

11226
24
11



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
H.G.E. No. 1 MERIDA

**"La Calidad de Atención al Derechohabiente en la Consulta
Externa del Hospital Regional de Especialidades No. 1
Mérida del Instituto Mexicano del Seguro Social"**

T E S I S

ELABORADA POR:

Dr. Adalberto Jorge Barrón Rivera

PARA OBTENER EL TITULO
DE POST GRADO EN:

MEDICO FAMILIAR

MERIDA, YUCATAN, MEXICO
ENERO DE 1987.

**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 está 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.

INDICE:

	pag.
Introducción.	1
Antecedentes Científicos.	2
Planteamiento del problema.	7
Hipótesis	8
Tipo de estudio	8
Especificación de variables	8
Materiales y métodos	9
Resultados	12
Tablas	15
Conclusiones.	18
Comentario	19
Bibliografía.	20

INTRODUCCION:

De las diversas etapas en que se ha dividido la historia del ser humano es de notar un fenómeno que no se ha encontrado en la escala filogenética inferior: el preocuparse por el bienestar de sus congéneres. El hombre es el único que ha logrado un alto nivel de conceptualización en lo referente a la salud, la enfermedad a las medidas de conservar la primera y erradicar la segunda. Dicho concepto ha variado conforme la evolución de la sociedad, y ha dependido en gran forma de las explicaciones a todos los fenómenos y cosas que el hombre se ha hecho. Como consecuencia, el ejercicio de la práctica médica a través de la historia ha estado supeditado a esta conceptualización y el nivel de conocimiento logrado en cada época. De donde el médico se ha tomado una preparación para funcionar acorde al ritmo de la época actual, encontrando en la especialización de la medicina familiar la respuesta al llamado actual.

En el presente artículo trataremos de demostrar el avance logrado en la medicina familiar en cuanto a la calidad de atención dentro de una institución de salud pública como lo es el Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Siendo la función primaria ayudar a las familias a que manejen enfermedades comunes y mostrarles como prevenir, o por lo menos reducir la posibilidad de futuras enfermedades. El médico familiar debe cumplir esta función dentro de un sistema social cada vez más complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos.

Es común en todos los médicos familiares experimentar gran preocupación por proporcionar un tipo personal de atención, preocupación que influye en su compromiso de guiar al paciente a través de sus complejidades de los servicios de atención de la salud.

Considerando que el médico familiar es el responsable directo de un núcleo de población derechohabiente, y que debe absorber toda la consulta que sus enfermos le soliciten al través de los servicios que ofrece el sistema. A los cuales les ofrecerá atención médica integral dentro de un alto nivel técnico y humano. Siendo uno de los objetivos del sistema: mantener bajo la responsabilidad y el cuidado de cada médico, un grupo de población derechohabiente, lo que hace posible la relación afectiva entre el profesional y sus enfer

mos. Permitir que el médico pueda conocer en sus aspectos psicológico y físicos al núcleo humano a su cuidado, y en consecuencia, actuar eficazmente como consejero y educador de las familias, particularmente en lo que se refiere a las actividades de prevención de las enfermedades. Elevar el estado de la calidad de los servicios, en base a que el médico utilice los servicios de apoyo necesarios para el estudio completo de cada uno de sus pacientes.(2).

La atención médica se ocupa también de una amplia gama de aspectos sociales, que incluyen la prevención y el tratamiento de las enfermedades para su control o curación, así como la rehabilitación biopsicosocial del enfermo.

Definiéndose la atención médica como: "la interacción entre los componentes de la práctica médica; diagnóstico y tratamiento, y la conducta del paciente". Evidentemente en una relación médico-paciente se debe tomar en cuenta la percepción que tiene el paciente del médico, y el punto de vista que tiene el médico sobre el paciente. Dando como resultante que ambos no comparten los mismos puntos de vista acerca de la salud y la enfermedad. El punto de partida de lo anterior, es el comprender que la enfermedad es un fenómeno recurrente, -

que interrumpe el bienestar y genera explicaciones culturales respecto a su origen y prevalencia.

El curriculum del médico familiar, aún cuando es diferente en cada sitio, requiere del conocimiento específico de la familia, que hace indispensable estudiar el comportamiento de los distintos tipos de familias en relación con el cuidado médico, para que este pueda dirigir sus acciones educativas y terapéuticas de modo que sean eficaces. (3)

La medicina familiar como especialidad se caracteriza más por su función que por el contenido de las materias que constituyen su curriculum, y no podrá ser practicada adecuadamente por los médicos a los que les falte preparación. El concepto de medicina familiar es sinónimo de buena medicina e incluye algunos aspectos fundamentales: a) Amplitud, ya que no solamente el paciente es importante sino también la familia y su ambiente; b) Profundidad, lo cual significa un gran conocimiento de las motivaciones de los pacientes y de las del propio médico; c) Duración, ya que la práctica médica está relacionada con el pasado, el presente y el futuro de los pacientes y no solamente con la pérdida circunstancial o pasajera de salud. (4)

El médico familiar que recibe cursos acerca de la función y dinámica familiar, tiene una posi-

ción ideal para trabajar con familias y matrimonios en la consulta, y poder hacer contribuciones importantes para la salud familiar. Este tipo de enfoque le permite al médico trabajar con una parte de la familia en vez de la familia completa, para comprender la dinámica y funcionalidad de la familia para su valoración y atención médica, entendimiento y manejo, así como la prevención de los problemas de salud, sean estos físicos o psicológicos. (5)

Se debe reconocer que la familia es el grupo social básico, regido y controlado por reglas y pautas procedentes del pasado, que rara vez son alteradas profundamente en una generación determinada. A pesar de su presencia casi universal en la sociedad humana, las formas y funciones de la familia varían tan ampliamente que su significado particular debe ser verificado en cada caso específico, la ---cual es una característica diferencial de la medicina familiar en relación con otras disciplinas y que a su vez, contribuye a imprimirle el caracter de especialidad a su contenido y a su práctica.

Para cumplir los principios de la seguridad social en cuanto a la atención médica se refiere, es indispensable que la práctica médica no considere exclusivamente los aspectos curativos, sino que se practiquen, sin diferencias en restar prioridad

a todas las medidas de promoción a la salud, de --
prevención, curación y rehabilitación de las enfer-
medades, no solo físicas, sino emocionales y socia-
les, que dentro de un marco adecuado de prestación
contribuye eficazmente a que se alcance la salud, --
entendiendola como el disfrute de bienestar bioló-
gico, emocional y social completo.

El médico familiar es el centro del sistema --
alrededor de él giran todas las prestaciones médi-
cas que otorga la institución de salud, la cual po-
ne en sus manos todos los recursos materiales y hu-
manos necesarios, para brindar atención médica o--
portuna y eficaz, acorde con los procedimientos --
más modernos.

La preparación del médico familiar es especí-
fica con respecto al área que maneja y tiene por --
ende a futuro, proporcionar la mejor atención médi-
ca primaria, integral y continua, con el objetivo
de que el sano lo sea por más tiempo, y el enfermo
reciba más oportunamente y en forma eficaz el bene-
ficio del tratamiento adecuado.(6)

La medicina familiar como especialidad llega-
rá al lugar en que los propios médicos familiares
la sitúen. La evolución no será rápida ni estará --
excenta de obstáculos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Tomando como referencia los conceptos mencionados en las notas previas, en cuanto al funcionamiento del médico familiar, y posteriormente a la enseñanza y el adiestramiento recibido para desempeñarse en una institución de salud; además de aquellos otros que tienen en su haber el que hayan recibido cursos de orientación y adiestramiento - para trabajar con familias. Surge el siguiente interrogante en cuanto a la atención que recibe el paciente en la consulta externa del Hospital Regional de Especialidades "Mérida" T-1 con Medicina Familiar:

¿ Es diferente la calidad de atención que recibe el derechohabiente cuando es atendido por un médico familiar con postgrado, que la recibida al ser atendida por un médico familiar con postgrado con pensamiento, orientación y forma de actuar -- sistémica, dada por la orientación recibida en cursos sobre dinámica y funcionalidad con familias?.

HIPOTESIS:

De trabajo o nula (H_0):

" Es mejor la calidad de atención que recibe el derechohabiente cuando es atendido por un médico con pensamiento, orientación y forma de actuar sistémica, que la calidad de atención dada por el médico familiar con postgrado ".

De comparación o alterna (H_1):

" No hay diferencia en la calidad de atención que recibe el derechohabiente cuando es atendido por un médico con pensamiento, orientación y forma de actuar sistémico, que la dada por el médico familiar con postgrado" .

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, transversal y comparativo.

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES:

Dependiente: la calidad de atención que recibe el derechohabiente.

Independiente: El curriculum del médico

MATERIALES Y METODOS:

Para medir la calidad de atención se aplicaron cuestionarios conteniendo 21 preguntas cada uno a diferentes derechohabientes adscritos al Hospital Regional de Especialidades "Mérida" T-1.

Dichos cuestionarios estuvieron formados por preguntas para valorar en forma indirecta de acuerdo a la concepción del derechohabiente- tres áreas del funcionamiento del médico, las cuales abarcaron el aspecto psicomotriz, el afectivo y el cognocitivo. Valorando sus respuestas en cuanto a la satisfacción obtenida posterior al haber recibido atención en los consultorios sometidos a estudio. Dicha respuesta se calificó de; mala, regular, buena y muy buena.

Se formaron dos grupos de pacientes; uno se designó grupo control, y estuvo constituido por los derechohabientes atendidos por médicos familiares con postgrado, y un segundo grupo designado grupo de experimentación, constituido por los derechohabientes atendidos por médicos familiares con orientación , pensamiento y forma de actuar sistémica.

El grupo control se designó o escogió en forma aleatoria de los consultorios atendidos por médicos familiares con postgrado, integrado por tres

consultorios; el grupo experimental se formó por los derechohabientes atendidos por los tres médicos de la unidad que han recibido cursos de orientación sobre dinámica y funcionalidad de familias y que manejan un pensamiento sistémico.

El tamaño de la muestra de estudio se determinó por cálculos efectuados en un grupo piloto para obtener los estadísticos, tomando en cuenta que el intervalo de confianza o factor de precisión nos dá los datos que establecen los límites dentro de los cuales se acepta que varíe un fenómeno en un porcentaje desconocido de la población (7). Aportando un total de 9 personas a entrevistar por cada consultorio sometido al estudio.

Se incluyeron a todos los pacientes adscritos a los consultorios sometidos al estudio, y que estén comprendidas sus edades entre los 16 a los 70 años. Para las personas comprendidas fuera de este rango de edad y que hayan sido atendidas en los consultorios, se entrevistó a la persona acompañante, siempre y cuando sus edades estén dentro del rango de los criterios de inclusión .

Se excluyeron a las personas adscritas a otros consultorios diferentes de los de estudio, así como a las personas con problemas de comunicación verbal y/o escrita, o con estados anteriores

de patología mental, taras o ideosincrasias. Quedaron fuera del estudio las personas anteriormente entrevistadas en este proyecto.

Las entrevistas se realizaron en su mayoría en los pasillos de espera de la consulta externa del Hospital Regional de Especialidades "Mérida"

El manejo estadístico a que se sometió la información obtenida, tanto para el aspecto general de la calidad de atención, como para el área psicomotriz, afectiva y cognocitiva, fué la X^2 corregida por la continuidad, con grados de libertad de 2, ya que hubo necesidad de correr casillas debido a que las frecuencias esperadas fueron menores de 5 en un 25% de dichas casillas. Además de trabajar con una p de 0.10, y el total de datos sometidos a manejo fué mayor de 40 (sumando un total de 54). (8)

Criterios para aceptación de la Hipótesis: - Se basaron en los cálculos de la X^2 (chí cuadrada).

Si la X^2 calculada es mayor que la X^2 tabulada: Se acepta la Hipótesis nula (H_0); por el contrario si la X^2 calculada es menor o igual se rechaza la H_0 y se acepta la Hipótesis alterna (H_1).

ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS:

Se efectuaron un total de 54 entrevistas, - las cuales aportaron los siguientes datos: Grupo control con 4 personas que consideraron mala la - calidad de atención; 9 la consideraron regular; - 13 buena y solamente uno la consideró como muy -- buena; con respecto al grupo experimental se tie- ne que 2 la consideraron mala; 11 regular; 12 bue- na y dos como muy buena. Lo que hace totales de : 6 como atención mala, 20 como regular, 25 buena y 3 como muy buena (ver tabla 1).

De lo anterior se tiene que el 11.11% consi- dera mala la calidad de atención, un 37.03% regu- lar, el 46.29% buena y solamente un 5.55% la cata- loga como muy buena (ver tabla 2).

Al someter a tratamiento estadístico los da- tos anteriores se obtiene una χ^2 calculada con -- grados de libertad 2 y una $p = 0.10$, de 1.12, te- niendo como χ^2 tabulada un valor de 4.60. Por lo que no se tienen datos suficientes para aceptar la Hipótesis nula; aceptandose por tal motivo la Hipó- tesis alterna.

Dentro del aspecto psicomotriz se obtienen - los siguientes resultados: para el grupo control, 11 personas lo catalogaron como malo, 11 regular, 5 le dieron valoración buena y no hubo valoración para muy buena; dentro del grupo experimental se

observaron lo siguientes resultados: 9 consideraron mala la calidad de atención, 13 regular, 3 -- buena y dos le dieron calificación de muy buena;-- (ver tabla 3) la sumatoria total dentro de esta -- área es de: 20 para mala calidad, 24 como regular 8 buena y unicamente 2 como muy buena. Dando los siguientes porcentajes: 37.04% para la primera, -- 44.44% para la segunda, 14.1% en la tercera y 3.7 % para la última.(ver tabla' 4).

Dentro de su tratamiento estadístico se obtuvo una χ^2 calculada de 0.558, con grados de libertad (gl) de 2 y una $p= 0.10$ (factor de precisión).

Los resultados en el área afectiva son: para el grupo control, 3 calificados como malo, 7 regular, 15 buena y 2 muy buena; para el grupo experimental, 0 mala, 11 regular, 15 buena y uno como -- muy buena. Haciendo totales de: 3 mala, 18 regular, 30 buena y 3 muy buena; a los que les corresponden los siguientes porcentajes de acuerdo al -- orden descrito: 5.55% el primero, 33.33% al segundo, 55.55% al tercero y 5.55% para el cuarto.(tablas 5 y 6)

El resultado estadístico para esta área tuvo un valor de χ^2 con gl 2 y una $p= 0.10$ de: 4.43 .

En la valoración del área cognocitiva se registraron los siguientes resultados: Grupo control, 5 calificaron como mala la atención, 16 regular, 7 buena y ninguno como muy buena: en el grupo experimental, 4 como mala, 16 regular, 6 buena y uno muy buena. Lo que hace totales en los distintos rubros de 8 como malo, 32 regular, 13 buena y uno muy buena (tabla 7).

Los porcentajes para los totales en este grupo son los siguientes: 14.81% para el primero, 59.26% al segundo, 24.07% del tercero y un 1.85% para el último.(tabla 8).

El resultado de la χ^2 calculada para esta área con gl de 2 y $p= 0.10$ fué de: 0.22 .

Tabla # 1
CALIDAD DE ATENCION

Grupo	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
Control	4	9	13	1
Experi- mental	2	11	12	2
Total	6	20	25	3

Tabla # 2
PORCENTAJES

Calidad de atención	Número	%
Mala	6	11.11
Regular	20	37.03
Buena	25	46.29
Muy Buena	3	5.55

Tabla # 3
AREA PSICOMOTRIZ

Grupo	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
Control	11	11	5	0
Experi- mental	9	13	3	2
Total:	20	24	8	2

Tabla # 4

PORCENTAJES DEL AREA PSICOMOTRIZ

Calidad de atención	Número	%
Mala	20	37.04
Regular	24	44.44
Buena	8	14.81
Muy Buena	2	3.7

Tabla # 5

AREA AFECTIVA

Grupo	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
Control	3	7	15	2
Experi- mental	0	11	15	1
Total	3	18	30	3

Tabla # 6

PORCENTAJES DEL AREA AFECTIVA

Calidad de atención	Número	%
Mala	3	5.55
Regular	18	33.33
Buena	30	55.55
Muy Buena	3	5.55

Tabla # 7

AREA COGNOCITIVA

Grupo	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
Control	4	16	7	0
Experi- mental	4	16	6	1
Total	8	32	13	1

Tabla # 8

PORCENTAJES DEL AREA COGNOCITIVA

Calidad de atención	Número	%
Mala	8	14.81
Regular	32	59.26
Buena	13	24.07
Muy Buena	1	1.85

CONCLUSIONES

- La calidad de atención que recibe el derechohabiente en la consulta externa del Hospital Regional de Especialidades con Medicina Familiar, "Mérida" T-1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Es considerada en un 83.32% de las personas involucradas en el estudio, como regular o buena.

- No hay diferencia significativa estadística entre la atención y la calidad de la misma dada al derechohabiente, cuando es atendido por un Médico Familiar con postgrado, que la dada al derechohabiente cuando es atendido por un Médico Familiar con postgrado, el cual tenga orientación, pensamiento y forma de actuar sistémica, dada por cursos sobre dinámica y funcionalidad familiar.

- No hay diferencia significativa estadística en la calidad de atención en las áreas -psicomotriz, afectiva y cognocitiva, dada a los derechohabientes entre los médicos que se incluyeron al estudio.

COMENTARIO:

El presente estudio se efectúa en forma de un estudio piloto, esto condicionado al no haber en la literatura médica revisada antecedentes de estudios semejantes que nos sirvieran como marco de referencia en forma sustantiva.

El estudio presenta también por otra parte __ dificultades en su valoración, como es el hecho de una especificación de las variables sometidas a trabajo. Sea que hay necesidad de encuadrar o simplificar en que punto específico se de sea valorar la calidad de atención (v.gr. con respecto a una patología o a alguna acción concreta), para que partiendo de ese punto se desarrollen cuestionarios, entrevistas o recopilaciones más apropiados al caso.

Se logró captar además un factor de suma importancia que determinó en un alto porcentaje el tipo de respuesta emitida por el derechohabiente y fué el hecho de lo que motivó al paciente para asistir a consulta, el tiempo de espera para su atención, la relación médico-paciente en el transcurso de la consulta y el medio ambiente que rodea a la misma.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Shires, D. & Hennen, B. MEDICINA FAMILIAR PRAC
TICA. México D.F. Mc Graw Hill, 1983.
- (2) Sistema Médico Familiar: Manual, Ed: IMSS, Mé
xico D.F., 1972.
- (3) Correa, P. & Cervera, B. A PROPOSITO DE LA --
DESHUMANIZACION DE LA MEDICINA, Boletín médi
co del IMSS, Vol 118, No 11, 1982.
- (4) Varela, R.C. LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPE--
CIALIDAD, Mecanograma del módulo de Medicina
Familiar.
- (5) Russel, J. Sawa y Cols. FAMILY PRACTICE IMPACT
OF A TEACHING CURRICULUM IN FAMILY DINAMICS,
Revista FAMILY SYSTEMS MEDICINE, Ed: Brunear/
Mazel Publishers, Vol 3, No 1. New York N.Y. ,
1985.
- (6) Cardenas P.E. ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD -
SOCIAL EN MEXICO, Boletín médico del IMSS, me
canograma del módulo de Medicina Familiar.
- (7) Curso de Capacitación sobre Diseño Experimen
tal y Estadística, Manual, Ed: IMSS, México -
D.F., 1983.

BIBLIOGRAFIA:

- (8) Método Científico y Estadística, Mecanograma de la residencia de Medicina Familiar en el HRE c/MF "Mérida" T-1 del IMSS.