



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
SEDE
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 8.**

**Percepción del Programa Prevenimss en la Consulta Externa
por el Derechohabiente en el Primer nivel de Atención.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DR GUILLERMO HORTA CARRILLO.

MEXICO, DF. 2006



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.

Percepción del Programa Prevenimss en la Consulta Externa por el Derechohabiente en el Primer nivel de Atención.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR GUILLERMO HORTA CARRILLO.

AUTORIZACIONES:



DRA. BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DEL HGZ No.8 IMSS.



DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ.
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
CIRCUITO ESCOLAR S/N
CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO DF.
C.P. 04510.

Percepción del Programa Prevenimss en la Consulta Externa por el Derechohabiente en el Primer nivel de Atención.

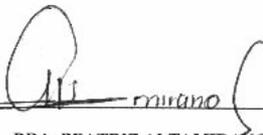
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR GUILLERMO HORTA CARRILLO.

AUTORIDADES DE LA CLINICA No. 8 DEL IMSS

DR. EDUARDO H IRATA MERREM.
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
DEL IMSS.



DRA. BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA.
JEFA DE ENSEÑANZA Y PROFESORA TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DEL HGZ No.8 IMSS.

INDICE GENERAL.

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION..... | 3 |
| MARCO TEORICO | |
| 1 ANTECEDENTES | |
| 1.1. La Medicina Social a Nivel | |
| Mundial..... | 4 |
| 1.1.2 Atención Primaria de la Salud..... | 7 |
| 1.1.3 Medicina Comunitaria..... | 10 |
| 1.1.4 Atención Primaria y Medicina Comunitaria..... | 11 |
| 1.2 Salud Pública..... | 13 |
| 1.3 Planteamiento del Problema..... | 19 |
| 1.4 Justificación..... | 20 |
| 1.5 Objetivo General..... | 21 |
| 2. MATERIAL Y METODOS..... | 22 |
| 2.1 Tipo de Estudio..... | 22 |
| 2.2 Diseño de Investigación del Estudio..... | 22 |
| 2.3 Población, Lugar Y Tiempo..... | 22 |
| 2.4 Variables del Estudio..... | 22 |
| 2.5 Muestra..... | 22 |
| 2.5.1 Determinación estadística de la Muestra..... | 22 |
| 2.6 Criterios..... | 23 |
| 2.7 Definición conceptual y Operativa de las | |
| Variables del estudio..... | 23 |
| 2.8 Escalas de Medición de Variables..... | 24 |
| 2.9 Hipótesis..... | 24 |
| 2.10 Método de Recolección de Datos..... | 24 |

| | |
|---|----|
| 2.11 Plan de Codificación de Datos..... | 24 |
| 2.12 Técnica para Controlar los Sesgos del Estudio..... | 24 |
| 2.13 Cronograma..... | 24 |
| 2.14 Recursos Humanos, Materiales, Físicos y Financiamiento del Proyecto..... | 25 |
| 2.15 Consideraciones Éticas del Estudio..... | 25 |
| 2.16 Análisis Estadístico..... | 27 |
| | |
| 3. RESULTADOS..... | 28 |
| 4. DISCUSIÓN..... | 41 |
| 5. CONCLUSIÓN..... | 45 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA..... | 49 |
| 7. ANEXOS..... | 51 |

INTRODUCCION.

En México se han implementado diversos modelos de atención médica, se han realizado encuestas acerca de la calidad de la atención, sobre la satisfacción del usuario, y a pesar de los avances en diferentes áreas, aun se está lejos de alcanzar las metas y objetivos de los programas diseñados por las diferentes instituciones y evitar en su mayoría enfermedades infecciosas más comunes, ante lo cual en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se implementa el Programa PrevenIMSS, como una estrategia de responsabilidad compartida en grupos de personas susceptibles y con mayor riesgo de presentar alguna complicación en su salud, pero la cuestión que queda, es saber lo siguiente: ¿Ha logrado sus metas y objetivos el programa PrevenIMSS?, ¿Cómo lo percibe la población usuaria del IMSS? ¿En donde se han observados los cambios?, A los cinco años de haber iniciado el Programa PrevenIMSS sus actividades, se ha evaluado?

SUMMARY.

In México the health politicals have been implemeted since many years ago, in diferentes ways, but these strategies had changed with the pass of the time

The target of these strategies is to avoid the illnes in the population, that's the why in the Instituto Mexicano del Seguro Social was disegned very importsnt, the which is directed to prevent and to diminishsuffering betwen people mexican,

The new political health is the PrevenIMSS, it was introduced in the hospital, and familiar clinicals for to give a better care medical, but after of all, the population is the affected or the most beneficiary, and for to know their perception about the PrevenIMSS, we shall to know : is it useful?, have been evaluated the PrevenIMSS?.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES.

1.1.1 La Medicina Social a Nivel Mundial.

El termino **Medicina Social (MS)**, tiene su origen en los países europeos, principalmente en Alemania, Francia y Bélgica. Han sido muchos los intentos que se han hecho por tratar de definirla, uno de los primeros en intentarlo fue Grotjanh, primer profesor de higiene social de la Universidad de Berlín, aportando al concepto el significado social que tiene la etiología, frecuencia, tratamiento y pronóstico de la enfermedad (1). Para algunos otros como Mc Kcown la medicina social tiene dos significados, uno amplio y defectuosamente definido, y otro más restringido y preciso.

En un amplio sentido, la medicina social es una expresión de la tradición humanitaria en medicina, y la gente frecuentemente ve en ella cualquier interpretación compatible con sus propios intereses y aspiraciones, y **puede ser identificada como la atención humanista a los pacientes, la prevención de las enfermedades y con la administración de los servicios de salud**, es decir, con casi cualquier especialidad del espectro médico y del campo de la salud y del bienestar.

Pero en un sentido restringido de la medicina social se refiere a un cuerpo de conocimientos y métodos propios de su disciplina, incluye a la epidemiología, al estudio de las necesidades de la población, y otros aspectos diversos de la medicina, no se enfoca exclusivamente a la medicina preventiva o a cualquier parte de la medicina general, tampoco pretende enseñar a través de la unión de las diferentes áreas clínicas. Es una disciplina clínica porque genera conocimientos y contribuye con ideas esenciales al pensamiento médico (2).

Algunos autores como San Martín (3) identifican a la medicina social no como una técnica o especialidad médica, sino como una actitud de la medicina que abarcando todos los aspectos de ella, coloca el mayor énfasis en el hombre y en las interdependencias del individuo como ser social con su grupo y su ambiente, y la manera como esta relación influye sobre la salud y la enfermedad.

Algunos más como Barquín(4) agregan que la medicina social es un nuevo medio para reconsiderar la enfermedad, reintroducirla en su terreno biológico, y reconstruir la integridad del hombre, que puede ser concebido con relación a un medio de vida, visto desde otro punto de la medicina institucional

Uno de los procesos más importantes para la aceptación de tal termino innegablemente es el político, por ejemplo en Inglaterra la expresión **Medicina Social** fue ampliamente utilizada en 1940, para posteriormente adoptar la de **Medicina Comunitaria**, con la ventaja para la política conservadora de los ingleses de que la palabra “comunitaria” implica mas una actividad de tipo local, que nacional, situación por la cual el termino “Salud publica” se ha ido desechando oficialmente de este país. De aquí también que los ingleses lo toman como sinónimos de medicina social y medicina comunitaria. (5)

*Se puede definir a la **Medicina Social (MS)** como el estudio de la forma en la cual la enfermedad puede depender de problemas sociales, causarlos o aumentarlos y de la manera como los esfuerzos médicos y de la sociedad pueden contribuir a su solución. (6)*

La Atención Primaria de la Salud (APS), se convirtió para la OMS en un concepto fundamental para mejorar la salud poblacional a raíz de *la Declaración de Alma Ata en 1978*, año en que se adopta la premisa “**de Salud Para Todos en el año 2000**”. (7,8)

El compromiso de lograr mejoras en el ámbito de la salud, sobre todo en la que atañe a las poblaciones más desfavorecidas, fue renovado por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA 51.7 de 1998, en la que los estados miembros firmaron su propósito de asegurar la disponibilidad de los elementos esenciales de la atención primaria de la salud definidos en la Declaración de Alma Ata y desarrollada en la política de salud para todos en el siglo XXI.

Desde la declaración de Alma Ata, la situación sanitaria al nivel de países subdesarrollados y desarrollados ha cambiado considerablemente, la epidemiología se ha modificado de forma importante en cuanto a la distribución de las enfermedades, así como los perfiles demográficos, y los niveles de exposición a riesgos importantes además del entorno socioeconómico. (7,8,9,10)

Así mismo han surgido tendencias hacia modelos de atención más integrados y con un pluralismo mayor en la financiación y organización de los sistemas de salud, sin embargo los gobiernos siguen redefiniendo sus funciones y responsabilidades en relación con la salud de la población sin tomar en cuenta los problemas reales de la comunidad, lo que entraña cambios en la organización y prestación de la atención de la salud, el contexto en que se enmarcan la elaboración y prestación de servicios y puesta en práctica las políticas sanitarias.

Los conceptos que se elaboraron en la **Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata en 1978**, con nuevas ideas, continúan influyendo en aspectos primordiales de las políticas internacionales de salud. Las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud hacen hincapié en la importancia de invertir en salud para fomentar el desarrollo económico, político y social de un país, subrayando la necesidad de avanzar por la senda de las Intervenciones Intersectoriales de Salud, y la acción comunitaria.(9,10,11)

Los objetivos del desarrollo poblacional internacionalmente acordados como los contenidos en la **Declaración del Milenio de las Naciones Unidas**, el **Programa 21 o El Plan de Ejecución** resultante de la **Cumbre Mundial** sobre el **Desarrollo Sostenible** en **Johannesburgo, en Sudáfrica en el 2002**, requieren del fortalecimiento de los países pobres.

En los últimos años se han elaborado tanto en el ámbito nacional como internacional nuevas políticas, estrategias, instrumentos y herramientas para financiar los programas de salud, hacer más redituable el costo-eficacia y evaluar la atención de la salud, en muchos casos, contribuyen al fortalecimiento de la atención primaria de la salud (APS).(11,12,13)

1.1.2 La Atención Primaria de la Salud.

La OMS efectuó un examen de la contribución gubernamental en el que se espera, aportar mejoras en la atención primaria para responder a los problemas de salud del siglo XXI, las conclusiones de ese estudio indican que dentro de los países existe, a todos niveles, una adhesión genuina a los principios de Atención Primaria a la Salud (APS) y asegurando su aplicación a través de las autoridades locales y nacionales competentes y con la aportación de los recursos oportunos. Numerosos países, sigue considerando la Atención Primaria de la Salud (APS) como piedra angular de la Política Sanitaria y cómo marco para la Prestación de Atención de Salud. Se esta revisando ese modelo para adaptarlo a una serie de diferentes factores sanitarios y sociales.(12,13)

En el **Informe Sobre Salud En El Mundo 2000**, se indica que los objetivos de un Sistema de Salud no sólo se limitan a las mejoras de la Salud y a las expectativas como respuesta a la población, además consisten en asegurar que el grado de satisfacción sea el mismo en todos los segmentos de la población y velar por la equidad de las contribuciones financieras,

En los países desarrollados y de ingreso medio en que la mayor parte de la población tiene acceso a los Servicios de Salud y a la Atención Primaria se centra en prestar los servicios adecuados en los niveles que corresponda.

En los países con ingresos bajos que siguen encarando dificultades importantes en la prestación de servicios y la atención a la comunidad es ahí donde, **la Atención Primaria de la Salud** se emplea como estrategia global tanto para alimentar los servicios como para mejorar el acceso a los mismos.

Una característica clave de cualquier modelo local de Atención Primaria de Salud que pretenda ser eficaz será la adaptabilidad a unas circunstancias en rápida evolución, la capacidad de respuesta ante necesidades determinadas a escala local y la disponibilidad de recurso sociales estables y suficientes.

En los últimos decenios, en la mayor parte de los países de América se ha abrazado la meta de la Salud Para Todos a través de la **Atención Primaria de la Salud (APS)**, la cual se introdujo en algunos países aún antes de la Declaración de Alma Ata en 1978, se han adoptado la forma de *Movimientos*, que han conducido a la promoción de importantes políticas sociales en toda la región, aunque interpretada y aplicada de manera diferente según las necesidades de cada país. (9;10,11,12,13,14)

La APS ha contribuido a mejorar el acceso a servicios esenciales como los relacionados con la inmunización, la salud materno-infantil, el abastecimiento de agua o el saneamiento básico. Así mismo ha contribuido a una mayor participación de la comunidad, participación social, la aparición de nuevos actores como el individuo y su familia a la integración de servicios suministrados por diferentes sectores, y a una mayor implantación a escalas comunitarias.

El antecedente más inmediato como marco social en América a la Conferencia De Alma Ata de 1978, se encuentra en **La 3ª. Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en Santiago de Chile en 1972**, en la que se concluyó que los servicios de salud no lograban hacer llegar sus beneficios a toda la población, en las décadas de los 60s, y 70s se caracterizaron por las medidas sanitarias, por los esfuerzos nacionales para ampliar el acceso a los Servicios de Salud, en el marco económico, se comenzaba a presentar el cambio de la población rural a una población urbana, en la región se encontraban democracias inestables, y el peligro de los golpes de estado hacían aun mas inestables la ayuda al igual que sus políticas, los servicios de salud tenían un aspecto centralista, se promovía el apego al fortalecimiento de **Unidades de Servicio** a través de la APS, y se concluyó que no se lograba hacer Llegar los beneficios a toda la población.(13,14,15)

Algunos de los cambios en la región en dicho periodo se podrían considerar como indicadores indirectos de la influencia en la salud poblacional, durante este tiempo se logro disminuir la tasa de mortalidad, y se aumento la tasa de sobre vivencia, con lo cual se mejoro la esperanza de vida al nacer en ambos sexos, y se incremento en promedio en 6 años: de 66 a 72 años de vida.

Al término de la conferencia se logro establecer una definición de APS:

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y cada una de las etapas del desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación

1.1.3 MEDICINA COMUNITARIA.

Desde hace algunos años apareció un creciente interés sobre las demandas sociales y psicológicas de los pacientes por lo que varias fundaciones internacionales han favorecido al estudio y desarrollo de este movimiento, entre ellas la Fundación Rockefeller.

Este movimiento se refiere al cuidado de la salud grupal más que a los individuos, surge la atención a un área definida geográficamente y la combinación de la atención clínica y de la intervención social, apoyada en la epidemiología clínica, que se va desarrollando como tal. España es uno de los pioneros en el modelo de atención grupal o comunitaria, el cual se basa en la salud pública y la administración sanitaria, el concepto como tal esta enraizado en el movimiento inglés del siglo XIX.

Debido a la constante evolución conceptual y de las condiciones de vida de la población, surgen nuevas herramientas para combatir los problemas de salud, pero más que ser nuevas herramientas, lo que cambia es el enfoque curativo a un enfoque preventivo en la mayoría de los casos, surgiendo de manera más reciente el de **Atención Primaria Orientada hacia la Comunidad (APOC).**(14,15,16,17)

Este nuevo enfoque nace a partir de Alma Ata, y se considera como la práctica de la Atención Primaria que combina la atención individual con la medicina comunitaria, en ella subyace la orientación conceptual y la estrategia metodológica, y cuenta con varios elementos:

Servicios de salud

Comunidad definida.

Uso específica de la epidemiología (referido a la comunidad y en relación con el proceso de planificación) un trabajo mediante la metodología de programas Participación comunitaria.

Atención clínica más intervención social.

La epidemiología clínica.

Los fundamentos conceptuales de la **APOC** son la evolución de la epidemiología, la orientación comunitaria de la **APS**, y la afirmación de que la **AP** puede ser la estrategia básica para hacer frente a las principales necesidades de salud de las comunidades, cuando se coordinan la atención individual y la medicina comunitaria.

Los fundamentos metodológicos se basan en el uso específico de la epidemiología, el trabajo mediante programas de salud orientados a las necesidades reales de la comunidad y la implicación de la misma en todo el proceso.

La **APOC** tiene 3 componentes esenciales;

Atención Primaria de la Salud.

Población objetivo identificada.

Proceso Sistemático de identificación y resolución de las prioridades en salud de la población objetivo.(13,14,15,16,17)

1.1.4 Atención Primaria y Medicina Comunitaria.

En algunos países se hace equivalente a la Medicina General con la Atención Médica Primaria; unos tienen una orientación pasiva, dedicada únicamente a las demandas individuales; otros no incluyen ningún tipo de evaluación de sus resultados en salud; para algunos es la atención sanitaria dada fuera del hospital; para otros es la vigilancia de poca complejidad, o se refiere al nivel de cuidados más próximos al hogar, o a los cuidados dados por quien no es profesional de la medicina.

En Inglaterra se considera sinónimo de los servicios del médico general, en Dinamarca incluye los servicios proporcionados por enfermeras y matronas.

Para algunos APS se refiere a la atención sencilla, marginal, en otros es hacer que el agente de primera línea, sea el médico, la enfermera, el educador sanitario, pero que el prestador del servicio sea sensible a las necesidades del cliente. (12,13,14,19,)

El prestigio cada vez mayor de los especialistas y la valoración de las habilidades técnicas por encima de los cuidados personales, convirtieron a la medicina general en una carrera impopular, que pasó por una fase de imperceptibilidad a la casi desaparición. Los médicos de cabecera quedaron relegados a una 2ª clase.

El tipo de atención especializada produjo los efectos indeseables: la fragmentación de la atención del individuo y la despersonalización, esto trajo consigo un auge de las especialidades posterior a la II. Guerra Mundial, y coincidiendo con el desarrollo de Servicios Nacionales de Salud, de manera especial en Inglaterra del General Practitioner.

Este concepto pasa a los Estados Unidos como Medicina de Familia, dando lugar a la The World Organization Of. National Colleges Academics and Academia Association Of. General Practitioners/Family Phisycians (**WONCA**).(12,13,15,17,19).

En este modelo de atención se considera a la AP como un sinónimo de atención dada por el Médico General o Médico de Familia, de aquí que se conciba a la Atención Primaria como Medicina de Familia.

La reacción contra la fragmentación y la despersonalización de la medicina, da origen a la reformación de la práctica general de familia así comenzó de forma simultánea en países de habla inglesa como: Inglaterra, Canadá, Australia, y Estados Unidos, a partir de los años 60s,

Se han hecho definiciones del Médico de Atención Primaria, pero todas varían en relación con la definición de lo que cada país entiende como AP, y la falta de acuerdo sobre este concepto ha creado confusión sobre la identificación de los especialistas que aplican su disciplina académica en este nivel de atención. En este rubro se ha tratado de hacer un enunciado que pueda englobar tal enfoque y plasmarlo en una definición, la cual después de tomar en cuenta diversos planes y maneras de entender este problema se definió de esta manera: (13,14,15,16,19)

Médico de Atención Primaria es aquel que proporciona la mayoría de la atención sanitaria, o el médico que atiende los problemas comunes, o aquel a quien el paciente ve con mas frecuencia, o el que la gente reconoce como su médico personal, y podría identificarlo por su nombre, o por ser el que mas tiempo dedica a actividades de atención primaria, al que se acude para que trate los resfriados, y aquel que da preferencia a tareas de prevención y promoción de la salud.

De aquí se desprende que el médico familiar pueda resolver el 80 % de los problemas de salud atendidos en el primer nivel de atención y derivar el 10% a otros profesionales de la salud, lo que significa que da respuesta a necesidades sociales, de atención y de forma directa con accesibilidad total a los servicios de salud, permitiendo que la asistencia sanitaria sea económicamente soportable por el sistema.

1.2 Salud Pública.

La principal atención de la salud publica es la población humana que se fundamenta en la prevención de la enfermedad, diagnostico y tratamiento, y restauración de la capacidad de trabajo del individuo después de la enfermedad. (7) El poder llegar a una definición mundial de salud pública resulta muy difícil tanto por los constantes cambios en la historia de la humanidad y de la medicina, cómo los progresos que resultan en materia, por la multi disciplinariedad del área y a su reciente incorporación como disciplina, si bien este último es aún muy discutido en el mundo de la medicina.

Fajardo le da 3 concepciones principales:

- 1 Estado de salud de una colectividad. Se refiere al nivel de salud que se puede observar en una población determinada.
- 2 Gestión administrativa mediante la cual se trata de mejorar la salud, las acciones organizadas de carácter colectivo que el estado, a través de los diversos ministerios o secretarías de salud pone en contacto y práctica para la atención de la salud colectiva, es decir, la suma de los esfuerzos sociales organizados para preservar y mejorar la salud poblacional.

- 3 Grupo de conocimientos para mejorar la salud de las colectividades humanas, es considerado como una disciplina que parte de conocimientos científicos y técnicos para la conservación, restauración y mejoramiento de la salud colectiva. (8)

De manera común a nivel mundial se ha venido aceptando la definición de Winslow, la cual expresa que: *La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia, tanto física como mental, mediante los esfuerzos sociales organizados para el saneamiento del ambiente, el control de las infecciones en la comunidad, la educación de los individuos acerca de la higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y preventivo de la enfermedad, el desarrollo de un mecanismo social que permita asegurar a los individuos el disfrutar de un buen estado de salud.* (6)

Debido a la creciente necesidad de brindar una atención integral más eficaz, eficiente, rápida y de calidad en el primer nivel de atención del país, se implementó en el año del 2001 en el **Instituto Mexicano del Seguro Social** una estrategia dirigida hacia los grupos étnicos que componen nuestra sociedad, dividiéndolos por grupos de acuerdo a criterios biológicos, epidemiológicos y operativos, hay que mencionar que este programa implicó conjuntar 39 programas específicos de Salud Pública, todos ellos justificados, que se hacían de difícil tarea en los equipos de tarea y trabajo, sobre todo en las unidades de **Medicina Familiar**.

Los Programas Integrados de Salud (PrevenIMSS) son una estrategia de prestación de servicios, que tienen como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, detección y prevención de enfermedades, y la salud reproductiva, ordenándolas por grupos de edad, para tal fin la Dirección de Prestaciones Médicas estableció cinco programas integrados, los cuales quedaron conformados así:

- a) Salud del niño (menores de 10 años).
- b) Salud del adolescente (10 a 19 años).
- c) Salud de la Mujer (20 a 59 años).
- d) Salud del Hombre (20 a 59 años).
- e) Salud del Adulto Mayor (mayores de 59 años)

Se trata de cambiar el enfoque curativo que actualmente se tiene en el sistema de salud a nivel nacional, hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos partiendo de grupos de poblaciones bien definidos con el propósito de elevar el impacto mediante acciones simultaneas y coordinadas, y de esta manera esperando mejorar la atención integral a la salud. (9,10,11,12,13)

La conformación de estos grupos etareos obedeció a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa, tal como se señala en las Guías Técnicas de cada programa.

Es conveniente señalar que además de estos 5 programas Integrados de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) lleva a cabo otros programas de carácter preventivo que son relativos a Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (dengüe y paludismo), Urgencias Epidemiológicas,

Apoyo en Desastres y Seguridad e Higiene en el Trabajo, de enorme importancia sanitaria pero que por su naturaleza no se incluyen dentro de esta estrategia. Así mismo, es necesario destacar que el Programa de Fomento de la Salud que el Instituto lleva a cabo en beneficio de sus propias trabajadoras, incorporara plenamente los programas relativos a la salud del adolescente, de la mujer, del hombre y del adulto mayor. (18,19,20,21).

Las razones que justifican la adopción de la estrategia de Programas Integrados obedecen a necesidades de naturaleza muy diversa, siendo las principales:

- **Cambiar el enfoque de los programas.** Orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos de poblaciones bien definidos, con el fin de elevar su impacto mediante acciones simultáneas y coordinadas.
- **Ordenar y agrupar.** Los numerosos programas de salud pública y de salud reproductiva, con el fin de facilitar las tareas de los trabajadores responsables de su ejecución. Al termina de la década pasada se desarrollaban 39 programas específicos justificados todos ellos, pero que hacían complicado el trabajo de los equipos de salud, sobre todo el de los ubicados en las unidades de medicina familiar, mediante la estrategia de Programas Integrados se reagruparon en cinco.
- **Integrar y coordinar las acciones.** Relacionadas con los programas antes señalados, actualmente fragmentados en múltiples servicios, consulta externa, medicina preventiva, fomento a la salud, trabajo social, nutrición y dietética, atención materna infantil, planificación familiar y estomatología preventiva.
- **Ordenar, simplificar y agilizar.** La prestación de los servicios en las Unidades de Medicina Familiar-
- Avanzar en el propósito de proporcionar **atención integral de la salud**, como estrategia para la provisión simultánea y coordinada de acciones preventivas y curativas.
- Contribuir a la recuperación del propósito original de la medicina familiar: **La atención integral de la salud.**

Los Programas Integrados de Salud se basan tanto en experiencias nacionales e internacionales; en propuestas del Programa de Trabajo de la Dirección de Prestaciones Médicas, las más relevantes para esta síntesis ejecutiva son las siguientes:

- 1993 Atención Integrada de la Salud del Niño, Tlaxcala. Héctor Guiscafré. IMSS-SSA.
- 1995 Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI. OMS-UNICEF.
- 1995 Programa Institucional de Atención Integral al Menor de Cinco Años (PAIM. Dirección de prestaciones Médicas, IMSS.
- 1995 Programa de Atención de la Salud Del Niño. CONAVA - SSA.
- 1999 Lineamientos para la Atención Médica Integral para Grupos Etareos. Coordinación de Atención Médica, IMSS.
- 2000 Claeson M, Walkman R. The evolution of child health programmes in developing countries: from targeting diseases to targeting people. Bulletin of the World Health Organization; 78 (10): 1234-1245. 2000.
- 2001 Programa de Trabajo 2001-2006. Coordinación de Salud Comunitaria. IMSS.
- 2001 Programa de Trabajo 2001-2006. Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS.

Desde que se inicio el programa, su principal finalidad es él de mejorar la calidad de la atención en las unidades de medicina familiar con que cuenta el IMSS, en toda la república mexicana, y para llevar a cabo esta tarea se han fijado cuatro objetivos específicos para esta tarea y son:

- **Otorgar** a cada derechohabiente un conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de la salud.
- **Mejorar** la satisfacción de los derechohabientes y estimular su participación corresponsable en él cuidado de su salud.
- **Facilitar** las tareas de los equipos de salud y mejorar la utilización de los recursos.
- **Elevar** la cobertura y el impacto de los programas de salud.

Este programa de salud en el IMSS inicio formalmente en el mes de Agosto del 2002, se implemento también la entrega de cartillas y de guías de uso, de acuerdo al grupo etáreo que corresponde, en estas se trata de dar a conocer al derecho habiente que es lo que se debe hacer para cuidar la salud. Además se compromete a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, y de todo el equipo de salud que trabaja en atención primaria de informar de manera clara, con sencillez y sistemáticamente al derecho habiente para el cuidado y fomento de su salud. (14,15,16,18).

Hasta este momento se han entregado 17 millones de Cartillas a los derechohabientes del IMSS, pero se cuenta con una población de 42 millones de derechohabientes, la intención es muy clara hacer hincapié *en la prevención*.

Otra de las finalidades del programa es el cuidado de los recursos materiales, técnico y humanos con que cuenta el Instituto, tratando de disminuir la afluencia de consultas dando un enfoque preventivo, se pretendía que para el año 2005 se tuviera a toda la población derechohabiente incorporada al uso de las Cartillas y de las Guías, así como monitorear el registro de las acciones para comprobar el uso de las primeras, la tarea en estos 3 años fue la de consolidar el sistema de información tienen estadísticas que reflejan un uso de los servicios ambulatorios del instituto del 52.3% en las unidades de Medicina Familiar. De esta manera se busca abatir costos, tiempos y utilización innecesaria de servicios y de materiales del Instituto, que muchas veces son usados con otros fines. Actualmente este programa se encuentra coordinado por el **Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo**, quien es el coordinador de Salud Pública del IMSS, y bajo su responsabilidad están los servicios integrados de Salud, mejor conocidos como *PrevenIMSS*.(13,18,19)

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La intención de cualquier programa o la implementación de cualquier nuevo modelo de atención para el mejoramiento de los servicios de salud siempre conlleva duda sobre su utilidad real en la población, su impacto en determinado tiempo y el cumplimiento de las necesidades de cada paciente que acude a los servicios de salud, no hay datos escritos o publicados que permitan conocer el beneficio, el impacto y el grado de resolución de los problemas detectados en el primer nivel de atención en los 3 años que tiene de implementado el programa PrevenIMSS en la UMF No. El 8, por lo que surge la pregunta:

¿Cuál es la percepción del derechohabiente del programa PrevenIMSS?

1.4 JUSTIFICACIÓN.

Los reportes a nivel internacional han demostrado que la efectividad de los modelos prestadores de servicios a la población para satisfacer sus demandas de atención médica se ven afectadas por los cambios políticos, sociales, y económicos del país. Después de un periodo de tiempo de haberse propuesto Salud para todos en los años 2000 por la OMS, se hizo un balance de los objetivos señalados en el documento emitido en 1978 en Kazajstán, y no se llegó a lo propuesto como meta en ese tiempo para el mundo. Durante la revisión bibliográfica no se encontraron datos escritos que apoyen resultados a lo largo de este periodo de tiempo de más de 25 años...

México no está exento de este fenómeno social, político y económico a nivel mundial y el Sistema de Salud se ha ido modificada poco a poco de acuerdo a las estrategias y recomendaciones que emite la Organización Mundial de Salud (OMS).

Las instituciones de Seguridad Social en México, como el IMSS, definen nuevas estrategias para cubrir las necesidades de atención médica poblacional, considerando importante hacer un balance de los resultados obtenidos por el programa de PrevenIMSS.

1.5. - OBJETIVO GENERAL.

El objetivo del estudio es identificar la percepción del Derechohabiente del programa **PREVENIMSS**

Objetivos específicos:

1. Percepción del usuario del Programa PrevenIMSS.
2. Conocer la frecuencia de atención médica de acuerdo al sexo.
3. Conocer el grado de resolución del problema por el que se acude al servicio.
4. Conocer en que aspectos ha mejorado la atención médica.
5. Conocer la causa más frecuente de consulta médica.
6. Conocer el nivel de escolaridad de las personas que acuden al servicio de la institución.
7. Conocer si se prefieren los servicios institucionales sobre otros servicios públicos ó particulares.
8. Conocer el grado de escolaridad de los usuarios que acuden al servicio.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de estudio

Es un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal

2.2 Diseño de investigación del estudio.

Es un esquema general de la investigación en el cual se representan las etapas más importantes del estudio para comprender de manera simple, todas sus etapas o las partes más importantes

2.3 Población lugar y tiempo

Se aplicara una encuesta diseñada por el investigador para identificar el beneficio que percibe el derechohabiente a través del programa PrevenImss en la CE de la clínica No. 8 del IMSS, durante el periodo agosto 2005-febrero 2006.

2.4 Variables del estudio

PrevenIMSS como variable independiente y el derechohabiente como dependiente.

2.5 Muestra

Será una muestra no aleatoria, representativa de la clínica y el tamaño tendrá un nivel de confianza de 95%, con error de 5% y una p de .9

2.5.1- DETERMINACION ESTADISTICA DE LA MUESTRA.

$N = 80,000$, $n = 100$.

$$N_0 = \frac{z^2 pq}{E^2}$$

n = tamaño de la muestra.

Z = nivel de confianza.

E = error.

P = probabilidad.

2.6. - CRITERIOS

Inclusión

- todas las personas derechohabientes del instituto, que deseen contestar el cuestionario de manera voluntaria,
- ambos sexos
- mayores de 18 años y menores de 75 años,
- que acudan al servicio de la consulta externa del hospital, durante el tiempo del estudio y que pueda contestar de manera propia el cuestionario
- que no padezcan alguna enfermedad incapacitante que les impida tomar decisiones

Eliminación

- aquellas personas que no sean derechohabientes del instituto,
- sean menores de 18 años, mayores de 75 años,
- Padezcan alguna enfermedad incapacitante, o no quieran contestar el cuestionario.

De exclusión

- Personas que no deseen contestar el cuestionario.
- Personas que hayan cotejado las respuesta ó hecho sugerencias en otras personas, ó falseen la información.
- Personas que dejen los cuestionarios incompletos

2.7. - Definición Conceptual y Operativa de las Variables.

Se tomaran en cuenta la variable dependiente e independiente de la siguiente manera:

VI (causa, variable independiente): El Programa Prevenimss.

VD (efecto, variable dependiente): derechohabiente.

2.8. - ESCALAS DE MEDICION DE LAS VARIABLES.

Nominal, discretas y continuas.

2.9. - HIPOTESIS.

Este tipo de estudio no requiere hipótesis.

2.10. - METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

Se realizara con el instrumento diseñado por el investigador y sus asesores para obtener la base de datos del estudio.

2.11. - PLAN DE CODIFICACION DE LOS DATOS.

Se refiere a la asignación de códigos alfanuméricos para el almacenamiento de los datos.

2.12. - TECNICA PARA CONTROLAR LOS SESGOS DEL ESTUDIO.

Se controlara eligiendo la prueba estadística adecuada a la variable y su escala de medición.
(18)

2.13. - CRONOGRAMA.

Se buscará su mayor difusión comenzando por la sesión hospitalaria, los foros correspondientes a la medicina familiar, congresos de medicina familiar, y por supuesto la tesis profesional, y su publicación.

2.14- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

El proyecto será autofinanciado por el investigador y consistirán en copias para las encuestas hojas de papel, lápiz, goma, computadora, clips, grapas, copias.

Los recursos humanos de este estudio serán los pacientes y el investigador, se utilizaran los recursos de la unidad como sillas, salas de espera

2.15. - CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO.

Declaración de Helsinki.

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos, adoptada por la 18ª. Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y recomendada por la 35ª, Asamblea Médica Mundial(Venecia 1938) y la 41ª. Asamblea Médica (Hong Kong 1989)

PRINCIPIOS BÁSICOS.

La investigación biomédica en seres humanos debe contar con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos bien realizados así como conocimiento profundo de la literatura pertinente.

El diseño y la ejecución experimental en seres humanos deberá formularse en un protocolo de investigación que se remitirá para consideraciones, comentarios y asesoramiento de un comité independiente del investigador con la condición de dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país en el que se lleve a cabo la investigación.

La investigación se realizará por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente.

La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia de su objetivo este en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación. La investigación debe proceder una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él ó para otros, debe respetar el derecho a la integridad e intimidad del individuo.

Los médicos no realizarán investigación cuando los riesgos sean mayores que los beneficios. Al publicar los resultados inherentes a la investigación se tiene la obligación de respetar su exactitud.

Cualquier investigación deberá otorgar información adecuada a cada persona participante en cuanto a los objetivos, métodos, posible beneficio, riesgos, previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. Las personas deben ser informadas de que tienen la libertad para no participar en el experimento y para anular en cualquier momento su consentimiento voluntario por escrito.

El consentimiento informado deberá darlo el padre o tutor legal en caso de la incapacidad jurídica, física ó mental, ó cuando el individuo sea menor de edad.

El protocolo de investigación siempre mencionara las consideraciones éticas según el caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta declaración.

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN.

BASES LEGALES.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4º., Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Abril de 1990.

La Ley General de Salud, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1987: en su artículo 2º., Fracción VII, 68 fracción IV, 96 fracción I a VII, 97, 98, 99 y 100, fracciones VI: 174 Fracción I: 186 y 189 Fracción I: 238, 321 y 324.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1987.

De acuerdo con el que crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Octubre de 1983.

El Manual de Organización de la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social fechado en Junio de 1991

El Manual de Organización de la Jefatura de Servicios de Investigación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social de fecha de Junio de 1991.

El Acuerdo número 27991 (19-IV-1991) del Honorable Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social que establece la creación de la jefatura de Servicios de Investigación de la Subdirección General Médica del IMSS.

DIFUSIÓN QUE SE DARA A LOS RESULTADOS.

Una vez presentada la tesis para obtener el diploma de especialista, los resultados se difundirán en el Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar No. 8 San Ángel, ya sea en jornadas médicas o en sesión general; así como se intentará publicar en la Revista del IMSS, y también al concurso de tesis realizada por el mismo instituto; y en la Gaceta UNAM.

2.16. - ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION QUE SE OBTENDRA

Se diseñó una base de datos en el programa SPSS V13, donde se analizaron los datos obtenidos que tendrán una distribución no paramétrica. Se obtuvieron medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias y porcentajes. **(18)**

3.- RESULTADOS DEL ESTUDIO.

Posterior a la realización del cuestionario entre los usuarios se obtuvieron los siguientes datos, el análisis estadístico del cuestionario aplicado a los pacientes, y tomando en cuenta que se trata de realizar una evaluación desde el punto de vista del paciente, se explican las conclusiones con base en las preguntas realizadas

Tomando en cuenta el sexo de la persona, se obtuvo el siguiente resultado, tal como lo muestra la figura



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

Con base en su ocupación de los encuestados se aprecia que acuden al servicio médico, diferentes grupos laborales, ver figura



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

Al ser analizadas las diferentes edades de los pacientes que acuden al servicio, así como su grado de escolaridad, se obtuvieron los siguientes resultados, ver figura:

| | Edad del paciente | Escolaridad del paciente |
|---------------------|-------------------|--------------------------|
| Media | 43.91 | 13.71 |
| Mediana | 44.00 | 16.00 |
| Desviación estándar | 10.287 | 2.4 |
| Mínimo | 29 | 11 |
| Máximo | 72 | 26 |
| Total | 100 | 100 |

Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

1. - Sobre su conocimiento sobre el programa PrevenIMSS, los resultados fueron los siguientes, y se ven en el esquema 1



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

2.- Respecto a la causa o motivo de solicitar atención médica, se englobó de la siguiente manera, tomando en cuenta los servicios más solicitados, ver esquema 2



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

3.- En el cuestionamiento sobre la solución a su problema por el cual llegó a la consulta, los datos fueron, ver esquema 3.



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

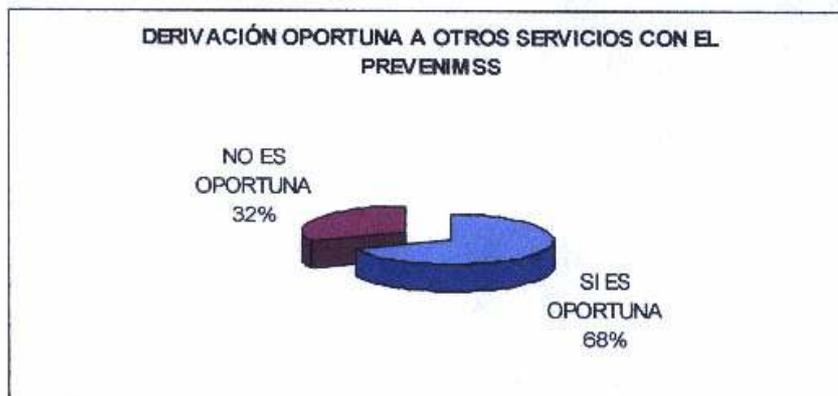
4. -Sobre la pregunta para conocer sobre si este programa ha mejorado su salud la respuesta fue la siguiente, ver esquema 4:



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

5. - En cuanto a la percepción sobre la agilización y derivación a otros servicios de la unidad desde la implementación del programa, se obtuvo lo siguiente, ver esquema 5:



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

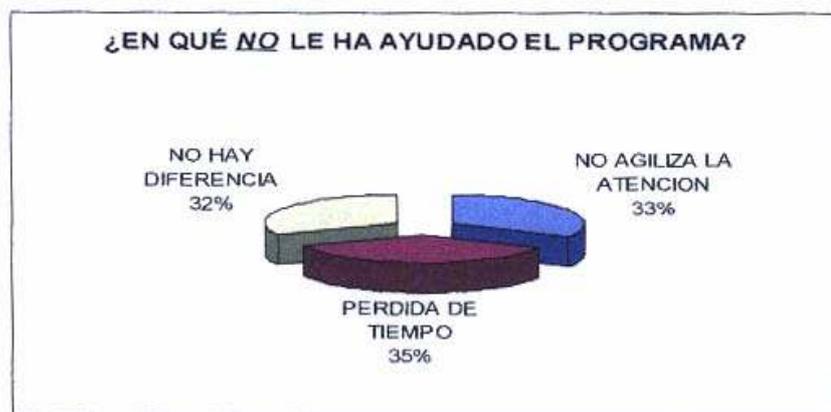
6. - Se trató de llevar a cabo un acercamiento sobre la percepción que se tiene en relación sobre su punto de vista en cuanto a la entrega y realización de resultados, ver esquema 6:



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

7. - En cuanto a los aspectos en los cuales el programa NO les ha beneficiado, se agrupó sobre la base de 3 aspectos y las respuestas fueron, ver figura 7:



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

8 - También se les preguntó sobre el conocimiento que tiene sobre citas, pláticas o algunos otros servicios y los datos obtenidos fueron los siguientes, ver esquema 8.



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

9 - Otra de las preguntas realizadas se relaciona en la mejoría de la atención recibida con este programa, y los datos obtenidos en las encuestas fueron, ver esquema 9:



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

10. - Para poder conocer si los usuarios han sido atendidos en otras instituciones, se obtuvo el resultado siguiente, ver esquema 10:



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

11. - Respecto a las diferencias en relación al servicio institucional (IMSS) con el particular, las diferencias son las siguientes, ver grafica 11:



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

12. - También se cuestiona sobre si recomendarían los servicios de salud públicos, y las respuestas se muestran en la gráfica 12.



13. - También se pregunta acerca de porque recomendarían los servicios de salud públicos, y los puntos mencionados fueron los siguientes, ver gráfica 13.



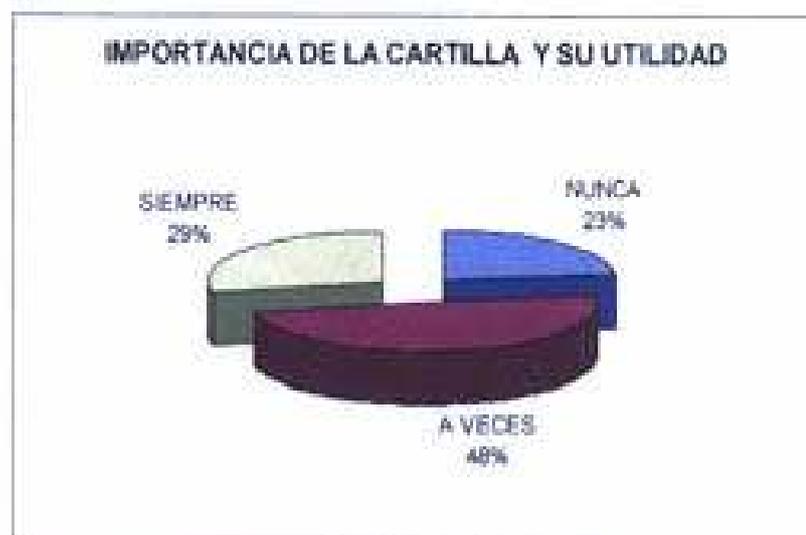
14. - También se investigó sobre su punto de vista con relación a que consideran más importante en los servicios de salud, lo cual se muestra en la grafica 14:



Fuente: encuesta aplicada

n= 100

15. - También se buscó la opinión del usuario con relación al manejo de la cartilla y su utilidad, que se ha publicitado en los medios de difusión y este es el resultado, ver la grafica 15:



Fuente: encuesta aplicada

n= 100

16. - Se realizó la pregunta sobre si consideraban los usuarios a este programa como una política federal y la respuesta registrada es la siguiente, ver grafica 16.



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

17. - Uno de los puntos a conocer era como se habían enterado los pacientes de la existencia del programa que está en el IMSS, y mencionaron los siguientes medios de información, ver grafica 17.



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

18. - También se trató de saber si los usuarios conocían desde cuando se había implementado el programa, ver grafica 18:



Fuente: encuestas aplicadas.

n= 100

19. - Un punto muy importante fue saber si los pacientes consideran que la atención que se brinda en el servicio es oportuna, y las variaciones de las respuestas son las siguientes, ver grafica 19.



Fuente: encuestas aplicadas.

n= 100

20. - Otra cuestión importante desde su implementación del programa ha sido el ir dando información a los usuarios en el IMSS, y se registraron los siguientes resultados, ver la grafica 20:



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

21. - Una de las sorpresas de este estudio fue que al recabar la información sobre la pregunta en la cual se trata de saber si los derechohabientes consideran útil el programa, la respuesta es la siguiente, ver grafica 21:



Fuente: encuestas aplicadas

n= 100

22.- Por último se cuestionó sobre la percepción en el aspecto de mejoría en su salud, con respecto al programa prevenims, lo cual inclina de manera mayoritaria en el siguiente resultado, ver gráfica 22:



Fuente: encuesta aplicada

n= 100

4. DISCUSION.

Al realizar la revisión bibliográfica, no se encontraron documentos, artículos, ó evidencia escrita en donde se evaluara al Programa PrevenIMSS, se encuentra establecido como estrategia para concientizar a la población en medidas preventivas y no curativas de la medicina, por lo que los resultados de este pequeño estudio no son comparables con los que se pudieran presentar de manera futura en evaluaciones de la calidad de la atención del programa Prevenimss. Los resultados obtenidos permiten realizar un debate acerca de lo que representa el Programa Prevenimss, para la institución y cómo es percibido desde el punto de vista del usuario, ya que la diversidad de las respuestas es tan variada, y en algunas ocasiones es paradójica. Por un lado existen programas preventivos dirigidos a una población con determinada patología, sin embargo se puede dar la atención a la población sin presentar alguna enfermedad, pero no acuden al servicio médico debido a que la cultura de prevención no se ha cultivado.

Con base en las respuestas obtenidas y plasmada en las gráficas anteriores, tomando la primer pregunta se obtuvo que el 79%progra de la población sí conoce el programa, contra un 21%, lo cual muestra que casi 8 de 10 usuarios conocen el programa de la institución

Cuando se cuestionó sobre las causa de atención médica se encontró que el 49% acude por enfermedad, por medicamentos el 29%, se deriva a especialista el 18%, y un 10% acude al servicio por incapacidad, lo cual nos muestra que aún se continua con el enfoque curativo y no preventivo en la población, que es lo deseado. Los pacientes consideran muy importante su salud, por lo que acuden por su dosificación de medicamentos, chequeos, etc. o su derivación a otras unidades.

En cuanto a la solución a el problema por el que llegaron a la consulta, el 84% mencionó que si se solucionó su problema por el personal que trabaja en la institución, lo cual se puede inferir ya que de manera verbal no todas las personas acudieron por algún problema médico.

Al ser cuestionados sobre su percepción en la mejora de su salud, sólo el 56% de los encuestados mencionó que si tenían una mejoría en su salud, lo cual para el esfuerzo realizado aún es muy bajo.

En la agilización y derivación a otros servicios, el 68% menciona que su derivación es oportuna, así como su manejo en otros servicios, lo cual nos indica de que la acción en conjunto de otras áreas de los servicios se esta dando aunque de manera lenta, pero es efectiva..

Se trató de saber acerca de la percepción de los paciente sobre la agilización de los servicios de laboratorio, a lo cual el 60% de los usuarios considera que no se entregan de manera oportuna para la integración de su expediente médico, y su atención integral incluso aún el mismo día de su consulta en los servicios médicos.

Otro punto de mencionar es que la población usuaria percibe que no hay diferencias en la atención médica, lo cual es considerado de esta manera por el 32%, el 35% considera que se pierde tiempo en la espera de la atención, y no se agilizan los servicios para el 33% de los encuestados.

Es llamativo que la población de la unidad sabe a que citas, servicios o platicas tiene derecho, lo cual muestra que se ha informado a la población acerca de los servicios alternos con los que cuenta el programa en el instituto.

Se preguntó también si se percibía una mejoría en la atención médica con el programa PrevenIMSS, y aquí la respuesta de la población usuaria es que para el 50% la atención es igual que antes del programa, contra el 41% el cual considera que la atención ha mejorado, pero el 9% considera que la atención ha decaído tanto que la consideran peor, es decir 6 de 10 pacientes perciben que la atención es igual que antes.,

Acerca de la pregunta sobre si se habían recibido atención médica en otra institución de salud, pública o privada el 61% mencionó que si la recibió, y el 39 refirió que solo cuenta con el servicio que se brinda en la institución, o no cuenta con recursos suficientes para pagar atención particular.

A la pregunta sobre las diferencias encontradas entre el servicio institucional con el programa PrevenIMSS y los particulares, la respuesta fue que el 42% de los usuarios considera mas importante la resolución, la rapidez con el 33%, dejando en ultima instancia el costo con el 20%, y la calidad con el 5%, ante lo cual se infiere que es muy importante la resolución del problema por el que se llega a la consulta.

Se cuestionó a los usuarios sobre su opinión acerca de recomendar los servicios de salud institucionales con el PrevenIMSS, siendo un 60% de la población que sí recomienda los servicios médicos institucionales.

Se pregunto la razón de este hecho y la población ubicando sus respuestas consideró que se cuenta con el instrumental adecuado en el 38% de los casos, por que el servicio es gratuito en el 34% , y por la calidez del servicio en el 28% de los casos.

También era necesario saber que consideraban importante en los servicios de salud en cuanto a su integración, y las respuestas ubican a la calidad con el 56% en importancia, agil en tiempo con el 24%, calidez de quienes brindan el servicio con el 16%, dejando el costo en ultimo lugar.

También se pregunto si consideraban al programa como otra estrategia gubernamental o moda política, y la respuesta fue que el 87% lo considera una política sexenal, e infiriendo ante las respuestas verbales, es una política la cual cambiara de nombre al terminar el presente gobierno.

Punto de referencia era saber como se habían enterado los usuarios acerca del programa, y el medio mas mencionado fue el radio, seguido por la televisión, y se explica por el tiempo de traslado que llega a ser de hasta 3 hrs., de su hogar a su lugar de trabajo, y muestra que no se toma mucho en cuenta lo que se realiza en los hospitales.

Se preguntó a los usuarios acerca de si sabían desde cuando se implemento el programa que va dirigido a preservar su salud, y la respuesta de la población fue que el 79% de la población desconoce desde cuando se empezó a utilizar el PrevenIMSS, lo cual nos puede indicar que la población no se interesa de manera importante en saber desde cuando existe este programa dirigido a mantener su salud a nivel nacional.

También se pregunto a los usuarios sobre información que se les haya podido dar de manera posterior, o ampliar la que ya se tenía, y la población refirió que en el 86% de los casos ya no se había realizado alguna otra sesión informativa, lo cual si se busca un reforzamiento sobre el cuidado de la salud en la población, falta reforzar, reinformar y proporcionar nueva información, ya que se corre el riesgo que el programa caiga en el olvido del paciente por no tener información actualizada.

Al cuestionamiento sobre la consideración de la utilidad del programa para el paciente, el 68% de los usuarios encuestados no lo consideran útil, esto pudiera indicar un desinterés por parte de la población, por falta de involucramiento en los programas de salud, y su consideración a los programas y estrategias que se implementan con enfoques de salud diferentes y que implican responsabilidad del usuario.

Un punto muy a favor del programa PrevenIMSS es que la población considera y percibe una mejoría por las campañas de vacunación entre los adultos y los niños, punto de prevención para el cual fue creado, ya que las personas al acudir a su consulta preguntan sobre nuevas vacunas y su posible aplicación, lo cual muestra que ha encontrado en la población aceptación este punto que se ha reforzado con el PrevenIMSS.

Llama la atención que las personas consideraron al programa como un implemento sexenal, el cual al llegar otro gobierno cambiara de nombre, como se ha hecho con otros programas sociales como el de **Progresá por Oportunidades**, y que en anteriores gobiernos se le denominó **Solidaridad**.

5.-CONCLUSIONES.

Dentro de las cosas positivas que aporta el programa, en el tiempo que tiene implementado, es el hacer énfasis en la aplicación y mayor cobertura de los cuadros de vacunas, ante lo cual una parte de la población esta atenta, y participando más activamente, son las personas adultas ó mayores de 65 años las que acuden a este servicio de la institución que con él programa ha retomado mas importancia.

La población que acude al servicio de la institución es tan variada, predominando aquella población con estudios de nivel de escolaridad con una media de 15.71 años de academia, siendo el menor de 11 años lo cual se pudiera corresponder con el nivel de bachillerato ó de una carrera técnica, y el mayor de 26 años con un nivel de especialidad, lo cual muestra la diversidad en el nivel de preparación, y lo cual muestra la diversidad del punto de vista, y su posible grado de entendimiento de las personas a las unidades medicas

Desgraciadamente cuando se implementan estrategias, ó se trata de agrupar de acuerdo a enfermedades, ó por grupos de riesgo, ó por cualquier característica susceptible de ser tomada en cuenta, no se enumera la perspectiva del usuario, y cuando se le ha tomado su opinión sus respuestas no son muy esperanzadoras.

Por ejemplo si se observa en la II Encuesta Nacional de Salud de 1994, las personas que acudieron a consulta consideraron el servicio como deficiente, impersonal, deteriorado, y no regresarían a atenderse en el mismo lugar.

Esto se desprende de algunos resultados que se han publicado y que reportan lo siguiente con respecto a los servicios de salud, el 81.2% menciona que la atención recibida es buena, y el 18.8% mala.

Al preguntárseles sobre como entienden o definen una atención adecuada mencionan 2 rubros, buen trato personal, y mejoría de la salud, y al definir la mala atención mencionan los siguientes aspectos el largo tiempo de espera con 23.7%, y deficiencia en las acciones de revisión y de diagnóstico, después de estas cifras existe una en particular la cual es muy desalentadora y que es la siguiente; aquellas personas que tienen algún sistema de salud social perciben en la calidad de la atención un deterioro de 2.6 veces mayor que en los sistemas privados, esto representa que las personas que acuden a los servicios de seguridad social del país, acuden por tener en sus manos un comprobante de tiempo o una incapacidad la cual los deja respaldados ante diversas situaciones, más sin en cambio no satisface su demanda de servicio, razón por la cual acudieron de alguna manera a este tipo de atención médica.

Con base en lo anterior se ha hecho cada vez mas común el evaluar los programas de salud, a través del punto de vista del usuario con encuestas, sugerencias, y también se trata de evaluar el desempeño profesional y facilitar la evaluación a nivel institucional, de tal forma que estas cambios contribuyan a la mejoría en la calidad de la atención mediante el

establecimiento de estándares o indicadores de desempeño.

Se ha tratado de evaluar y de analizar la estructura desde sus bases conceptuales a partir de 3 dimensiones (estructura, proceso y resultado), pero este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados pueden ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.

Aunque en México se han llevado a cabo diversos estudios por diferentes investigadores para constatar la veracidad de los estándares de calidad, en investigaciones posteriores se concluyó que la calidad de la atención en el país muestra deficiencias como lo postularon Ruclas y Querol, mostraron una insuficiencia muy evidente en las instituciones del sector público, mayor que en las del medio privado, la cual fue una deficiencia en la dimensión técnica de la calidad, en estudios realizados por Donabedian de 1964 a 1984, quien utilizó criterios explícitos de calidad, se percataron de que a pesar de contar con mejoría en la atención, persistían las fallas.

En un estudio realizado en el Instituto de Perinatología por Ruclas y Reyes Zapata, quienes propusieron 5 elementos fundamentales para garantizar la calidad de la atención, no se ha logrado satisfacer las demandas de salud de la población en su totalidad. Lo anterior se aplicó a través de programas de garantía de calidad, preferentemente descentralizada y participativa, que permitieron sistematizar las acciones, identificar problemas oportunamente, analizarlos de manera objetiva, proponer soluciones factibles y dar seguimiento a las acciones propuestas, pero para ellos es requisito indispensable el uso de indicadores, sus estándares y un sistema de información adecuado.

De ahí que los indicadores sean susceptibles de ser observados y medidos, de tal manera que cumplan con los requisitos de validez, objetividad, sensibilidad y especificidad.

Desde la perspectiva de abordaje pueden ser de estructura, resultados, recursos, organización, actividades con los proveedores de salud y pacientes, además de los cambios y futuro de la salud del paciente.

Desde el punto de vista de evaluar el desempeño los indicadores se clasifican en 4 tipos:

1. De Eficacia; lo que se refieren a la relación existente entre cantidad de objetivos logrados y el número de objetivos planeados y planteados.
2. De Efectividad; es decir, la medida de las acciones realizadas que han logrado ver el problema.
3. De Eficiencia; es la relación que se da entre la eficacia y el uso de un método empleado para conseguir los objetivos.
4. De Calidad; son aquellos que expresan empeño a través de la relación entre 2 variables que intervienen en el proceso de la atención médica conforme a las normas y a los acontecimientos médicos vigentes, con apoyo en la utilización adecuada de la tecnología apropiada.

El PrevenIMSS no es la panacea de los problemas de atención en la prevención de enfermedades. La prevención no tiene el impacto esperado en una población que ya tiene el padecimiento, y aun cuando no lo tuviese, la cultura de prevención no esta arraigada en los pacientes y esto provoca que un programa de esta naturaleza no tenga el impacto que se espera.

6. - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA.

1. "Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de la Salud", 56ª. Asamblea Mundial de la Salud, A56/27, 24 de Abril del 2003.
2. Tejeda de Rivero, David A. "Alma Ata 25 años Después"
Revista Perspectivas de Salud, Revista de la Organización Panamericana de la Salud. 8(2), 2003 37-43
3. "Atención Primaria de la Salud a 25 años de la Declaración de Alma Ata". Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS .consultado, ventanas
4. Haulon, J. H. "Principios de la Administración Sanitaria". 3ª ED., México, La Prensa Medica Mexicana, 1973, pp. 14-23.
5. Mc Keown, T, Lowe, C. R. "introducción a la Medicina Social", 1ª ED., México, Siglo XXI, 1981, p. 9.
6. San Martín, H. "Salud y Enfermedad". 4ª. ED, México, La Prensa Medica Mexicana, 1981.
7. Barquín, C. M. "Medicina Social". 2ª. ED., México, Méndez Oteo, 1984, pp. 171.
8. Editorial "The Distintion between Public Health and Community, Social, Preventive Medicine". J. of Public Health Policy, 6(4) 1985, pp. 435-439.
9. Winslow, C. E. A. "The Untitled Fields of Public Health". Science, 51; 23-33, 1920 citado en Haulon, J. II.
10. Macedo de la C. "La Salud Publica y su Objeto de Estudio ", Socio medicina 3ª. ED., México, Méndez Oteo, 1992, pp. 16-17.

11. Fajardo, O. G. "Atención Médica. Teoría y Práctica Administrativa". 1ª. ED., México, Prensa Médica, 1983, pp. 16-17.
12. Turabian, J. "Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria": 1ª. ED, Ediciones Díaz de Santos S. A, España, pp. 1-37.
13. Pagina en Internet del seguro imss.gob.mx.
14. Martínez, R, A., Guzmán, B, B. "Evaluación de la calidad de la atención a la salud." Rev. Méd. IMSS 1998; 36 (6): 487-496.
15. Donahue, K, T. "Quality of health care in the United States: New Trends." Salud Pública Méx. 1993; 35: 288-290.
16. Ramírez Sánchez TJ, Najera Aguilar P. "Percepción de la calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los Usuarios." Salud Pública Méx. 1998; 40:3-12.
17. Compañ I, Portella F, Peiro S, "Análisis estructural del nuevo modelo de atención primaria en la comunidad Valenciana." Facultad de Medicina de Alicante e Institut Valencia d' Estudis en Salut Pública. 1996; Vol. 18, núm. 8
18. Gómez Clavelino, Irigoyen Coria, "Guía para el seminario de Investigaciones del PUEM". 1ª. ED. México, Edit. Medicina Familiar Mexicana, 1999, pp. 49-75.
19. Aguirre Gas H. "Evaluación de la atención. Médica. Expectativas de pacientes y trabajadores." Salud Pública Méx. 1990;32(2):170-180.
- 20.- Ramírez T. "Calidad de la atención en el servicio de la consulta externa en una unidad de primer nivel de atención (tesis)". Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1995.
- 21.- Donabedian A. "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad". Salud Pública Méx. 1993;35(3);238-247.

ANEXO I. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

AGOSTO 2005 a
FEBRERO 2006.

Trimestres.

| ETAPA Y/O ACTIVIDAD. | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
|-----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Planeación Del Proyecto. | XX | XX | | | | | | | | | | |
| Marco Teórico. | | | XX | Xx | | | | | | | | |
| Material y Métodos. | | | | XX | XX | | | | | | | |
| Registro y autorización | | | | | | X | | | | | | |
| Prueba piloto. | | | | | | X | | | | | | |
| Ejecución del proyecto. | | | | | | XX | XX | XX | | | | |
| Recolección de datos. | | | | | | | | | XX | | | |
| Almacenamiento de datos. | | | | | | | | | XX | | | |
| Análisis de los datos. | | | | | | | | | | XX | | |
| Descripción de resultados. | | | | | | | | | | XX | XX | |
| Discusión de los resultados. | | | | | | | | | | | XX | |
| Conclusión de los resultados. | | | | | | | | | | | | XX |
| Integración y revisión. | | | | | | | | | | | | XX |
| Reporte final. | | | | | | | | | | | | XX |
| Autorizaciones. | | | | | | | | | | | | XX |
| Impresión final de la tesis. | | | | | | | | | | | | XX |
| Solicitud del examen de tesis. | | | | | | | | | | | | XX |

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA.

El presente cuestionario tiene como propósito, identificar la percepción sobre la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario en la consulta externa.

Doy por cierto que he sido informado de que se trata el presente cuestionario, y es mi libre deseo el participar de manera voluntario contestando, sin algún tipo de coacción, compromiso ó situación para falsear la información.

Edad _____.
Sexo _____.
Ocupación _____.
Escolaridad _____.

Fecha del cuestionario, _____

1. - ¿Conoce UD. lo que es el Programa Prevenimss?
a) Si lo conoce. b) No lo conoce.
- 2.- ¿Su principal motivo de consulta el día de hoy fue?.
a) Enfermedad. b) Medicamentos. c) Pase a Especialista d) Incapacidad.
3. - ¿En la consulta del día de hoy, se le resolvió su problema por el personal médico?
a) Si se resolvió. b) No lo conoce.
4. - ¿Considera que este programa a mejorado su salud?
a) Si ha mejorado. b) No ha mejorado.
5. - ¿Desde que UD., utiliza este programa se ha agilizado o mejorado el tiempo en que se le deriva a otra especialidad, o se le entregan resultados de laboratorio?
a) Si es ágil y oportuna. b) No es ágil y oportuna
6. - ¿Se le han realizado de manera mas rápida los estudios programados por su médico, ó se le han entregado con mayor rapidez?
a) Si es más rápido. b) No es más rápido.
7. - ¿En que NO le ha beneficiado el PrevenIMSS?
a) No hay diferencias. b) Perdida de tiempo. c) No agiliza la atención.
8. - ¿Sabe a que citas, platicas y/o servicios tiene derecho?
a) Si conoce los otros servicios. b) No conocen los otros servicios.
9. - ¿Considera que con este programa la atención médica que recibe es
a) Mejor. b) Igual. c) Peor.
10. - ¿UD. Ha recibido alguna atención médica particular?
a) Si ha recibido atención en otra institución. b) No ha recibido atención en otra institución.
11. - ¿Si ha recibido atención podría mencionar las diferencias entre ese servicio y el que se la ha brindado en esta consulta?
a) Costo. b) Resolución. c) Rapidez. d) calidad.

- 12.- ¿Recomendaría los servicios de seguridad social?
a) Si los recomendase. b) No los recomendaría.
- 13.- ¿Porqué los recomendaría?
a) Calidez del Servicio. b) Instrumentos Completos. c) Servicio Gratuito.
14. - ¿Cómo considera UD., en importancia, deben ser los servicios de salud?
a) costo. b) tiempo. c) calidad. d) calidez.
15. ¿le ha sido útil la nueva cartilla del PrevenIMSS?
a) a veces. b) nunca. c) siempre.
16. ¿Considera UD. Que este programa (PREVENIMSS), es una política estatal para mejorar la salud de la población?
a) Sí una política estatal. b) No es una política estatal.
17. ¿Cómo se entero UD. Del programa PrevenIMSS?
a) Radio b) TV. c) Hospital.
18. ¿Sabe UD. desde cuando se implemento este programa?
a) Sí sabe de su inicio b) No sabe de su inicio.
19. ¿Considera que la atención recibida en este programa es oportuna?
a) a veces b) nunca c) siempre d) no sé.
- 20.- ¿Ha recibido información más amplia acerca de este programa?
a) Sí b) No
- 21.- ¿Considera UD. útil este programa?
a) Si es útil. b) No es útil.
22. - ¿ En que aspectos de su salud le ha mejorado el programa PrevenIMSS?
a) Más Información. b) Vacunas. c) Mejor Atención Médica.