



11226

8

Universidad Nacional Autónoma
de México

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
CLINICA Núm. 29

Análisis de la Calidad en la Atención Médica
del Contacto Primario

20500

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO FAMILIAR

P R E S E N T A N:

ALMA ROCIO ARREDONDO ROMERO
RAUL CASTILLO JIMENEZ
LINDA MARICELA GUERRERO WALKER
ROCIO JARABO GARCIA

MEXICO, D. F.

2001

1981 - 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dr. Guvvalala:

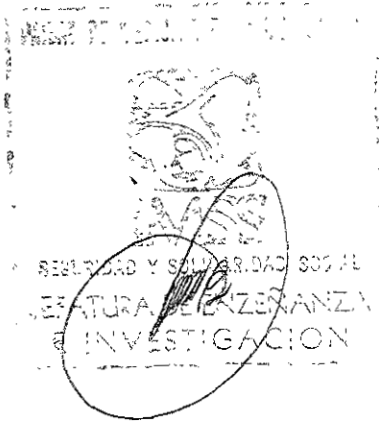
Considere lito como
un recurso de
quien lo opusiera
y recuerda con
carino

Poo's Jant

ANALISIS DE LA CALIDAD EN LA
ATENCIÓN MEDICA DEL CONTACTO
PRIMARIO



SECRETARIA DE ENSEÑANZA
Camp. Genl. de Zona Ampla



ASESORADO POR:

Dra. Reyna Mercado Marín*

* Coordinadora de la Residencia de Medicina Familiar

H.G.Z.A. No. 29

I.M.S.S.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ATENCION DE ENFERMOS
HABITADO DE NE...

Dr. Víctor Kuvababa:

Reciba este trabajo como
señal de nuestra amistad
y con un profundo agrade-
cimiento por su valiosa ayuda.

Raúl y Lucio Castillo.

ELABORADO POR:

ALMA ROCIO ARREDONDO ROMERO*

RAUL CASTILLO JIMENEZ*

LINDA MARICELA GUERRERO WALKER*

ROCIO JARABO GARCIA*

* Médicos residentes de 2º año de Medicina Familiar
adscritos al Hospital General de Zona Aragón No.29
del I.M.S.S.

Nuestro más profundo agradecimiento a todos los que colaboraron y nos brindaron su apoyo, en la realización de esta tesis.

A los seres que iluminan nuestras
vidas.....

La conformidad es evidencia de ausencia de
un foco interno.

ADORNO.....

I N D I C E

I.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
III.- JUSTIFICACION.....	8
IV.- OBJETIVOS.....	9
V.- HIPOTESIS.....	10
VI.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	11
a) Material y Métodos	
b) Orientación básica de la Encuesta	
c) Estructura básica del cuestionario	
d) Evaluación del cuestionario	
VII.- RESULTADOS, ANALISIS Y CONCLUSIONES.....	27
VIII.- SUGERENCIAS.....	68
IX.- BIBLIOGRAFIA.....	69

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La evolución de la medicina se ha caracterizado durante siglos por su lenta adaptación a las necesidades que determinan los cambios sociales; En los -- últimos 50 años éstos han sido mucho mayores, debido a que las transformaciones de los conglomerados humanos se han hecho no sólo más rápidos, sino mucho más drásticas. (1) (2)

En el intento de dar solución a esas necesidades surgieron las diferentes especialidades, llevando con -- sigo que la práctica de la medicina se fragmentara y se orientara de una manera impersonal hacia las enfer -- medades en vez de hacerlo hacia las personas, olvidan -- do que el hombre tiene necesidades como tal y que los individuos no pueden ni deben ser separados de sus -- familias ni de sus comunidades. (1) (3)

En las últimas décadas y ciertamente en coinci -- dencia con un progresivo interés universal por los be -- neficios sociales y los de carácter colectivo, ha ha -- bido un despertar del mundo científico y social que -- ha vuelto la cara hacia la medicina general, como si se diera cuenta de repente que aquel hombre olvidado,

minimizado había sido víctima de la moda de la especialización como si recayera en la importancia de la equivocación, de aquel que por querer progresar en una estructura sólida de la práctica médica, había dejado un hueco enorme al nivel de los cimientos mismos y del eje sustantivo de la estructura médica.(4) (5). Este renacimiento ha ido cobrando importancia a medida que el propio médico general unido primero en pequeños grupos, luego en países y finalmente en organizaciones internacionales se ha percatado de la trascendencia de su acción y se ha dado cuenta de su propio valer, en vista de las necesidades reales estimadas panorámicamente y con el componente esencial de la proyección de la ciencia en aspectos sociales de la comunidad.(2)

Es así como aparece el Médico Familiar, como personaje central de la medicina moderna en donde su criterio profesional va más allá de la simple curación de enfermedades y se convierte además de médico en educador, guía de la población en el control de los factores que afectan negativamente su salud. (6) (7)

Como una cabal respuesta a las necesidades que dentro de un marco de realidades insoslayables exigen

el desarrollo social y económico de nuestro país, debemos considerar la importancia de la reestructuración llevada a cabo en la prestación de los servicios de salud, que tienen la finalidad fundamental de dar un enfoque integral a la práctica médica, con tendencia a superar sus niveles de atención previamente jerarquizados, cuyo objetivo definido no es otro que el de inyectar una amplia fluidéz a la ministración de esos servicios, al mismo tiempo que se permite a todos y cada uno de los miembros de la comunidad beneficiada el libre acceso a los mismos. (8) (9)

La operatividad de los servicios médicos --- asistenciales requiere de una estrecha relación - de tres sistemas: atención médica, educación e -- investigación científica, de tal manera que dentro del objetivo general de otorgar atención integral a la salud toca a éstos tres sistemas lograr los siguientes objetivos específicos. (10)

Al sistema de asistencia o atención médica cum plir con la realización de las acciones médicas. Al de enseñanza, capacitar y actualizar al personal in tegrante del equipo de salud. Al de investigación -

científica; generar la ciencia y la tecnología requerida para el mejoramiento de las prestaciones institucionales y para el desarrollo de los recursos humanos. (11)

Las acciones médicas que el país requiere en el momento histórico actual, están dados por los modelos de atención médica del primer nivel, cuya función se orienta a resolver los principales problemas de la comunidad, prestar servicios de promoción, prevención, tratamientos y rehabilitación necesarios para la resolución de éstos. Marcándose de esa manera la meta definida del médico del primer nivel. El médico familiar. Rompiendo además los límites de la atención médica individual únicamente curativa para que sea capaz de -- proyectarse mas ampliamente a una demanda comunitaria de mayor trascendencia. (12) (13)

Dentro de nuestro régimen de Seguridad Social se han efectuado una serie de modificaciones fundamentales en materia de prestación de servicios Médicos desde el año de 1954 en que se implantó el Sistema Médico Familiar. Desde esa fecha hasta la actualidad han sido grandes los esfuerzos para lograr que la prestación de éstos, tengan las características que distingue a cada uno de los niveles de atención. De ellos el que más ha

endo objeto de intensivos análisis y estudios ha sido el primer nivel de atención, por lo trascendental de sus acciones. De tal manera se ha generado la necesidad de determinar en forma precisa, lo que la institución requiere para el cumplimiento de sus objetivos en materia de seguridad social y más específico en -- servicios Médicos. Ha sido imperioso determinar el -- perfil profesional del médico familiar, considerando que éste es el conjunto de características que debe tener una persona para desempeñar eficazmente sus funciones. (14) (15)

Dentro de éste marco de referencia la realidad operativa de éste sistema vaya acorde a las normas -- institucionales establecidas para éste nivel. De tal manera que el médico familiar deberá poseer:(16)

- Comprensión de la filosofía de la seguridad en México
- Comprensión de las políticas Institucionales en materia de atención Médica.
- Conocimientos suficientes para la aplicación del contrato colectivo de trabajo, y del reglamento interior de trabajo.
- Conocimientos suficientes para la comprensión y aplicación de los mismos, en cuanto al fun-

cionamiento administrativo y técnico-operativo de las unidades de atención Médica en los tres niveles.

- Capacidad para aplicar el proceso administrativo.
- Capacidad para aplicar el método científico.
- Capacidad para aplicar teoría general de sistemas.
- Capacidad para aplicar la teoría general de --
grupos.
- Capacidad para aplicar el método estadístico.
- Conocimientos suficientes de las demás formas
impresas institucionales.
- Conocimiento suficiente para reconocer, con ---
sólo verlas, todas las formas impresas institucionales, inherentes a la atención médica.
- Conocimientos suficientes sobre recursos institucionales, no médicos para su aplicación ope-
rativa.
- Conocimientos suficientes para llevar al análi-
sis, síntesis y evaluación de los problemas de
dinámica familiar.
- Conocimientos suficientes de los recursos extra
institucionales del área de aplicación de sus -
servicios, para su utilización en la atención
de los problemas médicos de la población a su -
cargo. (16)

PLANTEAMIENTO
DEL
PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado en nuestro Centro de Atención, al hacer un análisis en la calidad médica asistencial del primer nivel. Efectuada a nivel Central y por el departamento clínico de Medicina Familiar de la misma, que existen diversidad de problemas en el otorgamiento de las prestaciones institucionales ya que el médico familiar no efectúa en forma totalitaria sus actividades, apoyándose en que la atención médica impartida es de tipo general, episódica y sintomática, que los diagnósticos elaborados son inadecuados debido a un pobre interrogatorio y exploración física generando envíos mal fundamentados a otros niveles de atención, que los programas de acciones para la promoción de la salud, prevención, limitación del daño y rehabilitación no se llevan a cabo, además de existir una pobre participación en docencia e investigación.

Lo anterior nos muestra que la realidad operativa en nuestro sistema de atención se encuentra muy lejos aún de la concepción teórica que lo ubica dentro del sistema de niveles de atención.

J U S T I F I C A C I O N

JUSTIFICACION

En base a los argumentos antes mencionados se requiere conocer la problemática del médico familiar que interfiere en su calidad asistencial, analizando los tres sistemas determinantes para otorgar atención integral.

Analizar además si las anomalías encontradas predominan en un grupo específico de médicos.

OBJETIVOS

O B J E T I V O S

- 1.- Demostrar que hay diferencias en la calidad de la atención médica entre el médico familiar egresado de la especialidad y el no egresado.

- 2.- Establecer la aptitud del médico familiar dentro de los lineamientos determinados como perfil del profesionista del primer nivel.

H I P O T E S I S

H I P O T E S I S

Existen diferencias significativas entre la calidad de la atención médica proporcionada por el médico familiar egresado de la especialidad y el no egresado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

MATERIAL Y METODO

1.- Recursos Humanos

Como encuestados se tomaron 38 médicos familiares, de los cuales 19 correspondieron a médicos egresados de la especialidad de Medicina Familiar y los otros 19 no. Como encuestadores se tomaron a cuatro residentes de segundo año de Medicina Familiar.

2.- Recursos Materiales.

- Cuestionario de 20 preguntas valorando calidad asistencial.

- Cuestionario de 10 preguntas valorando enseñanza e investigación.

- Cuestionario de 10 preguntas valorando aspectos administrativos.

- Hoja de calificación directa para los médicos: lista de cotejo de la supervisión en la atención médica.

- Hoja de efectos de la atención médica.

- Unidad de Medicina Familiar número 29

- Clínica Hospital de Zona Aragón

Procedimiento:

Se hizo un muestreo con 10 médicos Familiares

de la unidad, integrantes de un módulo, en los cuales se encontraban médicos egresados de la especialidad y no egresados. Evaluados previamente por el departamento de Medicina Familiar en base a siete parámetros: - Interrogatorio, exploración, diagnóstico, tratamiento, medidas preventivas, enseñanza e investigación y relación médico-paciente. Para obtener la muestra significativa de médicos familiares se utilizó la fórmula de análisis cuantitativo, de la cual se obtuvo un total - de 50 médicos familiares como muestra ideal, pero dado que el Universo de los médicos familiares de la clínica 29 sólo fueron 38, se tomaron todos éstos como muestra.

Se aplicaron 3 cuestionarios a ambos grupos, el - primero con 20 preguntas, valorando la calidad asistencial, los otros dos con 10 preguntas cada uno, valorando aspectos administrativos así como docencia e investigación. Fueron aplicados por los investigadores en - horas laborales y con tiempo límite de 30 minutos en - total. Por otra parte se aplicaron cuestionarios de efectos sociales de la atención médica, por la Jefatura de los Servicios Médicos de la Subdirección General, - Cap. IV modificado, en relación a satisfacción de expectativas del derechohabiente, tomando a 4 pacientes de cada médico de ambos grupos a estudiar.

Así mismo se valoró de acuerdo a la hoja de cotejo a los médicos en estudio dada ésta por la Supervisión en la Atención Médica de la Jefatura de Servicios médicos con la cual se efectuó el muestreo y se aplicó en 3 ocasiones a cada médico en días alternos durante horas laborales.

ORIENTACION BASICA DE LA ENCUESTA

El planteamiento en cuanto a la resolución del cuestionario fué orientado hacia los logros de sus acciones dentro de su práctica diaria y no en función de las posibilidades en sus actividades.

De tal manera que la información que se obtuvo fué la más veráz posible, al propiciar que el médico familiar sujeto a estudio aportara respuestas acordes con la realidad operativa.

Finalmente, al concluir el número programado de encuestas, se efectuaron las tabulaciones y análisis correspondientes.

ESTRUCTURA BASICA DEL CUESTIONARIO

El cuestionario está compuesto de 72 preguntas, de las cuales 43 corresponden al área asistencial, 10 al área de investigación y docencia y 19 reactivos para el área administrativa. De los 72 reactivos el 27.7% corresponden al cuestionario No. 1 que valora calidad asistencial y corresponden a preguntas de tipo dicotono, cuya respuesta será sí o nó, lo que facilitará la tabulación y codificación.

El cuestionario No. 2 y 3 con 10 preguntas de tipo dicotono, con elección de respuesta sí o nó, corresponden cada uno a 13.8% siendo respectivamente los que valoran el aspecto docencia e investigación y administrativo, contestado por el propio sujeto de investigación.

El cuestionario No. 4, con 14 reactivos, corresponde al 19.4% del total y valora los aspectos de la Atención Médica modificada en el consultorio con una lista de cotejo que se evalúa por el investigador con las opciones siguientes: A)adecuado, I)inadecuado, O)omitido, E)excesivo, NN)no necesario, tabulándose posteriormente, primero por la técnica de paloteo, después suma de incidencias y análisis de las mismas.

El cuestionario No.5 con 18 reactivos que corresponden al 25% del total, valora los efectos sociales de la -- Atención Médica Modificada, conteniendo 16 preguntas - dicótonas con opciones de sí o nó y 2 con respuesta de (MB) muy bueno, (B) bueno, (R) regular y (M) mal.

EVALUACION DEL CUESTIONARIO

Los cuestionarios 1,2 y 3 fueron analizados por la fórmula de correlación F_i , según la cual se estudian dos variables dependientes y dos independientes, que se colocan respectivamente en la ordenada y la abscisa siendo las primeras las respuestas sí y nó y las segundas sí es o nó especialista.

Sólo tienen significancia estadística los que resultaron arriba de 0.60. Por otra parte se analizaron también los porcentajes de respuestas positivas ó negativas en cada una de las preguntas colocando los resultados en cuadros y agregando un análisis al pié de cada uno de ellos.

El cuestionario No. 4 se tabuló primero con la técnica de paloteo luego suma de incidencias y análisis en porcentajes, posteriormente se procedió a hacer la correlación estadística con la fórmula de Pearson para obtener la existencia o no de la significancia estadística entre ambos grupos.

Posteriormente se interpretaron los resultados comparativamente entre los grupos.

El cuestionario No. 5 se calificó mediante porcentajes de cada grupo utilizándose la fórmula de Pearson para obtener la significancia estadística.

Los 5 cuestionarios se interrelacionaron en los 3 aspectos básicos: calidad, asistencial, docencia e investigación y administrativo.

CUESTIONARIO NO. 1

C A L I D A D A S I S T E N C I A L

- 1.- ¿Es capaz de interceptar la historia natural de la enfermedad en la primera fase con los recursos a su disposición?
- 2.- ¿Dispone usted de los recursos de laboratorio y gabinete para integrar sus diagnósticos?
- 3.- ¿Desarrolla sus funciones preventivas a su población adscrita?
- 4.- ¿Indica en forma personal sobre los usos de los medicamentos?
- 5.- ¿Efectúa acciones tendientes a solucionar problemas detectados en un área determinada?
- 6.- ¿Extiende incapacidades lo suficientes para el período de convalecencia de cada padecimiento?
- 7.- ¿En el caso de un padecimiento infecto contagioso hace incapié en el tiempo de incapacidad funcional?
- 8.- ¿Como parte de la exploración, toma usted los signos vitales?
- 9.- ¿En todos sus pacientes dá información completa sobre las medidas a tomar respecto a su padecimiento?
- 10.- ¿En los pacientes con recaídas, considera su problemática social y trata de dar orientación al respecto?

- 11.- ¿Considera que sus relaciones con el paciente son buenas?
- 12.- ¿Efectúa visitas intrahospitalarias a sus pacientes que han requerido de éste servicio?
- 13.- ¿Considera usted que efectúa un interrogatorio, - exploración y tratamiento adecuados?
- 14.- ¿Siente usted que el paciente queda satisfecho - con la atención recibida?
- 15.- ¿En caso de padecimiento infepto contagioso, efectúa estudio epidemiológico?
- 16.- ¿Asiste voluntariamente al domicilio de sus pacientes cuando detecta una patología familiar?
- 17.- ¿Considera que la contestación del especialista es completa y explícita?
- 18.- ¿Hace usted estudios longitudinales de sus familias a su cargo?
- 19.- ¿Considera usted que podría mejorar su calidad en la atención médica?
- 20.- ¿Atiende necesidades no expresadas basadas en el conocimiento integral del hombre y de los problemas de salud a nivel individual, familiar y de la comunidad?

CUESTIONARIO NO. 2

Docencia e investigación

- 1.- ¿Considera que el médico Familiar puede realizar trabajos de investigación?
- 2.- ¿Tiene conocimiento del Método Científico?
- 3.- ¿Efectúa diagnósticos de la población a su cargo?
- 4.- ¿Ha asesorado trabajos de investigación?
- 5.- ¿Le gusta participar mediante clases en la formación de médicos?
- 6.- ¿Participa en los programas de enseñanza-aprendizaje del personal paramédico de la Unidad?
- 7.- ¿Ha realizado estudios de investigación?
- 8.- ¿Participa de la educación continua de sí mismo?
- 9.- ¿Ha acudido a algún curso o taller en el último año?
- 10.- ¿Tiene algún grupo de enseñanza a su cargo?

CUESTIONARIO NO. 3

Médico / Administrativo

- 1.- ¿Recopila datos y determina las posibles causas que generan la problemática de salud de su población?
- 2.- ¿Selecciona casos que por su complejidad de manejo requieran de la participación de otros miembros - del equipo de salud?
- 3.- ¿Indica a los derechohabientes la utilización adecuada de los servicios de salud?
- 4.- ¿Orienta al personal paramédico de apoyo para el desempeño de sus funciones?
- 5.- ¿Coordina actividades de prevención que realiza el personal paramédico de apoyo ante las necesidades de su población?
- 6.- ¿Toma medidas de estímulos y disciplinarias que propician la consecución de los objetivos de salud en su población derechohabiente?
- 7.- ¿Indica la utilización de los recursos no médicos - para atender problemas de su población?
- 8.- ¿Propone acciones de salud comunitaria involucrando a los participantes, de la misma?
- 9.- ¿Coordina las acciones del acto médico con el personal paramédico de apoyo?

10.- ¿Identifica el grado de desviación entre las metas institucionales y sus actividades operativas?

CUESTIONARIO NO. 4

LISTA DE COTEJO DE LA SUPERVISION EN LA ATENCION
MEDICA MODIFICADA

PARAMETROS:

- 1.- CORTESIA
- 2.- INTERROGATORIO
- 3.- EXP. FISICA
- 4.- DIAGNOSTICO
- 5.- LABORATORIO
- 6.- RAYOS X
- 7.- MANEJO DE VACUNAS
- 8.- ENVIO AL P.F.R.
- 9.- ENVIO AL P.D.C.C.
- 10.- DETECCION DE T.B.
- 11.- EVALUACION INTEGRAL
- 12.- TRATAMIENTO
- 13.- MANEJO DE CITA

CUESTIONARIO NO. 5

EFFECTOS SOCIALES DE LA ATENCION

MEDICA MODIFICADO

Aceptabilidad. Satisfacción de expectativas de la población derechohabiente:

- 1.-¿Hoy tuvo oportunidad de exponer su problema a su médico?
- 2.-¿Su médico le examinó o exploró en la consulta de hoy?
- 3.- Si la respuesta es negativa, ¿Considera que debió examinarle?
- 4.-¿Su médico le informó sobre su padecimiento y causas del mismo?
- 5.-¿Su médico le dió indicaciones para el uso de las medicinas?
- 6.-¿Comprendió usted las indicaciones para el uso de las medicinas?
- 7.-¿Su médico le orientó en mejoramiento de la alimentación e higiene?
- 8.-¿Recibió orientación sobre el cuidado de la salud de su familia?
- 9.-¿Su médico le recomendó hoy el uso de los programas de vacunación, planificación familiar, detección

oportuna de cáncer, detección oportuna de diabetes,
u otros programas?

- 10.-¿Su médico le dió pase para utilizar otro servicio dentro o fuera de ésta unidad?
- 11.-¿Recibió información para el uso adecuado de ese servicio?
- 12.-¿Le atendió su médico de siempre?
- 13.-¿Sabe como se llama su médico?
- 14.-¿Su médico le conoce a usted por su nombre o apellido?
- 15.- ¿Cómo considera el trato que recibe de su médico?
- 16.- ¿Cómo considera la atención médica que recibió hoy?
- 17.- ¿Considera que su médico le atendió adecuadamente el problema por el que asistió hoy?
- 18.-¿Tiene algún motivo de inconformidad?
- 19.- ¿Cuál es la causa de su inconformidad?

RESULTADOS, ANALISIS
Y CONCLUSIONES

RESULTADOS, ANALISIS Y CONCLUSIONES

Se presentarán y comentarán los resultados en el mismo orden de los cuestionarios.

C U E S T I O N A R I O N O . 1

CALIDAD ASISTENCIAL

Cuadro #1

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.*	1	0.1313	84.21%
M.F.noE.**	1	0.1313	88.42%

No estadísticamente significativa, aunque se nota que hay mayor capacidad de interceptar la Historia natural de la enfermedad en la primera fase con los recursos a su disposición en el grupo de ex-residentes.

Cuadro #2

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	2	0.2036	73.68%
M.F.noE.	2	0.2036	89.47%

Ambos grupos consideran tener los recursos de laboratorio y gabinete para integrar adecuadamente sus diagnósticos. No es estadísticamente significativa. Se nota -- mayor porcentaje entre los no ex-residentes. Los médicos especialistas refirieron desear mayor prontitud en los resultados, y exactitud.

* M.F.E.: Médico familiar especialista
** M.F.noE.: Médico familiar no especialista

Cuadro #3

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	3	0	100%
M.F. no E.	3	0	100%
M.F.E.	4	0	100%
M.F. no E.	4	0	100%

Ninguna de las dos es significativa, ya que se anulan, ya que ambos grupos desarrollan funciones preventivas, e indican en forma personal el uso de medicamentos, en un 100%.

Cuadro #4

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	5	0.05	68.42%
M.F. no E.	5	0.05	31.57%

No es significativa por correlación de F_i , en porcentajes, se nota diferencias importantes en ambos grupos, siendo mayor el No. de M.F.E. que efectúan acciones tendientes a solucionar problemas detectados en un área de terminada.

Cuadro #5

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	6	0	100%
M.F. no E.	6	0	100%
M.F.E.	8	0	100%
M.F. no E.	8	0	100%

Se anula la significancia por respuestas similares. Ambos grupos extienden incapacidades suficientes para el período de convalecencia de cada padecimiento, tomando todos como parte de la exploración los signos vitales.

Cuadro #6

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	7	0.23	83.47%
M.F.no E.	7	0.23	100 %

Ambos grupos hacen hincapié en el tiempo de incapacidad funcional en los padecimientos infecto-contagiosos, siendo más importante en los M.F. no especialistas.

Cuadro #7

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	9	0	100%
M.F. no E.	9	0	100%
M.F.E.	10	0	94.73%
M.F. no E.	10	0	94.73%
M.F.E.	13	0	100%
M.F. no E.	13	0	100%
M.F.E.	14	0	100%
M.F. no E.	14	0	100%

En todas las respuestas, se anula la significancia por similitud de resultados, siendo las respuestas adecuadas.

Cuadro #8

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	11	-0.05	100%
M.F. no E.	11	-0.05	94.73%

Ambos grupos consideran buenas sus relaciones con sus pacientes, no siendo estadísticamente significativo.

Cuadro #9

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	12	-0.21	47.36%
M.F. no E.	12	-0.21	26.31%

En ambos grupos el porcentaje de médicos que visita in trahospitalariamente a sus pacientes es bajo, siéndolo más en los no especialistas. No hay significancia estadística.

Cuadro #10

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	15	-0.026%	52.36%
M.F. no E.	15	-0.026%	47.36%

Es bajo el número de médicos de cualquier grupo que efectúa estudios epidemiológicos, refiriendo que el paciente se canaliza a Medicina Preventiva.

Cuadro #11

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	16	3.6	52.63%
M.F. no E.	16	3.6	15.36%

Respuesta estadísticamente significativa según la correlación Fi, donde se nota importante diferencia entre ambos grupos, ya que más del 50% de M.F.E. asiste voluntariamente al domicilio de sus pacientes cuando detectan patología familiar, siendo mínimo en el caso de no especialistas.

Cuadro #12

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	17	.00072	10.52%
M.F. no E.	17	.00072	15.78%

Respuesta no significativa, en la cual cerca del 90% de los médicos de ambos grupos considera que la 4-30-8 respuesta del especialista es inadecuada.

Cuadro #13

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	18	.290	42.10%
M.F. no E.	18	.290	15.78%

No estadísticamente significativa según correlación Fí, ambos grupos tienen un bajo porcentaje, de menos del - 50% de médicos que realizan estudios longitudinales, - siendo más importante en los no especialistas.

Cuadro #14

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	19	-.125	100%
M.F. no E.	19	-.125	83.47%

La mayoría considera que podrían mejorar la calidad de la atención, y no hay significancia estadística.

Cuadro #15

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	20	-3	84.21%
M.F. no E.	20	-3	42.10%

Aún sin ser significativa estadísticamente, se encuentran diferencias importantes en porcentaje, ya que más del 80% del M.F.E. atienden las necesidades no expresadas, basadas en el conocimiento integral del hombre y de los problemas de salud a nivel individual, familiar y de la comunidad.

C U E S T I O N A R I O N O . 2

DOCENCIA E INVESTIGACION

Cuadro #16

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	1	-.3438	100%
M.F. no E.	1	-.3438	78.94%

A la pregunta: ¿Considera usted que el M.F. puede realizar estudios de investigación?, el 100% de ex-residentes consideran que sí, mientras que un 21.06% de no especialistas consideran que no, lo cual nos habla de la falta de preparación académica de éste grupo. No es estadísticamente significativa.

Cuadro #17

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	2	6.2927	100%
M.F. no E.	2	0.2927	84.21%

Aunque no es estadísticamente significativa, notamos importante diferencia de porcentajes, ya que el 45.79% de médicos no especialistas no tienen conocimiento del método científico, siendo del 100% de los ex-residentes, los que lo conocen.

Cuadro #18

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	3	-0.433	100%
M.F. no E.	3	-0.433	68.42%

Igual que las preguntas anteriores, el 100% de médicos especialistas realizan diagnósticos de la población a su cargo, mientras que un 31.58% de médicos no especialistas no lo realizan.

Cuadro # 19

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	4	-.5222	52.53%
M.F. no E.	4	-.5222	5.26%

Hay una diferencia importante en cuanto a porcentaje en ambos grupos, como se nota en la tabla anterior, ya que más del 50% de M.F.E. han asesorado trabajos de investigación, mientras que sólo el 5% de M.F. no E. lo han realizado. Sin embargo, no es estadísticamente significativa.

Cuadro #20

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	5	.5244	100%
M.F. no E.	5	.5244	47.36%

Respuesta casi significativa por correlación de Fí, ya que a todos los egresados les gusta participar por medio

de clases en la formación de médicos, siendo negativo en más del 50% de los no especialistas.

Cuadro # 21

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	6	.4264	78.94%
M.F. no E.	6	.4264	36.94%

Más del 75% de M.F.E. participan en los programas de docencia aprendizaje de la Unidad, para el personal paramédico, comentando muchos de los que no lo hace aún que lo harán a la brevedad, ya que tienen poco tiempo que tienen la base en la clínica, sin embargo, menos del - 40% de M.F. no E., con más tiempo en la unidad, son los que participan actualmente.

Cuadro # 22

Médico	pregunta	correlación Fi	Porcentaje de positividad
M.F.E.	7	-.2309	63.15%
M.F. no E.	7	-.2309	42.10%

De los médicos especialistas, es evidente que más del 60% han realizado estudios de investigación, siendo menor el porcentaje en el otro grupo. No hay significancia estadística.

Cuadro # 23

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	8	0	100%
M.F. no E.	8	0	100%

La correlación Fí no es significativa, ya que se anula, pues ambos grupos participan en la educación continúa de sí mismos.

Cuadro #24

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	9	0.4388	100%
M.F. no E.	9	0.4388	57.89%

Hay diferencia importante en ambos grupos, siendo el de egresados los que han participado en su totalidad en cursos o talleres en el transcurso del último año, siendo únicamente el 60% de los no especialistas. No hay significancia estadística.

Cuadro # 25

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	10	0.4965	68.42%
M.F. no E.	10	0.4965	26.31%

Aunque los dos grupos tienen un bajo porcentaje en cuanto a tener un grupo de enseñanza a su cargo, es más importante en los no ex-residentes. No hay significancia estadística.

C U E S T I O N A R I O N O. 3

MEDICO ADMINISTRATIVO

Cuadro #26

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	1	0	68%
M.F. no E.	1	0	68%

No obstante que no hay significancia estadística, ya que la correlación de Fí es nula, es importante hacer notar que ambos grupos tienen un elevado porcentaje (32%), que no recopilan datos para determinar las posibles causas que generan la problemática de su población.

Cuadro #27

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	2	.23	94.73%
M.F. no E.	2	.23	78.94%

Notamos que es importante la diferencia en porcentaje de esta respuesta, que más del 15% de médicos especialistas seleccionan casos que su complejidad de manejo requieren la participación de otros miembros del equipo de salud. No es estadísticamente significativo.

Cuadro # 28

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	3	0	100%
M.F. no E.	3	0	100%

Ambos grupos actúan adecuadamente en un 100%, indicando a los derechohabientes la utilización adecuada en los servicios de salud, por lo tanto, no hay diferencias entre ellos, por lo cual la correlación de Fí se nulifica.

Cuadro #29

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	4	.23	94.73%
M.F. no E.	4	.23	73.68%

Nuevamente, como en la respuesta No. 2, notamos que el médico especialista actúa adecuadamente en un porcentaje elevado, no así el M.F. no egresado de la especialidad, que en un 26.32% no orienta al personal paramédico de apoyo para el desempeño de sus funciones

Cuadro #30

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	5	0	57.89%
M.F. no E.	5	0	57.89%

Nuevamente se nulifica la correlación Fí, ya que en --

ambos grupos hay un 42.11% de médicos que no coordinan las actividades de prevención que realiza el personal paramédico de apoyo, ante las necesidades de la población, eludiendo que los pacientes son canalizados únicamente al servicio de Medicina Preventiva.

Cuadro #31

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	6	0	78.94%
M.F. no E.	6	0	78.84%

De los 19 médicos de cada grupo, sólo 15 de cada uno toma medidas de estímulos y disciplinas que propicien la consecución de los objetivos de salud en su población lo que hace que un 20.06% de médicos especialistas, y otro tanto de los no especialistas no mantengan un vínculo estrecho en la visualización de metas comunes de salud, con sus pacientes.

Cuadro #32

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	7	.108	89.47%
M.F. no E.	7	.108	94.73%

Esta respuesta tampoco es estadísticamente significativa, sin embargo, notamos que el 10.63% de M.F.E. y el 5.27% de M.F. no E. no utilizan los recursos no médicos para atender los problemas de su población, lo cual tampoco es significativo.

Cuadro #33

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	8	.108	31.57%
M.F. no E.	8	.108	36.84%

Aunque no hay significancia estadística, vemos que am bos grupos en un porcentaje muy elevado (mas del 60%), no proponen acciones de salud comunitaria involucrando a los participantes de la misma. Los médicos aducen que ésto pertenece a trabajo social, desligándose de dichas actividades, y no formando un verdadero equipo de traba jo para la salud.

Cuadro #34

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	9	-0.244	73.68%
M.F.no E.	9	-0.244	47.36%

Respuesta no estadísticamente significativa, que nos hace observar que hay importante diferencia entre am bos grupos, ya que más del 50% de M.F. no especialistas no coordinan las acciones del acto médico con el perso nal paramédico de apoyo, siendo sólo el 26.32% de M.F.E. el que difiere esta responsabilidad.

Cuadro # 35

Médico	pregunta	correlación Fí	Porcentaje de positividad
M.F.E.	10	.113	63.15%
M.F. no E.	10	.113	73.68%

En ambos grupos hay una falla de más del 25% de cada grupo, que no identifica el grado de desviación entre las metas institucionales y sus actividades operativas, sin embargo, no hay diferencias en ambos grupos que la hagan estadísticamente significativa en la correlación de Fí.

CONCLUSIONES DE LOS CUESTIONARIO

1, 2 y 3

Vemos que hay en general una deficiente preparación administrativa, atención médica y docencia en - ambos grupos, pero que evidentemente son más importantes en los Médicos familiares no residentes; existen profundas diferencias en el aspecto de Docencia e Investigación, aspecto en el cual los M.F. especialistas están mejor preparados.

CUESTIONARIO NO. 4
SUPERVISION EN LA ATENCION MEDICA EN EL CONSULTORIO

Cuadro #36

Parámetro	Med. Fam. C/Esp.		Med.Fam. S/Esp.	
	<u>A</u> *	<u>I</u> **	<u>A</u>	<u>I</u>
CORTESIA	98.2%	1.7%	86.3%	20.4%

Este cuadro respresenta el análisis del parámetro Cortesía, entre los egresados y no de la especialidad. Como se observa, los egresados presentaron un índice del 98.2%, lo cual representa la casi totalidad, en -- comparación con los no egresados. Aunque esta diferen- cia en cuanto a lo adecuado no es estadísticamente sig- nificativa, sí lo es en cuanto al porcentaje de lo in- adecuado, ya que se encontró un índice de Pearson mayor de 0.60 (0.63), lo que muestra que la cortesía es bue- na en ambos grupos, pero existe cierto porcentaje en - los no egresados que los diferencia.

Cuadro #37

Parámetro	Med.Fam.C/Esp.		Med.Fam.S/Esp.	
	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>A</u>	<u>I</u>
INTERROGATORIO	96.7%	3.4%	79.5%	20.4%

Este cuadro como se observa muestra los porcentajes ob-

* Adecuado

** Inadecuado

tenidos en cuanto al interrogatorio. Nuevamente se observa que el porcentaje obtenido por los egresados casi es total, siendo en comparación con los no egresados no estadísticamente significativo ni en relación a lo adecuado, ni a lo inadecuado, ya que los índices de Pearson son menores de 0.60 (0.02 y 0.28). Aunque a simple vista es adecuado, lo es mucho mejor para los ex-residentes.

Cuadro # 38

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.		Med.Fam. S/Esp.		O*	NN**
	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>A</u>	<u>I</u>		
EXP. FISICA	91.3%	8.6%	70.4%	27.9%	1.7%	2.2%

Este cuadro nos muestra, además de lo adecuado y lo inadecuado de la exploración física, que en los médicos no egresados hubo un porcentaje, que aunque mínimo, dejan de hacer y omiten la exploración física, que dentro del perfil médico no debiese existir. En relación a lo adecuado, los egresados muestran un porcentaje que a simple vista es mejor que en los no residentes. En relación a lo inadecuado de la exploración también se observa que es mayor el error en los no egresados. Sin embargo llama la atención que estadísticamente no hubo significancia (0.025 y 0.14).

* Omitido

** No necesario

Cuadro # 39

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.		Med.Fam. S/Esp.	
	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>A</u>	<u>I</u>
DIAGNOSTICO	91.3%	8.6%	87.5%	12.5%

El presente cuadro nos muestra, los resultados en cuanto al diagnóstico se refiere. Observamos que no existen diferencias básicas en cuanto al porcentaje obtenido en ambos grupos para lo adecuado y lo inadecuado, lo cual también se corrobora estadísticamente (0.022 y 0.19) lo relacionado en cuanto al porcentaje adecuado, que es superior a lo que marca el Perfil Profesional del Médico Familiar de la Jefatura de Servicios Médicos, (85%), para ambos grupos, lo que es discrepante con lo obtenido por la supervisión a nivel Central que detectó diagnósticos deficientes (17)

Cuadro # 40

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.				Med.Fam. S/Esp.			
	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>O</u>	<u>NN</u>	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>O</u>	<u>NN</u>
LABORATORIO	31%	1.7%	5.1%	62%	18.2%	4.5%	4.5%	72.7%

El presente cuadro nos muestra los resultados en cuanto a los exámenes de laboratorio solicitados por ambos

grupos. Se hace notar que el porcentaje de los exámenes adecuados en ambos grupos es bajo, pero si se suman a los no necesarios, esto viene siendo más del porcentaje esperado como adecuado de 90%, y solamente un porcentaje muy bajo es lo inadecuado. No se observaron exámenes excesivos en ningún grupo. Las diferencias entre ambos grupos no son significativas. Llama sin embargo la atención en cuanto a que en relación a este parámetro se encuentra detectado a nivel del laboratorio un exceso de solicitudes que sobrepasa al 50% de la capacidad del laboratorio y se menciona a nivel de la supervisión, que la mayoría son solicitados injustificadamente, por lo que quizá debiese hacerse un estudio específico sobre este aspecto para encontrar la posible causa de este problema. (17) El no necesario debe de entenderse como las solicitudes para descartar patología, no siendo por esto inútiles, como el Laboratorio lo indica.

Cuadro # 41

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.			Med. Fam. S/Esp.			
	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>NN</u>	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>O</u>	<u>NN</u>
RAYOS X	13.7%	3.4%	82.7%	12.5%	2.2%	4.5%	80.6%

En este cuadro se muestra el rubro del servicio paraclí

nico de Rayos X. Se observa que los porcentajes de lo adecuado en ambos grupos son pequeños, sin existir diferencias significativas entre ambos. Además sumadas nuevamente estas a los no necesarios, dejan un porcentaje mínimo para los exámenes inadecuados, que a simple vista son un poco mayores en los egresados, que en los no egresados de la especialidad, pero sin significancia estadística. Una observación más, es la omisión de un grupo de exámenes solicitados en los no especializados que no se hizo notar en el primer grupo de especializados.

Cuadro # 42

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.			Med.Fam. S/Esp.		
	<u>A</u>	<u>O</u>	<u>NN</u>	<u>A</u>	<u>O</u>	<u>NN</u>
MANEJO DE VACUNAS	24.1%	24.1%	51.72%	23.8%	38.6%	37.5%

En este cuadro se hace notar un aspecto de las funciones preventivas. Se detecta a simple vista que no hay diferencias en cuanto al poco porcentaje de acciones adecuadas entre ambos grupos, ya que es un aspecto básico del primer nivel de atención y que se esperaba que estuviese cubierto, no solamente en los egresados de la especialidad, en un porcentaje del 100%, en relación a lo omitido, el porcentaje mayor en los no egresados no es significativo en comparación con los

egresados, pero sí a simple vista.

Cuadro # 43

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.			Med.Fam. S/Esp.		
	<u>A</u>	<u>NN</u>		<u>A</u>	<u>O</u>	<u>NN</u>
ENVIO AL						
P.F.R.	5.17%	94.8%		5.6%	2.2%	92%

Este cuadro únicamente muestra, que los egresados, a los pocos casos que ameritan son enviados adecuadamente, no habiendo significancia con los no egresados. Sin embargo en estos últimos dado el porcentaje bajo de los que necesitan estar en este programa, se omitieron algunos.

En relación a los casos no necesarios se observa que es el mayor porcentaje.

Cuadro #44

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.			Med.Fam. S/Esp.		
	<u>A</u>	<u>O</u>	<u>NN</u>	<u>A</u>	<u>O</u>	<u>NN</u>
ENVIO AL						
P.D.O.C.	20.6%	13.7%	65.5%	22.7%	12.5%	64.2%

En este cuadro se observa que hay un porcentaje de omitidos, que equivale un poco más al 50% de los envíos adecuados, lo que significa que no se está haciendo correctamente, en ninguno de los grupos, y por lo mismo no hay diferencias.

Este aspecto muestra nuevamente, junto con el manejo de las vacunas que el aspecto preventivo está fallando a nivel operacional en todo el primer nivel de atención, mismo que se ha hecho notar ya en la supervisión y que a pesar de la separación de grupos egresados y no egresados, los resultados son los mismos.

Cuadro # 45

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.			Med.Fam. S/Esp.		
	<u>A</u>	<u>O</u>	<u>NN</u>	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>NN</u>
DETECCION DE T.B.	6.8%	5.8%	86.2%	3.4%	3.4%	93.1%

En este cuadro se observa que en relación a los porcentajes adecuados no hay significancia. En los egresados existe una falla al omitir detección y en los no egresados de la especialidad se observa que un bajo porcentaje son detectados inadecuadamente.

Cuadro # 46

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.			Med.Fam. S/Esp.		
	<u>A</u>	<u>O</u>	<u>I</u>	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>O</u>
EVALUACION INTEGRAL	81%	3.4%	13.7%	65.9%	20.4%	13.6%

Este cuadro representa la evaluación que hacen de los pacientes integralmente en los grupos de médicos egresados y no egresados de la especialidad.

Se observa a simple vista que existe una mejor evaluación adecuada en los egresados, a pesar de no ser estadísticamente significativo, (0.02) al igual que en relación al porcentaje omitido e inadecuado.

En lo omitido aunque la significancia fué ligeramente mayor (0.36) tampoco es significativo.

El hecho de que el egresado vea integralmente al paciente en un porcentaje ligeramente más elevado que el no egresado, no lo disculpa del restante porcentaje en hacer una evaluación inadecuada (sectorizada) o que llegue a omitirlo.

Cuadro #47

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.			Med.Fam. S/Esp.				
	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>E</u>	<u>A</u>	<u>I</u>	<u>O</u>	<u>E</u>	<u>NN</u>
TRATAMIENTO	87.2%	12%	1.7%	72%	17%	1.1%	2.2%	6.8%

Este cuadro representa el análisis en relación al parámetro de tratamiento, entre egresados y no de la especialidad. A simple vista se observan diferencias de un 15% en relación a lo adecuado del tratamiento, sin embargo no hubo significancia estadística. Llama la atención que también se haya detectado en la supervisión un tratamiento, también en ocasiones inadecuado, abusando de los antibióticos y que en este caso se observa que el porcentaje entre ambos grupos de médicos, no tuvo -

significancia estadística.

Existe así mismo también un porcentaje, que aunque mínimo, es excesivo lo cual no se justifica en ningún grupo.

Cuadro #48

Parámetro	Med.Fam. C/Esp.			NN	Med.Fam. S/Esp.			NN
	A	I	O		A	I	O	
INCAPACIDAD	48.2%	1.7%	—	50%	20.4%	1.1%	4.5%	73.8%
MANEJO DE LA CITA	39.6%	6.8%	13.8%	39.6%	22.7%	9.1%	43.1%	25%

En estos cuadros se observa el análisis de los parámetros incapacidad y manejo de la cita en ambos grupos. En relación al manejo adecuado de la incapacidad, a pesar de existir a simple vista diferencias no hay significancia, sobre todo si se suman con los porcentajes de no necesario, pero existe la cuestión de que a nivel central se había detectado la negación de esta prestación en algunas ocasiones y en éste parámetro, sólo se observa un porcentaje de 4.5% para los no egresados de la especialidad, pero sin significancia estadística. En relación al manejo de la cita se observa que en ambos grupos el porcentaje de los adecuado es bajo. Pero lo más importante es el porcentaje de omisiones que se hace en total (56.9%), de lo cual corresponde en un 75.7% del total de lo omitido y que corresponde al mé-

dico no egresado de la especialidad y sólo el 24.3% a los egresados, que a simple vista muestra diferencias importantes aunque no se pudo demostrar significancia estadística.

COMENTARIO DEL CUESTIONARIO # 4:

En forma global, se observa que en éste cuestionario básicamente no hubo diferencias significativas entre ambos médicos. Sin embargo, debe de tomarse en cuenta que la presión ejercida por la supervisión directa pudo haber influido sobre los resultados.

C U E S T I O N A R I O # 5

ANALISIS DE EFECTOS SOCIALES DE LA ATENCION MEDICA

Cuadro #49

1.- ¿Hoy tuvo oportunidad de exponer su problema a su
médico familiar?

Residentes 95.5% No Residentes 96.5%

Pearson* 0.02

En esta pregunta observamos que no hay grandes diferencias en los dos grupos de médicos evaluados, encontrando que la mayoría de los pacientes han sido escuchados por su médico en cuanto a su motivo de consulta se refiere.

Cuadro #50

2.- ¿Su médico le examinó o exploró en la consulta de hoy?

Residentes 57.3 No Residentes 80.6%

Pearson 0.02

Aquí, en cambio, apreciamos una gran diferencia, distinguiéndose los médicos generales, con lo que se demuestra que existen deficiencias en la exploración por parte de los médicos familiares que han realizado la especialidad, dejando entrever quizá, más interés en los pacientes por los médicos generales.

Cuadro#51

3.- ¿Considera que debió examinarle?

Residentes 25.4% No Residentes 22.7%

Pearson 0.08

En este enunciado están casi en igualdad los dos grupos de médicos, resultando con una diferencia del 2.7% a favor de los médicos no egresados de la residencia.

Cuadro #52

4.- ¿Su médico le informó sobre su padecimiento y causas del mismo?

Residentes 86.7% No Residentes 81.8%

Pearson 0.02

Observamos que en esta pregunta, al igual que en la anterior, existe también una mínima diferencia en cuanto al porcentaje, pero en éste caso la inclinación es favorable hacia los médicos que han realizado la especialidad.

Cuadro #53

5.- ¿Su médico le dió indicaciones sobre el uso de las medicinas?

Residentes 95.5% No Residentes 81.8%

Pearson 0.02

Encontramos aquí, que casi la totalidad de los médicos

ex-residentes de Medicina Familiar, proporcionan información sobre la utilización de medicamentos, habiendo así mismo un porcentaje aceptable para los médicos no egresados.

Cuadro #54

6.- ¿Comprendió usted las indicaciones para el uso de las medicinas?

Residentes 95.5% No Residentes 94.6%

Pearson 0.02

Aún habiendo observado que en la pregunta anterior los médicos ex-residentes tenían un porcentaje favorable, éste enunciado nos hace saber que los pacientes de los 2 grupos de médicos comprenden adecuadamente como deben utilizar los medicamentos prescritos, ya que el resultado para cada uno de los grupos de médicos es satisfactorio.

Cuadro #55

7.- ¿Su médico le orientó en el mejoramiento de la alimentación e higiene?

Residentes 42.5% No, Residentes 60.9%

Pearson 0.03

La presente nos indica que los médicos sin especialidad tiene mayor cuidado en informar a sus pacientes sobre las medidas higiénico-dietéticas a seguir, teniendo un índice de Pearson de 0.03.

Cuadro #56

8.- ¿Recibió orientación sobre el cuidado de la salud de su familia?

Residentes 30.8% No Residentes 32.9%

Pearson 0.06

Aquí deducimos que los resultados son bajos, para cada uno de los grupos de los médicos, con una diferencia - no significativa para los no egresados de la residencia.

Cuadro # 57

9.- ¿Su médico le recomendó hoy el uso de programas de vacunación, planificación familiar, detección oportuna de cáncer, detección oportuna de diabetes, otros programas?

Residentes 17.6% No Residentes 28.4%

Pearson 0.09

En general el porcentaje para ambos es muy bajo, aunque la diferencia es de 10.8% mejor para los médicos que no han realizado especialidad, de lo cual podemos deducir la deficiencia en los dos grupos de médicos - para la utilización de los programas encaminados hacia la medicina preventiva.

Cuadro # 58

10.- ¿Su médico le dió pase para utilizar otro servicio dentro o fuera de ésta Unidad?

Residentes 22% No Residentes 31.8%

Pearson 0.07%

Aquí encontramos que los médicos no especialistas proporcionan un mayor número de pases hacia otros servicios comparados con los médicos egresados de la especialidad de Medicina Familiar.

Cuadro #59

11.- ¿Recibió información para el uso adecuado de ese Servicio?

Residentes 47% No Residentes 61.3%

Pearson 0.03

Al parecer los pacientes de los médicos no especialistas han recibido una mejor indicación de la manera de utilizar el servicio al cual se les ha enviado, siendo la diferencia del 14.3% en comparación con los médicos especialistas.

Cuadro #60

12.- ¿Le atendió su médico familiar de siempre?

Residentes 50% No Residentes 59%

Pearson 0.03

Creemos que en lo que se refiere a la pregunta anterior hay una gran variedad de parámetros que analizar, ya que la asistencia al consultorio por el médico familiar sea especialista o no, está sujeta a ser substituído en vacaciones, asistencia a cursos monográficos, incapacidad, cambio de consultorio, etc, lo --cual dificulta su valoración.

Cuadro #61

13.- ¿Sabe como se llama su médico familiar?

Residentes 19.1% No Residentes 30.6%

Pearson 0.08

Al igual que la anterior este enunciado está sujeto a variaciones de los médicos, no solamente por el hecho de que el médico esté ausente por algún motivo, sino porque resulta frecuente que los pacientes se encuentren con la sorpresa de que han sido cambiados de consultorio y en todos los casos les resultaría sumamente difícil aprenderse el nombre de todos los médicos por los que han pasado.

Cuadro #62

14.- ¿Su médico le conoce a usted por su nombre o apellido?

Residentes 25% No Residentes 27.2%

Pearson 0.07

Esto también suele ser difícil y puede explicarse por lo ya expuesto en los dos rubros anteriores y sucede que los pacientes que acuden con frecuencia y tienen citas seriadas, son fácilmente identificados, pero en ocasiones son la minoría y el resto de la consulta son personas que acuden ocasionalmente.

Cuadro #63

15.- ¿Como considera el trato que recibe de su médico familiar?

RESIDENTES:

MB 17.6%	B 38.2%	R 5.8%
----------	---------	--------

NO RESIDENTES:

MB 19.3%	B 60.2%	R 18.1%
----------	---------	---------

Como podemos observar, la mayoría de los pacientes consideran que la cortesía por su médico familiar es buena sin excepción de ninguno de los 2 grupos de médicos, considerando también un porcentaje muy buen trato por su médico tratante.

Cuadro #64

16.-¿Cómo considera la atención médica que recibió hoy?

RESIDENTES:

MB 11.76%	B 72%	R16.1%
-----------	-------	--------

NO RESIDENTES:

MB 19.3%

B 56.8%

R 23.8%

La mayoría de los pacientes caen sobre la respuesta de buena atención, percatándonos que hay una marcada distinción favorable para los médicos egresados de la residencia de Medicina Familiar.

Cuadro #65

17.- ¿Considera que su médico le atendió adecuadamente el problema por el que asistió hoy?

Residentes 82.3%

No Residentes 81.8%

Pearson 0.02

Casi la totalidad de los médicos resuelven adecuadamente el problema motivo de la consulta, refiriendo el paciente, como lo vemos al principio del cuestionario, - que ha tenido la oportunidad de exponer su problema a su médico.

Cuadro #66

18.- ¿Tiene usted algún motivo de inconformidad?

Residentes 17.6%

No Residentes 10.2%

Pearson 0.15

El desacuerdo por parte de los pacientes fué en mínima parte y estuvo condicionado por diversos motivos, tales como: demasiado tiempo de espera, falta de atención por parte del médico, cambio de médico, falta de medicamentos y negar consulta familiar, etc.

CONCLUSIONES DEL CUESTIONARIO NO. 5:

En conclusión, los pacientes prefieren la atención del médico no especialista, ya que tuvieron más alta calificación en todos los parámetros. Ningún rubro resultó - con significancia estadística.

ANALISIS GLOBAL

En los cuestionarios 1,2 y 3 en los que el médico se autoevaluó en los aspectos: calidad asistencial, docente y administrativa, a simple vista sí se observan diferencias entre ambos grupos, lo cual sería factible, dada la supuesta mejor preparación del médico - especialista, y el conocimiento de lo que él sabe se espera de él, ya que las respuestas lo valoran en un nivel superior con respecto al médico familiar no egresado; aunque las respuestas no fueron estadísticamente significativas, excepto la No. 16 del cuestionario No. 1, con valor en la correlación F_i de 3.6, - según la cual, más del 50% de MF especialistas acuden voluntariamente al domicilio de sus pacientes cuando detectan patología familiar, siendo de 15% en los no egresados. Sin embargo, en la práctica, esto no lo hemos podido observar. Quizás esta respuesta se explique por la proyección que ellos piensan que deben de dar.

En la lista de cotejo que se realizó directamente en cada uno de los consultorios, hemos podido constatar que a nivel operativo, no hay diferencias relevantes entre ambos grupos en la atención médica notándose - exclusivamente que dentro de todos los parámetros --

analizados el único estadísticamente significativo fué el de cortesía, más importante entre los egresados, lo que se contrapone a los resultados obtenidos directamente del paciente mediante las encuestas, donde porcentualmente podemos comprobar que hay preferencia -- hacia el MF no egresado, (sin importancia estadística), lo cual nos podríamos suponer se debe a muchas causas, entre las cuales podemos mencionar el consecuentismo hacia las peticiones de los pacientes.

Hemos podido observar que no obstante que el médico - egresado expresa lo que es capaz de hacer, no lo lleva a la práctica, limitándose únicamente a adaptarse al ecosistema en el que se desenvuelve, realizándose medicina episódica, curativa e individual, de acuerdo con los resultados obtenidos por la supervisión a nivel central en marzo de 1981.

Esto hace que nos detengamos a analizar más profundamente la problemática que nos está afectando. El médico especialista sale de la residencia preparado idealísticamente, con teorías que podrá llevar a cabo, quizás, en un año de campo, lo cual puede ser motivo de estudio para investigaciones posteriores.

¿Qué sucede cuando se integra nuevamente al sistema? Se encuentra con múltiples limitantes: la población no está preparada para recibir como especialista a éste médico, que trata de cambiar su "modus vivendi", por otro lado, dentro de la pirámide de valores dentro y fuera de la Institución, el prestigio del médico familiar es el menos relevante, y menos estimulado, más ahora en que la misma institución ha permitido que la especialidad de MF sea únicamente un pel daño, para llegar a obtener otra especialidad; todos estos aspectos en conjunto hacen que disminuya la motivación del egresado de la especialidad, hasta llegar a convertirse la mayoría de las veces en un tecnócrata más de la medicina.

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS

- 1.- En ésta unidad se exige la misma calidad de atención al Médico familiar no especialista que al especialista, por lo que sería interesante hacer un estudio en otra unidad con características diferentes.
- 2.- Hacer un estudio del cambio de actitud del Médico Familiar especialista al incorporarse al régimen ordinario.
- 3.- Realizar una investigación del Perfil Profesional en los Médicos del 2º y 3º nivel y comparar resultados.

B I B L I O G R A F I A

ESTA TESIS NO SE ENCUENTRA
DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Anuario de Actualización en Medicina IMSS Vol. VI Fascículo 17
1a. Parte Pag. 7-10.
- 2.- Walter O. Spitzer: Mérito Intelectual de la Medicina Familiar:
Rev. Fac. de Medicina Vol. XXII Año 22 # 12, 1979 Pags. 16-21.
- 3.- Varela Rueda.: La Especialización en Medicina Familiar en México
Boletín Médico del IMSS Vol. 14 Feb. 1972 pag. 205-208.
- 4.- Juan Rodríguez A.: El Médico Familiar como agente de cambio so-
cial y promotor de Salud: Anuario de actualización Médica IMSS
Vol. VI 2a. Parte 1974 pag. 7-11.
- 5.- Hugh C. Thompson, M.D., and Charles E. Osborne.: Medical Care
Vol. XIV No. 4 April 1976 pag. 294-304.
- 6.- D.O. Williams: Family Practice in Evolucion: The new England
Journal of Medicine: Vol. 298 No. 11 Pag. 592-601.
- 7.- Carlos Varela R.: La Enseñanza y la Práctica de la Medicina Fa-
miliar en algunos países: Boletín Médico del IMSS Vol. 15 1973
pag. 76-82.
- 8.- Panel: La Educación Médica en los diferentes niveles de atención
para la salud. Memorias SSA 1980.
- 9.- H. David Banta, M.D., M.P.H.T. and Robert Graham, M.D.: The Mount
Sinai Journal of Medicine Vol. 45 No. 5, September-October 1978
pag. 602-610.
- 10.- P.S. Bryne and Professor J.D.E. Knox: The General Practitioner in
Europe: Medical Education: Vol. 10; pag. 235-236.

- 11.- Mesa Redonda: La Investigación Científica de los programas del primer nivel de salud: Memorias Primera reunión Nacional Niveles de atención para la salud. 1980.
- 12.- John P. Geyman: Family Practice in evolution: The New England Journal of Medicine. Vol. 298 No. 11 March 1978 pag. 593-599.
- 13.- Deric. B. Hawkins: The General Practitioner and Especialist: Proc. Roy. Soc. Med. Vol. 68 Nov. 1975: Pag. 22-24
- 14.- Mesa Redonda: Funciones y Actividades de los niveles de salud: Memorias. Niveles de Atención para la Salud. Primera Reunión Nacional. SSA 1980.
- 15.- Professor Carol Buck: J. Fry M.D. and D.H. Irvine, M.D.: A Framework for Good Primary Medical care the Measurement and achivement of quality: Journai of the Royal College of General Practitioner: Vol. 24. 1974 pag. 599-604
- 16.- Subdirección Médica del IMSS: Jefatura de Servicio Médicos: Perfil Profesional del Médico Familiar. México 1981.
- 17.- Instituto Mexicano del Seguro Social:Delegación No. 2 del Valle de México H.G.2.A. # 29: Supervisión Efectuada a nivel central en Medicina Familiar. Marzo 1981