los países en desarrollo orientan sus esfuerzos de investigación hacia los problemas de salud del primer mundo. Este parece ser el caso de México, de acuerdo a los datos obtenidos del análisis del catálogo Bibliomex Salud⁶ también se señala que es importante encontrar las causas que originan los distintos problemas implicados en la atención a la salud pues si bien en ocasiones, el remedio a una determinada enfermedad se encuentra en los avances de la investigación, en otras se refiere a las estrategias de organización, administración y aprovechamiento de los recursos disponibles que tiendan al mejoramiento de la calidad de la atención, al acceso y a la utilización de los servicios.

Esta tendencia apunta al fortalecimiento de instancias dentro de las unidades de atención que estimulen el desarrollo de la investigación como instrumento útil para alcanzar las soluciones que requieren las demandas de salud de los usuarios, a través de la sistematización y la uniformidad de procedimientos propios de los prestadores de servicios.

³ FLORES, Edmundo. “La Ciencia y la Tecnología en México”. México CONACYT, 1982. p 59.

⁴ O.M.S. “Investigaciones Destinadas a Reorientar los Sistemas Nacionales de Salud”. Serie de Informes Técnicos 694. O.M.S. Ginebra 1983. p 67

⁵ DEL VALLE, Alejandro. “La Investigación de Servicios de Salud en México (1960-1981)”. p 9.

⁶ Universidad Nacional Autónoma de México; Secretaría de Salud; IMSS. Bibliomex - Salud. México 1990, 1991, 1992.

Los esfuerzos de investigación en el campo de la biomedicina básica, así como en el de la salud pública, deben estar vinculados también al desarrollo de políticas que den solución a los problemas de salud, garantizando la integralidad en el abordaje de los fenómenos.⁷

En el Programa Nacional de Ciencia y Modernización Tecnológica 1990-1994⁸ se enunciaron objetivos y medidas para fortalecer la investigación en México, como por ejemplo: mejorar y ampliar la formación de recursos humanos para la ciencia y la tecnología, articular la actividad científica del país con las corrientes mundiales del conocimiento, contribuir al entendimiento de la realidad y de los problemas nacionales en las diversas áreas de la actividad científica. Pero a pesar de esos propósitos en un estudio sobre el financiamiento de la ciencia en México⁹ reveló que el presupuesto ejercido para 1991 en ciencia y tecnología fue apenas el 72 % del correspondiente en 1981. La fracción del PIB invertida en ciencia y tecnología por el país llegó a caer en la presente década hasta 0.27 %, el cual es menor al otorgado a otras secretarías como la de Agricultura y Recursos Hidráulicos, Minas e Industria Paraestatal, entre otras. Además, el gasto erogado en los programas relacionados con los objetivos señalados del Programa Nacional de Ciencia y Modernización Tecnológica disminuyeron notoriamente de 1990 a 1992, ya que, por ejemplo el monto para el Desarrollo de la Investigación Aplicada pasó de 26.8 % en 1990 a 15.9 % en 1992; el asignado al Fomento de la Formación de Recursos Humanos pasó de 7.0 en 1991 a 5.6 % en 1992, el otorgado al Desarrollo y Apoyo a la Investigación Básica pasó de 23.9 % en 1990 a 18.5 % en 1992 y el destinado a la Educación de Posgrado descendió de 11.4 a 10.9 %, respectivamente.¹⁰ Como se puede observar el problema de la escasez se recrudeció en esta última década afectando a todos los sectores sociales, y la investigación en salud sufre su parte proporcional, particularmente la que se refiere a los servicios de salud y a la epidemiológica, ya que las ramas de la investigación biomédica son las que más se abordan, y destacan entre éstas, aún en tiempos de crisis las neurociencias, la genética, la farmacología, la reumatología y la inmunología clínica.¹¹

Por otra parte, en el Programa de Reformas del Sector Salud 1995-2000¹² se propone contemplar a la investigación como un medio de aproximación a la realidad concreta de la prestación de los servicios de salud, y retroalimentar los procesos de educación y asistencia con la información que se genere. Sin embargo, las aportaciones económicas del Estado al desarrollo de la ciencia y tecnología han caído prácticamente en un 40 por ciento en el presente año. México sólo ha podido desarrollar una ciencia muy por abajo del promedio

⁷ FABA, Gladis. "La Investigación Esencial en Salud: Una Alternativa" en *Economía y Salud*. Fundación Mexicana para la Salud. 1994 p 68.

⁸ Secretaría de Programación y Presupuesto. México, 1994.

⁹ ARÉCHIGA, Hugo. "La Investigación Médica en México" en *Gaceta Médica de México*. Vol. 126 No. 4 México 1992. p. 266

¹⁰ FABA, Gladis. op. cit. p. 78.

¹¹ ALARCÓN Segovia, Renato. "Panorama de la Investigación biomédica en México" en *Gaceta Médica de México* Vol. 126 No. 4 p.282.

¹² PODER EJECUTIVO FEDERAL. "Programa de Reformas del Sector Salud 1995-2000". México. p.16.

internacional, "por lo menos se necesitarían veinte instituciones iguales a la UNAM para elevar el nivel y propiciar que el País produzca tecnología vendible y se evite su papel como simple abastecedor de mano de obra barata"¹³ La recuperación de la planta científica nacional no ha alcanzado los niveles previos a la crisis, el monto actual de los recursos destinados a la investigación científica es muy limitado. Es evidente que los problemas financieros de la investigación son contundentes y afectan gravemente la calidad de la misma, la formación de recursos humanos y la infraestructura destinada a esos aspectos, a pesar de que en el discurso se proponga lo contrario.

Otros de los problemas que impiden el desarrollo de la ciencia mexicana consisten en la visión restringida de los actuales sistemas de evaluación, que han dividido el quehacer científico en dos bandos: los evaluadores y los evaluados, donde los primeros ponen las reglas del juego, y los segundos, no pueden hacer nada ante tales imposiciones. Dichos sistemas de evaluación están basados en la desconfianza¹⁴ y en la actualidad han desvirtuado los verdaderos propósitos de las organizaciones como el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) hasta convertir a los científicos en buscadores de los estímulos económicos. Además la falta de apoyo académico a quienes no pertenecen al SNI constituye un freno muy importante al desarrollo de nuestra ciencia.¹⁵

Se puede concluir que el hecho de identificar las numerosas dificultades que prevalecen en el ámbito de la investigación en salud, el gran desbalance que existe entre los enfoques biomédico y social, y ante los problemas emergentes que enfrentan los sistemas de atención en México, permiten contextualizar la aplicación de la investigación de los servicios de salud como una alternativa para proponer soluciones con evidencias científicas que retroalimenten la toma de decisiones en el proceso de reforma que se ha iniciado en muchos de los espacios del sector.

1.2 LA MEDICINA COMO INSTITUCIÓN SOCIAL, EL ÁMBITO DE ACCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

La ciencia progresó desde el siglo XVIII y con creciente rapidez en los siglos XIX y XX. Como resultado de los avances técnicos, el mundo se industrializó y ahora nos encontramos en una sociedad de asalariados cuya existencia depende del mercado laboral. Unos cien años atrás una de cada cinco personas satisfactoriamente empleada era obrera, y cuatro eran poseedores de sus propios medios de producción, en calidad de agricultores independientes, artesanos o comerciantes. Después de dos revoluciones industriales y en plena era de la

¹³ YAKAMÁN, Miguel José. "La Ciencia en México, por debajo del promedio Mundial." Artículo publicado en Diario Uno más Uno. México, 14 de mayo de 1997. p. 3

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ DRUKER Colin, René. "Necesario replantear los mecanismo de evaluación de las ciencias." Art. publicado en Diario Uno más Uno. México, 14 de mayo de 1997. p. 3

cibernética, cuatro de cada cinco personas son obreros o empleados asalariados, en el mejor de los casos, ya que existe un alto índice de desempleados, lo cual significa que la mayoría de la población depende para vivir del mercado laboral.¹⁶

Mientras ocurrían estos cambios en la medicina y en la sociedad, la incidencia de la enfermedad también cambió considerablemente; las enfermedades agudas estaban en primer término en el pasado, ahora han sido desplazadas por las enfermedades crónicas, que no siempre pueden ser combatidas con medidas generales de salud pública, por lo que a la larga requieren de la atención individual del personal para la salud. Al mismo tiempo, se han desarrollado diversos procedimientos para la prevención de enfermedades frecuentes, y ahora es el momento de revertir la relación que ha existido en los últimos años entre el médico y el paciente. En lugar de esperar que la salud se quebrante y los pacientes busquen consejo y atención, el médico debe convertirse, cada vez más, en un educador y protector de la salud, que identifica a sus pacientes potenciales en donde la gente se congrega por razones de trabajo, en la fábrica, en el campo y en la oficina.¹⁷

Las definiciones de salud-enfermedad no son constantes, sino que varían en diferentes contextos socioculturales; por ejemplo las definiciones norteamericanas difieren de las culturas latinas, y esta variabilidad da lugar a conflictos cuando la medicina occidental, con frecuencia siguiendo patrones norteamericanos, es introducida y puesta en competencia con prácticas tradicionales. Al mismo tiempo, casi todas las sociedades han desarrollado una serie de personajes o figuras con ciertos roles estableciendo sus funciones relacionadas con la salud y la enfermedad tales como las de enfermera, doctor, paciente, administrador, afanador, etc. Las expectativas sobre cada una de las funciones (es decir, la forma en que se espera que actúe la gente encargada de cada una de ellas) relacionadas con la medicina, determinan el comportamiento tanto de los enfermos como de los trabajadores para la salud en formas más o menos predecibles. El conjunto de funciones y expectativas relacionadas con la salud y la enfermedad integran la institución de la medicina.¹⁸

Las colectividades existentes dentro de dicha institución, comprenden las relaciones médico-paciente, médico-enfermera, médico-médico, así como una gran serie de grupos como por ejemplo las organizaciones médicas, los hospitales y las compañías farmacéuticas. Otro tipo de funciones dentro de la institución incluyen a las relaciones familiares tales como la de la madre con el niño enfermo y las relaciones laborales, como el caso del patrón con el trabajador enfermo. En resumen, la medicina como institución social comprende todos los diferentes papeles que se relacionan con la salud y la enfermedad.

Por otra parte, el fenómeno de la enfermedad y el de la muerte, deben ser reconocidas como hechos universales, es necesario discutir en abstracto el miedo consumista a la enfermedad

¹⁶ SECRETARÍA DE SALUD. Encuesta Nacional de Salud II, SSA, México, D.F. 1994. pp. 16-30.

¹⁷ SINGERIST, Henry. Hitos en la Historia de la Salud Pública. Siglo XXI. 4ª ed. México, 1990. p. 94.

¹⁸ SINGERIST, Henry. Op. cit p. 30.

y a la muerte, puesto que reducir su importancia a los rituales médicos de marginar o encapsular la enfermedad es una de las consecuencias más negativas de la medicina actual, en la medida en que corren el peligro de condicionar una percepción donde la enfermedad aparezca como "normal".

Una cosa es asumir la existencia de determinadas enfermedades como posibles en función de las condiciones creadas por la evolución del propio organismo y por la emergencia de conflictos sociales y psicológicos, que pueden dar lugar a duelos, a enfrentamientos y respecto de los cuales la psiquiatrización y psicologización potencian una inhibición y control de estos procesos, y otra es llegar a considerar "normal" a toda enfermedad. Es decir, que si bien los "daños a la salud" son potencialmente universales, las características que adquieren y la manera en que se estructuran a nivel económico-político e ideológico establecen no sólo la particularidad del fenómeno, sino, sobre todo, la posibilidad de entender la desigualdad del mismo y la posibilidad o limitaciones de hallar soluciones parciales o globales no sólo en la estructura social, sino a nivel de los casos particulares.¹⁹

El desarrollo de nuevas enfermedades, el aumento de otras luego de un período de abatimiento, el gran auge de la polifarmacia, han ido a la par con la irracionalidad capitalista. La alta prevalencia de la obesidad, de la diabetes, de las enfermedades cardiovasculares, de los accidentes laborales y en la vía pública, de las enfermedades mentales, no constituyen ni un invento medicalizador ni un medio de manejo de los sectores subalternos, sino que son producto funcional de la estructura capitalista que genera estas consecuencias y que produce a su vez técnicas que intentan la solución total o parcial de algunas de sus consecuencias pero no de sus orígenes.²⁰

La salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo psico-social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, al menos en teoría, el fin último del desarrollo.²¹

Hoy se sabe que la salud de la población depende de una red multicausal de factores biológicos y sociales, el estado del medio ambiente, las formas de organización social, la estructura económica, el nivel de democracia, el grado de urbanización, las condiciones materiales de existencia, la escolaridad, la nutrición, la fecundidad y los estilos de vida, son todos determinantes cruciales de la salud, a los cuales el sistema de atención debe dar

¹⁹ WAILZKIN, H.B; Waterman. La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. Nueva imagen. México, 1981. p. 12.

²⁰ Ibidem. p. 16.

²¹ FRENK, Julio. La Salud de la Población. Hacia una nueva Salud Pública. Fondo de la Cultura Económica. México, 1993. p. 25.

respuesta. El cuidado de la salud es, por lo tanto, un esfuerzo que va más allá de la mera aplicación de tecnología médica.

Simultáneo al avance científico y tecnológico, los servicios de salud deberían tener un valor positivo para la mayoría de la gente. Dada la naturaleza de las necesidades de salud, el deseo de obtener servicios suele ser mayor que los recursos para producirlos, ello obliga, en todos los países del mundo, a contar con mecanismos para asignar ese valor escaso o elevado a los servicios de salud. La salud entra así a los ámbitos de la economía y de la política. Hoy, la mayor parte de los habitantes entran en contacto, ya sea regular o esporádico, con médicos, enfermeras, técnicos, hospitales, clínicas, centros de salud, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguros, vacunas, medicamentos, equipos, en fin, todo el vasto y diferenciado conjunto de personas, organizaciones y tecnologías que se especializan en el cuidado de la salud.²²

Los sistemas de salud representan simultáneamente una fuente de diferenciación institucional, donde se absorben funciones antes desempeñadas por el individuo y la familia. Es un conjunto creciente de organizaciones complejas con estructuras de autoridad *suigeneris*; una fuente de empleo y de ingresos para un ejército de profesionales, administradores y técnicos, quienes funcionan dentro de una complicada división del trabajo; un canal para movilizar, intercambiar y redistribuir grandes cantidades de dinero, tanto público como privado; un punto focal para la innovación tecnológica; el sitio por excelencia donde el cuidado común entra en contacto personal con la ciencia. Es un vigoroso sector de la economía, con importantes efectos sobre ciertas variables macroeconómicas como la productividad, la inflación, la demanda agregada, el empleo y la competitividad; un espacio para la competencia política entre grupos de presión y movimientos sociales. Una serie de significados culturales para interpretar aspectos fundamentales de la experiencia humana, tales como el nacimiento y la muerte, el dolor y el sufrimiento, la normalidad y la desviación, la prevención y la curación, el fomento de la salud y la rehabilitación. Un espacio al fin, donde se formulan y a veces se responden varias de las preguntas éticas, clave de nuestros tiempos.²³

Por si esto fuera poco, está intensificándose el debate sobre la filosofía más efectiva a seguir para mejorar la calidad de los servicios de salud. Así, se han propuesto estrategias facilitadoras en las que la garantía de calidad se considera una actividad profesional importante, diseñada para permitir una mejora constante de la atención a los pacientes,²⁴ sin embargo esos deseos compiten por recursos y atención a otras presiones diversas que enfrentan los profesionales de la salud, por lo tanto, aunque los reglamentos que aseguran que esas actividades realmente tengan lugar, no obstante se llega a un punto en el que pueden volverse contraproducentes ya que obligan a los individuos y a las instituciones a

²² Ibid. p.27.

²³ Ibid. p.101

²⁴ JESSE, William. "Garantía de Calidad en los Hospitales de Estados Unidos" en Salud Pública de México Vol. 32 No. 2 .1990. p.136.

concentrarse en "cumplir con la norma" en vez de atender el interés individual e institucional de mejorar la calidad.

Por otra parte, el desarrollo del personal de salud es sólo un elemento más del propio desarrollo de los servicios de salud en el que debe estar convenientemente integrado. La expresión recurso de personal de salud carece de significado por sí sola, se refiere solamente a un instrumento para administrar asistencia. No obstante, en el complejo sistema de relaciones y de intereses docentes y profesionales en constante competencia, es difícil percibir este principio,²⁵ por ello resulta ineludible reconocer que la integración docente-asistencial se conceptualiza como un proceso constante de articulación entre las instituciones de educación y de servicios de salud, pues persiguen el fin común de mejorar las condiciones de salud, orientar la producción de conocimientos y la formación profesional, tomando como base el perfil epidemiológico en un determinado contexto social, que permita la continuidad del proceso educativo, que nazca en el trabajo y que sea capaz de transformarlo.²⁶

En este sentido, la cualificación del trabajo solo se produce en el trabajo y no para el trabajo, a partir del desarrollo de la ciencia o, en consecuencia de la apropiación de este conocimiento por el futuro trabajador. La jerarquía de definiciones se invierte, la cualificación del trabajador responde a las necesidades de cualificación del trabajo siendo la capacitación profesional un atributo subordinado y una característica complementaria de las exigencias globales del trabajo, exigencias éstas que son determinadas en el propio espacio de la producción social de bienes o servicios.²⁷

En otros términos, la capacitación escolar reafirma la cualificación del trabajador, una preparación que a la vez debe ser técnica, con la adquisición de conocimientos científicos y habilidades prácticas afines, que sea ética, basada en el aprendizaje genérico del ejercicio de la moral en la sociedad y del que se desprende el ejercicio particular en la intervención en salud.

Se trata de reformar así la educación, hoy reducida a procesos de capacitación científico-tecnológica. La educación debe convertirse en un proceso que permita al hombre servir a la sociedad y responder a sus necesidades de acuerdo con su cualificación. La educación debe permitir, igualmente, que el hombre, con su propia cualificación sea capaz de reflexionar críticamente acerca de las necesidades sociales existentes y argumentarlas como un

²⁵ MORALES, Humberto. "Implantación de programas de garantía de calidad en los hospitales de América Latina y el Caribe" *Educación Médica y Salud*. Vol. 27, No. 3. OMS-OPS. México. 1993 p.3.

²⁶ VIDAL, Carlos. "Integración docente- asistencial" *Educación Médica y Salud*. Vol. 20, No. 1. OMS-OPS México. 1986. p.4-5.

²⁷ BLIMA SCHRAIBER, Lilia. "Formación escolar, capacitación profesional y calidad de los servicios de salud" *Educación Médica y Salud*. Vol. 28, No. 2 OMS-OPS México. 1994.p.23

conjunto que conforma la **calidad de vida de la sociedad**. Sólo así comprendida, como existencia humana, como proceso social, podrá dar al trabajo su significado real.²⁸

Las funciones de promover la salud, prevenir la enfermedad, curar a los enfermos y rehabilitarlos, producen muchas satisfacciones, pero también muchos problemas y tensiones en el personal sanitario. Ciertamente, estas personas tienen una tasa muy alta en problemas de salud y en conductas insalubres como el consumo del tabaco y la vida sedentaria, e incluso en los últimos años se ha registrado aumento en los suicidios que parecen deberse, entre otras causas a la fuerte tensión laboral a que se ven diariamente sometidos dichos profesionistas.²⁹

En este sentido, resulta necesario analizar los diversos factores que condicionan el estado de salud de las personas en general y de los prestadores de servicios de salud en particular, con la finalidad de documentar científicamente esos fenómenos y desde esa perspectiva proponer alternativas que conlleven a prácticas de vida más saludables y abatir por lo tanto los costos sociales que representa la enfermedad en cualquier etapa de la vida.

1.3 EL CONTEXTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA SALUD.

Para los propósitos del presente estudio, se hace necesario establecer ciertos referentes teóricos que den sustento al análisis de la conceptualización de la calidad de vida y de la salud positiva, temas centrales de esta investigación. Uno de los aspectos más relevantes consiste en el reconocimiento de la estrecha relación que existe entre los problemas económicos, sociales y ambientales con la salud, la cual a su vez refleja los modelos de desarrollo adoptados por cada nación.

En el caso de los países de América Latina, en la presente década conservan sus tres características básicas: son los de más alta inflación, los de más alto endeudamiento externo y los de mayor desigual distribución del ingreso en el mundo. Para atenuar los efectos de la exclusión social por los severos ajustes que en economía se han realizado en estos países, se introdujeron una serie de medidas denominadas "políticas sociales" que sin embargo no logran compensar la reducción salarial ni la caída en la calidad y cantidad de los servicios sociales básicos y han soslayado el tratamiento de la equidad en el financiamiento del déficit fiscal.

El problema continúa agravándose porque la recesión se prolonga, la inflación crece, los empresarios continúan sin invertir y los trabajadores todavía no reciben mejoras en su

²⁸ Ibidem.

²⁹ CARTWRIGHT; citado por Rodríguez Marín en Psicología Social de la Salud. Síntesis, S.A. Madrid. 1995 p. 187.

calidad de vida, por lo menos para reparar en parte los elevados costos de los sucesivos ajustes. Numerosos estudios han señalado la exclusión de un importante sector de la población de los beneficios de la política social. Visto desde los pobres, el *Estado de Bienestar* es un ausente o su presencia es circunstancial, fragmentada y/o acotada. Esta constatación fundamenta la crítica a la presencia del Estado en la política social, particularmente en su participación en la prestación de servicios de salud y de educación, a la vez que va acompañado de la queja constante contra la ineficiencia de esa instancia y sus servicios, de la inutilidad del pago de impuestos destinado a su financiamiento y cuyo destino es generar las bases de legitimidad social.³⁰

De la crisis del *Estado de Bienestar*, se pasa entonces al *Estado de Malestar*, este concepto tiene dos dimensiones básicas estrechamente relacionadas: una psicosocial y otra institucional. La dimensión psicosocial se genera en la conformación de una sociedad más dual en la que los estratos medios tienden a desvanecerse y en donde se congelan las perspectivas de movilidad social ascendente. Sobre la comprobada ausencia de los servicios básicos del Estado en los sectores de menores ingresos se construye un discurso de un individualismo dogmático que deja a cada persona librada a su propia suerte, resintiendo el tejido social y las redes comunitarias de solidaridad.³¹

Esta dimensión psicosocial hace referencia a una percepción colectiva o estado de ánimo particularmente de los sectores de bajos ingresos y los “nuevos pobres” que se traduce en desesperanza y la falta de credibilidad derivados de la situación de continuo retroceso social en términos de ingresos reales y oportunidades de empleo decrecientes. En el caso de los nuevos pobres, acceso restringido a posiciones de trabajo, baja productividad y bajos salarios, además los servicios de los sectores sociales públicos casi nunca fueron accesibles para los sectores de más bajos ingresos y en el caso de los nuevos pobres acceso a servicios deteriorados y sobrecargados.³²

Por otra parte, es evidente que la tradicional sectorización con la que se han tratado los problemas ambientales y sanitarios, provocan un efecto negativo, al aislar a estos elementos del proceso de desarrollo nacional. Este último por lo general es evaluado en función de indicadores del progreso económico y fuera del contexto de las realidades sociales y políticas de cada país. La relación entre el ambiente, la salud y la economía a menudo se manifiesta a través del costo económico que significa para la sociedad el tratamiento inadecuado de los dos primeros de estos sectores y del círculo vicioso que así se genera determinado por la degradación ambiental, el aumento de las enfermedades derivadas de ésta y las restricciones económicas para dar atención a ambos aspectos.³³

³⁰ BUSTELO, Eduardo. “La Producción del Estado de Malestar: Ajuste y Política Social en América Latina”. en *Salud Internacional, un Debate Norte-Sur*. OPS, No. 95. OPS-OMS Washington, D.C. 1992. p.93.

³¹ *Ibidem*, p 7.

³² *Ibidem*, p 17.

³³ GASTAL, Alfred. “El medio ambiente y sus efectos sobre la salud”. En *Salud Internacional. Un Debate Norte-Sur*, op. cit. p. 40

Con la política neoliberal y la descentralización se pretende trasladar las responsabilidades y los problemas de la Federación a los Estados, sin que éstos reciban la correspondiente transferencia de la capacidad resolutive, técnica y financiera, lo cual ocasiona aún más fallas en los sistemas. La política social en el marco de ese proyecto neoliberal se moderniza y deja de lado la intención de cumplir con los derechos sociales asentados en la Constitución Mexicana, y transita hacia una política de "neobeneficencia" caracterizada por la descentralización, la reorganización institucional y la todavía más drástica reducción del financiamiento destinado a su desarrollo. Así, el Estado Mexicano garantiza un "mínimo de servicios a los grupos más depauperados" dejando el resto del problema a la lógica del mercado.³⁴

Este círculo vicioso se establece por el hecho de que la vida humana y su desarrollo no son normalmente considerados en la mayoría de las sociedades como un capital indispensable para el desarrollo. Si no se valora el capital humano ¿por qué valorar el capital natural constituido por el medio ambiente y los recursos naturales? o ¿por qué valorar el trabajo discreto y silencioso en el área de la salud pública preventiva, si ninguno de estos altera a corto plazo el indicador de ingresos *per cápita*?. Desde que se adoptaron los sistemas de cuentas nacionales en el mundo occidental hace ya cerca de medio siglo, el ingreso *per cápita* ha sido el índice más conocido de progreso económico. Pero actualmente es cada vez menos satisfactorio para evaluar el progreso real especialmente en los países en desarrollo. Por ejemplo el ingreso *per cápita* no permite medir la degradación ambiental, la distribución de la riqueza, los niveles de salud de la población ni su grado de alfabetización o de organización social.³⁵

El documento *Ottawa Charter for Health Promotion* adoptado en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud que tuvo lugar en 1986, estipulaba que "las condiciones y los recursos fundamentales de la salud son la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, el ingreso económico, un ecosistema estable, recursos que tengan continuidad, la justicia social y la equidad."³⁶

Por más utópico que parezca ese discurso, no se puede dejar de considerar que "las mejoras en salud exigen una base estable en forma de estos requisitos básicos, los niveles de vida así logrados tienen profundas repercusiones sobre la *salud positiva*, que no es solamente el estado subjetivo de bienestar, que comprende elementos como la vitalidad, la ausencia de fatiga excesiva, y de los malestares provenientes del medio ambiente tales como frío o calor excesivo, la niebla industrial y el ruido, sino que también un componente funcional, vale decir la capacidad del individuo para participar de una manera efectiva en la sociedad, en el trabajo y en la comunidad".³⁷

³⁴ LÓPEZ Arellano, Olivía. "La Modernización de la Política de Salud en México" en Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, Venezuela. 1992. p.2.

³⁵ *Ibidem*. p. 43.

³⁶ *Ibidem*. p. 39.

³⁷ MILTON, Terris. "La Situación de la Salud en las Américas". En Salud Internacional... op. cit. p. 84.

Las necesidades básicas de las personas tienen una gran variabilidad y por ello pueden subestimarse en diversos grados, así por ejemplo, en opinión de Boltvinik³⁸ existen seis fuentes de bienestar:

1. El ingreso corriente.
2. Los derechos de acceso a los servicios o bienes gubernamentales de carácter gratuito o subsidiados.
3. La propiedad o derechos de uso, de activos que proporcionan servicios de consumo básicos, también denominado patrimonio básico acumulado.
4. Los niveles educativos, las habilidades y destrezas, entendidos no como medios de obtención de ingresos sino como expresiones de la capacidad de entender y hacer.
5. El tiempo disponible para la educación, la recreación, el descanso, y para las labores domésticas.
6. Los activos no básicos y la capacidad de endeudamiento del hogar.

Estos elementos constituyen el "Método de Medición Integrada de la Pobreza", el cual surge de la crítica que el citado autor hace de los métodos denominados "Línea de la Pobreza" (LP) y el de "Necesidades Básicas Insatisfechas" (NBI). Dichos métodos se han utilizado recientemente para medir la pobreza en México. Al parecer la LP sólo mide el ingreso corriente, mientras que el NBI no considera las fuentes 4 a 6, por lo tanto el abordaje que hacen del problema es muy parcial cuando se utilizan por separado.

Sin embargo, el intento por comprender el enfoque integral de las llamadas fuentes de bienestar resulta sumamente complejo porque existe un rasgo común a todos los hombres: tan pronto como logran dar satisfacción a todas sus necesidades fisiológicas, desarrollan nuevos deseos y urgencias, que a su vez, ceden su sitio a otros más. Para el ser humano, en el mejor de los casos, a la satisfacción suele seguir el fastidio.³⁹

El proceso de la alimentación ofrece un buen ejemplo de este fenómeno y puede traspolarse a muchos otros casos. Por ejemplo, la abundancia de alimentos ricos en todos los nutrimentos necesarios puede resolver el problema alimentario para los animales inferiores, pero no para el hombre, el cual cuanto más se civiliza, -o al menos se urbaniza- más tiende a perder el simple apetito fisiológico para reemplazarlo con necesidades no fisiológicas derivadas del placer de comer. Este placer pronto se convierte en un fin en sí mismo y desplaza el propósito fisiológico que le dio origen. El sabor y el color del producto alimenticio, el envase en que se vende y las costumbres asociadas con su uso, son factores tan importantes en la nutrición humana actual como el valor intrínseco de los alimentos. Y es bien sabido que las modas en materia de sabores, colores, envases y hábitos, cambian muy rápidamente en el mundo moderno por las presiones sociales y publicitarias.

³⁸ BOLTVINIK, Julio. "La Pobreza en México, Metodologías y Evolución". En Salud Pública de México. Vol. 37, No. 4. México, 1995 p. 288.

³⁹ DUBÓS, René. El espejismo de la Salud. Fondo de la Cultura Económica. México. 1986. p.63

Por lo tanto, se tiene que ser sumamente cuidadoso para abordar el complejo tema de las necesidades humanas, en el campo de atención a la salud la conceptualización de la calidad de vida y la salud positiva, por estar tan relacionadas con los niveles de satisfacción que identifiquen las personas, implica en primer lugar, considerar las perspectivas del consumidor y del proveedor y, consecuentemente, muchas medidas subjetivas de las condiciones de salud y de utilización de los servicios.

1.4 LA CULTURA Y EL ENTORNO PSICO -SOCIAL DE LA SALUD.

Para tratar de superar las restricciones que implica el enfoque biomédico, unilateral, de la salud, han surgido otros niveles de análisis sustentados por disciplinas como la Antropología Médica y la Psicología Social, además de la propia Sociología. Se subrayan así las áreas de la existencia cotidiana y las del dominio del comportamiento humano, de tal manera que las personas son vistas como participantes activos de los procesos sociales, y por lo tanto, de la atención y fomento de la salud.

Fábrega (citado por Nigenda⁴⁰) ha desarrollado y sistematizado el supuesto de que los valores y significados que las personas poseen no existen al azar en las sociedades, sino que mantienen un orden intrínseco dictado por el sistema que los contiene, es decir la cultura.

En este sentido, se pueden diferenciar dos modelos explicativos básicos sobre el proceso salud-enfermedad y sobre la forma en que las sociedades se organizan para hacerle frente; la primera de ellas es la teoría etnomédica del padecimiento que normalmente es identificada en las poblaciones, por lo que presenta un gran número de variantes por las mismas personas, teniendo una lógica empírica. La segunda, o teoría biomédica, se basa en una racionalidad científica. Ambas deben entenderse como estructuras lógicas de pensamiento que no pueden ser fácilmente separadas de los factores sociales e históricos que les dan contexto.

Desde el punto de vista médico o del proveedor de servicios, se origina una primera entidad: la enfermedad (*disease*) y denota un funcionamiento inadecuado o disrupción de los procesos biológicos y/o psicológicos. En cambio, para el paciente o cliente, surge una segunda entidad: el padecer (*illness*), como la vivencia o experimentación de la enfermedad, o de la percepción de la enfermedad y la reacción social ante ella. El padecimiento es la forma en que el enfermo, su familia y su red social perciben, etiquetan, valoran y responden ante la alteración biopsicológica.

Además, en todas las sociedades, un componente esencial dentro del proceso de socialización de los individuos lo constituye su adscripción a determinados atributos y papeles sociales conforme hayan nacido de uno u otro sexo, es decir, la construcción y

⁴⁰ NIGENDA López, Gustavo. "Uso de métodos antropológicos para el estudio de causas de no vacunación, el caso de Nativitas" Salud Pública de México. Vol. 32, No. 3 México, 1990. p. 328.

transmisión de los géneros. Esto está tan inmerso estructuralmente dentro de las culturas que se realiza de manera automática. Una de las características de esta reproducción social es que los valores en ella implícitos se legitiman argumentando que son inherentes a la naturaleza humana. Se justifican las formas en que los individuos actúan porque siempre han sido así y lo seguirán siendo. La sociedad utiliza sus instituciones para reproducir y consolidar los valores y comportamientos que favorecen una determinada estabilidad, en otras palabras, para mantener intereses hegemónicos.⁴¹ En este caso, los varones y las mujeres aprenden el significado de lo femenino y lo masculino, lo que la sociedad espera de ellos, lo normal y natural y lo que no lo es, en síntesis, cómo obtener su supervivencia y desenvolverse de manera gratificante como miembros de su comunidad, y desde luego, esto también matiza las actitudes hacia la salud-enfermedad.

En los grupos humanos el principal agente socializador parece ser la familia y después la escuela en donde se refuerzan los valores y las conductas. Los aprendizajes obtenidos en la familia se consolidan a través de la vida de los individuos quienes a su vez son difusores y perpetuadores de lo aprendido. Especialmente las mujeres desempeñan una función definitiva en este aspecto aunque dichas conductas les afecten directamente de manera desfavorable⁴² sobre todo en lo que a salud se refiere.

En este sentido, las personas en general y las que dispensan la atención sanitaria pueden tener opiniones distintas sobre la salud, y pueden por lo tanto trabajar con objetivos diferentes que también pueden o no estar en conflicto. Por ejemplo, alguien puede señalar "que se siente bien" y sostener que la salud consiste en el bienestar general pero no está dispuesto a someterse a ciertos exámenes aún cuando el médico le indique que sospecha de alguna enfermedad, y aún cuando dicha persona sea un trabajador para la salud.⁴³

En este sentido, resulta importante establecer las características del entorno en el que se desarrolla cada individuo para poder conocer el efecto que sobre su salud pudieran ocasionar. Entre las premisas teóricas para explicar los efectos del entorno psicosocial sobre la salud se encuentra el proceso del estrés, aunque todavía falta mucho por estudiar al respecto para establecer sus verdaderas implicaciones en el incremento de padecimientos como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, ciertas formas de cáncer, la arteroesclerosis y las adicciones, el estrés suele señalarse como uno de los factores de riesgo más importantes.

Se consideran situaciones estresantes aquellos eventos de la vida diaria que, independientemente de que se tenga o no conciencia de ellos, producen sobre-esfuerzo físico, mental o emocional que está ligado a un exceso de actividad fisiológica y, al repetirse, puede provocar enfermedad; el resultado depende de la forma en que el individuo asuma la agresión, de sus recursos a nivel colectivo, -soporte psico-social- e individual, -personalidad-. Lo anterior significa que diferentes personas pueden exponerse a la misma

⁴¹ ELU, Ma. del Carmen. La luz enterrada. Un estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala. Fondo de la Cultura Económica. México. 1993. p.139.

⁴² Ibid. p.142.

⁴³ LONG, Bárbara. Tratado de Enfermería Médico- Quirúrgica. Vol. 1. Interamericana. México, 1989. p.4.

situación y responderán de manera distinta, de acuerdo con los moduladores de que dispongan. Si tienen un soporte psicosocial adecuado, entendido como la satisfacción de las necesidades afectivas, de reconocimiento social, de comunicación, entre otros, habrá menor vulnerabilidad ante situaciones adversas.⁴⁴

Entre las características estresantes en el ambiente laboral se incluyen factores como la sobrecarga de trabajo, la exposición a riesgos y peligros del mismo, el trabajar por turnos o de noche, la complejidad de las labores, la posibilidad o no de controlar su propio tiempo, la variedad de las tareas, el conflicto de rol y la ambigüedad del mismo. En cuanto a las variables grupales y organizacionales se pueden mencionar la falta de cohesión en el grupo, las presiones de los compañeros, el clima organizacional y su complejidad y sobre todo la ausencia de participación en la toma de decisiones en el caso de que dependa de una institución.

Para los trabajadores de la salud estos factores se traducen también en importantes fuentes de estrés sobre todo porque la mayoría de las veces se da el conflicto y la ambigüedad del rol, la sobrecarga de trabajo, la infrautilización de habilidades y los recursos inadecuados. El profesional de la salud enfrenta cotidianamente la atención de muchos pacientes, la necesidad de tomar decisiones críticas incluso sobre la base de escasa o ambigua información, así como las consecuencias peligrosas de esas condiciones, la presión constante para no cometer errores, el peligro de contagio, las diferentes líneas de autoridad a que se ve sometido, la introducción constante de nuevas tecnologías y conocimientos, entre otras.

La mayoría de los profesionales sanitarios pasan gran parte de su tiempo en contacto con personas enfermas y sus familiares y esa interacción genera sentimientos de tensión y ansiedad, temor y hostilidad muchas veces encubiertos. Tal situación a la larga los conduce al agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento personal.⁴⁵ Al conjunto de estos síntomas se le ha denominado *burnout* o "*síndrome de estar quemado*" y su descripción obedece a los problemas que provoca tanto para los proveedores de servicios como para los usuarios y para la institución misma ya que puede afectar la calidad de la asistencia y juega un papel relevante en la satisfacción laboral, en el ausentismo y tiene también repercusiones a nivel familiar y social.⁴⁶ Su detección oportuna es necesaria cuando se desea acceder a niveles óptimos de calidad y eficiencia en cualquier organización que ofrece servicios de salud.

En este sentido, uno de los retos para el prestador de servicios de salud es aprender a mantener su sensibilidad y su destreza profesional a pesar de que suele estar sobrecargado de trabajo y que tal vez invariablemente lo conduzca a la fatiga física y mental. Reducir el estrés requiere minimizar los factores que lo están condicionando. Por ejemplo, un paciente tiene derecho a la atención médica pero también adquiere obligaciones respecto a su propia

⁴⁴ MOURIÑO, Rosa. "Diseño y Validación de un instrumento para valorar el entorno psicosocial" Salud Pública de México. Vol. 33, No. 1. 1991. p. 39.

⁴⁵ RODRÍGUEZ Marín, Jesús. Psicología Social de la Salud. Síntesis, S.A. Madrid 1995 p. 188.

⁴⁶ *Ibidem*.

enfermedad y respecto al esquema terapéutico propuesto por el prestador de servicios de salud. Con respecto al clima organizacional, se obtendrá un mejor ambiente cuando los integrantes del grupo de trabajo se identifican con un objetivo común y contribuyen cada uno al logro del mismo en la medida de sus propias responsabilidades, al mismo tiempo la organización debería estar alerta de que existan los recursos necesarios para el desempeño de las funciones de estos profesionales. Por último un elemento de suma importancia consiste en que los profesionistas de la salud se acepten a sí mismos como seres humanos y por lo tanto reconozcan sus límites en el cuidado de la salud de las demás personas y la necesaria atención propia.

1.5 MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y DE LA SALUD POSITIVA.

Hoy en día se acepta que el bienestar general no es algo que simplemente ocurre, sino que requiere planeación y un compromiso consciente, es el resultado de un estilo de vida con conductas ideadas para que el estado general de la persona sea óptimo. La clave para el bienestar general radica en que la persona funcione a su máximo potencial dentro del marco de limitaciones que no puede controlar⁴⁷ como por ejemplo los factores económicos y políticos.

Para algunos autores el bienestar general se refiere al grado de bienestar económico, social, físico, mental, ambiental de que goza la población expresado en la existencia de una forma de convivencia solidaria y participativa, en el trabajo colectivo para lograr cierta calidad de vida. Por esta razón la salud debería medirse no por el número de actos médicos ni por las tasas de mortalidad, sino por el número de días sin enfermar, sin invalidez, sin sufrimientos y angustias. Aunque esto es difícilmente mensurable, es claro que la salud exige mucho más que una distribución de recursos médico-sanitarios, puesto que es parte mayoritaria en el bienestar del individuo. Desafortunadamente las verdaderas necesidades de vivir en salud no son tomadas en cuenta en toda su magnitud y la población, los usuarios, que son los interesados, no tienen voz ni voto y pesan en las decisiones solo cuando enferman o mueren.⁴⁸

Tanto la salud como el bienestar son tributarios de los modos sociales de producción que pueden modificar el contexto ecológico y social, el ritmo de vida, los medios de subsistencia y las respuestas del individuo. En esta forma las necesidades para vivir en salud que percibe todo ser humano son muy distintas a las necesidades de servicios para recuperar la salud. Las primeras corresponden por su origen y por su tratamiento a la sociedad entera, por ejemplo la alimentación es una necesidad biológica, individual, indispensable para vivir, pero es también una necesidad social porque es el sistema social

⁴⁷ BRUNNER Y SUDDARTH. *Enfermería Médico-Quirúrgica*. Vol 1 Interamericana. México, 1992 p.8.

⁴⁸ SAN MARTÍN, Hernán. *Economía de la Salud*. Interamericana. Madrid, 1989 p.27.

de producción el que nos distribuye los alimentos, es la sociedad la que impone la ideología alimentaria y el simbolismo del rito de comer y finalmente es la sociedad la que determina los precios de los alimentos, es decir el acceso a ellos.⁴⁹

Frecuentemente, las necesidades de salud no son expresadas por la población sino que se establecen indirectamente por los médicos y los planificadores que evalúan la oferta de servicios en relación a los recursos disponibles y a la condición de los diferentes grupos sociales de manera que responden solo a cifras de consumo o de muerte, todo lo cual se reduce a la demanda médico-curativa.

En realidad cada individuo debería ser evaluado en distintas dimensiones tomándose en consideración el funcionamiento general del organismo y su sensación de bienestar. El personal asistencial necesita tener una idea clara del concepto de bienestar general, de lo que podría lograrse si la sociedad estuviese libre de ciertas enfermedades que son prevenibles, y de que cada persona debe ser tratada con base en el estado de salud que podría y debería tener.

Por fortuna, en la mayoría de las naciones se está dando una importancia creciente atribuida a los factores de estilo de vida como agentes causales de salud y enfermedad. Por ejemplo, el consumo de cigarrillos es uno de los riesgos para la salud más importante y es modificable; el uso excesivo del alcohol, la vida sedentaria y una dieta inadecuada también tienen una gran significación.

No obstante que el papel del clínico y de los servicios de salud todavía comienza con la inmunización y el tratamiento de procesos específicos, será necesario ampliar esas funciones incluyendo consejos sanitarios: el examen de factores de riesgo, la educación, prestar atención a las preferencias de las personas para cambiar -o no- su estilo de vida, efectuar los cambios adecuados de la conducta y vigilar el progreso de estas estrategias de cuidado de la salud personal, que redunden en una mejor calidad de vida.⁵⁰

Haciendo un análisis más detallado del problema, en la práctica existen dificultades para medir el nivel de salud, esto es así porque la noción de la salud es relativa y no acepta una definición rígida y precisa. Uno de los principales problemas consiste en que casi siempre se ha tenido que medir en función de la enfermedad. A través de los tiempos se identifican ampliaciones del concepto, muchos autores argumentan que representa un estado del organismo que corresponde al adecuado funcionamiento de éste en condiciones variables de orden genético y ambiental, por ello hoy día suele hablarse del "proceso salud-enfermedad" y se acepta que es el reflejo del estilo y condiciones de vida.

⁴⁹ SAN MARTÍN, Hernan Salud y Enfermedad. Interamericana. México, 1988. p.40.

⁵⁰ CECIL Loeb. Tratado de Medicina Interna. 18ª ed. Interamericana. México 1991 p.40.

Para Steven Polgar (citado por Vargas)⁵¹ los conceptos de salud propuestos en la literatura se pueden clasificar en tres grupos distintos: asintótico, elástico y de extremo abierto.

El concepto **asintótico** -de *asíntota* que en matemáticas significa una recta prolongada indefinidamente y que se acerca a una curva sin llegar a encontrarla- lo asocia al concepto propuesto por la OMS que afirma que “es el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.” Para fines prácticos esto es imposible de lograr porque además deja implícito que el organismo es un todo cuyas partes deben estar en armonía para que haya salud, lo que también es inalcanzable. Este concepto considera que los padecimientos del hombre tienen su origen en el abandono de una perfecta armonía con la naturaleza, a partir del inicio de su camino a la civilización. Este es el modo de pensar de los *naturistas* quienes pretenden que volviendo a lo “natural” será posible lograr la salud. El autor cita el caso de un grupo de ingleses que, bajo el patrocinio de la *British Broadcasting Company* en 1978, intentaron volver a una vida tal y como la tuvieron sus ancestros celtas hace más de 2000 años, sin embargo a pesar de su interés, les fue imposible abandonar el uso de recursos modernos como los antibióticos sintéticos, los anticonceptivos hormonales, las toallas sanitarias y otros productos.

Más de actualidad pone por ejemplo la llamada *atención del parto natural en piscinas* y la búsqueda de la sabiduría en todos los medicamentos de los indígenas americanos, productos que se estiman más próximos a la naturaleza que los de la cultura occidental. Polgar considera que todas estas corrientes de búsqueda de un supuesto equilibrio con la naturaleza, son concepciones negativas ya que implican que la salud es la ausencia de la enfermedad.

El concepto **elástico** de la salud, supone que la enfermedad es algo normal e inevitable, pero parte de la existencia de un estado de armonía absoluta. Es la clásica acepción que le otorga la Medicina Preventiva, en la cual el hombre puede prepararse para esperar alteraciones de su salud con ejercicios, dietas o cualquier medida que incremente la resistencia o defensas del organismo; lo *elástico* estriba en la posibilidad de aumentar o disminuir las capacidades naturales del organismo para adaptarse al medio ambiente.

El tercer tipo de concepto, **de extremo abierto**, del inglés *open ended*, es semejante al *asintótico* pero considera a la muerte como la falta absoluta de salud. A partir de este extremo negativo, la salud se puede acumular en sentido positivo, pero sin límite, de ahí el nombre de “extremo abierto”.

Existen dos formas más de entender la salud, que se encuentran muy difundidas. La primera de ellas considera que el individuo saludable es aquél que no experimenta malestar, sin embargo, la medicina con bases biológicas ha demostrado que existen “portadores sanos” o “casos asintomáticos”. Al respecto se han hecho diversos análisis de índole psicosocial y se

⁵¹ VARGAS, Luis Alberto. “Definiciones y Características de la Relación Médico-Paciente” en Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica. Vol. III Instituto de Investigaciones Antropológicas UNAM México. 1978 p.19.

ha concluido que en la práctica la salud y la enfermedad son percibidas de diferente manera por los sujetos.

El otro concepto está en relación a lo habitual para un grupo humano. Es decir, toma como referencia "parámetros de normalidad" porque es lo que le sucede a la mayor parte de la gente. Pero este concepto deberá tener en cuenta la variabilidad que presentan los seres humanos por edad, sexo o raza, so pena de crear errores y confusiones.⁵²

Como se puede apreciar, la discusión sobre lo que son la salud y la enfermedad no ha concluido. La tendencia actual es considerar la salud en los dominios de lo físico, lo mental y lo social. En ocasiones suele denominarse "proceso salud-enfermedad" como una manera de observarla en un **continuo que es la vida**, desde esa perspectiva se concluye que **la salud puede ser incrementada y la enfermedad es evitable**.

Ahora bien, retornando al problema de la **medición de la salud** si se adopta una definición de este concepto más amplio, las medidas subjetivas aparecen como las más sensibles para la detección de deterioros en la salud relacionados con la edad y otros tipos de problemas, porque son percibidas por el paciente mismo. Tal parece que esas medidas son las mejores para la planeación de la atención y la predicción de la sobrevivencia.⁵³

En los últimos años se han realizado importantes revisiones críticas y esfuerzos por sistematizar tanto las definiciones de salud existentes como la operacionalización y desarrollo de instrumentos para su medición (Goldsmith, Culyer, Mc Dowel y Newel, así como Bergner y Rothman: citados por Schlaepfer)⁵⁴, inclusive se ha propuesto un marco conceptual para clasificar las medidas en dos grandes rubros: nivel individual y nivel comunitario.

En un sentido estricto la salud de la comunidad se debería medir en relación al número de personas que viven una vida sana desde el punto de vista físico mental y social, que trabajan con utilidad para la sociedad y que son capaces de procrear niños sanos. Pero esta medición es muy difícil de efectuar, sino imposible en la práctica porque nunca se puede examinar a toda la población y porque el fenómeno en examen es variable.

Algunos de los índices indirectos que en realidad miden las desviaciones del estado de salud y no la salud misma incluyen:

- Los que se refieren al estado de salud de las personas y de los grupos de población que viven en una región: demografía, encuestas de nutrición, desarrollo físico, censos de salud y de enfermedad y de muerte.
- Los que se refieren a las condiciones del medio que pueden influir de manera más o menos directa sobre el estado de salud de la población: saneamiento, vivienda, trabajo.
- Los que se refieren a las actividades y a los servicios de salud que tienen por objeto específico protegerla: eficiencia de los hospitales, centros de salud y personal sanitario.

⁵² Ibid. p. 20 - 22.

⁵³ SCHLAPFER, Loraine. "La Medición de la Salud: Perspectivas Teóricas y Metodológicas". Salud Pública de México. Vol. 32, No. 2. México, 1990. p.143

⁵⁴ Ibid. p.141.

- Indicadores socioeconómicos que miden el desarrollo económico y social de la comunidad y que indirectamente indican el nivel de salud.⁵⁵

Con respecto a la salud individual se la puede medir desde el punto de vista negativo, a través de los daños como la morbilidad y la mortalidad, sin embargo el enfoque que aquí se retoma es el de los indicadores positivos. En ese sentido es necesario considerar los riesgos para la salud como son los ambientes físico, social, familiar, individual y el acceso al sistema de salud y con respecto a la salud positiva propiamente dicha, o grado de bienestar: la satisfacción de vida y la calidad de vida; la eficiencia, el deseo de trabajar y las reservas energéticas. Se incluyen además los factores que tienen función de restauración por ejemplo los factores psicosociales como los medios de recreación y para actividades físicas.⁵⁶

Es importante también, la noción de salud psicológica o bienestar subjetivo. En este sentido, el bienestar ha sido operacionalizado a través de los siguientes elementos:

1. A través de la identificación de signos de “congoja” psicológica o *distress* y por exclusión.
2. Como las respuestas afectivas a la experiencia, es decir, como los sentimientos inspirados por la vida diaria.
3. Como satisfacción de vida, lo que representa un proceso cognoscitivo en el cual el individuo compara la percepción de su situación actual con sus expectativas y aspiraciones.

Con respecto al componente social de la salud individual, ésta comprende la dimensión del bienestar que se experimenta al interactuar con otras personas y con las instituciones sociales en donde se desarrolla este proceso. Tal componente se puede medir a través de la valoración del ajuste a los roles asignados al individuo y por la descripción de las redes sociales y del apoyo que recibe a través de éstas.

Desde esta perspectiva, si realmente se busca la convergencia de las intervenciones multisectoriales, el modelo no puede construirse centrado en un concepto de salud en el que sólo es un atributo del acto de vivir. El paradigma integrador debe centrarse en la **dignidad de la vida** el cual podría abrirse multidimensionalmente en cuatro conceptos:

- **Potencial de vida**, incluye los factores genéticos, reproducción, maduración, envejecimiento, funcionamiento de los sistemas biológicos humanos y la estructura y dinámica de la población y la ecología.
- **Estilo de vida**, está constituido por factores de comportamiento individual, de las organizaciones y determinaciones del ambiente social.

⁵⁵ SAN MARTIN, Hernan. Economía de la Salud, op. cit. p.153.

⁵⁶ SCHLAPFER, Loraine. Op. cit. p.144.

- **Calidad de vida**, comprende la disponibilidad de bienes y servicios, su distribución de acuerdo a las necesidades y condiciones del medio y derivados del estilo de desarrollo social y político.
- **Significado de vida**, agrupa las variables de conocimientos y destrezas individuales, las tecnologías disponibles y los valores comunitarios, socioculturales y bioéticos.

El desarrollo de este modelo implica una serie de procesos, de cambios interrelacionados, abruptos y graduales, a través de los cuales la sociedad se dirige a patrones de salud y bienestar.⁵⁷

Todos estos conceptos pueden ser traducidos como componentes de la percepción de la calidad de vida y de la salud positiva.

La **calidad de vida** es un concepto relativamente nuevo en medicina, apareció en 1970 para describir la función física y emocional de un individuo o de un grupo de personas. Aunque este concepto se asocia con muchos factores de tipo personal, social, económico, educativo y ambiental, en el área médica se ha limitado su enfoque y se le ha definido como el grupo de aspectos de la salud de origen no bioquímico ni fisiológico que se encuentra más relacionado con la enfermedad y su tratamiento. Se ha estimulado la medición de la calidad de vida en aquellos padecimientos crónicos de larga evolución, sobre todo para evaluar el impacto que produce la enfermedad y su tratamiento en relación con los aspectos físicos, mentales y sociales.⁵⁸

Los instrumentos para medir calidad de vida se han diseñado con objeto de conocer y comparar el estado de salud entre diversas poblaciones, aspecto fundamental para las políticas de salud, y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones médicas con objeto de modificar síntomas y funciones.^{59 60 61} Estudiar la calidad de vida, sin embargo, suele resultar difícil ya que no existe una definición operacional y los expertos no coinciden en los aspectos que han de incluirse en la definición, pero se deben considerar algunos conceptos básicos al evaluarla:

- La **calidad de vida** es un concepto multidimensional. Es muy difícil decidir qué variables han de incluirse y ello depende de la finalidad del estudio.
- Es un estado que es afectado tanto por la enfermedad como por el tratamiento.
- Si la calidad de vida se acepta como entidad, debe ser medida en cantidad y calidad.
- Constituye una experiencia subjetiva y se espera gran variabilidad.

⁵⁷ VELASCO, Manuel. "Vocación y Responsabilidad Social del Médico" en Boletín del Consejo de Salubridad General. Año 3, No. 5, México, octubre de 1993. p. 2.

⁵⁸ CARDIEL RIOS, Mario. "la Medición de la Calidad de Vida" en Epidemiología Clínica. Moreno Altamirano. 2ª edición. Interamericana. México, 1994. p.188.

⁵⁹ PHILLIPS, K. "Integrating Economics and Psychology Into health and mental health services outcomes reserchs" Medical Care Review. 1992. Vol. 49. (2) 191-131U. California.

⁶⁰ OLIVER, Nicolas. "Deconstructing Quality of life". Journal of Mental Health 1995 Vol. 4. (1). London.

⁶¹ KAPLAN, Robert. "Using Quality of life, Information to sed priorities in health polity" Social indicators research. 1994 Vol. 33. (1-3) 121-163 U. California.

- No existe acuerdo sobre cómo decidir las prioridades por incluir al diseñar un instrumento que mida calidad de vida.
- Los instrumentos para medirla deben verse como herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente.
- Como cualquier instrumento que se desee utilizar en la investigación y práctica clínica, ha de reunir ciertos requisitos metodológicos ya establecidos.⁶²

En el ámbito de la promoción de la salud se busca contribuir al incremento de los recursos para la salud y al mejoramiento de las *condiciones de vida y calidad de vida* para, de esa manera, fortalecer el potencial de salud. Las políticas y los programas en este rubro deben basarse en un proceso de conocimiento y aceptación por parte de la población. Además, deben estar justificados por la situación social, económica y de salud particular existente. A su vez es necesario considerar que las condiciones de vida constituyen los factores que subyacen al *estilo de vida*, que en este caso se conciben como las variables intermedias entre las condiciones de vida y la salud.

Esto nos conduce a considerar la noción de **indicadores de salud positiva**, como conceptos relacionados con definiciones positivas de la salud, con el ámbito de la promoción para la salud, tema que se ha discutido recientemente proponiéndose lo siguiente:⁶³

- **Equilibrio en salud:** su operacionalización se basa más que en la medición del equilibrio en sí, en la de sus consecuencias. Por ejemplo 1. el crecimiento humano (peso al nacer, talla para la edad, peso para la talla...); 2. el bienestar subjetivo que comprende, entre otras, a las categorías de desempeño laboral, actividades sociales y recreativas, ajuste social, independencia económica; 3. las actividades de la vida diaria; 4. lapso de vida en buenas condiciones de salud (esperanza de vida global, institucionalización de largo plazo, años con limitación de actividades...).
- **Potencial de salud.** Los indicadores de potencial de salud miden la capacidad del individuo para conservar o restablecer el equilibrio de salud cuando se ve agredido por factores externos. Por ejemplo la capacidad de función física, que se mide a través del desempeño de ejercicios estandarizados de "stress" o a través de pruebas de desempeño de tareas. También ciertos patrones de comportamiento como el no fumar, bajos niveles de consumo de alcohol, hábitos alimenticios adecuados, ejercicio regular, entre otros.
- **Recursos para la salud:** apoyo social, apoyo estructural, la disponibilidad y accesibilidad de información, bienes y servicios, así como conocimientos y habilidades adquiridos.
- **Condiciones de vida.** Estos indicadores se pueden agrupar en: empleo, vivienda, ingreso familiar, educación, nutrición, accesibilidad y calidad de los servicios de salud y servicios públicos.⁶⁴

⁶² CARDIEL RIOS, Mario. Op. cit. pp.198-199.

⁶³ SHLAEPFER, Loraine. Op. cit. p.150.

Por otro lado, la **calidad de vida**, según McDowell, es el grado de adecuación del individuo a su entorno, principalmente al físico, como se describió antes, y a la opinión que éste tiene respecto al mismo. La **satisfacción de vida**, por su parte, se refiere a la evaluación subjetiva de la condición de un individuo, comparada con algún estándar externo de referencia o bien con sus propias expectativas. Aunque conceptualmente estas dos variables difieren, ha resultado difícil mantenerlas operacionalmente separadas entre sí y separadas de otros conceptos relacionados con la salud mental. En este sentido las escalas de Bradburn y de Dupuy (citado por Schlaepfer)⁶⁵ que se proponen como indicadores de bienestar psicológico general, miden los aspectos psicológicos de la calidad de vida. Asimismo, muchas escalas que pretenden medir calidad de vida son muy similares a los indicadores de incapacidad funcional, aun cuando no existen evidencias de que un funcionamiento "normal" sea una condición *sine qua non* para tener un alto grado de calidad de vida, como sucede con el Índice de Calidad de Vida de Spitzer, que fue desarrollado para evaluar pacientes de cáncer en fase terminal y que se basa en la medición de su estado funcional. En la literatura gerontológica existen escalas mejor fundamentadas conceptualmente, como son el Índice de Satisfacción de Vida de Neugarten y Havighurst y la Escala de Estado de Animo ("morale") del Centro Geriátrico de Filadelfia.⁶⁶

Otro tipo de indicadores que evalúan a la salud en general son los que miden **percepción de salud**. Un ejemplo es el Cuestionario de Percepción de Salud de Ware y Karmos, que operacionaliza seis constructos: salud actual, salud en el pasado, previsión del estado de salud en el futuro, resistencia a la enfermedad, preocupación respecto al estado de salud y punto de vista personal acerca del proceso salud-enfermedad, es decir la tendencia del individuo a aceptar la enfermedad como parte normal de su vida. Otras escalas consisten en combinaciones parciales de estos constructos. La escala desarrollada por Rand Co., se ha utilizado para medir los efectos de diversos tipos de financiamiento de la atención sobre las condiciones de salud y para evaluar cambios en el tiempo de las mismas en estudios longitudinales. Sin embargo no se puede desagregar en sus componentes físico y mental, por lo que está limitada su utilidad para evaluar una intervención específica.⁶⁷

En conclusión la tendencia en la evaluación de la calidad de vida ha girado en torno al objetivo primordial de determinar los efectos de los cuidados durante la enfermedad, como intervenciones positivas, para evaluar la calidad de los mismos y optimar las decisiones terapéuticas, ya que el interés médico se ha centrado en lograr la sobrevivencia con cierto grado de calidad de vida.

⁶⁴ HARMAN. Indicadores positivos de Salud y su relación con las Ciudades Saludables. Memoria de la Primera Reunión Latinoamericana de registros en Salud y estadísticas hospitalarias. Hospital Infantil de México, 1993.

⁶⁵ SHLAEPFER, Loraine. Op. cit. p. 151.

⁶⁶ SHLAEPFER, Loraine. Op. cit. p. 151.

⁶⁷ Ibidem. p.153.

En la actualidad la **calidad de vida** ha emergido como un importante concepto, consecuencia de la salud y del cuidado de la misma, los políticos, los investigadores, los clínicos y el público perciben la importante dimensión de este concepto, y aunque existe un continuo debate acerca de su definición actual y su medición representa un tremendo desafío. También han proliferado multitud de instrumentos como por ejemplo "*los relatos de salud y calidad de vida*"⁶⁸, los cuales corresponden a la investigación etnográfica, su tendencia es identificar la percepción de las personas que generalmente padecen alguna alteración severa de su salud. Queda pendiente indagar sobre su aplicación desde la perspectiva de la calidad de vida y la salud positiva.

⁶⁸ HARRISON, M.B. "Quality of life as an outcome measure in nursing research. May you have a long and healthy life" Loeb Research Institute. Clinical Epidemiology Unit. Ottawa Civic Hospital, Ontario, Canada. Fall 1996 28(3) p49-68.

2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

Describir el nivel de salud de una población significa medir todos los aspectos que aporten información sobre cómo se distribuye el proceso salud-enfermedad entre los habitantes de dicha población. Para ello se han desarrollado a lo largo de la historia, diferentes indicadores. A pesar de que el objeto sea conocer el nivel de salud, los indicadores más desarrollados conocidos y evaluados son los negativos, es decir, los indicadores de falta de salud como la mortalidad y la morbilidad.

En los últimos años se han generado estudios dirigidos a las medidas positivas, como índices y perfiles de salud, sin que se haya encontrado una fórmula que permita tener información fácilmente accesible, exhaustiva y que se pueda recoger de forma sistemática. Tal vez la dificultad consiste, en el propio concepto de salud, pues a pesar de las múltiples definiciones aun se debate cuáles son los elementos que deben incluirse en su conceptualización, por lo tanto no es de extrañar que existan problemas al buscar un indicador que mida algo de tan difícil definición.

A partir de la estrategia de salud para todos y sus treinta y ocho objetivos, con la *Ottawa Charta*, se creó una política de salud común para todos los países y se han desarrollado indicadores conforme a medidas internacionales para medir los logros de los objetivos planteados. Algunos de esos indicadores "clásicos" de la salud se refieren a la mortalidad y a la incidencia de enfermedades notificables, así como otros referidos a la salud pública, identificados como "*relatos de salud, conductas de salud y calidad de vida*".⁶⁹

Uno de los aspectos que ha suscitado gran interés en los últimos años, ha sido la medición de la calidad de vida, sin haber logrado encontrar un indicador válido y útil para el análisis de este aspecto entre la población en general. Aquí también existen dificultades de definición de lo que se pretende medir, y surge por ello la incógnita ¿Qué aspectos se deben incluir en la calidad de vida individual y colectiva?

También se discute ¿cómo separar los diversos componentes de la salud para poder medirlos?, y tal ejercicio ha llevado al análisis filosófico del concepto de *vida* pues finalmente la salud o la enfermedad son situaciones que se presentan a lo largo de ésta.⁷⁰

Los instrumentos diseñados para su medición han demostrado su validez para analizar el impacto de una intervención en poblaciones cuyo estado de salud se ve alterado por la

⁶⁹ BRUIN A; Picavet H.S. "Health Interview Surveys. Towards International Harmonization of Methods and Instruments". *Statistics Netherland, Voorburg WHO*. Reg. Publ. Eur. Ser. (Denmark) 1996 58 pi-xiii, 1-161.

⁷⁰ COHEN, Carl "On the Quality of Life: Some Philosophical Reflections", *Circulation* USA, 1982 66(suppl III) 29-33.

calidad de vida. Por ejemplo, los programas de rehabilitación cardiaca se iniciaron por consejo de la OMS en la década de los años sesenta, con el doble objetivo de mejorar la calidad de vida de los enfermos cardiopatas sometidos a cirugía de revascularización o de recambio valvular,⁷¹ el procedimiento se acompañará de una mejora de la calidad de vida considerable y fácilmente medible. Esta mejoría en la capacidad física permite a los pacientes contemplarse en un concepto de salud, más que como inválidos cardiacos, con fortalecimiento de la sensación de bienestar, de la autoestima y de la autoconfianza.⁷²

Otro ejemplo lo constituye el problema de la artritis, que es una de las condiciones crónicas más prevalentes en las mujeres. Se ha medido su calidad de vida en función de la incapacidad, las limitaciones en las actividades de la vida diaria, y el impacto psicológico, económico y social que produce esta enfermedad y para proponer conductas terapéuticas más acordes.⁷³

En otra investigación se reportan quince *ítems* relevantes del cuidado de pacientes en estado crítico, dichas pruebas para medir la calidad de vida en esos pacientes, fueron agrupadas en tres subclases: actividades fisiológicas básicas, actividades de la vida diaria y estado emocional.⁷⁴ Asimismo, se ha estudiado la calidad de vida en pacientes que han recibido un trasplante de corazón, de hígado y de pulmón, en tales casos se han evaluado los aspectos físicos, psicológicos y el funcionamiento social. Las mediciones incluyen el Inventario de Salud Mental, el Inventario de Estado Ansioso, la Escala de la Soledad, el grado de dificultad en el seguimiento médico y los regímenes de estilo de vida, los disturbios del sueño y la escala de clasificación de enfermedades intrusivas.⁷⁵

Con respecto a los *relatos de salud y calidad de vida* en un estudio comparativo de pacientes con epilepsia, diabetes y esclerosis múltiple, se investigaron el funcionamiento fisiológico, las limitaciones físicas, la medición de la energía y el funcionamiento social pero enfocados a constatar la efectividad del tratamiento⁷⁶

⁷¹ MAROTO Montero, JM "Rehabilitación en la cardiopatía isquémica. Resultados a nivel de calidad de vida y sobre el pronóstico". Arch. Inst. Cardio, México 1992 sept-oct 82(5) p441.

⁷² OTT,C; Bergener,N "The effect of rehabilitation after myocardial infarction on quality of life" Quality of Life an Cardiovascular care USA 1985, 1:176

⁷³ CALLAHAN, LF; Rao J."Arthritis and Women's Health: prevalence impact and prevention" Aging Studies Branch. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Atlanta Georgia USA. sep-oct. 1996. 12(5) p 401-9

⁷⁴ FERNÁNDEZ R.R.; Cruz JJ. "Validation of a quality of life questionnaire for critically ill patient" Servicio de Medicina Intensiva, CRT Hospital Virgen de las Nieves. Carr de Jaen. Granada Spain. Intensive Care Med. USA Oct. 1996 22 (10) p 1034 - 42.

⁷⁵ LITTLEFIELD C; Abbey S. "Quality of life following transplantation of the heart, liver and lung" Dep. of Psychology. Toronto Hospital. University of Toronto Ontario Canada. Gen Hosp. Psychiatry. USA Nov. 1996 18 (6 suppl.) p 365 - 475.

⁷⁶ HERMAN BP; Hays RD. "A comparison of health, related quality of life in patients with epileps, diabetes and multiple sclerosis" Department of Neurology, University of Wisconsin, Madison USA oct. 1996 25 (2) p 113 - 8.

A pesar de que son muy numerosos los trabajos que se han realizado para medir la calidad de vida en las personas enfermas, o con alguna incapacidad, no se han unificado los criterios para aplicar los instrumentos disponibles, en la población en general, sin grandes alteraciones del estado de salud. Luego entonces, la calidad de vida de la población en general, pese a ser muy importante para el análisis de la situación de salud, carece de instrumentos de medida y constituye, por lo tanto, una prioridad de investigación.

En la actualidad se reconoce, por lo menos en teoría, que para el profesional de la salud es fundamental identificar las características del contexto socio-cultural en el que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de las personas y que determinan el estado de salud-enfermedad, así como su interpretación por parte de cada uno de ellos, ya que varios estudios han demostrado que grupos étnicos y socioeconómicos diferentes presentan patrones patológicos distintos y perciben la enfermedad y actúan frente a ella en forma diferente. Por ejemplo en la "Encuesta Nacional de Salud II" publicada en 1994, se hace alusión a la percepción que del estado de salud tenían las personas encuestadas y se encontró que a mayor edad dicha percepción es negativa, y a mayor escolaridad es más positiva.⁷⁷

En la práctica, las mediciones de la salud generalmente son indirectas y se hacen a través de la morbilidad, de la expectativa de vida y de la mortalidad. Cuando un médico o una enfermera examina a una persona y dice que se encuentra en "buena salud" quiere expresar que el organismo de esa persona funciona normalmente y que no ha descubierto signos manifiestos de enfermedad, que los órganos funcionan dentro de ciertos límites o promedios llamados "normales", aunque también puede observar otros factores de carácter secundario que no se prestan tan fácilmente a mediciones matemáticas. Esto es así porque, a pesar de los múltiples medios que se han utilizado para medir los "niveles de salud" no se dispone de indicadores universales, precisos y satisfactorios del estado de salud definido como bienestar físico, mental y social del individuo y de la colectividad.⁷⁸

Por otra parte, la asociación del trabajo con la salud puede analizarse desde diferentes niveles, sin embargo, es claro que el trabajo define el estatus y los estilos de vida y ocupa una larga proporción de tiempo en la existencia de las personas. En este sentido, a partir de las líneas propuestas en la *Ottawa Charta* se habla ahora en términos de *riesgos* y *obligación legal* respecto a la orientación de los recursos para la atención de la salud y la potencial prevención en los ambientes laborales.⁷⁹ Asimismo como ya se mencionó, la evaluación que generalmente realiza el personal para la salud se expresa por la morbilidad y la mortalidad encontrados, es decir por índices indirectos o negativos quizás porque tradicionalmente así se ha llevado a cabo y se convierte entonces en una rutina.

⁷⁷ SECRETARÍA DE SALUD. Encuesta Nacional de Salud II. SSA, México 1994 p 92.

⁷⁸ SAN MARTIN, Hernán. "Salud y Enfermedad". Interamericana. México 1988. p 150

⁷⁹ HACKER W; Rosenbrock R. "Health promotion in the work environment-old and new challenges for Public Health" Gesundheitswesen. Germany. Sep. 1996 58 suppl. 2 p. 152 - 4.

Con el presente estudio se pretende averiguar cómo es que interpreta el personal para la salud los indicadores positivos o directos de la salud tanto individuales como colectivos, por ejemplo saber si percibe la necesidad de valorar la esperanza de vida por sexo y edad, la capacidad fisiológica de adaptación y las aptitudes físicas de las personas, así como la capacidad intelectual para comprender el proceso salud-enfermedad. Conocer, asimismo, si analiza las sensaciones subjetivas de bienestar y vitalidad así como los índices de salud mental. Constatar si estos profesionistas toman en cuenta dichos indicadores, además de considerar el contexto socioeconómico y cultural de las personas, para realizar la tarea de consejero sanitario. ¿Presta atención a las preferencias de sus pacientes para cambiar (o no) su estilo de vida y efectuar las modificaciones adecuadas a la conducta? ¿Considera el vigilar el progreso de estas medidas de cuidado de la salud personal que redunden en una mejor calidad de vida?

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la percepción que tienen los prestadores de los servicios de salud sobre su calidad de vida y salud positiva?

2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿El personal para la salud tiene otra percepción de bienestar general y calidad de vida, además de los índices de fecundidad, mortalidad y morbilidad que suelen utilizarse?
- ¿Ha reflexionado sobre sus propias percepciones y el impacto que tienen sobre su propia salud?
- ¿Conoce el impacto de sus percepciones en su ejercicio profesional como promotor y emprendedor de acciones para el fomento de la salud individual y colectiva?
- ¿Cuáles son los indicadores que el profesional para la salud propondría para medir el bienestar general, la calidad de vida y salud positiva?
- ¿Se relacionan dichas percepciones con su formación profesional y sus características personales?

2.3 OBJETIVO GENERAL.

- **Analizar la percepción que tienen médicos y enfermeras que laboran en algunos de los servicios de salud del área metropolitana sobre su calidad de vida y la salud positiva.**

2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Construir un instrumento para medir la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre la calidad de vida y la salud positiva.
- Identificar la percepción que tienen sobre los indicadores de salud positiva.
- Conocer su percepción sobre la influencia de los factores culturales y psicosociales en la calidad de vida y salud positiva.
- Conocer la importancia que le otorgan al contexto social y económico como determinantes de la calidad de vida.
- Determinar si dichas percepciones se relacionan con su formación profesional.
- Comparar las percepciones de los médicos con las de las enfermeras.
- Con base en los resultados, plantear propuestas que eleven la calidad de la atención a los profesionales de la salud, a las instituciones de servicios de salud, a las universidades formadoras de recursos humanos para la salud y a los investigadores de servicios de salud.

2.5 JUSTIFICACIÓN.

El objetivo de los sistemas de servicios para la salud es integrar los recursos económicos de que se dispone para utilizarlos en una forma más científica y racional en relación a las necesidades de atención médica y de salud pública más urgentes y prioritarias, puesto que en ningún caso puede cumplirse el objetivo de dar salud a todos en una fecha determinada. Tanto la salud como la enfermedad son fenómenos multidimensionales de un continuo que es la vida, más o menos permanentes, pero indefinidos en el tiempo, por lo tanto lo mejor que se puede proponer es reducir los riesgos de enfermar y contar más años de vida en salud que en enfermedad, lo cual es alcanzable siempre que se tomen medidas económicas, sociales y sanitarias adecuadas.

Es probable que el principal problema de salud en las sociedades desarrolladas, y también en las menos desarrolladas, sea la falta de poder y de control sobre los medios de obtener la salud por la población misma, es decir, la falta de autonomía y la dependencia de la población de los servicios de salud. No puede haber mejoras mientras el sistema social produzca, como una máquina, cada vez más riesgos contra la salud y en tanto que la población no logre un alto nivel de autogestión que le permita cierto control de su salud.⁸⁰

Una de tantas medidas necesarias para impulsar esas mejoras, consiste en el fomento equilibrado del sistema de investigación científica de la salud, sobre todo el desarrollo de estudios de los servicios de salud que contemplen los aspectos de atención de la salud y que van más allá de los alcances de la investigación biomédica y clínica.

Al respecto, recientemente la Organización Panamericana de la Salud, dentro de sus estrategias centrales de cooperación técnica para identificar, analizar y dar respuesta a los principales problemas de salud de la Región de las Américas, en la cual se incluye a México, propuso el Programa de Subvenciones de Investigación 1995-1998. Lo trascendental de este programa es que se establecen cinco áreas prioritarias de investigación, estas son: Salud en el Desarrollo, Sistemas y Servicios de Salud, Promoción y Protección de la Salud, Salud y Ambiente, y Prevención y Control de Enfermedades, en los cuales se insertan efectivamente los problemas a investigar en México. Para cada área prioritaria se señalan un conjunto de líneas y temas de investigación.

El trabajo de tesis "Percepción de los prestadores de servicios de salud sobre la calidad de vida y salud positiva" que aquí se presenta, se ubica en el área Promoción y Protección de la Salud del mencionado Programa de Subvenciones de Investigación en el cual se hace alusión a las concepciones de promoción de salud que se están actualizando desde su

⁸⁰. SAN MARTIN, Hernán. "Economía de la Salud". Interamericana 1989 p 641.

impulso con la Carta de Ottawa de 1986 y la Declaración de Bogotá en 1993.⁸¹ Se promueve así un concepto más amplio que incorpora el anterior y articula las acciones sociales y políticas para fomentar condiciones y estilos de vida conducentes al bienestar individual y colectivo dentro de un determinado contexto cultural.

La promoción de la salud en este nuevo concepto, pone su acento en la estrecha relación existente entre el bienestar y el desarrollo, colocando la participación individual y social y la necesidad de vincularse con otros sectores y la sociedad civil como los ejes centrales de la estrategia para crear condiciones de vida saludables. En este sentido, el tema de tesis se justifica porque es necesario fortalecer, por un lado, la generación de conocimientos que permitan comprender las tendencias en los comportamientos individuales en torno al fomento de la salud y, por otro, la generación del conocimiento que fundamente acciones para modificar las condiciones de vida que determinan el bienestar individual y por consiguiente el de grupos.

Con respecto a las líneas o temas de investigación propuestas por la OMS, ésta tesis se inscribe en la denominada "*Análisis de condiciones de vida y conductas relacionadas con la promoción y protección de la salud de grupos de población, tomando en cuenta las dimensiones sociales, étnicas, culturales y de género*".⁸²

Además, indagar sobre la percepción de los prestadores de servicios de salud respecto a la calidad de vida y la salud positiva, se justifica al corresponder a algunos de los programas de acción que emanan del Programa de Reformas del Sector Salud 1995-2000, que propone el Estado Mexicano. Estos programas son : Promoción y Fomento de la Salud Familiar, Salud de la Población Adulta y Anciana, Salud de la Población en General y Salud Pública, en los cuales se menciona la prioridad de promover los hábitos saludables en todos los miembros del grupo familiar. En el Subprograma de Formación, Capacitación e Investigación se hace énfasis en incrementar la disponibilidad de recursos humanos y las actividades de investigación en el área de la salud y las actividades que redunden en la capacitación de recursos humanos y la actualización de aquellos ya formados. También se justifica la factibilidad de este trabajo porque en el mencionado documento se reconoce a la investigación como un medio de aproximación a la realidad concreta de la prestación de servicios de salud y para retroalimentar los procesos de educación y asistencia.⁸³

Cabe señalar que la relación existente entre hábitos y estilos de vida y salud ha sido demostrada por multitud de estudios epidemiológicos. Se sabe que éstos son factores condicionantes de diversa alteraciones, y por su importancia, han suscitado en los últimos años interés creciente entre los planificadores, entrando de lleno en las políticas de salud,

⁸¹ O.P.S. "Prioridades del Programa de Subvenciones de Investigación." en Manual sobre Políticas, Normas y Procedimientos 1995. Mecanograma p. 1

⁸² OMS. "Investigaciones Destinadas a Reorientar los Sistemas de Salud". 1983, p 6.

⁸³ PODER EJECUTIVO FEDERAL. "Programa de Reforma del Sector Salud 1995 - 2000". México p.p. 38, 46, 59, 68 y 69.

por ello, este estudio tendrá implicaciones prácticas, en la medida en que se aproxime a indicadores confiables de la calidad de vida y de la salud positiva desde la perspectiva de las enfermeras y de los médicos. También tiene relevancia social, ya que los resultados que se obtengan, servirán para retroalimentar los planes de estudios de estas profesiones, así como a las instituciones empleadoras para que se consideren en los programas de actualización y capacitación que permanentemente desarrollan, puesto que en la actualidad se acepta la necesaria articulación que debe existir entre los formadores de recursos humanos para la salud y quienes proporcionan servicios de salud. Ambos sectores deberán insertarse en el *ciclo iterativo de la calidad*, a través de sistemas de enseñanza-aprendizaje que converjan en los criterios y estándares de calidad de la atención propios de cada contexto social.⁴

Respecto a su valor teórico, con esta tesis se espera documentar aspectos que no han sido abordados a pesar de que hay acuerdo en que el impacto que se logre en los individuos y grupos para el fomento y conservación de la salud, depende en mucho de las perspectivas que al respecto tengan los proveedores de servicios, en especial médicos y enfermeras.

En cuanto a su utilidad metodológica, este trabajo ofrece la posibilidad de desarrollar un instrumento para recolectar datos relativos a los indicadores positivos de la salud, así como la conceptualización del término calidad de vida, desde la percepción que de éstos tienen los prestadores de servicios de salud.

Por último, se considera que ésta investigación fue viable porque se contó con los recursos necesarios para realizarla.

⁴ NIGENDA, Gustavo. "Los Recursos Humanos para la Salud. En busca del Equilibrio". en Economía y Salud. Documento para el Análisis y la Convergencia. No 5. Fundación Mexicana para la Salud. AC. México 1994. p. 19.

3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

Hipótesis Descriptivas:

1. El nombramiento de los prestadores de servicios de salud (pss) corresponde al grado académico que poseen.
2. La mayoría de los profesionales de la salud tienen más de un empleo.
3. La jornada laboral de los pss es superior a las 40 horas por semana.
4. La mayoría de los pss no hacen uso de la seguridad social para atender sus problemas de salud, ni recurren a la medicina tradicional.
5. Los pss tienen hábitos de la vida diaria saludables.
6. Los pss tienen una actitud positiva ante los problemas cotidianos.
7. La mayoría de los pss son aparentemente sanos.
8. La mayoría de los pss observan actitudes preventivas para la salud.
9. Los pss reconocen el impacto que tienen los hábitos y estilos de vida sobre la salud.
10. La mayoría de los encuestados experimentan insatisfacción laboral y profesional.
11. La mayoría de los encuestados consideran muy importante el trabajo en equipo.
12. Identifican múltiples problemas para otorgar servicios satisfactorios en la institución donde laboran.
13. Los pss reconocen la importancia que tienen los factores psicosociales, culturales y económicos sobre la salud.
14. Los pss le otorgan gran importancia a los factores biológicos y ambientales como determinantes de la salud-enfermedad.
15. La mayoría de los pss subestiman la capacidad de los pacientes para atender su salud y tomar sus propias decisiones en torno a la misma.
16. Los pss identifican el concepto de calidad de vida sólo con los indicadores tradicionales de salud negativos como la mortalidad, la morbilidad y la pobreza.
17. Los encuestados identifican al concepto de salud positiva con los nuevos paradigmas de la prevención y promoción de la salud.
18. Los pss identifican los indicadores de salud positiva como el crecimiento y desarrollo humanos, la satisfacción laboral y familiar, los hábitos de la vida diaria saludables y contar con los servicios mínimos para el bienestar general.

Hipótesis Asociativas:

1. Los hábitos de la vida diaria que tienen las enfermeras se asocian al concepto que poseen sobre calidad de vida.
2. Los hábitos de la vida diaria que tienen los médicos se asocian al concepto que poseen sobre calidad de vida.
3. La percepción que tienen las enfermeras respecto a si la enfermedad es o no una condición normal en el adulto, se asocia con la que poseen los médicos.
4. La percepción que tienen las enfermeras de servicios de salud respecto a los factores que condicionan la calidad de vida se asocia a la que poseen los médicos.
5. El concepto sobre calidad de vida que tienen las enfermeras se asocia con los factores condicionantes que ellas mismas identifican.
6. El concepto sobre calidad de vida que tienen los médicos se asocia con los factores condicionantes que ellos mismos identifican. ✓
7. El concepto sobre la calidad de vida que tienen las enfermeras se asocia con el concepto de salud positiva que ellas mismas identifican
8. El concepto que tienen los médicos sobre la calidad de vida se asocia con el concepto de salud positiva que ellos mismos poseen.

Hipótesis Comparativas:

1. Los hábitos de la vida diaria que tienen las enfermeras son diferentes a los que tienen los médicos.
2. Los médicos y las enfermeras manifiestan tener el diferente compromiso de proporcionar educación para la salud a los usuarios.
3. Las enfermeras proponen acciones para mantener la salud, diferentes a las enunciadas por los médicos.
4. La satisfacción laboral que experimentan las enfermeras es diferente a la expresada por los médicos.
5. Las enfermeras y los médicos identifican diferentes problemas para brindar servicios satisfactorios en la institución en donde laboran.
6. La opinión que tienen las enfermeras sobre la actitud de los pacientes es distinta a la manifestada por los médicos.
7. La percepción que tienen los médicos sobre la calidad de vida es diferente a la que expresan las enfermeras.
8. La percepción que tienen los médicos sobre salud positiva es diferente a la enunciada por las enfermeras.
9. Las propuestas de las enfermeras y de los médicos, para medir la salud positiva son diferentes.

4. METODOLOGÍA.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

El estudio es descriptivo, comparativo y de correlación.⁶⁵ Es descriptivo porque busca especificar cuál es la percepción que tienen los prestadores de servicios de salud sobre la calidad de vida y la salud positiva en diversos aspectos que incluyen tales conceptos.

Es correlacional porque busca identificar el grado de asociación que existe entre la formación académica y la experiencia laboral con que cuentan las personas encuestadas y su percepción sobre la calidad de vida y la salud positiva.

Es comparativo pues se busca determinar si existen diferencias significativas en la percepción que de tales conceptos tienen los médicos y las enfermeras incluidos en el estudio.

4.2 UNIVERSO.

Se consideró como población bajo estudio a las enfermeras y los médicos que laboran en instituciones de salud del sector público, del área metropolitana. Se eligió una institución de seguridad social, de segundo nivel de atención, con los siguientes:

Criterios de inclusión:

Se consideraron sólo las instituciones de salud de segundo nivel de atención, públicas, los instrumentos de medición se aplicaron sólo a los médicos y a las enfermeras titulados que se encontraban laborando en las instituciones seleccionadas en el período del estudio, en septiembre de 1996.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron del estudio las instituciones privadas y las de primero y tercer niveles de atención, asimismo no se aplicaron los instrumentos de medición a estudiantes de enfermería y de medicina, auxiliares de enfermería, internos de pregrado y pasantes en servicio social.

Criterios de eliminación:

No se tomaron en cuenta para su análisis los instrumentos incompletos, ni los que fueron contestados por personas con las características señaladas en los criterios de exclusión.

4.3 DISEÑO DE LA MUESTRA.

Por muestreo no probabilístico, intencional y selectivo de sujetos-tipo, se consideró a 32 enfermeras y 32 médicos que laboran en una institución del sector salud, ya que se trata de

⁶⁵ HERNÁNDEZ; Fernández; Baptista. Metodología de la Investigación. Mac Graw Hill. México, 1996. p. 60-70

un estudio donde la riqueza de la información es lo más importante, y no precisamente la cantidad y estandarización de la muestra,⁸⁶ de tal manera que se analizaron los valores y significados que este grupo social (los prestadores de servicios de salud) le otorgan al concepto de calidad de vida y salud positiva.

4.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

4.4.1 VARIABLE: Perfil socio-demográfico.

Categoría: Factores sociales y culturales.

Definición conceptual: Conjunto de condiciones que identifican a las enfermeras y a los médicos que trabajan en las instituciones del sector salud seleccionadas para el estudio.

Definición operacional:

INDICADOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	REACTIVO
Edad	Numérica	De Intervalo.	R 1
Género	Catagórica	Nominal.	R 2
Nivel Académico	Catagórica	Ordinal.	R 5
Estado Civil	Catagórica	Nominal.	R 3
Núm. de Hijos	Numérica	De razón.	R 4
Acceso a Servicios de Salud.	Catagórica	Nominal	R 24

4.4.2 VARIABLE: CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES.

Categoría: Factores sociales y culturales

Definición conceptual: Conjunto de elementos que identifican la actividad profesional de las personas encuestadas, áreas en donde trabajan, jornada laboral en horas.

Definición operacional:

INDICADOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	REACTIVO
Nombramiento	Catagórica	Ordinal.	R 6
Número de Empleos	Numérica	De razón	R 7
Carga de Trabajo en Hrs	Numérica	Intervalo	R 8,9

⁸⁶ Ibidem. p. 231-232

4.4.3 VARIABLE: Hábitos de la vida diaria.

Categoría: Factores sociales y culturales.

Definición conceptual: Conjunto de prácticas cotidianas que realizan los médicos y enfermeras para favorecer su salud. Se incluyen los factores relativos a dieta, ejercicio, descanso y hábitos nocivos para la salud.

Definición operacional:

INDICADOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	REACTIVO
Alimentación	Categórica	Ordinal	R30,33
Sueño y Descanso	Númerica	De Intervalo	R9,30,34
Ejercicio	Categórica	Ordinal	R30,35,36
Recreación	Categórica	Ordinal	R30,36
Tabaquismo	Categórica	Ordinal	R30,37
Alcoholismo	Categórica	Ordinal	R30,38

4.4.4 VARIABLE: Percepción de la salud como proceso.

Categoría: Factores psico-sociales y culturales.

Definición conceptual: Impresión material sobre la salud, desde el punto de vista de los prestadores de servicio, incluyendo las expectativas sobre su propia salud, expresadas en su propio lenguaje, derivadas de sus experiencias cotidianas.

Definición operacional:

INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	REACTIVO
Salud Actual.	Categórica	Ordinal	R20,22 al 27
Salud en el Pasado.	Categórica	Nominal	R23,29
Expectativas de salud a futuro	Categórica	Ordinal	R20,28
Tipo de atención médica.	Categórica	Nominal	R24,25,31
Satisfacción Laboral	Cualitativa	Nominal	R 9 al 19

4.4.5 VARIABLE: Percepción sobre la calidad de vida y la salud positiva.

Categoría: Factores psico-sociales y culturales.

Definición conceptual: Conjunto de ideas que tienen los médicos y las enfermeras sobre los factores que condicionan la calidad de vida y la salud positiva y cuales son las opciones para realizar su medición.

Definición operacional:

INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	REACTIVOS
Factores Sociales	Catógórica	Nominal	R 8,19,21,30,31,32,42.
Factores Culturales,	Catógórica	Nominal	R 18,30,31,33,34,39,45
Factores Económicos	Catógórica	Nominal	R 42 a 45
Factores Psicológicos	Catógórica	Nominal	R 20,21,42,45
Concepto De Fomento de la Salud y Prevención.	Catógórica	Nominal	R 30,32,39
Concepto de Calidad de Vida.	Catógórica	Nominal	R 40 a 45
Concepto de Salud Positiva.	Catógórica	Nominal	R 47,48
Medición de Salud Positiva.	Catógórica	Ordinal	R 28,46,47,48

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para recolectar la información se utilizó la técnica de encuesta. Se aplicó como instrumento un cuestionario estructurado, el cual contiene 42 preguntas cerradas y 5 abiertas, basado en los elementos teóricos analizados para la tesis, relativos a las variables que los autores consultados consideran mínimos indispensables para determinar la percepción que de tales elementos tienen las personas. Las respuestas se codificaron como se muestra en el libro de códigos (Anexo A).

4.6 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.

Los datos obtenidos en una investigación deben satisfacer los criterios de validez y Confiabilidad.

Existen dos formas básicas de validez: la externa y la interna. La primera hace alusión a que los hallazgos en una investigación se refieren a la generalización de sus conceptos. La segunda, o validez interna es la habilidad de un instrumento de investigación para medir lo que se había propuesto. La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento está midiendo lo que el investigador se propone.⁸⁷

⁸⁷ NAMAUFOROOSH, Mohammad. *Metodología de la Investigación*. Limusa, México. 1996. p. 231-235.

Por otra parte también se habla de validez muestral, esto es que el instrumento contenga una muestra representativa del universo de la materia de interés. El término validez con base en criterios externos o validez predictiva es la correlación entre los resultados de una medición dada y de un criterio externo. Por último, la validez de constructo implica relacionar un instrumento de medición con un marco teórico general para determinar si el instrumento está ligado a los conceptos y a las consideraciones teóricas.

Respecto a la **confiabilidad**, un instrumento es confiable por el grado en que ofrezca resultados consistentes. Existen tres métodos para estimarla. a) Método de prueba-contraprueba, es decir que se aplica un instrumento de medición a un grupo de personas en dos diferentes tiempos y se calcula su correlación. b) Método de formas paralelas: se aplican, dos instrumentos de medición similares al mismo grupo de personas y se correlacionan sus resultados, y c) Método de partir por mitad, el cual consiste en un solo instrumento, en una sola aplicación. Los ítems se dividen en dos mitades y las puntuaciones obtenidas se comparan, si el instrumento tiene confiabilidad ambas mitades deben tener fuerte correlación.

4.6.1 Validez.

Respecto a la validez de constructo se logró al establecer y especificar la relación teórica entre los conceptos y los ítems incluidos en el instrumento utilizado en esta investigación, sobre la base del marco teórico, se correlacionaron ambos elementos y se analizó e interpretó la evidencia empírica de las mediciones efectuadas. También se considera que el instrumento tiene validez de contenido ya que midió lo que se esperaba, permitió probar y disprobar las hipótesis planteadas, respectivamente, y con base en los hallazgos se puede realizar una correlación teórica-empírica para estructurar en el futuro, una propuesta de instrumento que permita un mayor acercamiento a la percepción que tienen los prestadores de servicios de salud sobre la calidad de vida y la salud positiva.

4.6.2 Confiabilidad.

Para confirmar la Confiabilidad del instrumento utilizado en esta investigación, se aplicó una versión modificada del método de partir por mitad, que consistió en elegir pares de reactivos que midieran el mismo contenido para cada variable, de acuerdo a la definición operacional, para calcular posteriormente su coeficiente de correlación y probar su consistencia interna, encontrando los siguientes resultados:

De las 23 pares de reactivos se computó la rho de Spearman y la Ji cuadrada, concluyendo que es confiable puesto que se detectan las percepciones de los prestadores de servicios de salud respecto a los conceptos por investigar, sobre todo al indagar sobre los estilos de vida, la satisfacción laboral y los conceptos sobre calidad de vida y salud positiva, manifestados a través de las preguntas cerradas y al mismo tiempo se les solicita que expresen tales conceptos en sus propias palabras al responder a las preguntas abiertas. Se

encontró correlación en estas respuestas al aplicar las pruebas mencionadas. Se trabajaron las siguientes variables:

1. V5-V6 (Rho=0.85, $p > .05$)
2. V8-V9 (Rho=0.85, $p > .05$)
3. V11-V17 ($x^2 = 5.99$, $p = .05$)^a
4. V11-V18 ($x^2 = 50.07$, $p < .05$)^a
5. V11-V19 ($x^2 = 5.99$, $p = .05$)^a
6. V12-V17 ($x^2 = 5.99$, $p = .05$)^a
7. V12-V18 ($x^2 = 5.99$, $p = .05$)^a
8. V13-V17 ($x^2 = 5.99$, $p = .05$)^a
9. V13-V18 ($x^2 = 18.9$, $p < .05$)^a
10. V14-V17 ($x^2 = 1.85$, $p > .05$)
11. V14-V18 ($x^2 = 5.99$, $p < .05$)^a
12. V20-V22 ($x^2 = 62.11$, $p < .05$)^a
13. V22-V23 ($x^2 = 18.59$, $p < .05$)^a
14. V22-V25 ($x^2 = 7.85$, $p < .05$)^a
15. V28-V30 ($x^2 = 7.88$, $p < .05$)^a
16. V28-V48 ($x^2 = 38.59$, $p < .05$)^a
17. V30-V46 ($x^2 = 65.55$, $p < .05$)^a
18. V30-V48 ($x^2 = 6.85$, $p < .05$)^a
19. V35-V36 ($x^2 = 36.22$, $p < .05$)^a
20. V39-V42 ($x^2 = 10.44$, $p < .05$)^a
21. V40-V42 ($x^2 = 5.99$, $p = .05$)^a
22. V41-V42 ($x^2 = 5.99$, $p = .05$)^a
23. V43-V44 ($x^2 = 7.87$, $p < .05$)^a

(^a existe asociación significativa)

Por otra parte, a partir de la prueba piloto que se aplicó previa al estudio, se reconstruyó el instrumento definitivo. Este ejercicio, junto con la posibilidad de cruzar ciertas variables después de analizar los resultados coadyuvaron a determinar la Confiabilidad del instrumento.

4.7 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se trata de una investigación no experimental, transversal y observacional ya que no se manipularon las variables, sólo se identificaron tal como se dan en el universo de estudio, en una sola medición. Es correlacional porque se contrastaron los resultados de una y otra población entre sí y de ambos con el sustento teórico del proyecto.

4.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

1. A partir de la investigación documental se elaboró el instrumento y se aplicó una prueba piloto.
2. Con los resultados de la prueba piloto se reestructuró el instrumento y se eliminaron de éste las preguntas relativas a lugar de origen de los encuestados, lugar de residencia, servicio asignado en su lugar de trabajo, si había sido intervenido quirúrgicamente en el último año y cuántas comidas realizaba al día.
3. Se elaboró el libro de códigos creándose a partir de éste la base de datos con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (*The Statistical Package for the Social Sciences "SPSS"*).
4. Aplicación del instrumento definitivo.
5. Codificación de los cuestionarios. Captura de las respuestas a las preguntas cerradas.
6. Codificación de las preguntas abiertas (reactivos 39,42,43,44 y 45) de los 64 cuestionarios que se pudieron rescatar de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión, a través del siguiente procedimiento. Se clasificó la frecuencia con que apareció cada respuesta de acuerdo a un criterio lógico, creando las siguientes categorías con sus respectivas opciones como se puede leer en el anexo A: R40- Razones por las que la enfermedad no es una condición normal de los adultos. R41- Razones por las que los prestadores de servicios de salud consideran que la enfermedad si es una condición normal de los adultos. R44- Motivos por los que no se siguen las indicaciones médicas. R45- Concepto sobre calidad de vida. R46- Factores que desde su punto de vista, condicionan la calidad de vida. R47- Concepto sobre salud positiva, y R48- Cómo podría medirse la salud positiva de los individuos.
7. Una vez capturados todos los datos, se tabularon y se analizaron. El análisis es de tipo descriptivo y correlacional, por lo cual se emplearon porcentajes y proporciones, coeficientes, medidas de tendencia central y medidas de dispersión. También se aplicó estadística inferencial a través de la prueba de Ji cuadrada y la de rho Spearman. Se presentan los resultados en tablas y gráficas.
8. Elaboración del informe: resultados, conclusiones y recomendaciones.

4.9 RECURSOS HUMANOS.

Investigadora, un colaborador para aplicar encuestas.

4.10 RECURSOS MATERIALES.

Papeería, computadora, calculadora, programa SPSS (*The Statistical Package for de Social Sciences, 6.0.1 Std Version 89-93*)

5. RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se utiliza una estructura conformada por dos grandes categorías, cada una de las cuales conjunta a un grupo de hipótesis, estas son:

a) Descriptiva, en la cual se reportan los porcentajes de los datos explorados en el estudio y que se representan también en las tablas del Anexo B.

b) Asociativa y comparativa, en donde se analiza si existe correlación entre las variables, utilizando para ello la prueba estadística Ji cuadrada, la cual permitió la comparación de frecuencias calculadas y las esperadas en cada una de las variables investigadas, a partir de las hipótesis que se deseaba demostrar, utilizando para ello el nivel de confianza del 5%. Se presentan esos resultados en las gráficas del Anexo C.

En cada una de las categorías mencionadas se empleó el orden de los rubros que conforma el cuestionario y la operacionalización de las variables:

-Perfil socio-demográfico de los prestadores de servicios de salud.

-Percepción que tienen sobre la salud como proceso.

-Percepción sobre los conceptos de calidad de vida y salud positiva.

Hipótesis Descriptivas

5.1 PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO Y PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

1. Las 32 enfermeras encuestadas son mujeres, la edad de ellas oscila de 24 a 46 años, con un promedio de 34 años, Moda 33 años, Std 2.029.

Respecto a su estado civil, 17(53%) de ellas son casadas, 13(41%) son solteras, una (3%) es viuda y una más (3%) es divorciada. 21(66%) de las enfermeras informan que sí tienen hijos y 11(34%) dicen no tenerlos.

En cuanto a su nivel académico, 10(31%) de las enfermeras cuentan con la carrera de enfermera general y 22(69%) han realizado además algún curso de especialización. Las áreas mencionadas son pediatría y enfermería quirúrgica.(Std= .759)

De las enfermeras que cuentan con algún curso de especialización, 15(47%) tienen nombramiento de enfermera especialista, 7(22%) son jefes de sección y 2(6%) son supervisoras. Las ocho restantes (25%) son enfermeras generales. *Se acepta la hipótesis (hi) 1 ya que la mayoría de las enfermeras tienen el nombramiento acorde a su formación académica.* (tabla No. 1)

2. *Se acepta la hi 2 ya que todas las encuestadas mencionan tener otro trabajo*, 22(69%) de ellas laboran en hospital de especialidades, 7(22%) en unidades de 1er. nivel de atención, y 3(9%) en otro hospital general.

3. La jornada laboral de las enfermeras incluyendo el tiempo de traslado a su trabajo oscila de 8:30 a 15 horas diarias, con una media de 11 horas. Veinte (63%) de las enfermeras descansan 2 días a la semana, 8(25%) sólo un día y 4(12%) informan que no descansan

ningún día de la semana. También se acepta la hipótesis 3 porque la jornada laboral resulta mayor a 40 horas por semana, en la mayoría de los casos.

4. Respecto al acceso a los servicios de salud, 20(63%) de las enfermeras acuden a la seguridad social, 10(31%) además de la seguridad social, también acceden a los servicios privados. Sólo dos personas (6%) siempre solicitan atención privada, y en la misma proporción (6%) acuden a la secretaría de salud aunque son derechohabientes de la seguridad social. En cuanto al tipo de atención médica que prefieren 20(62%) enfermeras acuden a la medicina alópata, 12(38%) suelen recurrir tanto a la asistencia alópata como a la homeopatía y herbolaria. *Se rechaza la hi 4 porque muy bajo porcentaje de las encuestadas tienen acceso a los servicios privados y casi la mitad de ellas recurre a la medicina tradicional.*

5.2 PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA SALUD COMO PROCESO.

1. *Se rechaza la hi 5 pues no todas las enfermeras encuestadas tienen hábitos saludables, según se observa a continuación.*

Respecto a sus hábitos de la vida diaria, siete enfermeras (22%) informan que siempre consumen una dieta equilibrada, 17(53%) que casi siempre y 8(25%), dicen que definitivamente no consumen una dieta equilibrada. Seis de las enfermeras (19%) refieren que realizan ejercicio diariamente, 7(22%) dicen que cada tercer día y 19(59%) no realizan ejercicio. (tabla No. 2)

En cuanto al número de horas que duermen, las enfermeras incluidas en el estudio reportan de 5 a 8 horas al día, con un promedio de 5 horas.

Al preguntar sobre las actividades de recreación que prefieren las enfermeras, en primer lugar, 12 (38%) señalaron que escuchar música, 8(25%) leer algún libro, 5(16%) ver TV, 7(22%) hacer ejercicio.

Respecto al hábito de fumar 10(31%) enfermeras informan que sí fuman y 22(69%) lo negaron. Las personas que fuman reportaron de 1 a 10 cigarrillos por día, con una media de 3 cigarrillos diarios

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, 21(66%) enfermeras refieren que sólo toman en reuniones sociales, 10(31%) nunca lo consumen y sólo una persona (3%) dice que esporádicamente.

2. Al preguntar sobre cómo considera su actitud frente a la vida, 25(78%) enfermeras se sienten optimistas y 9(22%) a veces se perciben desanimadas. En cuanto a cómo perciben su estado de salud actual, 9(28%) consideran que es muy buena, 16(50%) que es buena y 7 (22%) que es regular. *Se acepta la hi 6 pues la mayoría de las enfermeras tienen una actitud positiva.*
3. Respecto a los padecimientos que han presentado en el último semestre, 10(31%) de las enfermeras refieren alteraciones gastro-intestinales; en la misma proporción (31%) padecen cefaleas; 7(22%) han presentado enfermedades de las vías respiratorias altas; 5(16%) han sufrido alteraciones musculoesqueléticas y 5(16%) no refieren alteraciones de su salud.

En el último año 16 enfermeras (50%) han requerido atención médica en la consulta externa, 14(44%) acudieron a medicina preventiva y 9(28%) al servicio de urgencias. Dos personas (6%) no utilizaron algún servicio durante ese tiempo. En estas dos preguntas la enfermeras eligieron una o más opciones.

Veinticuatro (75%) de las encuestadas no está bajo tratamiento médico actualmente; 8 (25%) si lo están y es debido a procesos agudos como alteraciones gastro-intestinales, dentales y del sistema musculo-esquelético.

Respecto a si han tenido alguna incapacidad médica en el último año, 25(78%) de las enfermeras informan que no, y 7(22%) si ha sido necesario, con una duración de 2 a 10 días y una persona de 3 meses por gravidez.

Cuando las enfermeras han acudido a consulta médica, 14(44%) reportan que algunas veces reciben instrucciones para su autocuidado en casa, 10(31%) nunca ocurre y 8(25%) dicen que siempre.

Respecto a la pregunta de a quién le corresponde proporcionar educación para la salud, 14 de las encuestadas (44%) opinan que exclusivamente a las enfermeras, 7(22%) que a médicos y enfermeras, 2(6%) que a la trabajadora social y 9(28%) que esta tarea le corresponde a médicos, enfermeras y trabajadoras sociales. *Se acepta la hi 7 porque la mayoría de las enfermeras son aparentemente sanas. Se rechaza la hi 8 ya que no todas las encuestadas observan actitudes preventivas para el cuidado de la salud.* (tabla No. 3)

4. Respecto a cómo mantener un buen estado de salud, 23(72%) de las enfermeras opinan que modificando el estilo de vida, 9(28%) no lo modificarían. 21(66%) se someterían a examen médico periódico, 11(34%) no lo creen necesario. 4(13%) opinan que es necesario disminuir la carga de trabajo, 28(87%) enfermeras no eligieron esta opción. Ninguna de las enfermeras encuestadas considera que sea necesario cambiar de trabajo para mantener un buen estado de salud. (tabla No. 4) En opinión de 24 de las enfermeras encuestadas (75%) el estilo de vida de las personas siempre influye para conservar la salud y 8(25%) consideran que sólo algunas veces. *Se acepta la hi 9 ya que la mayoría de la enfermeras reconocen el impacto que tiene el estilo de vida sobre la salud.*

5. En relación con el grado de satisfacción laboral, 25(78%) de las enfermeras opinan que el trabajo que realizan está de acuerdo con su preparación académica; 7(22%) consideran que no es así y entre las causas de ello mencionan que las autoridades obstaculizan sus deseos de mejorar, la falta de conocimientos teóricos y que no hay especificidad de funciones, por lo que se desperdician los recursos humanos en los servicios.

Dieciocho (56%) de las enfermeras opinan que la carga de trabajo que tienen está completamente de acuerdo a su capacidad física, 6(19%) dicen que medianamente y 8 (25%) que es poco adecuada.

Veintiún enfermeras (66%) refieren que sí han recibido reconocimiento por su esfuerzo en el trabajo. 11(34%) informan que no es así.

Las 32 enfermeras encuestadas (100%) consideran que su trabajo es importante, 28 (88%) de ellas piensan que su trabajo beneficia siempre a las personas que atienden y 4 (12%) dicen que casi siempre. (tabla No. 5)

Veintitrés de las encuestadas (72%) se sienten muy satisfechas con su profesión y 9(29%) refieren estar satisfechas. *Se rechaza la hi 10 ya que la mayoría de las encuestadas se sienten satisfechas con su profesión y con su ambiente laboral.*

6. Veinticinco (78%) enfermeras consideran que el trabajo en equipo siempre facilita el desempeño de sus funciones; 7(22%) opinan que sólo algunas veces. En cuanto a las relaciones interpersonales en su ambiente laboral, 22(69%) opinan que son buenas, 9 (28%) las califican como muy buenas y una persona (3%) no contestó. *Se acepta la hi 11 pues la mayoría de las enfermeras consideran importante el trabajar en equipo.*
7. Respecto a los problemas que enfrentan para ofrecer servicios satisfactorios en las institución donde laboran, 15(46%) de las enfermeras refieren la falta de afinidad entre los objetivos de la institución y del trabajador, 17(54%) no eligieron esta opción. 14(44%) opinan que es el burocratismo, 18(56%) no consideraron esta opción. 11(34%) que el exceso de trabajo interfiere y 21(66%) no lo creen así. 10(31%) mencionan la falta de comunicación, 22(69%) no lo mencionan. 5(16%) porque los pacientes son conflictivos, este problema no lo incluyen 27(84%) de las enfermeras. En opinión de 15(47%) de las enfermeras encuestadas existen dos a más de los factores mencionados. Respecto a si cuentan con los recursos materiales necesarios para realizar su trabajo, 20 (63%) de las enfermeras contestaron afirmativamente, y 12 (37%) opinan que no es así. Se acepta la hi 12 ya que las enfermeras identifican más de dos problemas para otorgar servicios satisfactorios en la institución donde laboran. (tabla No. 6)

5.3 PERCEPCIÓN QUE TIENEN LAS ENFERMERAS ENCUESTADAS SOBRE LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD POSITIVA.

1. *Se aceptan las hi 13 y 14 ya que las enfermeras encuestadas reconocen la importancia de los factores psico-sociales, culturales, económicos, ambientales y biológicos en la salud,* como puede observarse a continuación: Treinta y una (97%) de las encuestadas están muy de acuerdo en que la convivencia con familiares y amigos favorecen la salud mental, sólo una persona (3%) opina que no es así. En cuanto a si la enfermedad es una condición normal en la vida de las personas adultas, 11 (34%) de las enfermeras respondieron afirmativamente y 20(62.5%) opinan lo contrario. Una persona (3%) no contestó. De las once personas que contestaron afirmativamente la pregunta anterior, 5(16%) mencionan que se debe a la existencia de factores de riesgo de contraer enfermedades, 6 (19%) refieren el desgaste paulatino del organismo y porque muchas personas tienen hábitos nocivos que aunados a los cambios metabólicos y hormonales provocan degeneración. También mencionan el ritmo de trabajo, factores hereditarios y agentes externos que afectan negativamente al organismo. De aquellas personas que respondieron negativamente, 7(22%) consideran que si se tiene un adecuado estilo de vida y se realiza examen médico periódico, no debe haber enfermedad. La mayoría 13(41%) considera que la enfermedad no es normal en ninguna

etapa de la vida, que depende sobre todo de factores externos que son agresivos y ajenos al hombre. (tabla No.7)

2. *Se acepta la hi 15* pues la mayoría de las enfermeras subestiman la capacidad de las personas para atender su salud, ya que 8(25%) de las encuestadas, opinan que los adultos siempre son responsables de estar enfermos; 19(59%) dicen que sí lo son algunas veces, sólo 5(16%) opinan que no son responsables.

En opinión de 24 de las enfermeras (75%), la mayoría de las personas no siguen las prescripciones médicas; sólo 7(22%) opinan que sí lo hacen. Una persona (3%) no contestó.

Respecto a los motivos por los que las personas no siguen las indicaciones médicas, de las 32 enfermeras encuestadas eligieron una o más de las opciones presentadas, distribuyéndose de la siguiente forma: 13(41%) opinan que se debe a la falta de información por parte del equipo de salud; 11(34%) dicen que es por negligencia, apatía y baja autoestima del propio paciente; en la misma proporción (34%) creen que es por ignorancia y poca cultura en salud de los pacientes. 4(12%) consideran que se debe a que el paciente desconfía del tratamiento, y sólo 2(6%) piensan que es por problemas económicos de los pacientes. (tabla No.8)

3. En cuanto al concepto de calidad de vida, para 14(44 %) de las enfermeras, equivale a la sensación de bienestar físico, mental, social y espiritual; para 9(28%) significa vivir bien, con dignidad; a 5(16%) enfermeras les parece que es el equilibrio bio-psico-social de las personas, y 4(12%) de las encuestadas no contestaron.

En relación a los factores que condicionan la calidad de vida 9(28%) de las enfermeras enuncian los aspectos psicológicos y espirituales como la satisfacción laboral, sentirse amados y amar a alguien, el reconocimiento y un buen ambiente familiar, 11(34%) de las enfermeras se refirieron a los factores económicos y sociales como tener empleo, vivienda digna, alimentación, recreación, educación y vestido; 7(22%) de las encuestadas mencionaron los factores culturales como los hábitos de la vida diaria, los estilos de vida, la actitud frente a la vida y los valores morales, como condicionantes de la calidad de vida. 5 de las 32 enfermeras (16%) no contestaron. *Se rechaza la hi 16 ya que en muy bajo porcentaje las encuestadas incluyen en sus respuestas los índices de morbilidad y mortalidad.* (Tabla No.9)

4. Respecto al término salud positiva 12(38%) de las enfermeras encuestadas contestaron que significa sentirse bien, es la satisfacción plena de los aspectos bio-psico-sociales; 10(31%) dicen que significa estar sano; es la ausencia de enfermedad. Siete (22%) de las enfermeras relacionan el término con acciones de autocuidado que las personas realizan para lograr el equilibrio bio-psico-social. De las 32 enfermeras, 3(9%) dicen desconocer el término. *Se acepta la hi 17 puesto que las enfermeras asocian el concepto de salud positiva con el de salud de la OMS.*
5. En cuanto a cómo medir la salud positiva de las personas, 4 enfermeras (13%) se basarían en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad, 11(34%) consideran las actitudes y el comportamiento de las personas ante los problemas cotidianos. 6(19%) enfermeras consideran que es a través del examen médico integral, 4(13%) creen que debe medirse a través del grado de desarrollo, productividad y

satisfacción personal de los habitantes. De las 32 enfermeras encuestadas, 7(22%) no sabrían como medirla. *Se rechaza la hi 18 ya que son pocas las enfermeras que identifican los indicadores de salud positiva.* (tabla No. 10)

5.4 PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO Y PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS.

1. De los 32 médicos incluidos en el estudio,(38%) son mujeres, y 20(62%) son varones. La edad que manifestaron es de 32 a 52 años con una media de 39 años de edad. Respecto a su estado civil 25 de ellos (78%) son casados, 4(12%) son divorciados y 3(10%) son solteros. De los encuestados 23 (72%) informan tener de uno a cuatro hijos y 2 (28%) no los tienen.
En cuanto al nivel académico 14(44%) tienen la licenciatura en medicina, y en la misma proporción (44%) cuentan con alguna especialidad, entre las que mencionan medicina familiar, pediatría y gineco-obstetricia. 4(12%) tienen maestría en áreas de la salud.
El nombramiento de 16(50%) de los encuestados es como médico general, 11(34%) de especialista y 5(16%) son jefes de departamento o de sección. 2(6%) de los médicos que manifestaron tener alguna especialidad están contratados como médicos generales y 30 (94%) si corresponde su nombramiento a la formación académica. *Por lo tanto se acepta la hi 1.* (tabla No. 11)
2. 20(63%) de los encuestados manifestaron tener otro empleo en el primer nivel de atención, 8(25%) trabajan también en un hospital general y 4(12%) tienen horas contratadas en hospitales de especialidades. *Se acepta la hi. 2 ya que todos los médicos encuestados tienen dos empleos.*
3. La jornada laboral diaria de los médicos incluyendo el tiempo de traslado es de 8 a 13 horas con una media de 11 horas. 21(66%) de los encuestados refieren que descansan 2 días a la semana, 9(28%) un día y 2(6%) no disponen de días de descanso. *También se acepta la hi 3 ya que la jornada laboral de los médicos es mayor a 40 horas por semana.*
4. En relación al acceso a servicios de salud 13(41%) de los médicos acuden a la seguridad social; 11(34%) a la seguridad social y servicios privados y 8(25%) sólo utilizan servicios privados. En cuanto al tipo de atención médica que prefieren, 22(69%) de los encuestados refieren la medicina alópata exclusivamente, 7(22%) alopatía, homeopatía y herbolaria y 3(9%)alópata y homeópata. *Se rechaza la hi 4 ya que en muy baja proporción los médicos encuestados utilizan servicios privados para atender su salud y la gran mayoría recurre a las otras medicinas además de la alopatía.*

5.5 PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS MÉDICOS ENCUESTADOS SOBRE LA SALUD COMO PROCESO.

1. *Se rechaza la hipótesis 5 ya que la mayoría de los encuestados no tienen hábitos de la vida diaria del todo saludables, sobre todo se observa tendencia al sedentarismo como se muestra a continuación.*

Respecto a los hábitos de la vida diaria 22(69%) de los encuestados informan que casi siempre consumen una dieta equilibrada, 7(25%) informan que definitivamente no consumen una dieta equilibrada y 3(9%) siempre es equilibrada.

En relación al hábito de realizar ejercicio 18(56%) médicos informan que no lo acostumbran; 11 (35%) lo realizan cada tercer día y 3(9%) diariamente.

Al preguntar cual actividad de recreación prefieren 14(44%) dicen que escuchar música; a 11(34%) les agrada leer; 4(13%) hacer ejercicio y 3(9%) prefieren ver televisión. (tabla No.3)

En cuanto al número de horas que duermen al día los médicos refieren de 4 a 8 horas con un promedio de 6 horas al día.

Respecto al hábito de fumar 16(50%) de los médicos si fuman y en la misma proporción que no lo acostumbran. Los que sí tienen ese hábito fuman de 3 a 15 cigarrillos al día. Se obtuvo en promedio 6 cigarrillos por día.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas 16(50%) de los médicos encuestados informan que sólo en reuniones sociales; 8(25%) las consumen esporádicamente y en la misma proporción (25%) nunca ingieren alcohol.

2. Respecto a cómo consideran su actitud frente a la vida, 24(75%) de los médicos se sienten optimistas, y 8(25%) a veces se perciben desanimados.

En cuanto a cómo perciben su estado de salud actual, 12(38%) de los encuestados opinan que es muy buena y en la misma proporción (38%) que es buena; sólo 8(25%) la consideran regular. *Se acepta la hipótesis 6 ya que la mayoría de los encuestados tienen una actitud positiva ante la vida.*

3. En relación a los padecimientos presentados en el último semestre 10(31%) han tenido enfermedades de vías respiratorias altas, 8(25%) alteraciones gastrointestinales; 6(19%) padecieron de cefaleas, 3(9%) se saben hipertensos, 2(6%) han presentado trastornos del sistema musculo-esquelético y 8(25%) no refieren padecimiento alguno.

Durante el último año 14(48%) de los médicos encuestados han requerido de atención en el servicio de consulta externa; 9(28%) han solicitado servicio en medicina preventiva, 3 (9%) han requerido hospitalización y 6(19%) no han asistido a alguno de esos servicios durante dicho período.

De los médicos encuestados 28(88%) no se encuentran bajo tratamiento médico en la actualidad, sólo 4(12%) reportan que sí lo están, dos de ellos porque padecen hipertensión arterial, uno por infección de vías respiratorias y uno más porque está en tratamiento dental.

Respecto a si han tenido necesidad de alguna incapacidad médica en el último año, 28 (88%) de los encuestados informaron que no, 4 (12%) si la han requerido, con duración de 2 a 3 días. *Se acepta la hi 7 pues la mayoría de los encuestados son aparentemente sanos.*

4. Cuando los médicos encuestados han solicitado atención médica, 13 (41%) refieren que sólo algunas veces recibieron instrucciones para su autocuidado en casa, 11 (34%) informan que siempre ha sido así y 8 (25%) que nunca.

Respecto a la pregunta de a quién le corresponde proporcionar educación para la salud, 20 (63%) de los médicos opinan que a todo el equipo de salud, de ellos una persona incluyó a los padres de familia y a los maestros. 6 (19%) que sólo a enfermeras y médicos, 3 (9%) que al médico y la trabajadora social, y en el mismo porcentaje (9%) que esta función sólo es competencia del médico. *Se rechaza la hi 8 ya que no todos los médicos observan actitudes preventivas para mantener la salud.*

5. En cuanto a cómo mantener un buen estado de salud, 16(50%) de los médicos encuestados se someterían a examen médico periódico, en la misma proporción no lo harían. 15(47%) opinan que modificarían su estilo de vida, 17(53%) no lo creen necesario. 7(22%) de los encuestados cree necesario disminuir su carga de trabajo, pero en opinión de 25(78%) esto no es necesario. Ninguno de los encuestados cambiaría de trabajo para mantener su buen estado de salud.

En opinión de 23(72%) de los médicos encuestados, el estilo de vida siempre influye para que las personas conserven su salud, 9(28%) opinan que dicho factor influye sólo algunas veces. *Se acepta la hi 9 ya que la mayoría los médicos encuestados reconocen el impacto que tienen los estilos de vida sobre la salud.* (tabla No. 14)

6. Respecto a la satisfacción laboral de los médicos encuestados, 17(53%) de ellos señalan que la carga de trabajo que tienen actualmente es adecuada para su capacidad física, 8 (25%) opinan que es medianamente adecuada y 7(22%) consideran que es poco adecuada.

En cuanto a si el trabajo que desempeñan está de acuerdo a su preparación académica 27(84%) de los encuestados opinan que sí, 5(16%) lo negaron. Las razones que expusieron estos últimos son que faltan recursos para brindar la atención, es excesiva la carga de trabajo para el número de horas contratadas, que no se puede realizar investigación y que existen pocas oportunidades de superación académica.

En opinión de 18(56%) de los médicos, las relaciones interpersonales en su ambiente laboral son buenas y 14(44%) dicen que son muy buenas.

17(53%) de los médicos informan que sí disponen de los recursos materiales para realizar su trabajo en esa institución, 15(47%) consideran que no es así.

15(47%) de los médicos refieren que no han recibido reconocimiento por su trabajo, 14 (44%) dicen que sí. Tres (9%) de los encuestados no contestaron.

Los 32 médicos considerados en el estudio afirman que el trabajo que desempeñan es importante. 23(72%) de ellos opinan que las funciones que realizan siempre benefician a las personas que atienden y 9(28%) señalan que casi siempre.

En cuanto al grado de satisfacción con su profesión, 20(63%) de los médicos refieren estar muy satisfechos, mientras que 12(37%) sólo satisfechos. *Se rechaza la hi 10 ya que*

la mayoría de los encuestados se sienten satisfechos con su profesión y en su ambiente laboral. (tabla No.15)

7. Respecto a si el trabajo en equipo les facilita el desempeño de sus funciones, 14(44%) de los médicos opinan que siempre es así; 10(31%) que frecuentemente y 8(25%) opinan que no precisamente. *Se rechaza la hi 11 puesto que menos de la mitad de los encuestados afirman que el trabajo en equipo facilita sus labores.*
8. En lo referente a los problemas que los médicos enfrentan para ofrecer servicios satisfactorios en la institución donde laboran, 18(56%) de los encuestados opinan que la mayoría de éstos radican en el burocratismo, 14(44%) no señalaron esa opción. 17(53%) de los médicos opinan que es el exceso de trabajo, 15(47%) incluye a la falta de comunicación interpersonal, mientras que 17(53%) no menciona este problema. 11(34%) de los médicos refieren que son los paciente conflictivos y 21(66%) no lo menciona. 9 (28%) de los encuestados consideran que la falta de afinidad entre los objetivos del trabajador y de la institución, es la principal interferencia, 23(72 %) no eligieron ese problema. *Se acepta la hi 12 porque los encuestados identifican más de dos problemas para otorgar servicios satisfactorios en su centro de trabajo.*

5.6 PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS MÉDICOS ENCUESTADOS SOBRE LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD POSITIVA.

1. *Se aceptan las hi 13 y 14 ya que la mayoría de los encuestados reconocen la importancia de los factores psico-sociales, culturales, económicos, biológicos y ambientales para la salud, como se observa a continuación.* En opinión de los 32(100%) médicos encuestados, la convivencia con familiares y amigos es muy importante para mantener la salud mental.

Para 26(81%) de los encuestados la enfermedad no es una condición normal del adulto, 6 (19%) de los médicos, opinan que sí lo es. De los 26(81%) que contestaron en forma negativa, 8(25%) consideran que depende de los hábitos y autocuidado que tengan las personas, 7(22%) piensan que la enfermedad es una condición patológica que puede ocurrir a cualquier edad y que dependen de factores ambientales; 11(34%) no expresaron su opinión. De los 6 médicos que contestaron afirmativamente, 4(13%) consideran que la enfermedad si es una condición normal, por el deterioro paulatino que sufre el organismo con la edad, y 2(6%) opinan que existen enfermedades propias de cada edad y que son favorecidas por factores externos. (tabla No.17)

18 de los encuestados (56%) consideran que algunas veces los adultos son responsables de estar enfermos, 14(44%) opinan que siempre es así.

2. En opinión de 21(66%) de los médicos encuestados, la mayoría de las personas no siguen las prescripciones médicas, sólo 11(34%) consideran que sí las siguen. Respecto a los motivos por los que los pacientes no siguen las indicaciones médicas, 17 (53%) de los encuestados opinan que se debe a la ignorancia y poca cultura en salud de los pacientes, 15(47%) no eligieron ésta causa. 9(28%) mencionan que se debe a la negligencia, apatía y baja autoestima de los receptores del servicio, 23(72%) no

incluyeron tal respuesta. 5(16%) piensan que es porque los pacientes desconfían del tratamiento, 27 (84%) no opinan de esa manera. 4(12%) mencionan que se debe a la falta de información y de interés por parte del equipo de salud, 28(88%) no consideran este factor como causa primordial. Sólo una persona (3%) considera que se debe a problemas económicos de las personas. *Se acepta la hi 15 porque la mayoría de los médicos subestiman a los pacientes.* (tabla No. 18)

3. En cuanto al concepto de calidad de vida, 9(28%) de los encuestados consideran que es la sensación de bienestar físico, mental y social; para 8(25%) de ellos significa vivir bien, tener una vida digna. En la misma proporción (25%) consideran que significa salud, bienestar familiar y laboral. Para 5(16%) de los informantes, la calidad de vida consiste en el equilibrio bio-psico-social de las personas. Dos de los médicos (6%) no contestaron.

Respecto a los factores que condicionan la calidad de vida, 14(43%) de los médicos incluyen los factores económicos y sociales como tener empleo, vivienda digna, alimentación, recreación y educación, 9(28%) enunciaron los factores biológicos y hereditarios como condicionantes de la calidad de vida. 7 (22%) de los encuestados opinan que los factores culturales son muy importantes, entre éstos los hábitos y estilo de vida, así como la forma de relacionarse con las personas y cómo cuida su salud cada quien. Dos (6%) de los médicos encuestados no contestaron. *Se rechaza la hipótesis 16 ya que los médicos encuestados no mencionan la morbilidad ni la mortalidad en relación con la calidad de vida.* (tabla No. 19)

4. En cuanto al término de salud positiva, para 7(22%) de los encuestados significa estar sano, es la ausencia de enfermedad. 10(31%) consideran que es el resultado de las acciones de autocuidado que las personas realizan para lograr el equilibrio bio-psico-social. Para 9(28%) de los médicos es sentirse bien, es la satisfacción plena en los aspectos bio-psico-sociales. 6(19%) de los encuestados no contestaron. *Se acepta la hi 17 porque los médicos asocian el concepto de salud positiva con el de salud de la OMS.*
5. Para medir la salud positiva, en opinión de 5(16%) de los médicos encuestados debe realizarse a través del examen médico integral, 6(19%) opinan que por el grado de desarrollo, productividad y satisfacción de las personas, 8 (25%) consideran que con los índices de morbilidad y mortalidad. 5 (16%) sugieren que con el instrumento utilizado en ésta investigación, 8(25%) de los encuestados no contestaron. *Se rechaza la hi 18 ya que en muy bajo porcentaje los médicos encuestados se refieren a los indicadores como el crecimiento y desarrollo humano, la satisfacción laboral y familiar, los hábitos de la vida diaria saludables y contar con los mínimos satisfactores para lograr el bienestar general.*

5.7 RESULTADOS DEL ANÁLISIS ASOCIATIVO Y COMPARATIVO

Hipótesis Asociativas

1. No se observa asociación significativa entre los hábitos de la vida diaria que manifestaron las enfermeras y el concepto que poseen sobre la calidad de vida ($x^2 = 0.48$; $gl. = 2$; $p > 0.05$) por lo que *se rechaza la hipótesis asociativa 1.* (tabla No. 21)
2. Tampoco se observa asociación entre los hábitos de la vida diaria de los médicos con su concepto de calidad de vida ($x^2 = 0.38$, $gl. = 2$; $p > 0.05$) (tabla No. 22)
3. La percepción que tienen las enfermeras y los médicos de si la enfermedad es ó no es una condición normal en el adulto no se relacionan ($x^2 = 1.89$, $gl. = 1$; $p > 0.05$) por lo que *se rechaza la hipótesis asociativa 3 pues son independientes.* (gráfica No. 1).
4. Los médicos como las enfermeras incluidos en el estudio identifican a los factores económicos, sociales y culturales como condicionantes de la calidad de vida pero no se observa asociación significativas ($x^2 = 0.09$; $gl. = 1$; $p > .05$), resulta que sólo las enfermeras incluyen en sus respuestas a los factores psicológicos y espirituales, y por otra parte, sólo los médicos mencionan los factores biológicos y hereditarios. (gráfica No. 2) Probablemente estos resultados están asociados a la formación profesional de las enfermeras y de los médicos.
5. *Se rechaza la hipótesis asociativa 5 porque el concepto de calidad de vida que tienen las enfermeras no se asocia con los factores condicionantes que ellas identifican.* Esto quiere decir que ambas variables son independientes. ($x^2 = 1.73$; $gl. = 2$ $p > 0.05$)
6. *Se rechaza la hipótesis asociativa 6 porque el concepto de calidad de vida que tienen los médicos no se asocia con los factores condicionantes que ellos mismos identifican.* Esto quiere decir que las variables son independientes. ($x^2 = 0.44$; $gl. = 2$; $p > 0.05$)
7. No existe asociación entre el concepto de calidad de vida y el de salud positiva que tienen las enfermeras, ($x^2 = 0.92$; $gl. = 2$; $p > 0.05$) aunque en ambos conceptos se hace referencia al equilibrio bio-psico-social y a la sensación de bienestar.
8. No hay asociación significativa entre el concepto de calidad de vida y el de salud positiva que expresaron los médicos, ($x^2 = 4.92$; $gl. = 2$; $p > 0.05$) no obstante que en ambos conceptos se hace referencia al equilibrio bio-psico-social y a la sensación de bienestar.

Hipótesis Comparativas

9. Al comparar los hábitos de la vida diaria que manifestaron los encuestados relativos a dieta, ejercicio y actividades de recreación, se encontró lo siguiente. Respecto a la dieta que consumen las enfermeras con la de los médicos no se encontraron diferencias significativas, por lo tanto *se rechaza la hipótesis comparativa 1, ya que independientemente de la profesión de enfermera o de médico, la mayoría de los encuestados dicen que casi siempre consumen una dieta equilibrada* ($x^2 = 2.96$; $gl. = 2$; $p > 0.05$) como se muestra en la gráfica No. 2.

encuestados dicen que casi siempre consumen una dieta equilibrada ($\chi^2 = 2.96$; gl. = 2; $p > 0.05$) como se muestra en la gráfica No. 2.

Tampoco existen diferencias significativas entre la frecuencia con que realizan ejercicio y la profesión de los encuestados, por lo tanto *se rechaza la hipótesis 1 ya que independientemente de ser médico o enfermera la mayoría de los encuestados no realizan ejercicio ($\chi^2 = 2.07$; gl. = 2; $p > 0.05$) como se muestra en la gráfica No. 4.*

Al comparar las actividades de recreación que prefieren estos profesionistas, no se observaron diferencias significativas entre uno y otro grupo ni entre las frecuencias obtenidas en cada actividad ($\chi^2 = 1.91$; gl. = 2; $p > 0.05$) (gráfica No. 5).

10. *Se acepta la hipótesis comparativa 2 ya que la percepción sobre a quién le corresponde proporcionar educación para la salud que tienen las enfermeras es diferente a la manifestada por los médicos, ($\chi^2 = 13.79$; gl. = 2; $p < 0.05$) ya que las enfermeras se inclinan por el autocompromiso, mientras que los médicos consideran que se trata de una función de todo el equipo de salud. (gráfica No. 6)*

11. *Se rechaza la hipótesis comparativa 3 puesto que no se observaron diferencias significativas al comparar las acciones para mantener un buen estado de salud que proponen las enfermeras con las expuestas por los médicos. ($\chi^2 = 2.15$; gl. = 2; $p > 0.05$) Aunque aparentemente hay un mayor porcentaje de enfermeras que proponen modificar los estilos de vida y el examen médico periódico como se muestra en la gráfica No. 7.*

12. *No se observaron diferencias significativas entre las categorías propuestas para indagar sobre la satisfacción laboral de los médicos en comparación con las enfermeras, por lo tanto se rechaza la hipótesis 4 ($\chi^2 = 1.94$; gl. = 2; $p > 0.05$). En porcentajes similares consideran que el trabajo que realizan está de acuerdo a su preparación académica, que la carga de trabajo es adecuada a su capacidad física y también se encontró que casi la mitad de los encuestados han recibido reconocimiento por su desempeño en el trabajo, como se puede apreciar en la gráfica No. 8.*

13. *Se rechaza la hipótesis comparativa 5 porque no se encontraron diferencias significativas al comparar los problemas que identifican las enfermeras y los médicos para otorgar servicios satisfactorios en su centro de trabajo. Ambos grupos refieren la falta de afinidad entre los objetivos del trabajador y de la institución, el burocratismo y el exceso de trabajo. ($\chi^2 = 3.08$; gl. = 2; $p > 0.05$). (gráfica No. 9) Tampoco se encontraron diferencias significativas entre médicos y enfermeras cuando expresan que existe falta de comunicación y que los recursos materiales son insuficientes para la atención, aún cuando en mayor porcentaje los médicos hacen alusión a los pacientes conflictivos como otro de los problemas. ($\chi^2 = 0.47$; gl. = 2; $p > 0.05$). (gráfica No. 10)*

14. *Se rechaza la hipótesis comparativa 6 ya que no se observaron diferencias significativas entre la opinión de las enfermeras y de los médicos respecto a los motivos por los que los pacientes no siguen las indicaciones médicas. ($\chi^2 = 5.87$; gl. = 2; $p > 0.05$) Uno y otro grupo se refieren a la negligencia y baja autoestima de los pacientes, así como a su falta de cultura en salud. Sólo se observa un mayor porcentaje de enfermeras que aluden a la falta de información por parte del equipo de salud como causa de incumplimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes. (gráfica No. 11)*

15. No se encontraron diferencias significativas al comparar los conceptos de calidad de vida que tienen las enfermeras con los emitidos por los médicos incluidos en el estudio, *por lo tanto se rechaza la hipótesis comparativa 7* ($\chi^2 = 2.98$; *gl.* = 2; $p > 0.05$) aunque aparentemente un mayor porcentaje de enfermeras que de médicos se refieren a la sensación de bienestar físico, mental y social; y en mayor proporción los médicos mencionan el vivir con dignidad como elementos importantes del concepto de calidad de vida. (gráfica No. 12)
16. Al comparar los conceptos sobre salud positiva manifestados por las enfermeras y por los médicos, no se encontraron diferencias significativas, por ello *se rechaza la hipótesis comparativa 8 ya que la percepción que tienen estos profesionistas respecto a la salud positiva es similar.* ($\chi^2 = 1.3$; *gl.* = 2; $p > 0.05$) Sobre todo se observó que ambos grupos de profesionistas asocian el concepto al de la salud emitido por la OMS, es notable que en muy bajo porcentaje se refieren los encuestados al autocuidado y promoción de la salud asociados al concepto de salud positiva.
17. En cuanto a los indicadores de salud positiva expuestos por los encuestados, no se encontraron diferencias significativas entre las respuestas de uno y otro grupo, *se rechaza la hipótesis comparativa 9* ($\chi^2 = 1.07$; *gl.* = 2; $p > 0.05$), no obstante, cabe señalar que sólo 11 (34%) de las enfermeras se refieren a considerar "la actitud y comportamiento de las personas" para medir la salud positiva. Por otra parte 5 (16%) de los médicos opinan que puede medirse aplicando el cuestionario utilizado para esta investigación. (gráfica No. 13)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación se sustentan en los objetivos planteados, por lo que cabe señalarlos antes de abordar las conclusiones y recomendaciones.

Objetivo General:

-Analizar la percepción que tienen médicos y enfermeras que laboran en alguno de los servicios de salud del área metropolitana, sobre la calidad de vida y la salud positiva.

Objetivos específicos:

-Construir un instrumento para medir la percepción de los profesionales de la salud sobre la calidad de vida y la salud positiva.

-Identificar la percepción que tienen sobre los indicadores de salud positiva.

-Conocer su percepción sobre la influencia de los factores culturales y psicosociales en la calidad de vida y salud positiva.

-Identificar la importancia que le otorgan al contexto social y económico como determinantes de la calidad de vida y de la salud positiva.

-Determinar si dichas percepciones se relacionan con su formación profesional.

-Comparar las percepciones de los médicos con las percepciones de las enfermeras.

A continuación se efectúa el análisis y discusión, partiendo de algunas apreciaciones en torno a los conceptos de calidad de vida y salud positiva, se prosigue con el perfil socio-demográfico de los encuestados y con la percepción que tienen esos profesionales acerca de la salud como proceso y por último sus conceptualizaciones sobre calidad de vida y salud positiva.

Las recomendaciones y propuestas se orientan a los receptores de este reporte de investigación: los prestadores de servicios de salud, las instituciones de salud, las universidades formadoras de recursos humanos para la salud y los investigadores de servicios de salud.

- La calidad de vida es un término que en la actualidad ha permeado los diferentes ámbitos sociales, políticos, económicos y desde luego, al de la salud. Se le asocia con factores de tipo personal y de grupo, tanto culturales como sociales y psicológicos, tanto biológicos como ambientales. Al relacionarla con la salud se le ha separado de cuestiones bioquímicas o fisiológicas, pero su estudio se ha desarrollado enfocado a las limitaciones que produce la enfermedad o su tratamiento⁸⁸ por ello la mayoría de los instrumentos que existen se basan en las características especiales de un padecimiento y son útiles para ensayos clínicos y para aplicarlos, eventualmente en la práctica médica (Guyatt, Michel;

⁸⁸ CARDIEL RÍOS, Mario. Op. cit. p.189.

citado por Kaplan)⁸⁹. Uno de los objetivos de la investigación "Percepción de los prestadores de servicios de salud sobre la calidad de vida y la salud positiva" consistió en elaborar un cuestionario que sirviera para medir dichas percepciones, pues dichos instrumentos han sido la forma habitual para medir calidad de vida, para este caso con una fuerte relación con el concepto de salud positiva. Desde esa perspectiva se conceptualiza a la calidad de vida como un fenómeno multidimensional con una gran carga de subjetividad, por ello incluye aspectos psicosociales y culturales. Los reactivos elaborados para conocer la percepción que las enfermeras y los médicos tienen respecto a la salud positiva es por considerar que el enfoque de la formación y práctica profesional de ellos ha girado sobre todo en torno a la enfermedad, sin profundizar suficientemente en los aspectos de fomento de la salud y prevención de daños, hecho que adquiere relevancia porque en la actualidad la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas que han cobrado mayor auge al prolongarse la esperanza de vida de las personas, tienen una fuerte asociación con los estilos de vida y las medidas de autocuidado y de promoción de la salud.

- En cuanto al perfil socio-demográfico de las enfermeras y de los médicos incluidos en el estudio, se puede concluir que la mayoría de ellos se encuentran en la etapa de adulto maduro y la mayoría son casados. Todas las enfermeras encuestadas son mujeres y en cuanto al grupo médico, más de la mitad de ellos son varones, no hubo diferencias significativas en las respuestas por edad ni por género. La jornada laboral de estos profesionistas sobrepasa las 40 horas por semana, lo cual nos hace inferir que están sometidos a una fuerte carga de trabajo aunque ellos no lo refieren como se comenta más adelante. Todos ellos cuentan con dos empleos, sin embargo la mayoría refiere que no recurre a la atención médica privada, es probable que a pesar de tener tanto trabajo sus ingresos no les permiten acceder a ese tipo de atención. Este hecho coincide con lo documentado en el marco teórico respecto a la crisis económica que afecta a todos los sectores de la sociedad. Por otra parte casi la mitad de los encuestados recurren a la homeopatía y herbolaria, además de la medicina alópata, seguramente existen aspectos culturales que subyacen a esta práctica y que desde luego tienen que ver con el concepto que sobre la salud y su cuidado poseen estos profesionistas.
- Respecto a la percepción que tienen las enfermeras y los médicos sobre su propia salud como proceso, se indagó sobre los hábitos de la vida diaria como la dieta, el ejercicio, las actividades de recreación, tabaquismo y alcoholismo. Se encontró que la mayoría de los encuestados tienen estilos de vida poco saludables, sobre todo porque se observa tendencia a la vida sedentaria y al estrés por la carga de trabajo tan intensa que manifiestan. Aunque la mayoría de los encuestados son aparentemente sanos y tienen una actitud positiva ante la vida, cuando se les preguntó si acuden a los servicios de medicina preventiva, la mayoría de ellos no lo hacen, al parecer sólo acuden a solicitar atención cuando tienen alguna alteración específica. Este hecho contradice lo que se4

⁸⁹ KAPLAN, Robert. Op. cit. p. 126.

manifiesta en el discurso pues la mayoría de los encuestados señalan que para mantener un buen estado de salud hay que someterse a examen médico periódico y modificar los estilos de vida, a pesar de ello la mayoría no contemplan estas recomendaciones para sí mismos, por ejemplo en muy bajo porcentaje consideran que la carga de trabajo afecta su salud. Esto probablemente se debe a que cuando una persona se encuentra bien y se percibe sana, es muy difícil que se involucre en comportamientos promotores o protectores de la salud (Harris y Gutten, 1979, Mechanics, 1979; en Rodríguez Marín)⁹⁰ porque generalmente le ocasiona otro tipo de esfuerzo, a menos que cuente con factores motivacionales muy específicos que a su vez condicionan una cierta percepción de la salud que le induzca a ejercer dichas prácticas. Estos resultados reafirman la idea de que existen factores de índole social y cultural que influyen sobre la manera de percibir el significado del cuidado de la salud, independientemente de la profesión de las personas.

- La mayoría de los encuestados se sienten satisfechos con su profesión, todos consideran que el trabajo que realizan es importante y la mayoría piensa que siempre ayudan a las personas receptoras de sus servicios. Se observó que en mayor porcentaje las enfermeras consideran que el trabajo en equipo es importante, tal vez esto se debe al tipo de labores que desempeñan cada uno de estos profesionistas y a los enfoques de formación que al respecto, son diferentes.
- Al preguntar sobre los problemas que identifican estos profesionistas para proporcionar servicios satisfactorios en la institución en donde laboran, no se observaron diferencias significativas en las respuestas de uno y otro grupo, y las opiniones incluyen el burocratismo, la falta de afinidad entre los objetivos de los trabajadores y los de la institución, los pacientes conflictivos, la falta de comunicación y que los recursos materiales son insuficientes. Al respecto se concluye que aún cuando los profesionistas incluidos en el estudio no reconocen estos problemas como fuente de estrés ocupacional, se ha documentado como *burnout* o "*síndrome de estar quemado*" (Malach, 1976, 1978, 1979; Malach y Jackson, 1979, 1981, 1982; Malach y Pines, 1979; citado por Rodríguez Marín)⁹¹ no como un estrés psicológico sino como la respuesta a fuentes de estrés crónico que nacen de las relaciones sociales entre proveedores de servicios y receptores de los mismos, en especial de todos los profesionales sanitarios (García, 1990). Este síndrome ocurre cuando las relaciones profesional sanitario-paciente se deterioran con las consecuencias de incumplimiento de las prescripciones, insatisfacción del paciente y del profesional, disminución de la calidad de la atención y es frecuente "culpar" de ello a las personas con quienes se interactúa y catalogan al receptor de los servicios como "mal paciente" aunado a hostilidad y deshumanización.
- La mayoría de los encuestados subestiman a los pacientes ya que al preguntar porqué consideran que éstos no siguen las indicaciones médicas, señalan que se debe a apatía, negligencia, baja autoestima e ignorancia del paciente. En bajos porcentajes opinan que es por falta de información por parte del equipo de salud y por problemas económicos.

⁹⁰ RODRÍGUEZ Marín. Op. cit. p. 190

⁹¹ Ibidem.

Esto significa también, que no todos los encuestados asumen su responsabilidad como educadores para la salud y consideran que las fallas de la atención primordialmente residen en el paciente. Por otra parte esto es el reflejo de que no existe una relación médico-paciente de mutualidad en la que se esté dispuesto a "negociar" para resolver los problemas de salud. En ese sentido, la mayoría de los encuestados sólo observan que el paciente tiene ciertos problemas socio-culturales, pero el profesional no tiene porqué involucrarse en la comprensión de los mismos, ni tampoco se toma en cuenta que el hecho de que el paciente no cumpla el tratamiento prescrito tendrá repercusiones en la salud del mismo como en los aspectos económicos y sociales concomitantes. Por otra parte, el hecho de que la mayoría de los pacientes no siguen las indicaciones médicas ya se ha estudiado, se estima que aproximadamente esto ocurre en un 40 % (Di Mateo, 1985; citado por Rodríguez Marín)⁹² y entre los problemas que determinan tal incumplimiento se mencionan las fallas en la interacción con el profesional sanitario, los referidos al régimen terapéutico, los relativos a la enfermedad de que se trate, por ejemplo si es aguda o crónica, y los aspectos psicosociales del paciente. En un estudio para analizar la interacción como el factor determinante central del cumplimiento u "obediencia" de las prescripciones, se hace referencia a la efectividad de la comunicación del profesional y el tono afectivo de la interacción (Morales, 1985)⁹³, la cual será positiva cuando el profesional muestra interés y preocupación por conocer las expectativas del paciente y negativa cuando ocurra lo contrario.

- Respecto a la percepción que tienen los médicos y las enfermeras sobre la calidad de vida y la salud positiva, se encontró que la mayoría de ellos reconocen y describen la importancia de los factores psico-sociales, económicos, ambientales y biológicos en sus conceptualizaciones. Es notable que muy bajo porcentaje de los encuestados menciona los índices de morbilidad y de mortalidad, casi la mitad de las enfermeras y un tercio de los médicos utilizan en cambio los términos "sensación de bienestar físico, mental y social", en particular las enfermeras se refieren a lo espiritual. Aunque en menor proporción consideran el término "tener una vida digna" y describen que es importante la satisfacción laboral y tener a quien amar y ser amado. En alta proporción reconocen el impacto de los estilos de vida saludables en la salud.
- En cuanto al término salud positiva, sólo un tercio de los encuestados lo relaciona con la satisfacción plena de los aspectos bio-psico-sociales, en la misma proporción con la ausencia de enfermedad y con acciones de autocuidado. Al parecer estas respuestas se asocian al concepto clásico de la salud emitido por la OMS. Lamentablemente casi un tercio de los encuestados no contestó quizás porque desconoce el término.
- En cuanto a cómo medir la salud positiva los encuestados incluyen los índices de morbi-mortalidad y el examen médico periódico, en menor porcentaje señalan el grado de productividad, de desarrollo y satisfacción de los habitantes y por las actitudes y

⁹² Ibidem.

⁹³ Ibid. p. 188

comportamiento de las personas. Sólo 16 % de los médicos sugieren que se aplique el instrumento utilizado en esta investigación.

- No se encontró asociación entre los hábitos de la vida diaria que tienen los profesionales de la salud incluidos en el estudio y los conceptos que poseen sobre calidad de vida y salud positiva. No existe asociación de tales conceptos con su grado académico, es decir que tanto los encuestados que cuentan con estudios de posgrado como los que no los tienen poseen hábitos de la vida diaria y conceptos de calidad de vida y salud positiva similares.
- Al comparar los resultados obtenidos respecto a los hábitos de la vida diaria, la satisfacción laboral, las acciones para mantener un buen estado de salud y los problemas para proporcionar servicios satisfactorios expuestos por las enfermeras y por los médicos, no se encontraron diferencias significativas. Tampoco se identificaron diferencias significativas en los conceptos de calidad de vida y salud positiva expresados por uno y otro grupo.
- Sólo se encontraron diferencias significativas en la percepción que tienen las enfermeras y los médicos sobre a quién le corresponde proporcionar educación para la salud, pues ellas se autoafirman en ese compromiso, mientras que los médicos opinan que es tarea de todo el equipo de salud y no sólo de ellos.
- Con el objeto de cerrar este apartado cabe retomar algunos conceptos, por ejemplo para algunos autores el bienestar general se refiere al "grado de satisfacción económica, social, física, mental, ambiental, de que gozan las personas y que se expresa en formas de convivencia solidaria y participativa, en el trabajo colectivo, *para lograr cierta calidad de vida*"⁹⁴ También se ha propuesto que en lugar de considerar sólo los índices de morbilidad y de mortalidad, o la demanda de servicios de atención médica o de otra índole, la salud debería medirse desde la perspectiva de los indicadores positivos, como por ejemplo los días que las personas viven y conviven en forma saludable, sus hábitos y comportamientos respecto al fomento y conservación de la salud y por el grado de satisfacción que logran en los aspectos básicos de la vida humana, entre otros aspectos. En cierta forma estas consideraciones teóricas se perciben en las respuestas de los médicos y de las enfermeras incluidos en el estudio, se puede inferir que no están ajenos a este paradigma de la salud. Sin embargo existen factores culturales, como ya se mencionó, y también de formación profesional que no se han superado en la mayoría de estos profesionales para lograr que, además de su papel, tan valioso y necesario, en los tratamientos de los procesos morbosos específicos, se amplíen sus funciones como consejeros sanitarios para la detección oportuna de factores de riesgo y para hacer el seguimiento riguroso de las estrategias que se propongan para el cuidado de la salud (en un sentido positivo) tanto a nivel individual como colectivo, y que redunden en una

⁹⁴ SAN MARTÍN, Hernán. Economía de la Salud. Op. cit. p. 29.

mejor calidad de vida, no sólo de los sujetos a los que atienden, sino también de su propia persona.

- Se pudo demostrar en este estudio, una vez más, que definir la salud es tan difícil y tan relativo como también lo es el concepto de calidad de vida, sin embargo es claro que los encuestados identifican la concurrencia de los factores sociales, culturales biológicos, psicológicos y ambientales en ambos procesos. Para muchos de ellos es claro también que la salud puede ser incrementada con el autocuidado y que la enfermedad es evitable; suelen asociar tanto el término calidad de vida como el de salud positiva con la sensación de bienestar bio-psico-social, y en ese sentido cobran importancia aspectos objetivos como el *tener* un ingreso económico, un hogar, educación, oportunidades de recreación, etc., y también los subjetivos que se refieren al *ser*, es decir el grado de satisfacción que se tiene como persona y el *amar y ser amado*⁹⁵ y todo ello reflejado en el grado de satisfacción y productividad de las personas al vivir y convivir en sociedad.

6.2 RECOMENDACIONES

A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Es necesario que en su práctica profesional reafirmen los conceptos teóricos de calidad de vida y salud positiva, pues a pesar de ser nociones relativas que no aceptan definiciones rígidas ni muy precisas, tienen en sí mismas una connotación humanística, que trasciende los meros satisfactores de índole material, sin excluirlos porque también son esenciales. Por ello tales conceptos pueden ser guía de la labor cotidiana del prestador de servicios de salud al permitir la comprensión cabal y la aplicación práctica del reconocimiento de los múltiples factores que interactúan en el proceso de vivir, para propiciar, en la medida de sus posibilidades, que las personas puestas a su cuidado gocen de calidad de vida tanto en salud, como cuando son víctimas de daños a su integridad.

Por otra parte, es necesario que el trabajador del área de la salud reflexione en torno a su propia calidad de vida y cómo es que influye en su salud y en su práctica profesional, ¿son saludables sus hábitos de la vida diaria?, ¿cómo cuida su propia salud?, ¿estará sufriendo de estrés crónico por las implicaciones de su profesión?, ¿será necesario que modifique su forma de interactuar con los pacientes y con sus compañeros de trabajo?, son preguntas que todo profesional de la salud debe hacerse cotidianamente para evitar llegar al *burnout* o *síndrome de estar quemado*.

Es necesario que los prestadores de servicios de salud reafirmen su compromiso de educadores para la salud, de constituirse en verdaderos consejeros sanitarios, pues si bien es cierto que existe poca cultura en salud, también es cierto que quienes tienen la responsabilidad específica de orientar en tales aspectos son los médicos y las enfermeras,

⁹⁵ GONZÁLEZ C. RANGEL, Ana L. "Calidad de vida, salud, ambiente y género. *Memorias XVII Coloquio de Investigación ENEP Iztacala*. UNAM. México. Octubre de 1997.

puesto que son los expertos conocedores de los factores de riesgo y de las medidas preventivas, como de los tratamientos específicos, no obstante que en la actualidad se reconoce que el cuidado de la salud es una responsabilidad compartida por muchos otros sectores de la sociedad.

A LAS INSTITUCIONES DE SALUD

En vista de que la misión de las instituciones de salud consiste en proporcionar una atención médica eficiente, eficaz, de calidad, con una relación profesional sanitario-paciente dentro del marco de la responsabilidad mutua, así como con la orientación social adecuada a la población que atiende, es necesario que se desarrollen estrategias para lograr tales propósitos. Una de las más importantes consiste en el conocimiento de los problemas que enfrenta su personal diariamente para otorgar servicios satisfactorios, asimismo se debe conocer el grado de satisfacción laboral de los empleados como marco esencial de la óptima productividad.

Otro punto importante lo constituye la educación médica continua en servicio, se recomienda hacer énfasis en las nuevas corrientes de promoción de la salud, de calidad de vida y del humanismo en la atención médica, además de establecer una fuerte relación docente-asistencial.

A LAS INSTITUCIONES FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

En la educación de las enfermeras y de los médicos debe subrayarse más que nunca la adquisición de habilidades de comunicación, de relaciones humanas y de saber trabajar en equipo con sus pares y con otros profesionistas.

Es necesario que se profundice desde los inicios de la carrera, en el estudio de las disciplinas sociales, la antropología y la psicología aplicadas al área de la salud en forma paralela a los aspectos bio-médicos propiamente dichos, porque la salud, como el bienestar, son tributarios de los modos sociales de producción que alteran el contexto ecológico y social, la cultura de las comunidades, el ritmo de vida, los medios de subsistencia y las respuestas del individuo en cuanto a salud se refiere, como en todos los otros ámbitos de la vida humana.

Es indispensable que el estudiante analice la noción de bienestar social el cual tiene que ver con la acción creadora de los seres humanos, con la realización de su ser y de sus rasgos esenciales. Tales conceptos coinciden con la existencia de los valores humanos, en los cuales descansa la salud de la sociedad. La tarea esencial de las universidades es procurar el fortalecimiento de los valores universales en sus estudiantes, para que ellos a su vez, conformen y fomenten la sociedad cada vez más humanizada.

Las instituciones formadoras también tienen la responsabilidad de lograr que sus egresados estén preparados para enfrentar los problemas de salud reales y potenciales, el paradigma integrador de los conocimientos que adquieren estos profesionales en sus aulas, debe centrarse en la *dignidad humana*, dicho paradigma se abre multidimensionalmente en cuatro conceptos clave: *Potencial de vida, estilo de vida, calidad de vida y significado de vida*. La propuesta concreta es que estos elementos se constituyan en ejes de la formación de los profesionales del área de la salud.

A LOS INVESTIGADORES DE SERVICIOS DE SALUD

La investigación en servicios de salud es un elemento esencial para el desarrollo planificado de la atención a la salud. Especialmente se recomienda investigar en el campo de la producción, distribución, organización y efectos de los servicios personales de salud.

Respecto al tema de la calidad de vida desde la perspectiva de la salud positiva queda mucho por indagar, sobre todo, es terreno fértil para la investigación cualitativa y para la evaluativa. Este estudio de índole descriptivo da pie para profundizar aún más en la percepción que tienen de tales conceptos, tanto los prestadores de servicios de salud como los receptores de los mismos. Sería sumamente importante, por ejemplo, realizar una investigación a través de la cual se analicen y comparen las percepciones que tienen tanto los trabajadores sanitarios como los usuarios de los servicios, de esos conceptos y de su repercusión en la calidad de la atención.

También es necesario investigar sobre la satisfacción laboral de las enfermeras y de los médicos en sus diferentes campos de acción, así como la relación profesional sanitario-paciente.

Sin duda, el conocimiento cada vez más profundo de los problemas que rodean los servicios que otorgan las instituciones de salud, redundará en una mayor calidad de la atención, y por ende se propiciará la tan deseada humanización de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ALARCÓN Segovia, Renato. (1992) "Panorama de la investigación Biomédica en México" Gaceta Médica de México Vol 126. No 4. México.
- ARECHIGA, Hugo. (1992) "La investigación médica en México". Gaceta Médica de México Vol 126. No 4. México.
- BLIMA SCHRAIBER, Lilia. (1994) "Formación escolar, capacitación profesional y calidad de los Servicios de Salud". Educación Médica y Salud Vol. 28, No. 2. OMS/ OPS México.
- BOLTVINIK, Julio. (1995) "La Pobreza en México, Metodología y Evolución" en Salud Pública de México. Vol. 37, No. 4 . México.
- BRUIN, A.; Picavet HS. (1996) "Health Interview Surveys. Towards International Harmonization of Methods and Instruments" Statistics Netherland Voorburg WHO Reg. Publ. Eur-Ser. (Denmark)
- BRUNNER Y SUDDARTH. (1992) Enfermería Médico-Quirúrgica. Vol. I Interamericana, México.
- BUSTELO, Eduardo. (1992) "La producción del Estado de Malestar: Ajuste y Política Social en América Latina" en Salud Internacional, un debate Norte-Sur. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS . No. 95. OPS/OMS Washington D.C.
- CALLAHAN, L. F.; Rao, J. (1996) "Arthritics and women's Health: Prevalence, Impact and Prevention" Aging Studies Braunch National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Atlanta, Georgia. USA sep - oct. 1996.
- CARDIEL Ríos; Mario. (1994) "La Medición de la Calidad de Vida" en Epidemiología Clínica. Moreno Altamirano et. al. 2a. ed.. Interamericana-Mc Graw Hill. México.
- CECIL Loeb. (1991) Tratado de Medicina Interna. 18a. ed. Interamericana. México.
- COHEN, Carl. (1982) "On the quality of life: some philosophical reflections" Circulation.
- DEL VALLE, Alejandro. et.al. (1982) "La Investigación de Servicios de Salud en México 1960-1981." Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República y la Universidad Nacional Autónoma de México.
- DRUKER, René. (1997) "Replantear los mecanismos de evaluación de las ciencias" Artículo publicado en el diario Uno más Uno. México 14 de mayo 1997.
- DUBÓS, René. (1986) El Espejismo de la Salud. Fondo de la Cultura Económica. México.
- ELU, María del Carmen. (1993) La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala. Fondo de la Cultura Económica. México.
- FABA, Gladis. (1994) "La investigación esencial en Salud: Una Alternativa". en Economía y Salud. FUNSALUD. México.

- FERNÁNDEZ, R.R.; Cruz, J. J. (1996) "Validation of a quality of life questionnaire for critically ill patient" Servicio de Medicina Intensiva, C. R. T. Hospital Virgen de las Nieves. España.
- FLORES, Edmundo. (1982) La Ciencia y la Tecnología en México. CONACYT. México.
- FRENK, Julio. (1993) La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública. Fondo de la Cultura Económica. México.
- GARCÍA, M. (1990): "Burnout profesional en organizaciones". Boletín de Psicología, 29, 7-27. Citado por Rodríguez Marín. op. cit. p151.
- GASTAL, Alfred. (1992) "El medio ambiente y sus efectos sobre la salud. en Salud Internacional Un Debate Norte Sur. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS No. 95 OPS/OMS Washington D.C.
- GOMEZJARA, Francisco; Pérez Nicolás. (1987) El Diseño de la Investigación Social. Fontamara. México.
- GONZÁLEZ CELIS RANGEL, Ana L. (1997) "Calidad de vida, salud, ambiente y género" Menorias XVII Coloquio de Investigación. ENEP Iztacala, UNAM. México, octubre de 1997.
- HACKER, W; Rosenbrock R. (1996) "Health Promotion in the Work Environment-Old and new Challenges for Public Health". Gesundheitswesen (Germany) Sep. 1996.
- HARMAN. (1993) Indicadores Positivos De Salud y Su Relación Con Las Ciudades Saludables Memoria de la Primera Reunión Latinoamericana de Registros en Salud y Estadísticas Hospitalarias. Hospital Infantil de México.
- HARRISON, M.B. ; Juniper, E.F. (1996) "Quality of life as an outcome measure in nursing research. May you have a long and healthy life" Loeb Research Institute. Clinical Epidemiology Unit. Ottawa Civic Hospital. Canadá.
- HERMAN, B. P. ; Vickrey B. (1996) "A comparison of health related quality of life in patients with epileps, diabets and multiple sclerosis". Department of Neurology, University of Wisconsin, Madison USA.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; Fernández; Baptista. (1996) Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. México.
- JESSE, William. (1990) "Garantía de Calidad en los Hospitales de Estados Unidos" Salud Pública de México. Vol. 32 No. 2 México.
- KAPLAN, Robert M. (1994) "Using quality of life, information to set priorities in health polity" Social Indicators Research ; Ag. 1994 Vol. 33 (1-3) 121-163. U. California, Dept of Community & Family Medicine, Div. of Health Care Services, San Diego US.
- LEVIN, Jack. (1979) Fundamentos de Estadística. Harla. México.
- LITTEFIELD, C; Abbey , S. (1996) "Quality of life following tranplantation of the heart, liver, and lung". Dept. of Psychology Toronto, Canada.
- LONG, Bárbara. (1989) Tratado de Enfermería Médico-Quirúrgica. Vol. I Interamericana, México.

- LÓPEZ Arellano, Olivia. (1992) "La modernización de la política de salud en México" Memorias V de Medicina Social. Caracas, Venezuela.
- LÓPEZ, Daniel. (1982) La Salud Desigual en México. Siglo XXI. México.
- MAROTO Montero, JM. (1992) "Rehabilitación en la cardiopatía isquémica. Resultados a nivel de calidad de vida y sobre el pronóstico." Archivo Instituto Nacional de Cardiología. México.
- MARTUCHELI, Jaime. (1982) "La investigación como insumo de las políticas de salud en México". Salud Pública de México. Vol. 31, No. 5. México.
- MITCHEL, J. L. (1974) "Compliance with medical regimens. Annotated bibliography" Health Education Monographs. 2, 75-87.
- MILTON, Terris. (1992) "La situación de la Salud en las Américas" en Salud Internacional. Un debate Norte Sur. OPS/OMS No. 95 Washington D. C.
- MORALES, Humberto. (1986) "Implantación de programas de garantía de calidad en los hospitales de América Latina y el Caribe" Educación Médica y Salud. Vol. 27, No.3 OMS/OPS México.
- MOURIÑO, Rosa. (1991) "Diseño y validación de un instrumento para valorar el entorno psicosocial" Salud Pública de México. Vol. 33, No. 1 México.
- NAMAKFOROOSH, Mohammad. (1996) Metodología de la Investigación. Limusa. México.
- NIGENDA López, Gustavo. (1990) "Uso de Métodos Antropológicos para el Estudio de las Causas de no Vacunación, el caso de Nativitas" Salud Pública de México. Vol. 32, No. 3 México.
- OLIVER, Nicolas. (1995) "Deconstructing quality of life" Journal of Mental Helth UK. Feb. 1995 Vol. 4 (1) 1-4 London, Inst of Psychiatry, England.
- OPS-OMS. (1995) Manual sobre políticas normas y procedimientos. Prioridades del programa de subvenciones de investigación. Washington. Mecanograma.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. (1987) "La Carta de Otawa" Bolet of Sanit Panam 103 (1).
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (1983) Investigaciones destinadas a reorganizar los Sistemas de Salud. OMS, Ginebra.
- OTT,C; Bergener,M. (1985) "The effect of rehabilitation after myocardial infarction on quality of life" Quality of life and Cardiovascular care 1:176.
- PHILLIPS, K. (1992) "Integrating economics and psychology into health and mental health services outcomes reserchs" Medical Care Review 1992 Sun Vol. 49 (2) 191-131U. California.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL. (1995) Programa de Reformas del Sector Salud 1995-2000. México.
- RODRIGUEZ MARÍN, Jesús. (1995) Psicología social de la salud. Sintesis SA, Madrid.
- SAN MARTIN, Hernán. (1989) Economía de la Salud. Interamericana. Madrid.

- SAN MARTIN, Hernán. (1992) Salud y Enfermedad. Interamericana, México.
- SCHLAEPFER, Loraine. (1990) "La Medición de la Salud: Perspectivas Teóricas y Metodológicas" Salud Pública de México. Vol. 32 No. 2. México.
- SECRETARÍA DE SALUD. (1994) Encuesta Nacional de Salud II. SSA México D.F.
- SIGERIST, Henry. (1990) Hitos en la Historia de la Salud Pública. Siglo XXI. 4ª edición. México.
- UNAM; Secretaría de Salud; IMSS. (1993) Bibliomex-Salud. México 1990, 1991, 1992. México.
- VARGAS, Luis Alberto. (1989) "Definiciones y Características de la relación Médico-paciente" Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica. Carlos Viesca Treviño editor. México.
- VARGAS, Luis Alberto. (1978) "Definiciones y Características de la relación Médico-paciente" Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica. Instituto de Investigaciones Antropológicas UNAM, México.
- VELASCO Suárez, Manuel. (1993) "Vocación y responsabilidad social del médico" Boletín del Consejo de Salubridad General. México.
- VIDAL, Carlos; Quiñones. (1993) "Integración docente asistencial" Educación Médica y Salud Vol. 20, No. 1 OMS/OPS México.
- WAILZKIN, H.B. ; B. Waterman. (1981) La explotación de la Enfermedad en la Sociedad Capitalista. Nueva Imagen. México.
- YACAMÁN, Miguel José. (1997) "La ciencia en México, por debajo del promedio mundial" Artículo publicado en el diario Uno más Uno. México 14 de mayo 1997.

A N E X O S

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

A N E X O "A"

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INVESTIGACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
INSTITUCIÓN _____

FOLIO _____

Solicitamos atentamente su colaboración para contestar este cuestionario. La información que nos proporcione es confidencial y ayudará a retroalimentar la formación de los Recursos Humanos para la Salud así como mejorar la calidad de la atención.

De antemano GRACIAS por su atención.

Elija la respuesta más adecuada señalando con X el espacio correspondiente y en su caso conteste en forma clara y breve. Algunas preguntas tienen más de una respuesta. No invada los espacios del margen a la derecha.

1. Edad en años _____ 1 _____
2. Sexo 1. Femenino _____ 2. Masculino _____ 2 _____
3. Estado civil : 1. Soltero _____ 2. Casado _____
3. Otro (especifique) _____ 3 _____
4. Número de hijos (en caso de que los tenga) _____ 4 _____
5. Último grado de estudios:
1. Técnico _____ 2. Licenciatura _____ 3. Especialidad _____ 4. Maestría _____ 5 _____
5. Otro (especifique) _____
6. Nombramiento Actual _____ 6 _____
7. En qué otra Institución labora: 7 _____
1. Clínica o Centro de Salud _____
2. Hospital General _____
3. Hospital de Especialidades _____
8. ¿Cuántas horas dura su jornada laboral diaria incluyendo el tiempo de traslado? _____ 8 _____
9. ¿Cuántos días a la semana tiene descanso? _____ 9 _____
10. ¿La carga de trabajo que tiene actualmente, es adecuada para su capacidad física?
5. Completamente _____ 4. Bastante _____ 3. Regular _____ 10 _____
2. Poco _____ 1. Nada adecuada _____
11. ¿Cómo califica Ud. sus relaciones interpersonales en su ambiente laboral?
5. Muy Bien _____ 4. Bien _____ 3. Regular _____ 11 _____
2. Deficiente _____ 1. Malas. _____

12. ¿ Dispone de los recursos físicos necesarios para realizar su trabajo? 12___
 1. Si ___ 2. No ___
13. El trabajo que desempeña está de acuerdo con su preparación académica? 13___
 1. ___ 2. No ___
14. ¿ Ha recibido reconocimientos por su esfuerzo en el trabajo? 14___
 1. Sí ___ 2. No ___
15. ¿ Considera que el trabajo que desempeña es importante? 15___
 1. Si ___ 2. No ___
16. El trabajo que realiza beneficia a las personas que Ud. atiende? 16___
 5. Completamente ___ 4. Bastante ___ 3. Regular ___ 2. Poco ___ 1. No ___
17. ¿ Cómo se siente con respecto a su profesión? 17___
 5. Muy satisfecho ___ 4. Satisfecho ___ 3. Poco satisfecho ___
 2. Insatisfecho ___ 1. Muy insatisfecho ___
18. En su opinión, los problemas que existen para ofrecer un servicio satisfactorio en la 18___
 institución donde labora incluyen: (elijá una o más)
1. Falta de comunicación ___ 2. Burocratismo ___
 3. Falta de afinidad entre los objetivos del trabajador y de la institución ___
 4. Pacientes conflictivos ___ 5. Exceso de trabajo ___
 6. Otros (especifique) _____
19. ¿ El trabajo en equipo le facilita el desempeño de sus funciones? 19___
 4. Siempre ___ 3. Algunas veces ___ 2. No precisamente ___ 1. No ___
20. ¿Cómo considera Ud. su actitud frente a la vida? 20___
 5. Optimista ___ 4. A veces desanimado ___ 3. Ni optimista ni pesimista ___
 2. Pesimista ___ 1. Indiferente ___
21. La convivencia con sus familiares y amigos es muy importante para la salud mental. 21___
 5. Muy de acuerdo ___ 4. De acuerdo ___ 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ___
 2. En desacuerdo ___ 1. Muy en desacuerdo ___
22. ¿Cómo califica su estado de salud actual? 22___
 5. Muy Bien ___ 4. Bien ___ 3. Regular ___
 2. Deficiente ___ 1. Muy mal ___

23. ¿ Ha presentado alguna de las siguientes alteraciones de su salud en el último semestre? (elija una o más). 23 _____

1. Enfermedades de vías respiratorias altas _____

2. Alteraciones músculo-esqueléticas _____

3. Alteraciones gastrointestinales. _____

4. Dolor de cabeza. _____

5. Hipertensión arterial. _____

6. Diabetes Mellitus _____

7. Otras (especifique) _____

24. Cuando usted requiere de atención médica , recurre a instituciones de: 24 _____

1. Seguridad Social _____ 2. Privadas _____ 3. S S A _____

4. Otro (especifique) _____

24. ¿En el último año ha utilizado usted alguno de los siguientes servicios? (elija uno o más) 25 _____

1. Medicina Preventiva _____

2. Hospitalización _____

3. Consulta Externa _____

4. Urgencias _____

5. Cirugía _____

25. Cuando ha tenido necesidad de atención médica ¿ recibe usted instrucciones para su auto cuidado en casa? 26 _____

5. Siempre _____

4. Casi siempre _____

3. Frecuentemente _____

2. Algunas veces _____

1. Nunca _____

27. ¿ Actualmente está bajo tratamiento médico? 27 _____

1. Sí _____ 2. ¿ en qué consiste? _____

3. No _____

28. ¿Qué prioridad le otorga usted a las siguientes opciones para mantener un buen estado de salud en el futuro? Anote, conforme a su percepción, el número correspondiente a cada enunciado: 5 = Muy de acuerdo; 4 = De acuerdo; 3 = Ni sí, ni no;

2 = En desacuerdo, y 1 = Definitivamente no.

- | | |
|--|------------|
| 1. Modificar estilo de vida _____ | 28.1 _____ |
| 2. Someterse a examen médico periódico _____ | 28.2 _____ |
| 3. Cambiar de trabajo _____ | 28.3 _____ |
| 4. Disminuir la carga de trabajo _____ | 28.4 _____ |
| 5. Otro (especifique) _____ | 28.5 _____ |
29. ¿ Ha tenido alguna incapacidad médica en el último año ? 29 _____
1. Sí _____ 2. ¿ Por cuánto tiempo? _____
3. No _____
30. ¿En su opinión el estilo de vida de las personas influye para conservar la salud ? 30 _____
5. Muy de acuerdo _____ 4. De acuerdo _____ 3. Ni si, ni no _____
2. En desacuerdo _____ 1. Definitivamente no _____
31. ¿A qué tipo de atención médica recurre Ud.? (elija una o más) 31 _____
1. Alópata _____ 4. Acupuntura _____
2. Homeópata _____ 5. Otra (especifique) _____
3. Herbolaria _____
32. ¿ En su opinión a quién le corresponde proporcionar educación para la salud a los pacientes? (Elija una o más)
1. Médico _____ 2. Enfermera _____ 32 _____
3. Trabajadora social _____ 4. A todos _____ 5. Otro (especifique) _____
33. ¿ Considera Ud. que consume una dieta equilibrada?
- 33 _____ 5. Siempre _____ 4. Frecuentemente _____ 3. Ni si, ni no _____
2. Algunas veces _____ 1. Definitivamente no _____
34. En promedio ¿cuántas horas duerme al día ? _____ 34 _____

35. Acostumbra hacer ejercicio: 35 _____
4. Diariamente _____ 3. Cada tercer día _____
2. Una vez a la semana _____ 1. No lo hago _____
36. Enumere del 1 al 3 en orden de preferencia las siguientes actividades de recreación: 36.1 _____
1. TV _____ 4. Cine _____ 36.2 _____
2. Teatro _____ 5. Lectura _____ 36.3 _____
3. Música _____ 6. Ejercicio _____ 36.4 _____
7. Otros _____ 36.5 _____
37. ¿Fuma Ud.? 36.6 _____
1. Si _____ 2. ¿cuántos cigarrillos al día? _____ 37 _____
3. No _____
38. ¿ Acostumbra consumir bebidas alcohólicas? 38 _____
4. Frecuentemente _____ 3. En reuniones sociales _____
2. Algunas Veces _____ 1. Nunca _____
39. En su opinión ¿ la enfermedad es una condición normal en la vida de las personas adultas? 39 _____
1. Si _____ 2. No _____
- ¿Porqué opina de esa manera? : _____
- _____
40. ¿ Considera usted que los pacientes adultos son responsables de estar o no enfermos? 40 _____
3. Siempre _____ 2. Algunas veces _____ 1. No lo son _____
41. ¿En su experiencia la mayoría de las personas siguen las prescripciones médicas? 41 _____
5. Siempre _____ 4. Casi siempre _____ 3. Frecuentemente _____
2. Algunas veces _____ 1. Nunca _____

Sus respuestas a las siguientes cuestiones son muy importantes, por lo cual le solicitamos atentamente que conteste cada una de estas.

42. Cuando una persona no sigue las indicaciones médicas, en su opinión ¿ a qué se debe?

43. Exprese su interpretación de CALIDAD DE VIDA, señalando los factores que en su opinión la condicionan.

44. En su opinión a que se refiere el término SALUD POSITIVA .

45. ¿ Cómo cree Ud. que podría medirse la salud positiva de los individuos?

46.¿ Tiene alguna sugerencia para mejorar este instrumento?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Aplicó _____

Fecha _____

LIBRO DE CÓDIGOS CALIDAD DE VIDA

V01 Institución

V02 Folio

V1. Edad

V2. Sexo

1. Femenino
2. Masculino

V3. Estado civil :

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Divorciado

V4. Tiene hijos

1. Si
2. Cuantos
3. No

V5. Último grado de estudios.

1. Técnico
2. Licenciatura
3. Especialidad
4. Maestría

V6. Nombramiento Actual

1. Enfermera general
2. Enfermera especialista
3. Enfermera jefe.
4. Médico general
5. Médico especialista
6. Médico jefe.

V7. En qué otra Institución labora

1. Clínica o Centro de Salud
2. Hospital General
3. Hospital de Especialidades

V8. ¿Cuántas horas dura su jornada laboral?

V9. ¿Cuántos días a la semana tiene descanso?

V10. ¿ La carga de trabajo que tiene actualmente, es adecuada para su capacidad física?

4. Bastante
3. Medianamente
2. Poco
1. Nada adecuada

V11. ¿Cómo califica Ud. sus relaciones interpersonales en su ambiente laboral?

1. Muy bien
2. Bien
3. Regular
4. Deficientes
5. Malas.

- V12. ¿ Dispone de los recursos físicos necesarios para realizar su trabajo?**
1. Si
2. No
- V13. ¿El trabajo que desempeña está de acuerdo con su preparación académica?**
1. Si
2. No
- V14. ¿ Ha recibido reconocimientos por su esfuerzo en el trabajo?**
1. Si
2. No
- V15. ¿ Considera que el trabajo que desempeña es importante?**
1. Si
2. No
- V16. El trabajo que realiza beneficia a las personas que Ud. atiende?**
4. Siempre
3. Casi siempre
2. Algunas veces
1. No
- V17. ¿ Cómo se siente con respecto a su profesión?**
5. Muy satisfecho
4. Satisfecho
3. Poco satisfecho
2. Insatisfecho
1. Muy insatisfecho
- V18. En su opinión, los problemas que existen para ofrecer un servicio satisfactorio en la institución donde labora incluyen: (elijan una o más)**
1. Falta de comunicación
2. Burocratismo
3. Falta de afinidad entre los objetivos del trabajador y de la institución
4. Pacientes conflictivos
5. Exceso de trabajo
- V19. ¿ El trabajo en equipo le facilita el desempeño de sus funciones?**
4. Siempre
3. Frecuentemente
2. No precisamente
1. No
- V20. ¿Cómo considera Ud. su actitud frente a la vida?**
5. Optimista
4. A veces desanimado
3. Ni optimista ni pesimista
2. Pesimista
1. Indiferente

- V21. La convivencia con sus familiares y amigos es muy importante para la salud mental.**
5. Muy de acuerdo
 4. De acuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 1. Muy en desacuerdo
- V22. ¿Cómo califica su estado de salud actual?**
5. Muy Bien
 4. Bien
 3. Regular
 2. Deficiente
 1. Muy mal
- V23. ¿Ha presentado alguna de las siguientes alteraciones de su salud en el último semestre?**
1. Enfermedades de vías respiratorias altas
 2. Alteraciones musculo-esqueléticas
 3. Alteraciones gastrointestinales.
 4. Dolor de cabeza.
 5. Hipertensión arterial.
 6. Diabetes Mellitus
 7. Otras
 8. Ninguna.
- V24. Cuando usted requiere de atención médica , recurre a instituciones de:**
1. Seguridad Social
 2. Privadas
 3. S S A
 4. Otro
- V25. ¿En el último año ha utilizado usted alguno de los siguientes servicios?**
1. Medicina Preventiva
 2. Hospitalización
 3. Consulta Externa
 4. Urgencias
 5. Cirugía
 6. Ninguna
- V26. ¿Cuando ha tenido necesidad de atención médica ¿ recibe usted instrucciones para su autocuidado en casa?**
5. Siempre
 4. Casi siempre
 3. Frecuentemente
 2. Algunas veces
 1. Nunca
- V27. ¿ Actualmente está bajo tratamiento médico?**
1. Sí
 2. No

V28. ¿Qué prioridad le otorga usted a las siguientes opciones para mantener un buen estado de salud en el futuro? Elija una o más.

1. Modificar estilo de vida
2. Someterse a examen médico periódico
3. Cambiar de trabajo
4. Disminuir la carga de trabajo
5. Otro
6. Ninguna.

V29. ¿ Ha tenido alguna incapacidad médica en el último año ?

1. Sí
2. ¿ Por cuánto tiempo? 2.1 Días ____ 2.2 Meses ____
3. No

V30. ¿En su opinión el estilo de vida de las personas influye para conservar la salud ?

5. Siempre
4. Algunas veces
3. Ni si, ni no
2. Definitivamente no
1. No lo sé

V31. ¿A qué tipo de atención médica recurre Ud.?

1. Alópata
2. Homeópata
3. Herbolaria
4. Acupuntura
5. Otra

V32. ¿ En su opinión a quién le corresponde proporcionar educación para la salud a los pacientes?

1. Médico
2. Enfermera
3. Trabajadora social
4. A todos
5. Otro

V33. ¿ Considera Ud. que consume una dieta equilibrada?

5. Siempre
4. Frecuentemente
3. Ni si, ni no
2. Algunas veces
1. Definitivamente no

V34. En promedio ¿cuántas horas duerme al día?

1. Más de 8 horas.
2. De 5 a 7
3. Menos de 5.

V35. Acostumbra hacer ejercicio:

4. Diariamente
3. Cada tercer día
2. Una vez a la semana
1. No lo hago

V36. Enumere del 1 al 3 en orden de preferencia las siguientes actividades de recreación:

- | | |
|-----------|--------------|
| 1. TV | 4. Cine |
| 2. Teatro | 5. Lectura |
| 3. Música | 6. Ejercicio |
| 7. Otros | |

V37. ¿Fuma Ud.?

1. Si
2. ¿Cuántos cigarrillos al día?
3. No

V38. ¿Acostumbra consumir bebidas alcohólicas?

4. Frecuentemente
3. En reuniones sociales
2. Algunas Veces
1. Nunca

V39. En su opinión ¿ la enfermedad es una condición normal en la vida de las personas adultas?

1. Si
2. No

V40. Razones por las que opina que la enfermedad no es una condición normal en los adultos.

1. Depende de los hábitos, estilo de vida y autocuidado que las personas tengan a sí mismas.
2. Por que la enfermedad es una condición patológica a cualquier edad.
3. La enfermedad depende de factores externos y ajenos a las personas.

V41. Razones por las que la enfermedad sí es una condición normal en los adultos.

1. Existen factores de riesgo externos, para contraer las enfermedades.
2. Por que ocurre un desgaste paulatino del organismo.
3. Existen enfermedades propias de cada edad que son favorecidas por factores externos.

V42. ¿ Considera usted que los pacientes adultos son responsables de estar o no enfermos?

3. Siempre
2. Algunas veces
1. No lo son

V43. ¿En su experiencia la mayoría de las personas siguen las prescripciones médicas?

1. Si.
2. No

V44. Cuando una persona no sigue las indicaciones médicas, en su opinión ¿ a qué se debe?

1. Falta de información e interés por parte del equipo de salud.
2. Negligencia, apatía y baja autoestima del paciente.
3. El paciente desconfía del tratamiento.
4. Por ignorancia y poca cultura en salud de los pacientes.
5. Por problemas económicos.

V45. Expresé su interpretación de CALIDAD DE VIDA.

1. Es el equilibrio bio-psico-social.
2. Significa vivir bien, tener una vida digna.
3. Es la sensación de bienestar físico, mental, social y espiritual.
4. Significa salud, bienestar laboral y familiar.

V46. Factores que condicionan la calidad de vida.

1. Económicos y sociales (tener empleo, vivienda digna, alimentación, recreación, educación, vestido)
2. Culturales (hábitos personales, estilo de vida, actitud frente a la vida, valores morales).
3. Psicológicos y espirituales (satisfacción laboral, sentirse amado, tener a quien querer, reconocimiento y ambiente familiar adecuados).
4. Factores hereditarios, biológicos.

V47. En su opinión a que se refiere el término SALUD POSITIVA .

1. Es sentirse bien, satisfacción plena en los aspectos bio-psico-social.
2. Significa estar sano, es la ausencia de enfermedad.
3. Es el resultado de las acciones de autocuidado que las personas realizan para lograr el equilibrio bio-psico-social.
4. Es estar físicamente bien.
5. Desconoce el término.

V48. ¿ Cómo cree Ud. que podría medirse la salud positiva de los individuos?

1. A través de los índices de mortalidad y de morbilidad.
2. Observando los comportamientos y actitudes de las personas ante los problemas cotidianos.
3. Realizando examen médico integral.
4. Por el grado de desarrollo, productividad de un país y la satisfacción de sus habitantes.
5. Con el instrumento de esta investigación.
6. No contestaron.

A N E X O "B"

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA N°1
NIVEL ACADÉMICO Y NOMBRAMIENTO DE LAS ENFERMERAS**

n= 32

NIVEL ACADÉMICO			NOMBRAMIENTO		
	f°	%		f°	%
Enfermera General	10	31	Enfermera General	8	25
Enfermera Especialista	22	69	Especialista	15	47
			Jefe de Sección	7	22
			Supervisora	2	6
TOTAL	32	100		32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería, Sector Salud, México, 1996

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA N° 2
HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA DE LAS ENFERMERAS**

n= 32

CONSUMEN DIETA EQUILIBRADA			REALIZAN EJERCICIO			RECREACIÓN		
Categoría	f°	%	Frecuencia	f°	%	Categoría	f°	%
Siempre	7	22	Diario	6	19	Escuchar música	12	37
Casi Siempre	17	53	Cada 3er. día	7	22	Lectura	8	25
No	8	25	No	19	59	Televisión	8	25
						Ejercicio	4	13
TOTAL	32	100		32	100		32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas al personal de enfermería, Sector Salud, México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS ITACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA N° 3
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE A QUIÉN LE CORRESPONDE PROPORCIONAR
EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

n=32

PROFESIONAL	f°	%
Enfermeras	14	44
Médicos y enfermeras	7	22
Trabajadora Social	2	6
A todos ellos	9	28
TOTAL	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a las enfermeras del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 4
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE CÓMO MANTENER EL BUEN
ESTADO DE SALUD**

n=32

ACCIONES	SI LO PROPONE		NO LO PROPONE		TOTAL	
	f°	%	f°	%	f°	%
Modificar estilo de vida	23	72	9	28	32	100
Examen médico periódico	21	66	11	34	32	100
Disminuir carga de trabajo	4	12	28	88	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a las enfermeras del Sector Salud. México 1996.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 CAMPUS IZTACALA
 PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
 Y SALUD POSITIVA

TABLA No. 5
 SATISFACCIÓN LABORAL DE LAS ENFERMERAS

n=32

CATEGORÍA	AFIRMATIVO		NEGATIVO		TOTAL	
	f°	%	f°	%	f°	%
El trabajo que realiza está de acuerdo a su preparación académica.	25	78	7	22	32	100
La carga de trabajo es adecuada a su capacidad física	18	56	14	44	32	100
Ha recibido reconocimiento por su esfuerzo en el trabajo	21	66	11	34	32	100
El trabajo que desempeña es importante.	32	100	-	-	32	100
El trabajo en equipo siempre facilita su labor.	25	78	7	22	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a las enfermeras del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 6
PROBLEMAS QUE REFIEREN LAS ENFERMERAS PARA OTORGAR SERVICIOS EN SU
CENTRO DE TRABAJO**

n= 32

CATEGORÍA	AFIRMATIVO		NEGADO		TOTAL	
	f°	%	f°	%	f°	%
Falta de afinidad entre los objetivos del trabajador y de la institución.	15	46	17	54	32	100
Existe burocratismo	14	44	18	56	32	100
Exceso de trabajo	11	34	21	66	32	100
Falta de comunicación	10	31	22	69	32	100
Pacientes conflictivos	5	16	27	84	32	100
Insuficientes recursos materiales	12	37	20	63	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a las enfermeras del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 7
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LAS RAZONES POR LAS QUE LA ENFERMEDAD ES
O NO UNA CONDICIÓN NORMAL EN EL ADULTO**

n=32

CATEGORÍA			RAZONES	
	f°	%	f°	%
La enfermedad si es una condición normal en el adulto	11	34	Factores ambientales, biológicos y hábitos nocivos	16 34
No es una condición normal en el adulto	20	63	Estilo de vida adecuado, prevención	7 22
			Ambiente adecuado	13 41
No contestó	1	3	No contestó	1 3
TOTAL	32	100	TOTAL	32 100

FUENTE: Encuestas aplicadas a las enfermeras del Sector Salud. México 1996.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 CAMPUS IZTACALA
 PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
 Y SALUD POSITIVA

TABLA No. 8
 OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LOS MOTIVOS POR LOS QUE LAS PERSONAS NO
 SIGUEN LAS INDICACIONES MÉDICAS

n=32

CATEGORÍA	AFIRMATIVO		NEGADO		TOTAL	
	f°	%	f°	%	f°	%
Falta información por parte del equipo de salud	13	41	19	59	32	100
Negligencia y baja autoestima del paciente	11	34	21	66	32	100
Ignorancia y falta de cultura en salud del paciente	11	34	21	66	32	100
El paciente desconfía del tratamiento	4	12	28	88	32	100
Problemas económicos	2	6	30	94	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a las enfermeras del Sector Salud, México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 9
PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA Y LOS
FACTORES CONDICIONANTES**

n=32

CONCEPTO			FACTORES CONDICIONANTES	
	f°	%	f°	%
Sensación de bienestar físico, mental, social y espiritual	14	44	Psicológicos y espirituales	9 28
Significa vivir bien, con dignidad	9	28	Económicos y sociales	11 34
Es el equilibrio bio-psico-social	4	12	Culturales	7 22
No contestó	5	16	No contestó	5 16
TOTAL	32	100	TOTAL	32 100

FUENTE: Encuestas aplicadas a las enfermeras del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 10
PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL TÉRMINO SALUD POSITIVA
Y DE LOS INDICADORES PARA SU MEDICIÓN**

n= 32

CONCEPTO			INDICADORES		
	f°	%		f°	%
Satisfacción bio-psico-social	12	38	Actitud y comportamiento	11	34
Ausencia de enfermedad	10	31	Examen médico periódico	6	19
Autocuidado para el equilibrio bio-psico-social	7	22	Índices de morbi-mortalidad	4	13
Desconocen término	3	9	Grado de desarrollo, productividad y satisfacción	4	13
			No contestó	7	21
TOTAL	32	100	TOTAL	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a las enfermeras del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 11
NIVEL ACADÉMICO Y NOMBRAMIENTO DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS.**

n= 32

NIVEL ACADÉMICO			NOMBRAMIENTO		
	f°	%		f°	%
Médico Cirujano	14	44	Médico General	16	50
Médico Especialista	14	44	Especialista	11	34
Maestría	4	12	Jefe de Departamento	5	16
TOTAL	32	100	TOTAL	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los médicos del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 12
HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA DE LOS MÉDICOS**

n= 32

CONSUMEN DIETA EQUILIBRADA			REALIZAN EJERCICIO			RECREACIÓN		
Categoría	f°	%	Frecuencia	f°	%	Categoría	f°	%
Siempre	3	9	Diario	3	9	Escuchar música	14	44
Casi Siempre	22	69	Cada 3er día	11	35	Lectura	11	34
No	7	22	No	18	56	Televisión	4	13
						Ejercicio	3	9
TOTAL	32	100		32	100		32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los médicos del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 13
OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE A QUIÉN LE CORRESPONDE PROPORCIONAR
EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

n=32

PROFESIONAL	f°	%
A todo el equipo de salud	20	63
Enfermera y Médico	6	19
Médico y Trabajadora Social	3	9
Médico	3	9
TOTAL	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los médicos del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 14
OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE CÓMO MANTENER EL BUEN ESTADO DE
SALUD**

n=32

ACCIONES	SI LO PROPONE		NO LO PROPONE		TOTAL	
	f°	%	f°	%	f°	%
Modificar estilo de vida	15	47	17	53	32	100
Examen médico periódico	16	50	16	50	32	100
Disminuir carga de trabajo	7	22	25	78	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los médicos del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 15
SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS**

n=32

CATEGORÍA	AFIRMATIVO		NEGATIVO		TOTAL	
	f°	%	f°	%	f°	%
El trabajo que realiza está de acuerdo a su preparación académica.	27	84	5	16	32	100
La carga de trabajo es adecuada a su capacidad física	17	53	15	47	32	100
Ha recibido reconocimiento por su esfuerzo en el trabajo	14	44	18	56	32	100
El trabajo que desempeña es importante.	32	100	-	-	32	100
El trabajo en equipo siempre facilita su labor.	14	44	18	56	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los médicos del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 16
PROBLEMAS QUE REFIEREN LOS MÉDICOS PARA OTORGAR SERVICIOS EN SU CENTRO
DE TRABAJO**

n= 32

CATEGORÍA	AFIRMATIVO		NEGADO		TOTAL	
	f°	%	f°	%	f°	%
Falta de afinidad entre los objetivos del trabajador y de la institución.	9	28	23	72	32	100
Existe burocratismo	18	56	14	44	32	100
Exceso de trabajo	17	53	15	47	32	100
Falta de comunicación	15	47	17	53	32	100
Pacientes conflictivos	11	34	21	66	32	100
Insuficientes recursos materiales	17	53	15	47	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los médicos del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 17
OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE LAS RAZONES POR LAS QUE LA ENFERMEDAD ES O
NO UNA CONDICIÓN NORMAL EN EL ADULTO**

n=32

CATEGORÍA			RAZONES		
	f°	%		f°	%
La enfermedad si es una condición normal en el adulto	6	19	Factores ambientales, biológicos y hábitos nocivos	6	19
No es una condición normal en el adulto	26	81	Estilo de vida adecuado, prevención	8	25
			Ambiente adecuado	7	22
No contestó	-	-	No contestó	11	34
TOTAL	32	100	TOTAL	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los médicos del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 18
OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE LOS MOTIVOS POR LOS QUE LAS PERSONAS NO
SIGUEN LAS INDICACIONES MÉDICAS**

n=32

CATEGORÍA	AFIRMATIVO		NEGADO		TOTAL	
	f°	%	f°	%	f°	%
Falta información por parte del equipo de salud	4	12	28	88	32	100
Negligencia y baja autoestima del paciente	9	28	23	72	32	100
Ignorancia y falta de cultura en salud del paciente	17	53	15	47	32	100
El paciente desconfía del tratamiento	5	16	27	84	32	100
Problemas económicos	1	3	31	97	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los médicos del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 19
PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA Y LOS
FACTORES CONDICIONANTES**

n=32

CONCEPTO			FACTORES CONDICIONANTES	
	f°	%	f°	%
Sensación de bienestar físico, mental y social	9	28	Biológicos y hereditarios	9 28
Significa vivir bien, con dignidad	16	50	Económicos y sociales	14 44
Es el equilibrio bio-psico-social	5	16	Culturales	7 22
No contestó	2	6	No contestó	2 6
TOTAL	32	100	TOTAL	32 100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los médicos del Sector Salud. México 1996.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 20
PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE EL TÉRMINO SALUD POSITIVA
Y DE LOS INDICADORES PARA SU MEDICIÓN**

n= 32

CONCEPTO			INDICADORES		
	f°	%		f°	%
Satisfacción bio- psico-social	9	28	Examen médico periódico	5	15.5
Ausencia de enfer- medad	7	22	Índices de morbi-mortalidad	8	25
Autocuidado para el equilibrio bio-psico- social	10	31	Grado de desarrollo, productividad y satis- facción	6	19
No contestó	6	19	Con el cuestionario de ésta investigación	5	15.5
			No contestó	8	25
TOTAL	32	100	TOTAL	32	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a los médicos del Sector Salud. México 1996.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 CAMPUS IZTACALA
 PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
 Y SALUD POSITIVA

TABLA No. 21
CORRELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA DE LAS ENFERMERAS CON
SU CONCEPTO SOBRE CALIDAD DE VIDA

	HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA		CONCEPTO CALIDAD DE VIDA		
	Frec. obtenida (O)	Frec. esperada (E)	Frec. obtenida (O)	Frec. esperada (E)	St
DIETA	7	7.36	5	4.63	12
EJERCICIO	6	6.75	5	4.25	11
PREVENCIÓN	14	12.88	7	8.11	21
TOTAL	27		17		44

Fuente: Cuestionarios aplicados a las enfermeras del sector salud, México. 1996.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$\chi^2 = 0.48$

$gl = 2$

$p > 0.05$

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA
PERCEPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y SALUD POSITIVA**

**TABLA No. 22
CORRELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA DE LOS MÉDICOS CON
SU CONCEPTO SOBRE CALIDAD DE VIDA**

	HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA		CONCEPTO CALIDAD DE VIDA		
	Frec. obtenida (O)	Frec. esperada (E)	Frec. obtenida (O)	Frec. esperada (E)	St
DIETA	3	3.85	6	5.14	9
EJERCICIO	3	3.85	6	5.14	9
PREVENCIÓN	9	7.28	8	9.71	17
TOTAL	15		20		35

Fuente: Cuestionarios aplicados a las enfermeras del sector salud, México. 1996.

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$x^2 = 0.73$$

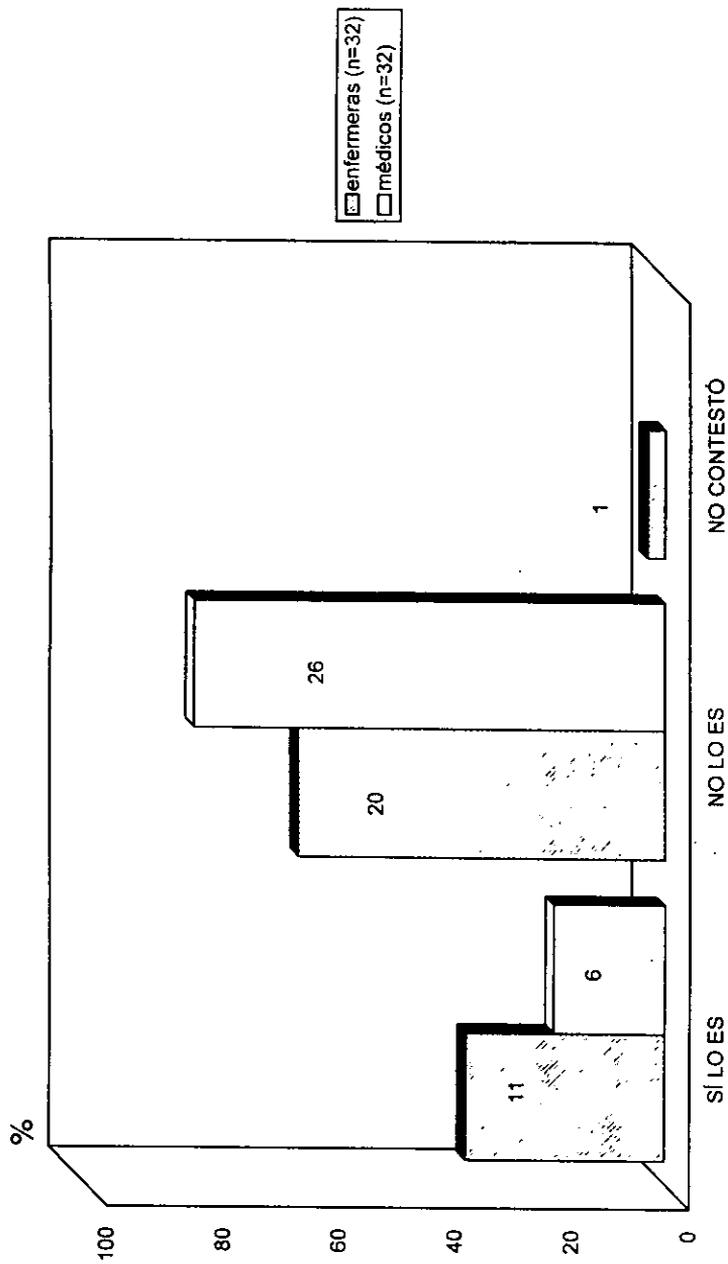
$$gl = 2$$

$$p > 0.05$$

A N E X O "C"

GRAFICA No. 1

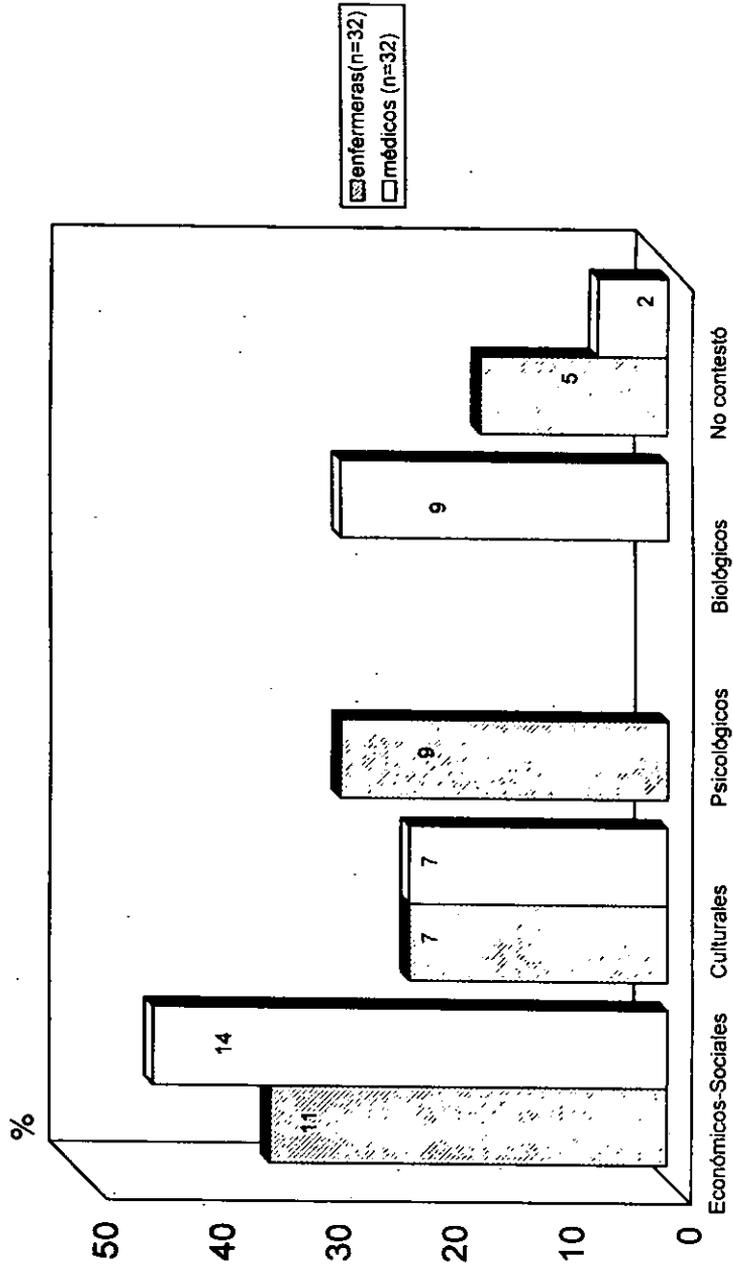
OPINIÓN SOBRE SI LA ENFERMEDAD
ES O NO UNA CONDICIÓN NORMAL



Fuente: Tablas No. 7 y 17.

GRÁFICA No. 2

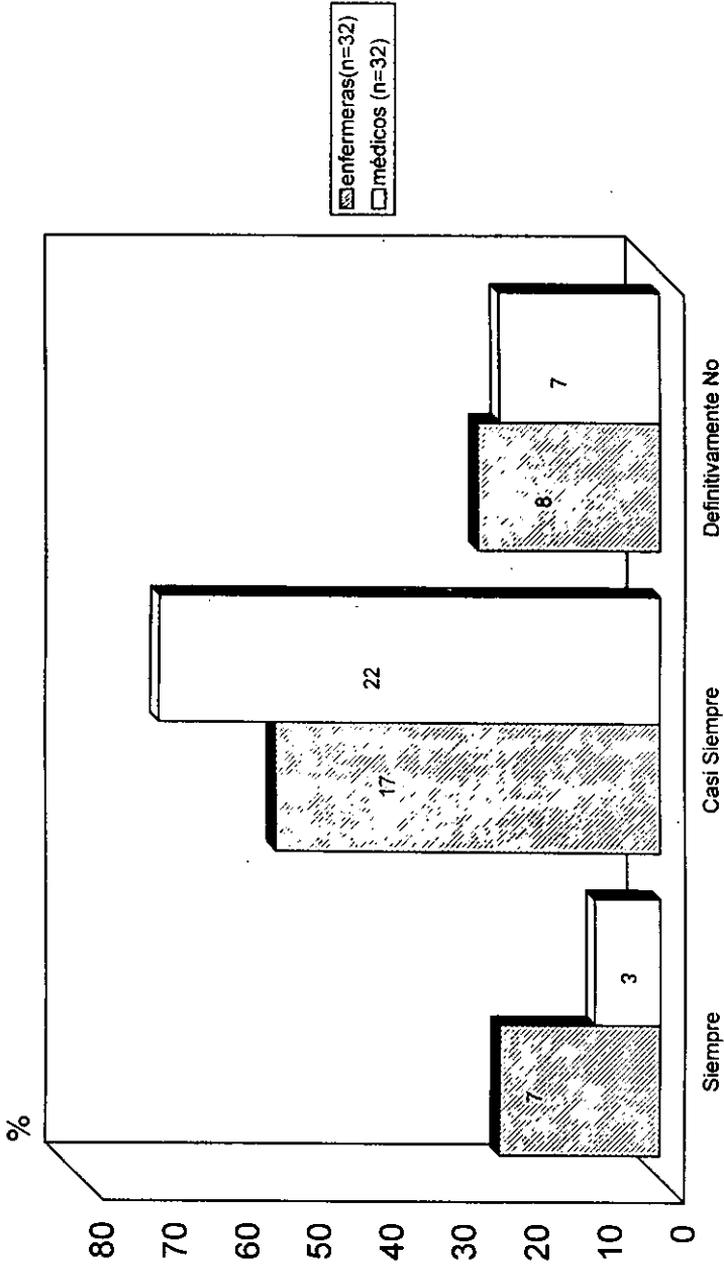
OPINION DE LOS ENCUESTADOS SOBRE LOS
FACTORES CONDICIONANTES DE LA CALIDAD DE VIDA



Fuente: Tablas No. 9 y 19.

GRÁFICA No. 3

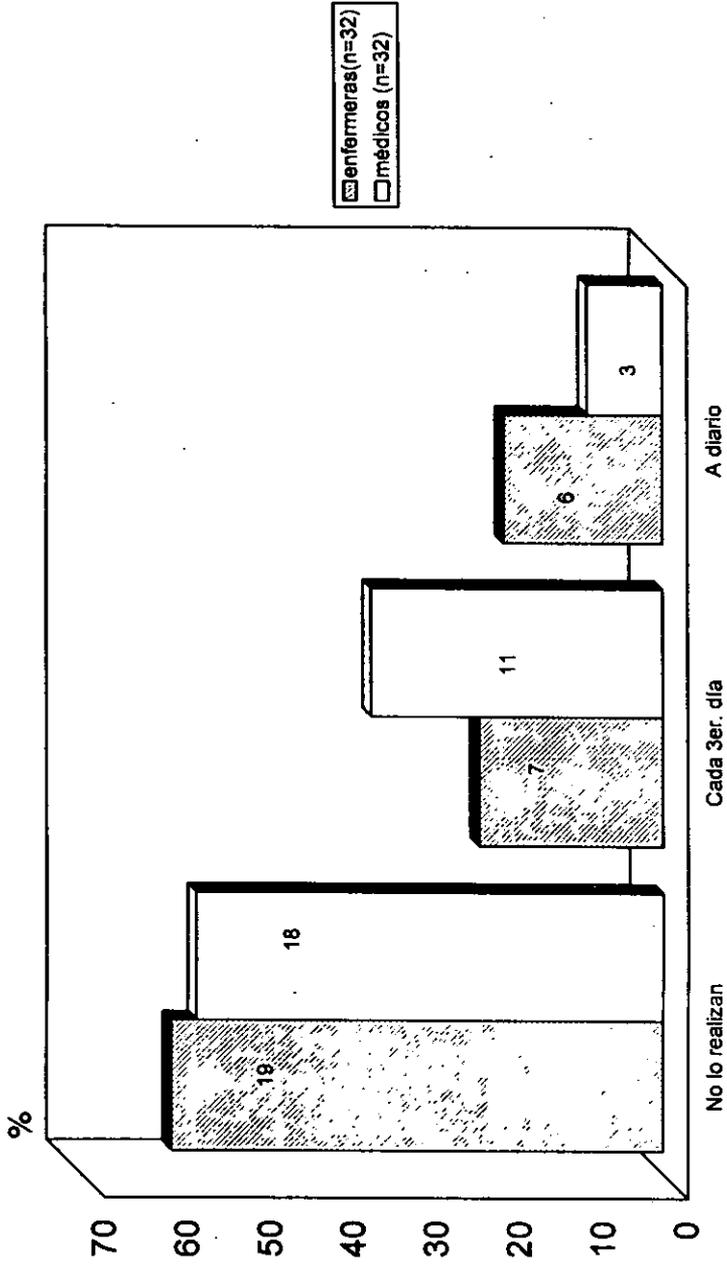
OPINION DE LOS ENCUESTADOS SOBRE SI
CONSUMEN UNA DIETA EQUILIBRADA



Fuente: Tablas No. 2 y 12

GRÁFICA No. 4

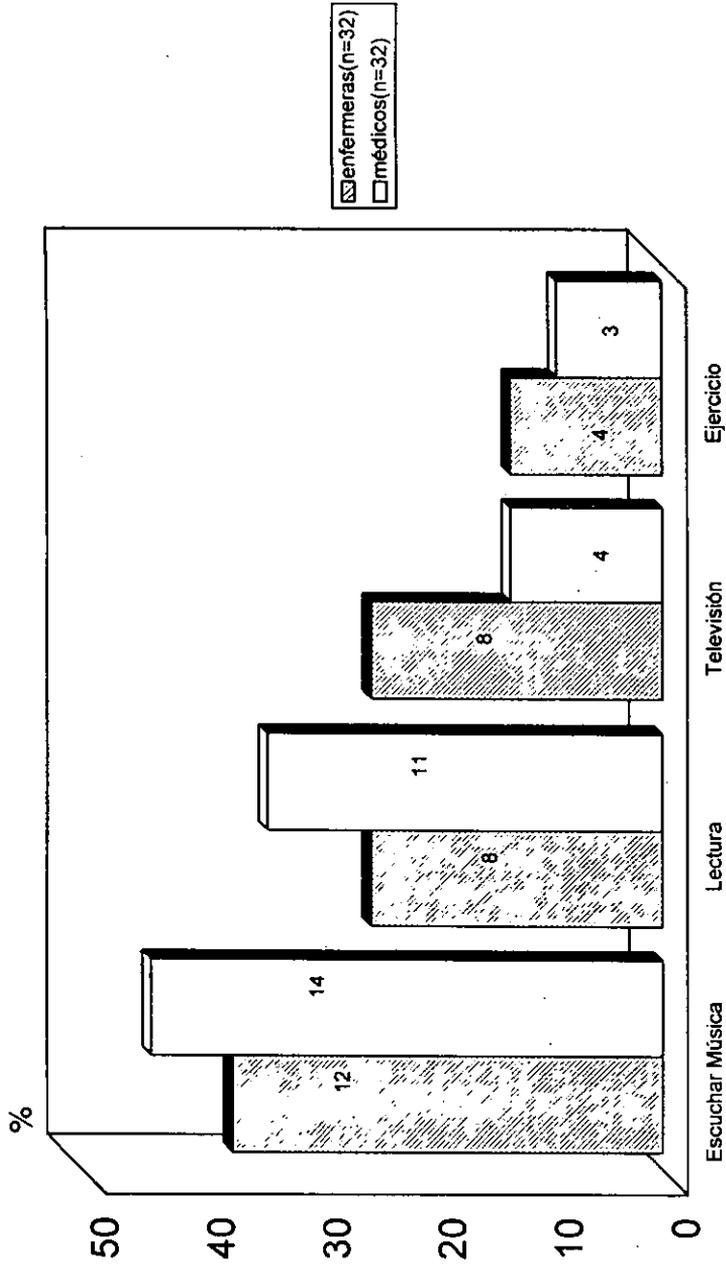
FRECUENCIA CON QUE REALIZAN EJERCICIO
LOS ENCUESTADOS



Fuente: Tablas No. 2 y 12

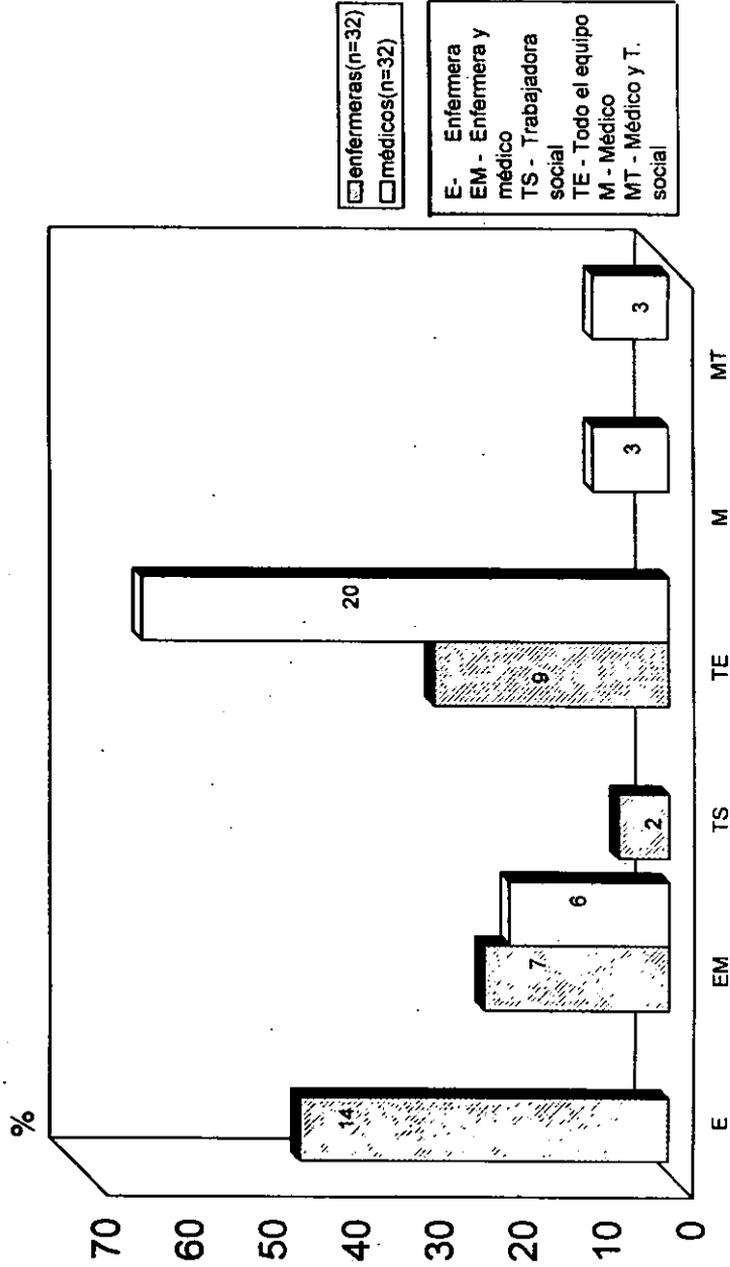
GRÁFICA No. 5

ACTIVIDADES DE RECREACIÓN
DE LOS MEDICOS Y DE LAS ENFERMERAS



Fuente: Tablas No. 2 y 12

GRÁFICA No. 6
OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS SOBRE
A QUIEN LE CORRESPONDE PROPORCIONAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD

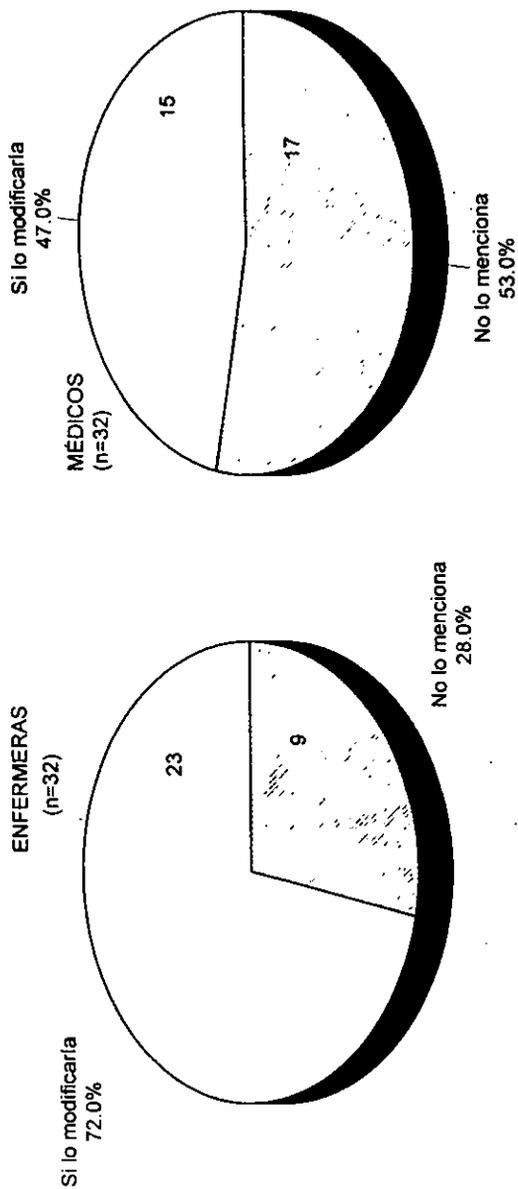


Fuente: Tablas No. 3 y 13

GRÁFICA No. 7

OPINIÓN SOBRE CÓMO MANTENER LA SALUD

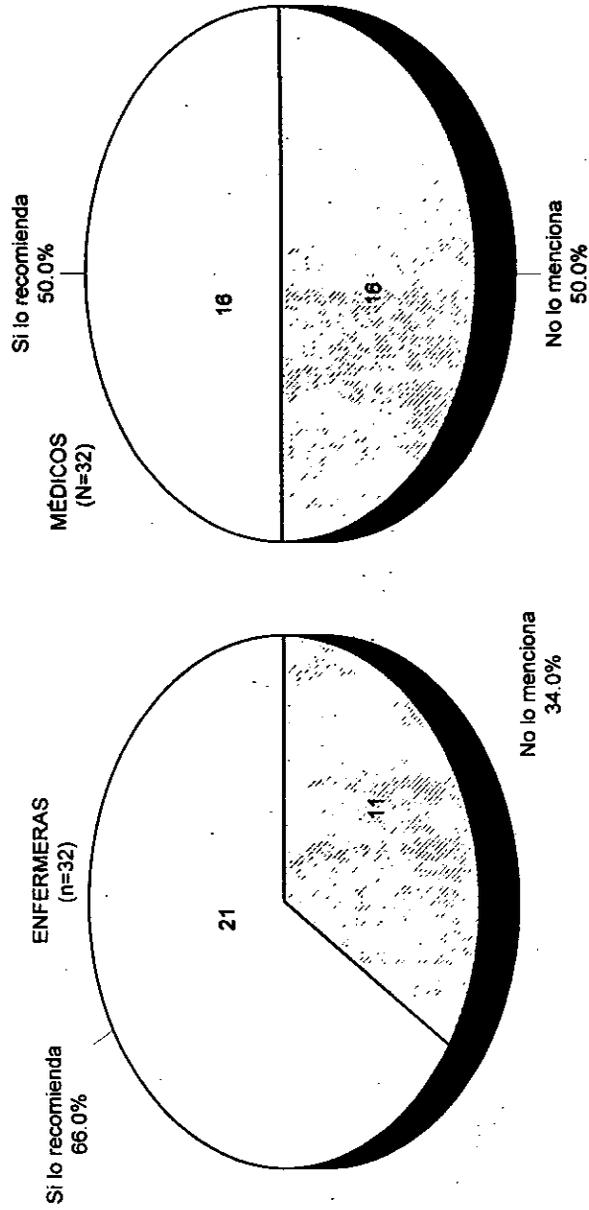
MODIFICAR ESTILO DE VIDA



Fuente: Tablas No. 4 y 14

GRÁFICA No. 8

OPINIÓN SOBRE COMO MANTENER LA SALUD REALIZAR EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO

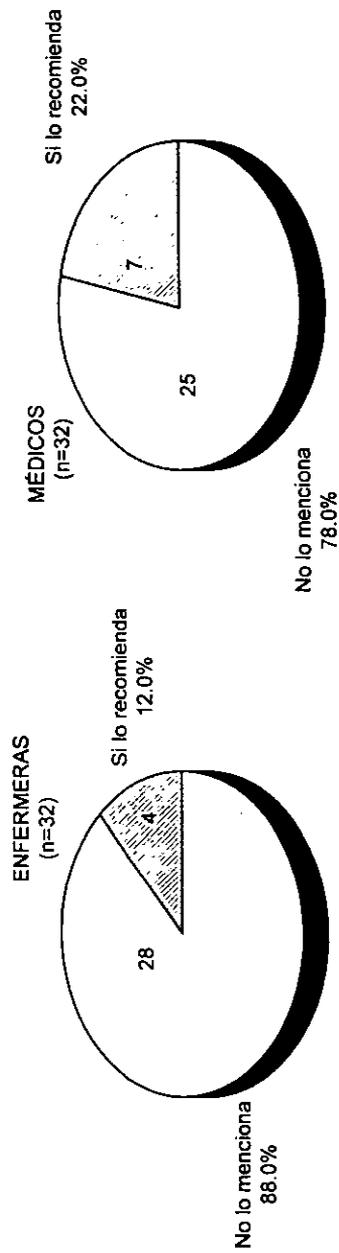


Fuente: Tablas No. 4 y 14

GRÁFICA No. 9

OPINIÓN SOBRE COMO MANTENER LA SALUD

DISMINUIR LA CARGA DE TRABAJO

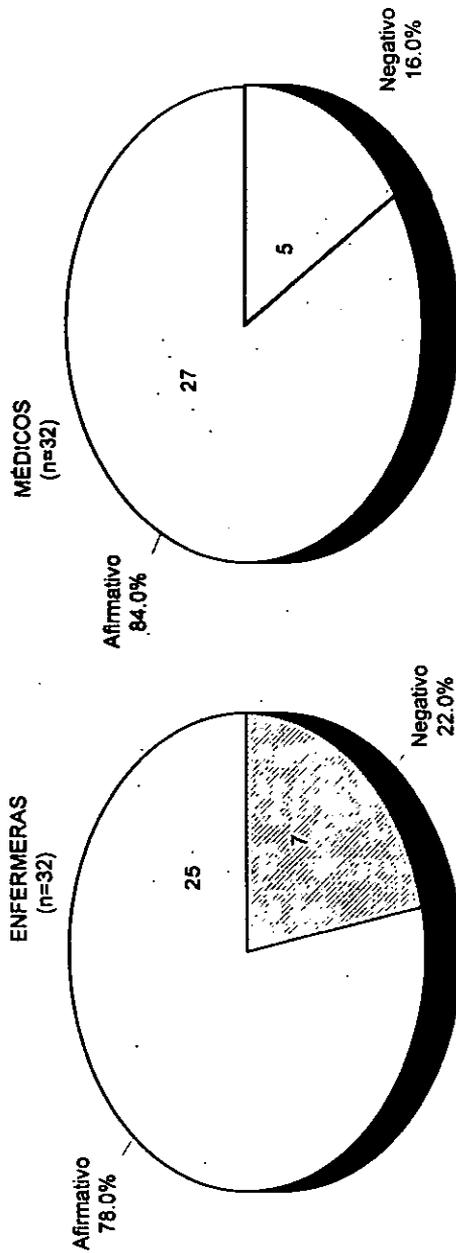


Fuente: Tablas No. 4 y 14

GRÁFICA No. 10

SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS ENCUESTADOS

SU TRABAJO ESTA DE ACUERDO A SU PREPARACIÓN

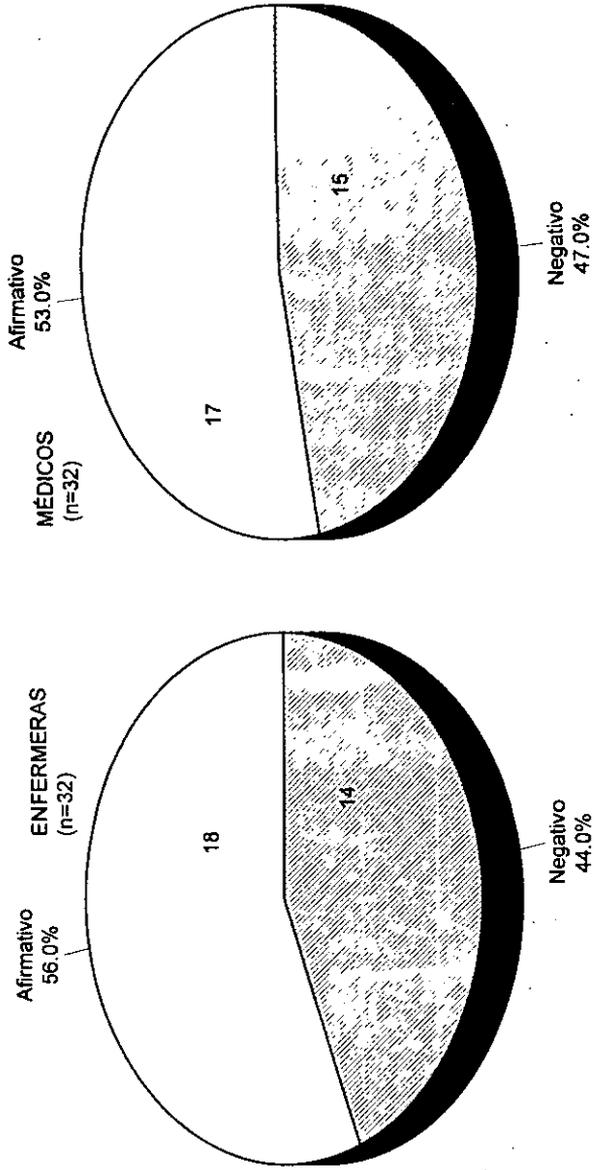


Fuente: Tablas No. 5 y 15

GRÁFICA No. 11

SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS ENCUESTADOS

LA CARGA DE TRABAJO ES ADECUADA A SU CAPACIDAD FÍSICA

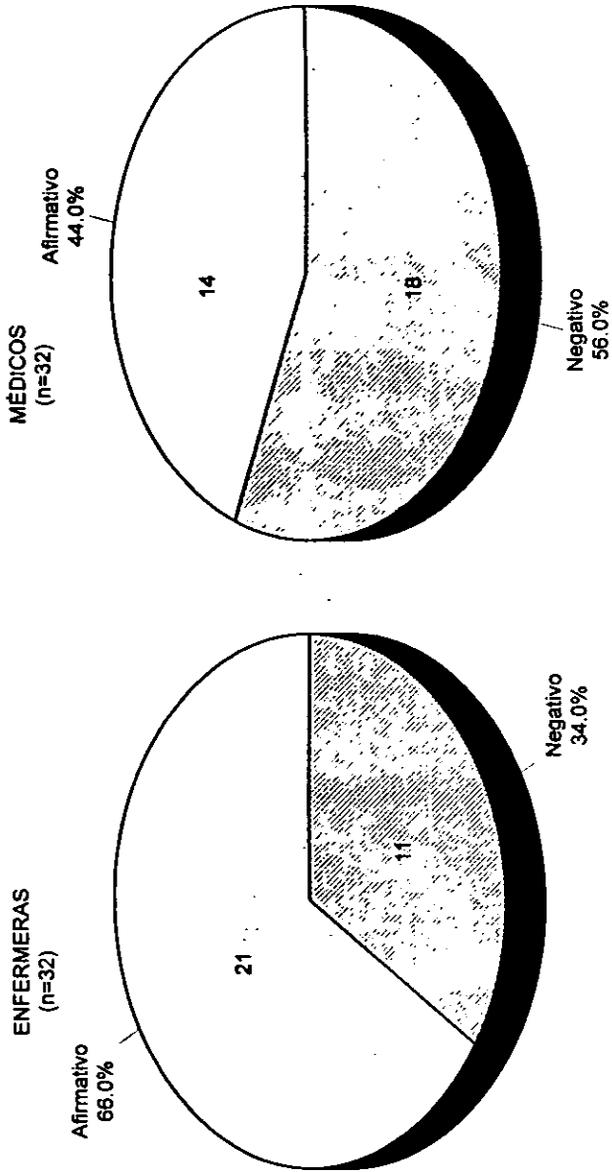


Fuente: Tablas No. 5 y 15

GRÁFICA No. 12

SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS ENCUESTADOS

HA RECIBIDO RECONOCIMIENTO POR SU TRABAJO

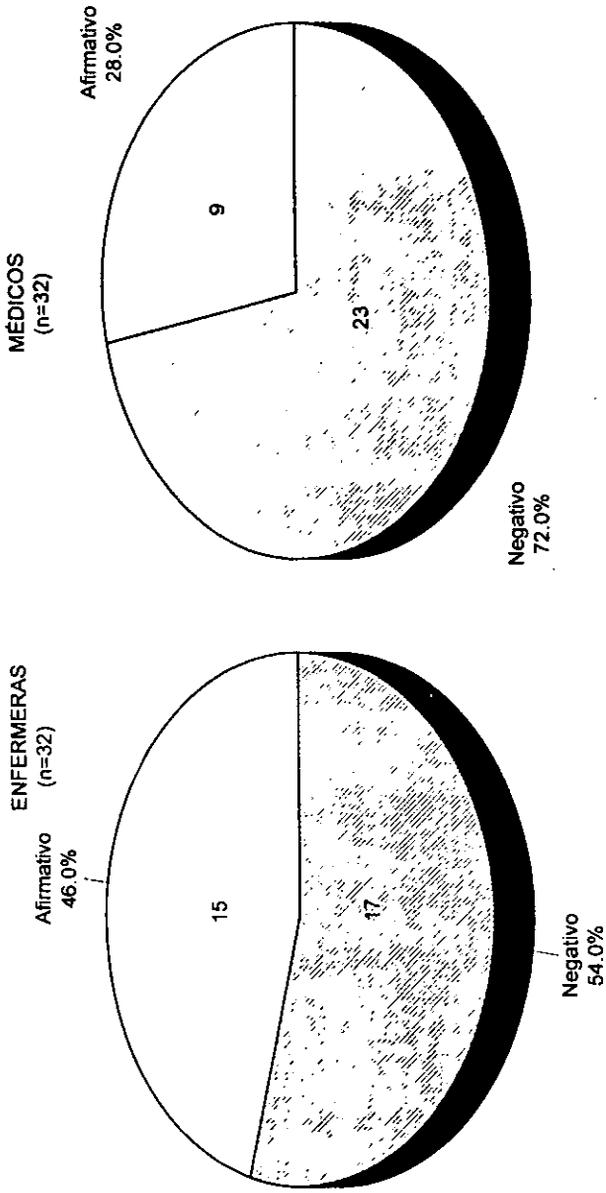


Fuente: Tablas No. 5 y 15

GRÁFICA No. 13

PROBLEMAS DETECTADOS PARA OTORGAR SERVICIOS SATISFACTORIOS

LOS OBJETIVOS DEL TRABAJADOR Y DE LA INSTITUCIÓN SON DIFERENTES



Fuente: Tablas No. 6 y 16

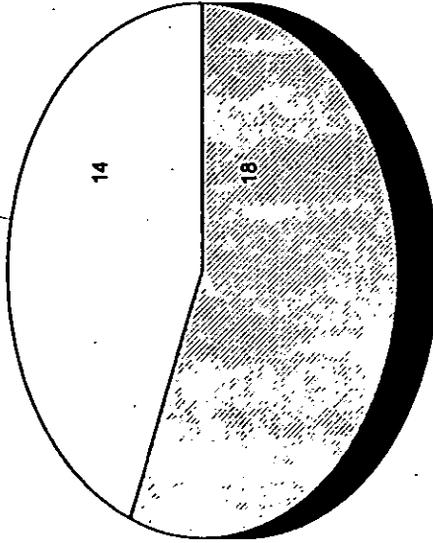
GRÁFICA No. 14

PROBLEMAS DETECTADOS PARA OTORGAR SERVICIOS SATISFACTORIOS

EXISTE BUROCRATISMO EN LA INSTITUCIÓN

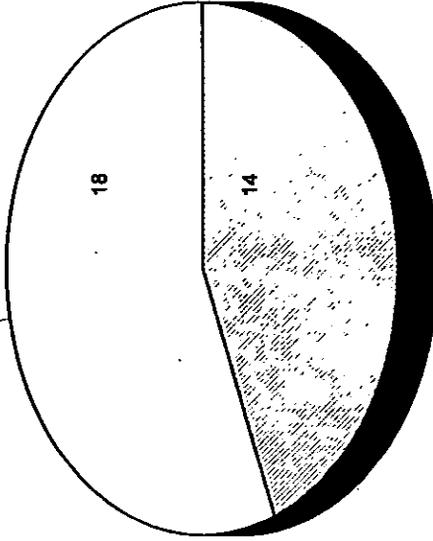
ENFERMERAS
(n=32)

Afirmativo
44.0%



MEDICOS
(n=32)

Afirmativo
56.0%



Negativo
56.0%

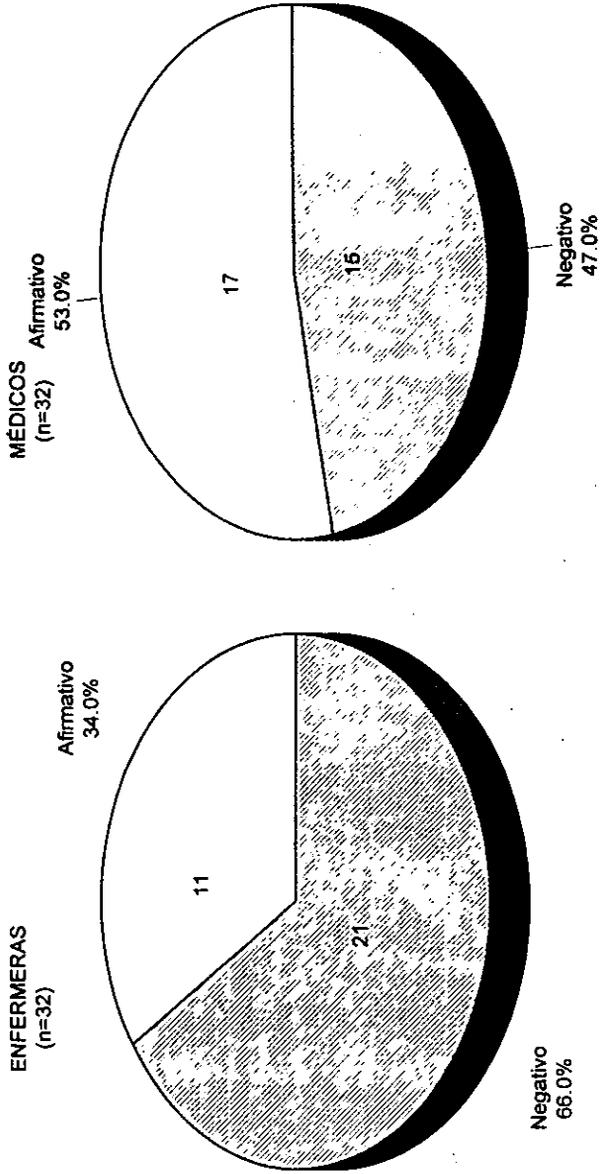
Negativo
44.0%

Fuente: Tablas No. 6 y 16

GRÁFICA No. 15

PROBLEMAS DETECTADOS PARA OTORGAR SERVICIOS SATISFACTORIOS

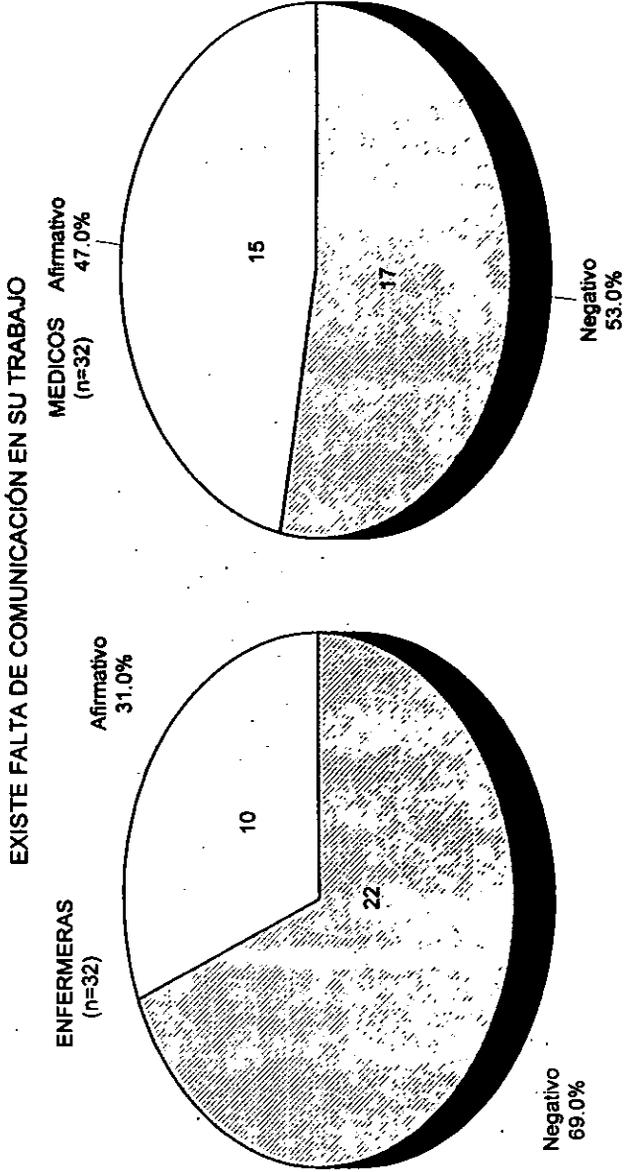
TIENEN EXCESO DE TRABAJO



Fuente: Tablas No. 6 y 16

GRÁFICA No. 16

PROBLEMAS DETECTADOS POR LOS ENCUESTADOS PARA OTORGAR SERVICIOS SATISFACTORIOS

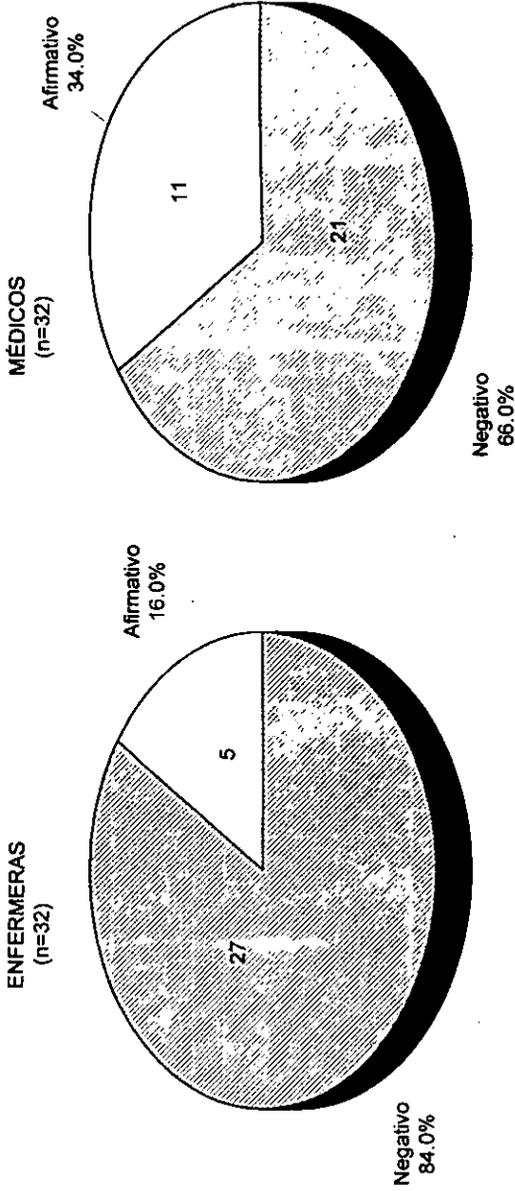


Fuente: Tablas No. 6 y 16

GRÁFICA No. 17

PROBLEMAS DETECTADOS POR LOS ENCUESTADOS PARA OTORGAR SERVICIOS SATISFACTORIOS

LOS PACIENTES SON CONFLICTIVOS

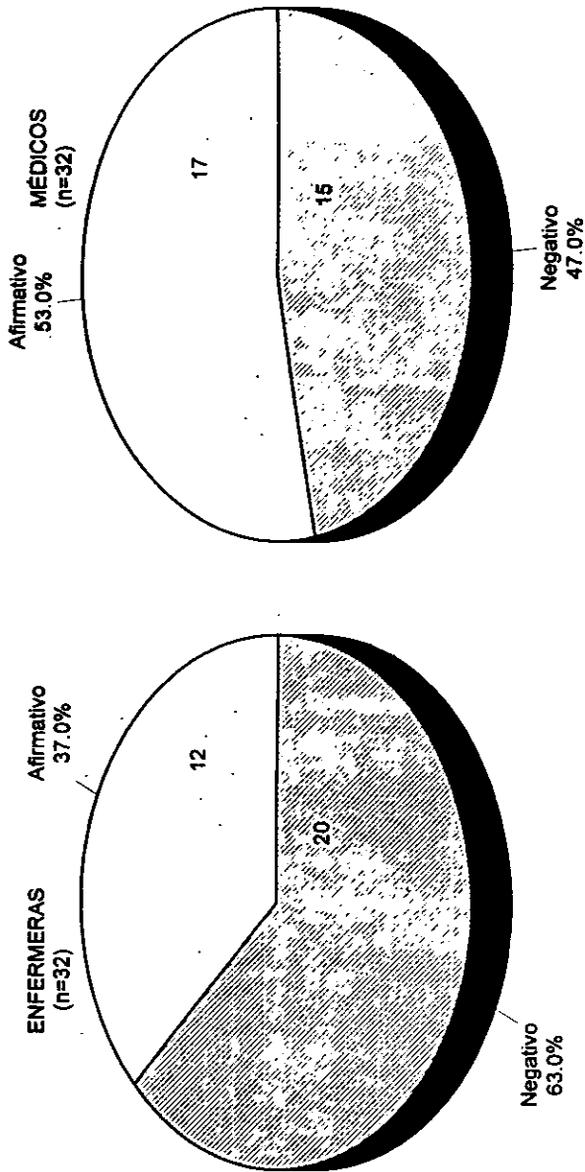


Fuente: Tablas No. 6 y 16

GRÁFICA No. 18

PROBLEMAS DETECTADOS POR LOS ENCUESTADOS PARA OTORGAR SERVICIOS SATISFACTORIOS

LOS RECURSOS MATERIALES SON INSUFICIENTES

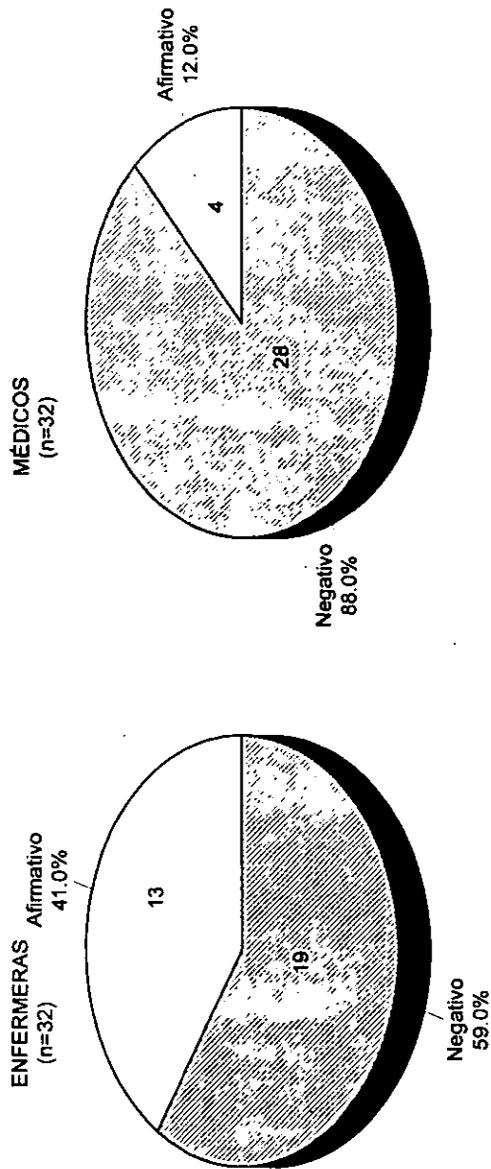


Fuente: Tabla 6 y 16

GRÁFICA No. 19

OPINIÓN SOBRE LOS MOTIVOS POR LOS QUE LOS PACIENTES NO SIGUEN LAS INDICACIONES MÉDICAS

NO RECIBE INFORMACION POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD

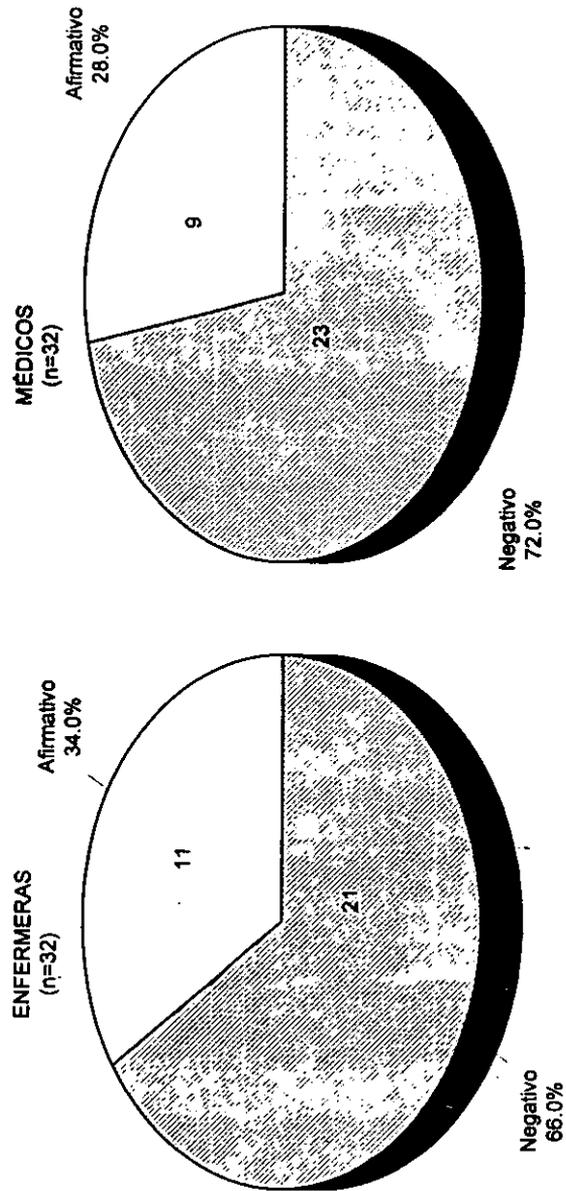


Fuente: Tablas 6 y 18

GRÁFICA No. 20

OPINIÓN SOBRE LOS MOTIVOS POR LOS QUE LOS PACIENTES NO SIGUEN LAS INDICACIONES MÉDICAS

EXISTE NEGLIGENCIA Y APATÍA POR PARTE DEL PACIENTE

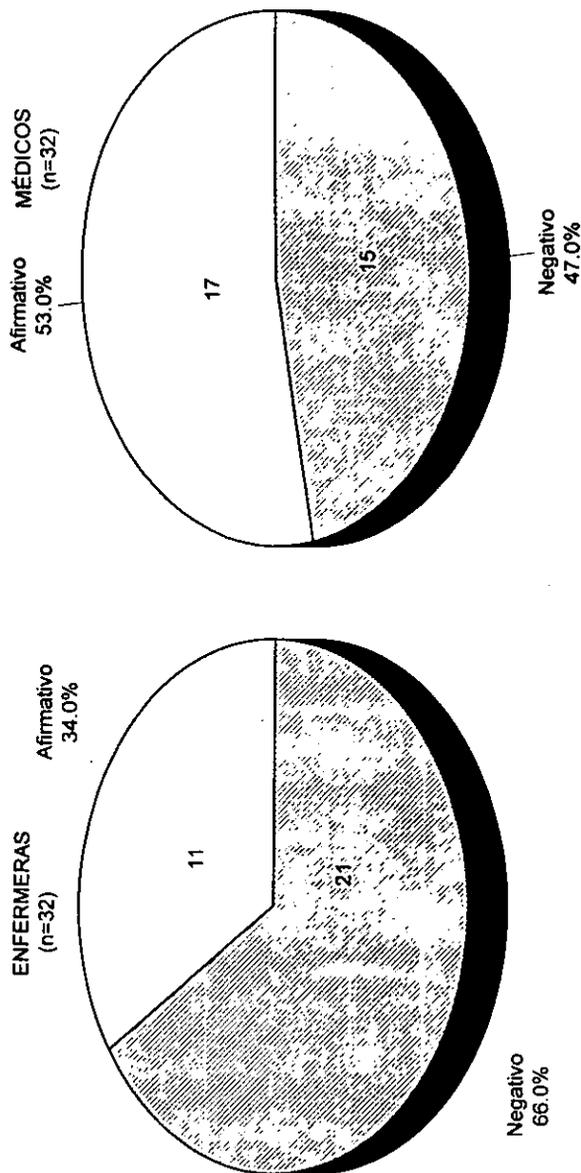


Fuente: Tablas No. 8 y 18

GRÁFICA No. 21

OPINIÓN SOBRE LOS MOTIVOS POR LOS QUE LOS PACIENTES NO SIGUEN LAS INDICACIONES MÉDICAS

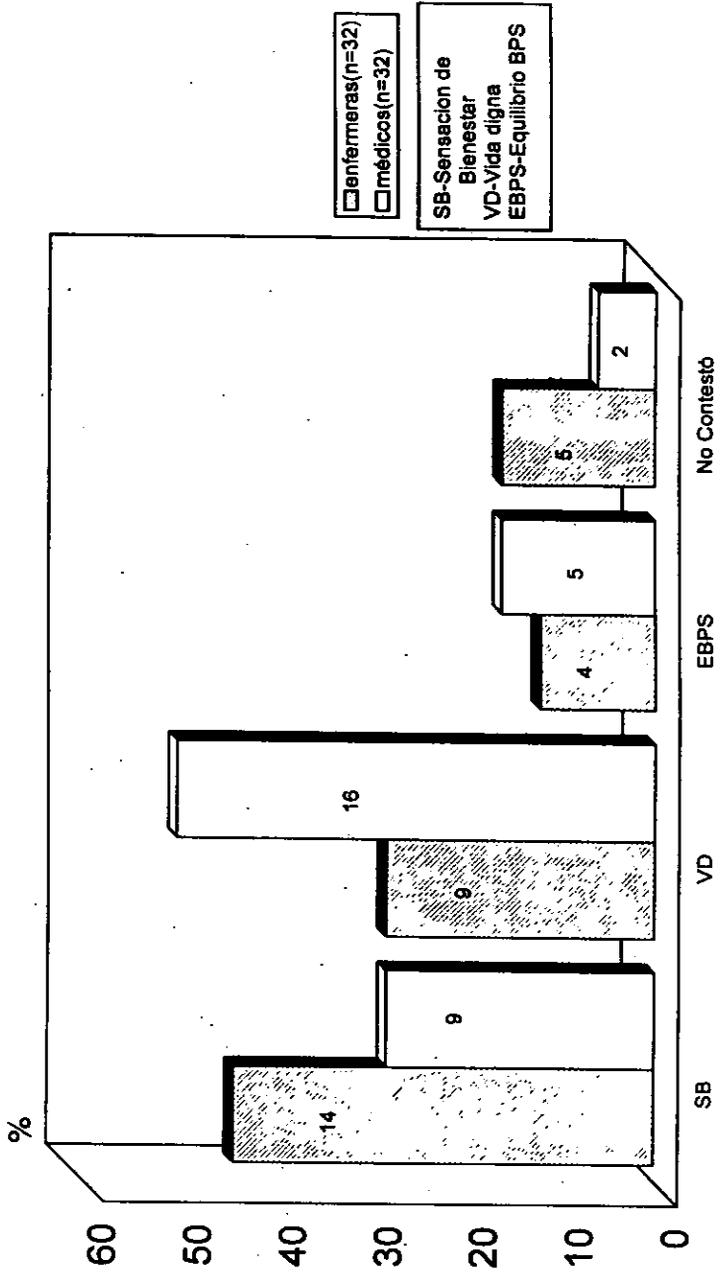
LOS PACIENTES CARECEN DE CULTURA EN SALUD



Fuente: Tablas No. 8 y 18

GRÁFICA No. 22

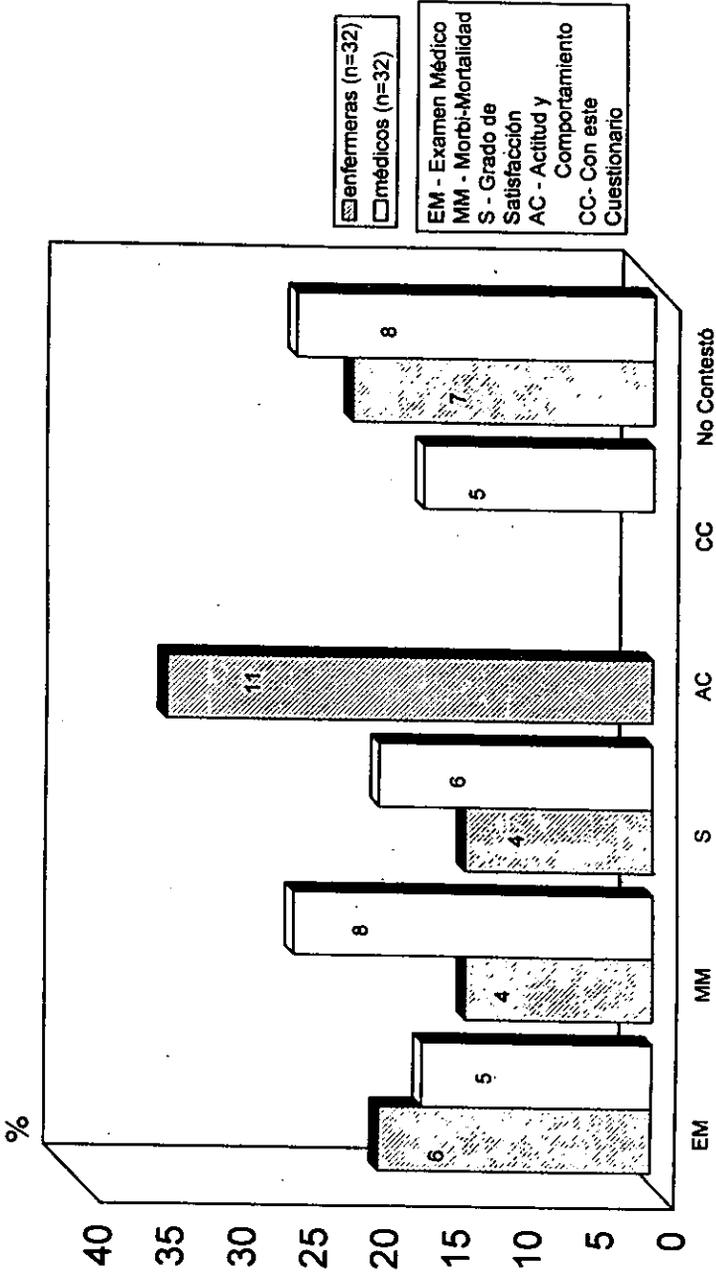
PERCEPCIÓN DE LOS ENCUESTADOS SOBRE CALIDAD DE VIDA



Fuente: Tablas No. 9 y 19

GRÁFICA No. 23

INDICADORES PROPUESTOS PARA MEDIR LA SALUD POSITIVA



Fuente: Tablas No. 10 y 20