



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA

H.G.Z. 58

BENEFICIO DE LA CITA PREVIA EN EL ADULTO MAYOR

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:**

DRA. MARIA SOLEDAD MEJIA CONTRERAS.

ESTADO DE MÉXICO, SEPTIEMBRE DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

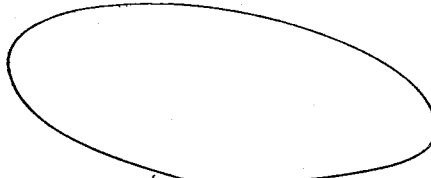
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

“BENEFICIO DE LA CITA PREVIA EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. MARIA SOLEDAD MEJIA CONTRERAS

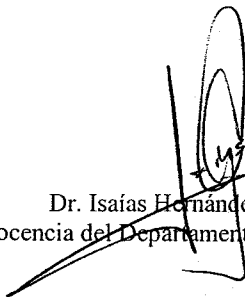
AUTORIZACIONES



~~Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega~~
~~Jefe del Departamento de Medicina Familiar UNAM~~



Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
Coordinador de Investigación del Departamento de Medicina Familiar UNAM



Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia del Departamento de Medicina Familiar UNAM

“BENEFICIO DE LA CITA PREVIA EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. MARIA SOLEDAD MEJIA CONTRERAS

AUTORIZACIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL

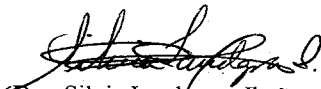


Dra. Ma. del Carmen Carrasco Becerril
Titular del Curso de Especialidad Semipresencial de
Medicina Familiar para Médicos Generales del HGZ 58. con UMF



Dr. Francisco David Trujillo Galván
Médico Internista
Jefe de Enseñanza del HGZ 58 con UMF

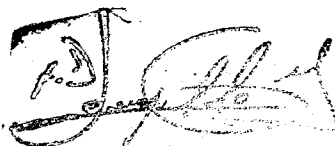
ASESORES:



Dra. Silvia Landgrave Ibañez
Jefe de la Biblioteca del Departamento
Medicina Familiar
U.N.A.M.



Dra. Ma. del Carmen Carrasco Becerril
Titular del Curso de Especialidad
Semipresencial de Medicina Familiar
Para Medicos Generales de la H.G.Z58 con U.M.F.58



Dr. Francisco David Trujillo Galván
Médico Internista
Jefe de Enseñanza del HGZ 58 con UMF

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Adulto mayor	6
1.2.1 Teorías sobre el envejecimiento	6
1.2.2 Edades de interés geriátrico	8
1.2.3 Envejecimiento del organismo	9
1.2.4 Consecuencias psicológicas y socioeconómicas	10
1.2.5 Aumento de la población anciana	11
1.2.6 Consecuencias medicas	11
1.2.7 Epidemiología	13
1.3 Medico familiar	14
1.3.1 Misión del medico familiar	14
1.3.2 Visión del medico familiar	14
1.4 Planteamiento del problema	15
1.5 Justificación	15
1.6 Objetivo general	15
1.6.1 Objetivos específicos	16
2. MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1 Tipo de estudio	17
2.2 Diseño de investigación del estudio	17
2.3 Población, lugar y tiempo	18
2.4 Muestra	18
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	19
2.5.1 Criterios de inclusión	19
2.5.2 Criterios de exclusión	19
2.5.3 Criterios de eliminación	19
2.6 variables de estudio	19
2.7 Definición operativa de las variables	20
2.8 Diseño estadístico	21
2.9 Instrumento de recolección de datos	22
2.10 Métodos de recolección de datos	22
2.11 Plan de codificación	22
2.12 Diseño de la base de datos	23
2.13 Cronograma	24
2.14 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento	24
2.15 Consideraciones éticas	24
3. Resultados	25
4. Discusión	39
5. Conclusión	39
6. Referencias	41
7. Anexos	43

1. Marco Teórico

1.1 Antecedentes

En el año de 1972 se estableció el primer programa de Cita Previa en algunas unidades de Medicina Familiar. Durante 21 años no se tuvo registro o evidencia de cómo se desarrolló el programa, no hay datos escritos de cuantos pacientes hubo; debido a que la afiliación a la institución era inconstante lo que ocasionó un deficiente control de registro de derechohabientes.

Es hasta 1993, cuando la Subdirección General Médica, mediante la Jefatura de Servicios de Atención Médica, elaboró el programa denominado “Reorganización de Consulta Externa de Medicina Familiar a través de la Cita Previa”, como una opción para mejorar la oportunidad de la atención médica, indicando difundir y aplicar el programa en todas las unidades de Medicina Familiar que contaran con asistentes médicas, para que la población derechohabiente en la consulta externa de Medicina Familiar fuera oportuna beneficiándola de esa forma y generara satisfacción tanto a los usuarios como a los prestadores de servicios encargados de llevar a cabo dicho programa de Cita Previa².

En la actualidad uno de los grandes problemas de la atención médica en Medicina Familiar es el tiempo de espera prolongado. A nivel nacional transcurre un promedio de 120 minutos para que un paciente reciba la consulta de su médico familiar, situación que ocasiona molestias al derechohabiente y deteriora la imagen institucional. Al analizar el problema en cuestión se identifican varias causas, entre las que destacan las siguientes:

- solicitud de la consulta con horarios preestablecidos negándose la atención que se formula fuera de dicho horario.
- ausentismo del personal.
- falta de oportunidad en la elaboración de expedientes en pacientes de primera vez.

Lo anterior genera saturación en las salas de espera y mala relación médico-paciente y el equipo de salud.

Conscientes de que la población derechohabiente debe recibir atención médica oportuna en las Unidades de Medicina Familiar, la Subdirección General Médica y la Jefatura de

Servicios de Atención Médica consideraron prioritaria la reorganización de la consulta externa de Medicina Familiar lo que fundamenta el siguiente programa.

Programa de Cita Previa

El propósito era disminuir el tiempo de espera para contribuir a que la atención médica que se proporcionara a la población derechohabiente en la consulta externa de Medicina Familiar fuera oportuna y generara mayor satisfacción tanto a los usuarios como a los prestadores de los servicios.

Políticas

El programa se aplicaría en todas las unidades de Medicina Familiar ubicadas en el ámbito delegacional que contara con asistentes médicas.

El desarrollo del programa era responsabilidad del Jefe Delegacional de Servicios Médicos. Se propiciaría a la participación plena y entusiasta en el programa, tanto de los usuarios como de los prestadores de servicios.

Objetivo General.

Brindar tanto al médico familiar, como a la población derechohabiente la Cita Previa como opción para mejorar la atención médica en la consulta externa de Medicina Familiar.

Objetivos Específicos.

Reducir los tiempos de espera en la consulta externa de Medicina Familiar.

Contribuir a una mejor administración del tiempo del derechohabiente y del personal para la atención de la salud.

Mejorar la distribución de la consulta en la jornada de trabajo del médico familiar y del asistente médica.

Propiciar una mejoría substancial en las relaciones humanas entre los usuarios y los prestadores de los servicios.

Propiciar el desarrollo de un ambiente de trabajo agradable.

Disminuir la saturación de pacientes y familiares en las salas de espera.

En 1998 el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), aprobó el Plan Integral de Calidad para que se implementara a nivel nacional. En el mismo año en la

Reunión Nacional de Delegados se establecieron las cinco líneas del Programa, para mejorar la calidad de atención, son las siguientes:

1. Reducir los tiempos de espera para el otorgamiento de la consulta de Medicina Familiar.
2. Disminuir los tiempos de espera para el otorgamiento de citas de especialidades de primera vez.
3. Reducir los tiempos de espera en el servicio de urgencias.
4. Abatir los tiempos de espera en intervenciones quirúrgicas.
5. Dichos programas hacen énfasis en el beneficio que reditúa al derechohabiente que se encuentra en el Programa de Cita Previa.

El plan piloto denominado CITA PREVIA se inició en marzo de 1998, en la consulta de Medicina Familiar de la U.M.F. No. 231 en Metepec, Estado de México. El compromiso de que una vez desarrollado el proyecto y validados sus resultados, respecto al cumplimiento de sus objetivos, se pondría en operación en las otras 36 U.M.F. de la delegación³.

Se llevó a cabo el diagnóstico situacional de la UMF de Metepec Estado de México que inicia el plan piloto fue implementado encontrando como situación previa a la implantación encontrándose lo siguiente:

1. Insatisfacción del usuario y del prestador del servicio.
2. Saturación del servicio de urgencias.
3. Promedio de 67 minutos de espera para recibir consulta de Medicina familiar.
4. Insuficiente vinculación con los programas de atención a la salud.
5. Inadecuada referencia a segundo nivel.
6. Saturación de las salas de espera.
7. Incremento en los estudios auxiliares de diagnóstico.
8. Incremento de recetas expedidas.
9. Incremento de quejas.

Esto sirvió de referencia para organizar, desarrollar y determinar el plan de acción que permitiría conocer las demandas y saber las necesidades de los derechohabientes, así como del personal tanto administrativo como de salud, este plan aplicaría los siguientes puntos: Al definir con el equipo de proyecto el diagnóstico situacional se determina el plan de acción conformado de la siguiente manera:

- Integración de equipos de proyecto multidisciplinario, incluyendo usuarios.
- Capacitación y sensibilización a los integrantes de los equipos de proyecto.
- Asegurar que la demanda de la consulta se proporcionara mediante la Cita Previa en el 100% de los casos.
- Compromiso de los cuerpos directivos de las unidades de Medicina Familiar y de la estructura delegacional.
- Asignar médico de apoyo para atender en caso necesario a población espontánea en la primera etapa.
- Cubrir el ausentismo programado y no programado, del médico familiar y del asistente médica en todos los casos.
- Cuidar que los médicos no tuvieran una población adscrita mayor a 2400 usuarios.
- Dotar a las unidades de Medicina Familiar de los médicos y asistentes médicas adicionales, que se justificara cuando la redistribución de población por estar arriba del indicador nacional.
- Instalación de multilíneas y una extensión telefónica para cada asistente médica.
- Contar con la participación activa de la representación sindical.
- Elaborar material de difusión (volantes, críticos, etc.).
- Difundir el programa a través de los medios masivos de comunicación (radio, prensa, televisión).
- Se instalaría el programa proporcionando una cita cada cinco minutos y evaluando través del equipo de proyecto los ajustes a programa.

Existen tres formas de obtener atención médica en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS y son:

1 Cita Previa:

Se define Cita Previa cuando se realiza la cita con 12 horas de anticipación, ya sea por vía telefónica ó personalmente. Se programa ante la indicación del médico familiar, promoción

de la asistente médica o solicitud del derechohabiente. Se interpreta como una atención oportuna y mayor satisfacción del usuario, traduce el grado de eficacia de la organización de la consulta de Medicina Familiar.

2 Cita Concertada o cita del día:

Se define Cita del día o concertada cuando un derechohabiente espontáneo acuerda con la asistente médica, queda registrada en la hoja RAIS y recibirá la atención médica durante la jornada laboral. Es un elemento complementario de organización para brindar el servicio de consulta en Medicina Familiar coadyuva a la atención oportuna y mayor satisfacción del usuario.⁵

3 Sin cita o derechohabiente espontáneo:

Se define derechohabiente espontáneo sin cita, es aquella atención que no se programa, asistiendo el derechohabiente en forma espontánea para solicitar el otorgamiento de la consulta tanto de primera vez como subsecuente. Es la atención médica que se proporciona ante la necesidad sentir del paciente y coadyuva a la satisfacción del usuario. Se considera en la planeación de la consulta de Medicina Familiar.⁵

Tomando en cuenta el concepto de Continuidad de la Atención en Medicina Familiar que se refiere a la persistencia de las actividades que realiza el Médico Familiar con el apoyo del personal de salud, durante toda la vida del individuo desde la concepción hasta la muerte y del ciclo de vida familiar tanto en salud como en la enfermedad y en coordinación con los otros niveles de atención, según la norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en las unidades de Medicina Familiar, surge como una necesidad el Programa de Cita Previa para mejorar la Calidad de la Atención Médica, que es una estrategia siguiendo las Políticas de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social^{2,6}.

Para que se lleve a cabo la implementación de la Cita Previa se deberán considerar todas las unidades de Medicina Familiar que cuenten con 6 consultorios o más, incluyendo aquellas que comparten área física con unidades hospitalarias. Cada unidad médica y delegación determinará las estrategias que le permitan mejorar el valor de referencia.

Cada Unidad de Medicina Familiar (UMF) realizará un informe mensual sobre la consulta externa a través de la Cita Previa. El informe lo elaborará tanto el Director de la unidad, como el Jefe del Departamento Clínico, la Coordinadora de Asistentes Médicas, Asistentes

Médicas, Jefe de Trabajo Social y Trabajador Social, en este informe se reportaría la cantidad de consultas otorgadas por el médico familiar a través de la Cita Previa, reflejándose en ellos los logros y metas alcanzadas.

Carrada en un estudio elaborado en el 2002 concluye que las políticas de salud del IMSS sobre el Programa de Cita Previa han dado resultado por lo que se debe continuar con la consolidación de éste ².

1.2 Adulto Mayor

Definición.

Desde un punto de vista rigurosamente etimológico, Geriátría significa medicina de los ancianos. Esta definición incluye, en un sentido moderno, la asistencia médica; es decir, prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica.

GERIATRIA = medicina de los ancianos, es decir

asistencia médica = prevención y tratamiento de enfermedad de la vejez y además,
asistencia psicológica y socioeconómica

GERONTOLOGIA = estudio del envejecimiento y sus consecuencias

Consecuencias del envejecimiento en el hombre:

biológicas

psicológicas

médicas

socioeconómicas

1.2.1 Teorías sobre el envejecimiento

En las teorías del envejecimiento se ha dado mucha importancia a la estructura genética de las especies animales y vegetales, por lo que las modalidades del envejecimiento estarían predeterminadas y la muerte correspondería a una auto extinción programada . A esta estructura genética, también llamada código genético, se superponen las alteraciones por causas extrínsecas o intrínsecas, como enfermedades hereditarias o adquiridas, respectivamente, los agentes lesivos de naturaleza física, química, mecánica, etc.

Estos conceptos sobre la influencia del código genético se han confirmado también comparando la supervivencia de animales en estado salvaje, doméstico y, por último, el hombre.

En los animales en estado salvaje, el promedio de vida es relativamente bajo por enfermedades, lucha por la supervivencia y factores ambientales, y la curva de supervivencia se acerca a la del tipo exponencial correspondiente a la desaparición accidental de los individuos, como ocurriría en un conjunto de vasos de vidrio que se agota en forma progresiva por ruptura accidental siguiendo una curva exponencial.

En cambio, los animales domésticos pueden llegar hasta la senectud y su curva de supervivencia se aproxima a la del hombre.

En las diversas poblaciones existen todas las situaciones intermedias entre las curvas de los animales en estado salvaje y la de los países más desarrollados e industrializados.

Según la teoría de las mutaciones, durante el envejecimiento se producen cambios celulares espontáneos con modificaciones morfológicas y funcionales que deterioran las funciones de las células, y por tanto de todo el organismo.

Suele llamarse teoría clonal o mutacional del envejecimiento: las clonas o familias celulares que se forman después de las mutaciones pueden tener desventajas respecto a las células originales, cuando aparecen condiciones poco favorables a la homeostasia y supervivencia del organismo. Así podría explicarse la llamada muerte por envejecimiento o vejez en sentido estricto.

Estos conceptos explicarían la mayor frecuencia de neoplasias en la edad avanzada, en la que, por otra parte, las manifestaciones clínicas son cada vez más atípicas y de curso menos desordenado que en las edades precedentes.

La teoría auto inmunitaria considera que el envejecimiento las células producen sustancias anormales que no son reconocidas por las células inmunocompetentes, sobre todo los linfocitos y las células plasmáticas y cebadas. Se forman anticuerpos contra esas células alteradas que serían destruidas o sufrirían lesiones irreversibles con deterioro de las funciones orgánicas, como se observa en el organismo senil.

Estas alteraciones son muy importantes en tejidos con células perennes, como el sistema nervioso, y por ello es imposible que se regeneren después de su destrucción. A partir de los 30 años disminuye en forma progresiva el número de células nerviosas. Se calcula que desaparecen unas 100,00 al día y este fenómeno es, en particular, notable en algunas zonas del sistema nervioso central.

En tejidos constituidos por células no perennes, es decir, capaces de regenerarse, se ha observado cierta disminución del recambio celular.

Envejecimiento del tejido conjuntivo: Durante el envejecimiento, las células del tejido conjuntivo sufren una reducción numérica y alteraciones funcionales con disminución de la capacidad mitótica. A pesar de estas modificaciones, recuperan una capacidad de proliferación intensa cuando hay una solución de continuidad en los tejidos, y por ello la rapidez de reparación de las heridas sólo es ligeramente menor en la edad avanzada que en las precedentes.

En el envejecimiento disminuye, en la sustancia fundamental, los mucopolisacáridos ácidos y la glucosamina, y la relación glucosamina/hidroxiprolina. Las fibras de colágena también sufren modificaciones importantes.

Durante el envejecimiento disminuye la elastina en las fibra elásticas y aumenta la elastasa. En las fibras y la sustancia elástica se inicia degeneración hialina y granulosa y hay adelgazamiento, desfibrilación y acortamiento, con menor resistencia a los álcalis.

En el envejecimiento, no hay modificaciones importantes en las fibras reticulares.

De esta manera, es posible demostrar también un sentimiento de “amor por los ancianos”, que si no existe en todos los participantes, al menos en forma mínima, no permite una rehabilitación y recreativación completas.

1.2.2 Edades de interés geriátrico

En el estudio de la geriatría y gerontología, ante todo se necesita establecer una definición de anciano y, en general, de las edades que interesan a estas disciplinas después de la infancia, adolescencia y edad adulta.

Senectud gradual: Es el período de los 60 a 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamiento oportunos.

Edades de interés geriátrico

- 60 a 70 años: senectud gradual
- 70 a 90 años: vejez declarada
- Más de 90 años: longevidad

Senilidad o vejez declarada: Esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y, sobre todo, de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad. A los mayores de 90 años suele llamárseles longevos, refiriéndose también a algunas características fisiopatológicas generales de esta edad.

1.2.3 Envejecimiento del organismo

Durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales de diversos órganos y tejidos, caracterizadas por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. Hay en especial pérdida de peso y volumen de los órganos parenquimatosos, reducción de la vascularización capilar, aumento del tejido conjuntivo, disminución del contenido hídrico con pérdida de la turgencia tisular y tendencia a la resequedad. Esta última es notable sobre todo en la piel, que en ancianos es típicamente seca y sin elasticidad.

Envejecimiento celular. Los procesos de atrofia del envejecimiento se caracterizan principalmente por reducción del número de células, que además se alteran desde el punto de vista cualitativo y se distribuyen en forma irregular en los tejidos.

Resultan de particular interés las alteraciones del DNA, que muestran algunas semejanzas con la macromolécula helicoidal de la colágena. Durante el envejecimiento se forman puentes de hidrógeno inter e intramoleculares con aumento de iones.

En ancianos hay una adaptación gradual y progresiva de la capacidad funcional a las posibilidades reales de rendimiento. Hay numerosos ejemplos de este mecanismo de adaptación funcional en el estudio fisiopatológico de los diversos órganos y aparatos de

estos pacientes. Dicho en forma simple, este concepto, que es otro de los motivos básicos de la gerontología y geriatría, consiste en la tendencia instintiva del anciano a no abusar de su fuerza, a trabajar con moderación; por ejemplo: no fatigar el aparato digestivo con abusos de bebidas, el cardiovascular y respiratorio con esfuerzos excesivos, etc.

SIGNOS BIOHUMORALES ENFERMEDAD CLÍNICA

Hipercolesterolemia	aterosclerosis
Hipercoagulación	trombosis
Hiperglucemia	diabetes
Hiperuricemia	gota

ALTERACIONES METABÓLICAS COMUNES

1.2.4 Consecuencias psicológicas y socioeconómicas

Como consecuencia del aumento del promedio de vida hay un número enorme de ancianos, en edad de ser pensionados y por tanto no productivos y con ingresos a menudo insuficientes.

Ello explica el derrumbe psicológico que se observa con mucha frecuencia en los jubilados que pierden interés por la vida y gran parte del prestigio de su posición económica y social. En las familias patriarcales del pasado, el anciano vivía en el núcleo familiar varias generaciones, era respetado y atendido por sus hijos y nietos y además realizaba pequeñas labores domésticas. Por el contrario, en la sociedad moderna el anciano se encuentra aislado y marginado desde los puntos de vista psicológico, económico y social.

Este hecho contribuye a la tendencia de los hijos a formar grupos familiares autosuficientes con fragmentación del núcleo familiar y, en poblaciones rurales, la inclinación al tipo de vida urbana, pero sobre todo son determinantes las diferencias e incomprensiones entre la vieja y la nueva generación, la incompatibilidad de caracteres y las costumbres diferentes

por las que se ha creado y difundido el término molesto de anciano, para definir este estado. Otros factores más explican así mismo, por qué en la actualidad son mayores las necesidades de asistencia al anciano, no sólo médicas sino también psicológicas, sociales y económicas.

Se han propuesto numerosos criterios para valorar las alteraciones del envejecimiento y en consecuencia el grado de envejecimiento del organismo en conjunto; por ejemplo, según las características de piel, ojos, arterias y venas superficiales, marcha y comportamiento en general, o por las alteraciones visuales o auditivas y, sobre todo, los trastornos psicológicos del envejecimiento (por ejemplo, depresión, falta de adaptación, aumento de la emotividad, tendencia a la ansiedad, disminución del desempeño psicofísico en la destreza y coordinación de movimientos y reacciones psicomotoras, etc). Algunos son importantes para reconocer los signos del primer envejecimiento (ver antes) aunados a los criterios objetivos estrictamente fisiopatológicos.

Estas alteraciones se caracterizan, y ello constituye uno de los motivos esenciales de la gerontología y la geriatría, por un equilibrio inestable, ya que bastan causas a veces mínimas para romperlo, que en sujetos jóvenes no tienen consecuencias o son leves y de poca duración.

1.2.5 Aumento de la población anciana

Este fenómeno ha tenido numerosas consecuencias de importancia fundamental: en primer lugar ha aumentado la población de ancianos. En algunos países el porcentaje de personas mayores de 60 años es de 15-16% o más.

1.2.6 Consecuencias médicas.

Por el aumento del promedio de vida se han desarrollado enfermedades crónicas degenerativas, como la arteriosclerosis y la artrosis que en el pasado, no eran frecuentes por que no llegaban a presentarse.

AUMENTO DEL PROMEDIO DE VIDA: CONSECUENCIAS

Aumento de la población de ancianos

Aumento de enfermedades degenerativas invalidantes

Aumento de pacientes minusválidos

Aumento de la necesidad de asistencia (médica, psicológica, socioeconómica).

Este es uno de los fenómenos de mayor interés para explicar los actuales avances de la geriatría: precisamente por que estas enfermedades degenerativas, son las que causan los estados de minusvalidez, en especial del aparato locomotor. El hecho anterior se comprueba, por ejemplo: en las afecciones osteoarticulares de la edad avanzada, pero en particular en las vasculopatías cerebrales, que suelen ser de origen arteriosclerótico y trombótico y una de las causas más frecuentes de minusvalidez en ancianos.

Minusvalidez y autosuficiencia: Minusvalidez significa falta de autosuficiencia, o sea, necesidad de ayuda. Un sujeto autosuficiente está en condiciones de realizar diversas actividades solo: levantarse de la cama, lavarse, vestirse, preparar el desayuno, ordenar y limpiar la casa y salir.

Aumento del promedio de vida

Si el envejecimiento del individuo se pasa al de las poblaciones, se comprende por que la gerontología y la geriatría han adquirido cada vez más importancia médica y social.

En la antigüedad existían los ejemplos bíblicos de patriarcas centenarios, pero la edad promedio no superaba mucho a los treinta años. Es necesario llegar hasta fines del siglo XIX para alcanzar un promedio de vida de unos cincuenta años. En la actualidad es de setenta o más, en especial en países desarrollados, pero en otros, como África y Asia, es muy bajo por las precarias condiciones de vida.

El aumento del promedio de vida se debe principalmente a los adelantos de la medicina, con disminución de enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil, y a la mejoría de las condiciones higiénicas, ambientales y alimenticias en la sociedad de consumo moderna.

1.2.7 Epidemiología

Existe un panorama de transición demográfica en donde se ha incrementado la esperanza de vida provocando que aumente la población en los extremos de la vida, también el perfil de morbilidad en el que coexisten enfermedades infecciosas y crónico degenerativas se ha visto incrementado tanto en México como el resto del mundo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde 1994 estableció los rangos de edad para considerar como adulto mayor a las personas mayores de 65 años o más.

El envejecimiento de la población en el mundo esta bien documentado en los países desarrollados y avanza con rapidez en los países con vías de desarrollo, con un incremento en los censos absolutos y relativos de personas mayores de 65 años.

De acuerdo datos del INEGI el crecimiento de la población de adultos mayores ha pasado de 4 millones en 1995 a 9 millones en el 2000.

El incremento de la población derechohabiente en el IMSS de 1992 al 2003 fue de 87%. Representa el 10% de la población total del país, la demanda de consulta en las Unidades de Medicina Familiar fue del 2%, en consultas especializadas 11%, 12% en intervenciones quirúrgicas, 30% defunciones, 64% por cardiopatías, 22% diabetes mellitus, 10% por tumores malignos, 16% por enfermedades cerebro-vasculares. Las causas de morbilidad fueron: IRA 40%, HP 22%, DM20% (poner los nombres completos y después las siglas) cardiopatía isquémica 10%, enfermedad cerebro-vascular 5%, otras 3%.

Egresos hospitalarios corresponde IRC 32%, DM 27%, cefalea 23%, otras 18%, 25% representó diferentes discapacidades las más frecuentes: problemas para comer: 41, el 15% de los diabéticos tienen discapacidad para comer o ceguera.

Los programas que otorga el IMSS son estrategias fundamentales para mejorar la calidad del servicio y atender con prontitud las demandas de los derechohabientes, en este caso el programa de Cita Previa, considerando que los adultos mayores de 60 años son quienes hacen un uso intensivo de los servicios de salud y en consecuencia pueden ser los más afectados o favorecidos, además de ser ellos el grupo vulnerable.

1.3 Médico familiar

Definición:

El médico general o médico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

El médico general/médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes.

El médico general/médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

El médico general/médico de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

1.3.1 La Misión del Médico Familiar:

Es el médico especialista que otorga atención médica integral, oportuna y continua en el proceso salud-enfermedad del individuo y su familia, con un enfoque preventivo y de riesgo, para mantener y/o recuperar su salud con un alto sentido humanista, apegado a la ética profesional, bajo una sólida conciencia social.

1.3.2 La Visión del Médico Familiar:

Médico especialista comprometido con la filosofía y valores de la Medicina Familiar con un alto nivel de competencia profesional, con interés en su educación continua, con

enfoque holístico que responda a las necesidades de salud del individuo y la familia contribuyendo a elevar la calidad de vida, y cuya práctica profesional, institucional y privada, goza de reconocimiento social.

1.4 Planteamiento del problema

El tiempo prolongado de espera para recibir la atención médica en la consulta externa es uno de los problemas que enfrenta el Instituto Mexicano del Seguro Social, ocasionando malestar o insatisfacción en el derechohabiente, por lo que surge como necesidad la creación de un nuevo Programa: el de Cita Previa con la finalidad de mejorar la calidad de atención al derechohabiente y dando respuesta a las necesidades en el primer nivel de atención, así como se establece en la Ley General de Salud en México, mencionada en el artículo 51 capítulo II y de acuerdo a la Carta de los derechos Generales de los pacientes.

Dado que el Programa de Cita Previa se encuentra establecido en esta Unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 58 desde el año 2000, no hay estudios que describan los beneficios y la importancia que tiene dicho programa.

Por lo que surge la pregunta. ¿ Qué tanto el Programa de Cita Previa ha beneficiado las demandas de consulta del Adulto Mayor?

1.5 Justificación

El envejecimiento de la población derechohabiente avanza con rapidez y siendo el Programa de Cita Previa una estrategia de las políticas en los programas del Instituto Mexicano del Seguro Social, es necesario identificar y hacer notar los beneficios de este programa en la población derechohabiente adulto mayor. en ambos turnos y evaluar de manera indirecta la calidad de atención médica identificando la satisfacción de los usuarios, ya que además de ser un grupo vulnerable, ellos son quienes hacen un uso más intensivo de los servicios de salud y en consecuencia pueden ser los más afectados o beneficiados.

1.6 Objetivo General

Identificar y describir el beneficio del programa institucional de cita previa así como percibir de manera indirecta la satisfacción del adulto mayor.

1.6.1 Objetivos específicos

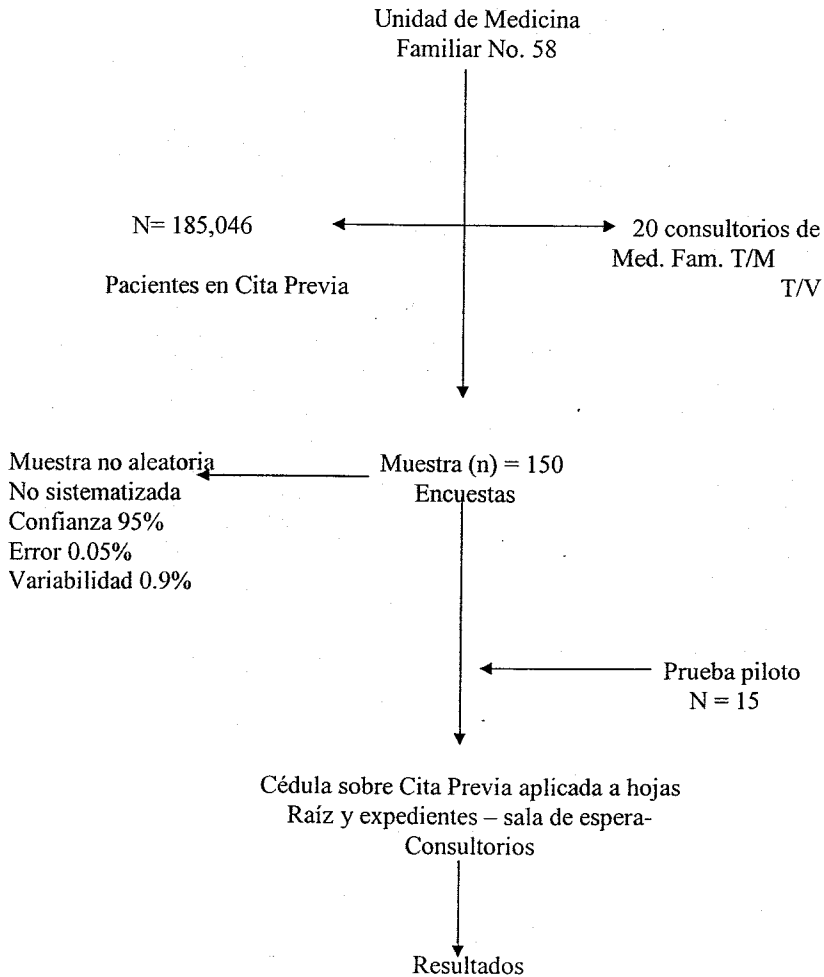
- 1 Determinar el límite en que el Programa de Cita Previa ha generado la atención oportuna
2. Determinar la satisfacción durante la relación médico-paciente
- 3 Conocer el nivel de información sobre el estado de salud que se le proporciona al adulto mayor
- 4 Conocer si existe seguimiento en las consultas del paciente adulto mayor a través del Programa de Cita Previa.
- 5 Determinar la confianza que le inspira el Médico Familiar al paciente.
- 6 Conocer el grado de resolución de los problemas de salud del paciente.
- 7 Conocer si se ha logrado disminuir el tiempo de espera con el Programa de Cita Previa.

2. Material y métodos

2.1 Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

2.2 Diseño de investigación



2.3 Población, lugar y tiempo

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar 58 del IMSS, durante el período del 15° de marzo al 30 de Septiembre del 2004, se evaluaron todos los consultorios que llevan el Programa de Cita Previa de ambos turnos.

2.4 Muestra

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico, no representativo.

Para el cálculo de la muestra se tomó la fórmula mayor de 10,000 elementos con un universo total de 185,046 pacientes en cita previa, adultos mayores de 60 años, con un nivel de confianza de 90%, error 5% (.05) y una $p = .9$, obteniéndose un tamaño de muestra de 138, dando un 10% aproximado de margen lo que nos da un total de 150 muestras.

Fórmula para obtener la muestra de estudio

n = tamaño de la muestra.

N = población o universo de donde se extrae la muestra.

Población total de pacientes en Cita Previa ambos turnos de la UMF 58.

Así este valor será el de $N = 185,046$

Z = Valor de probabilidad para el nivel de confianza seleccionado para la muestra.

En este estudio requerimos que el nivel de confianza sea del 95% de modo que el valor de $Z = 1.960$

p y q = valor de probabilidad de éxito o de fracaso.

El valor de probabilidad de éxito o fracaso será de $p = 0.9$ $q = 0.1$

E = error muestral que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad.

La probabilidad de error se aceptará de $E = 0.05$

Fórmula

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Por consiguiente al sustituir los valores de el tamaño de la muestra de 138 casos más un 10% para los casos de falla, el valor de la muestra final será de 150.

$$Z^2 = 90\%$$

$$E = 5\%$$

$$p = .9\%$$

$$q = .1\%$$

Muestra del estudio = 150

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

2.5.1 Criterios de inclusión

Adulto mayor de 60 años.

Ambos sexos.

Con vigencia de derechos.

Sin discapacidad.

Que acudan a consulta en el período de estudio (ambos turnos).

Derechohabientes en el programa de Cita Previa.

2.5.2 Criterios de Exclusión:

Menores de 60 años.

Sin vigencia.

Con alguna patología mental discapacitante.

Pacientes que se nieguen a contestar el cuestionario.

2.5.3 Criterio de Eliminación:

Cuestionarios contestados en forma incompleta.

2.6 Variables de estudio.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medicion	Valores que toma la variable o codigos.
-----------------------	------------------	--------------------	---

Edad	cuantitativa	continua	De 60 años y más
Sexo	cualitativa	nominal	1 = femenino 2 = masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= casado 2= soltero 3= divorciado 4= unión libre 5= viudo
Escolaridad	cuantitativa	escalar	Años cursados.
Ocupación	Cualitativa	nominal	1=ama de casa 2=pensionado 3= jubilado 4= mpleado
Estructura Familiar	Cualitativo	nominal	Nuclear Extensa Extensa Compuesta
Consultorio	Cuantitativo	continua	1-23, 2,24, 3-25, 4-26, 5-27, 6-28, 7-29, 8-30, 9-31, 10-32, 11-33, 12-34, 13-35, 14-36, 15-37, 16-38, 17-39, 18-40, 20-41, 21-42
Turno	Cualitativa	nominal	1. matutino 2. vespertino

2.7 Definición conceptual de las variables.

Para la encuesta que se aplico directamente a los pacientes se utilizaron las siguientes variables.

Edad: Años vividos

Sexo: Caracteres fenotípicos que determinan al hombre y a la mujer.

Estado Civil: Estado en que se encuentra legalmente viviendo una persona.

Escolaridad: Grado máximo de estudios.

Ocupación: Actividad a la que se dedica una persona.

Tipo de familia o Estructura familiar: Número de personas que integran la familia.

Consultorio: Lugar donde se atiende al paciente.

Turno: Horario en que se atiende al paciente.

Adulto Mayor: paciente con edad mayor de 60 años.

Cita previa: Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social puesto en marcha en el año 1998, que otorga una cita anticipada por lo menos 12 horas antes del otorgamiento de la consulta, indicada por el médico familiar o solicitada por el paciente, cuyo objetivo principal es el reducir el tiempo de espera y mejorar la calidad de atención médica incrementando el grado de satisfacción del derechohabiente.

Tiempo de espera: El tiempo que tarda el paciente en recibir su atención médica.

Satisfacción: Es dar solución eficiente y oportuna a un problema del paciente.

2.8 Diseño estadístico

Es describir el Programa de Cita Previa y el beneficio en los adultos mayores de 60 años, se investigó un grupo y se realizó una medición independiente, con variables cuantitativas y cualitativas con medidas de tendencia central y de dispersión y la escala de medida será nominal para variables cualitativas y continuas o de intervalo para variables cuantitativas, los resultados obtenidos tuvieron una distribución no paramétrica, con una muestra no aleatoria, no representativa y de 150 el tamaño.

2. 9 Instrumento de recolección de datos

Se creo un cuestionario con 3 secciones y 20 items que se aplicó en la sala de espera de la consulta externa de la UMF 58. (ver anexo 2)

2. 10 Métodos de recolección de los datos

En la sala de espera se abordó al paciente mayor de 60 años que había solicitado su consulta por medio del programa de cita previa para realizar la encuesta previa lectura del consentimiento informado.

2.11 Diseño de la base de datos

Se uso el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0, mediante el cual se diseño y almacenaron los datos obtenidos en las encuestas, para esto se genero una base de datos diseñada de la siguiente manera:

Nombre de la Variable	Tipo de Variable (N=numerico, S=cadena) y ancho de columna (enteros,decimales)	Escala de medicion	Valores que tomara
Folio	N	Escalar	Ninguno
Sexo	N	Nominal	1= Femenino,2=Masculino
edad	N	Escalar	Ninguno
ocup	N	Nominal	1=ama de casa,2=pensionado, 3= jubilado,4= empleado
escol	N	Escalar	Ninguno
edocivil	N	Nominal	1= casado,2 = soltero, 3=divorciado, 4= unión libre 5= viudo
tipofam	N	Nominal	1=Nuclear, 2=Extensa, 3=Extensa Compuesta
intefam	N	Escalar	Ninguno
turno	N	Nominal	1= Matutino,2=Vespertino
p1s4	N	Nominal	1=si, 2=no
p2s4	N	Nominal	1=Veinticuatro horas,2=Tres dias,3=de 1 a 2 semanas,4= 1

			mes
p3s4	N	Nominal	1=menos de un mes,2=mensual,3=cada 2 meses
p4s4	N	Nominal	1=cita previa,2=cita concertada,3=espontanea
p5s4	N	Nominal	1=si, 2=no
p6s4	N	Nomina	1=via telefonica, 2=personalmente
p7s4	N	Nominal	0=1-3,1=4-5,2=6 a mas
p8s4	N	Nominal	1=medico familiar,2=de usted,3=otros servicios
p9s4	N	Nominal	1=si, 2=no
p10s4	N	Nominal	1=menos de 30 minutos,2=30 minutos,3=45 minutos,4=mas de 45 minutos
p11s4	N	Nominal	1=si, 2=no
p12s4	N	Nominal	1=suficiente, 2= insuficiente
p13s4	N	Nominal	1=excelente,2=buena,3=regular,4=mala
p14s4	N	Nominal	1=excelente,2=buena,3=regular,4=mala
p15s4	N	Nominal	1=suficiente, 2= insuficiente, 3=ninguna
p16s4	N	Nominal	1=excelente,2=buena,3=regular,4=mala
p17s4	N	Nominal	1=si, 2=no
p18s4	N	Nominal	1=siempre, 2=alguna vez,3=nunca
p19s4	N	Nominal	1=siempre, 2=alguna vez,3=nunca
p20s4	N	Nominal	1=buena,2=regular,3=mala

2.12 Análisis estadísticos de los datos

Los datos obtenidos se analizaran en el programa SPSS para Windows para medidas de tendencia central, dispersión y de razón

2.13 Cronograma

Este esquema se indica las etapas generales de la planeación y ejecución del proyecto en meses.(ver anexo1)

2.14 Recursos humanos, materiales físicos y financiamiento del estudio

Dentro de los recursos humanos se consideraron a las asistentes medicas de la UMF 58 y la autora del trabajo. Los materiales físicos, como la sala de espera fue en la propia institución, el financiamiento de los diskets, lápices, borradores y compactos, fue a cargo de la investigador.

2.15 Consideraciones éticas

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se apega al título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1 (uno), "investigación sin riesgo" debido que los individuos que participaron en el estudio, únicamente aportaron datos a través de una entrevista, y la revisión de expedientes, lo cual no provoca daños físicos y mentales, no violó y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica donde participan seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial enmendada en la LII Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia en octubre de 2000¹⁹.

Analizando el artículo 17 en su fracción primera sobre investigación sin riesgo:

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se tratan aspectos sensitivos de su conducta

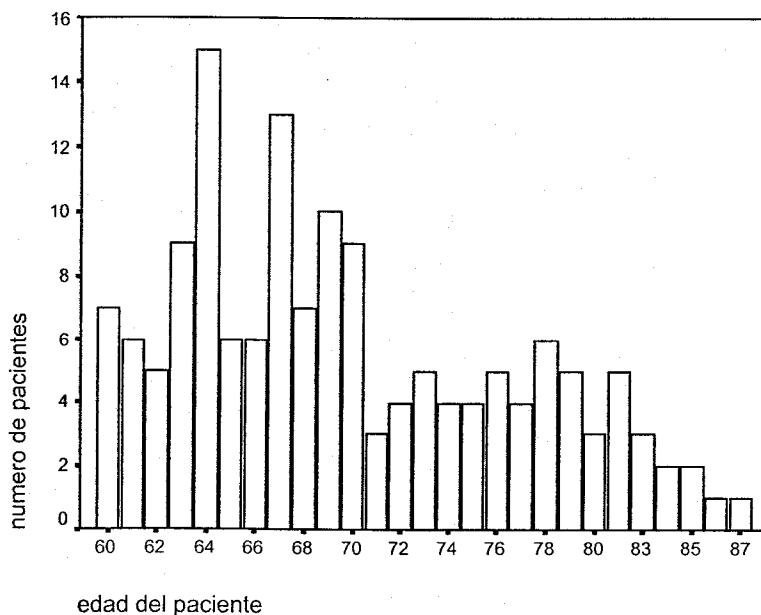
Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria mediante un texto que fue leído a cada persona que se le invitaba a participar. Dicho texto constituye la sección I del instrumento.

3. Resultados

En el análisis de los resultados arrojados en las encuestas aplicadas en la unidad de medicina familiar no. 58 del I.M.S.S. durante el periodo del 15 de Marzo al 30 de septiembre del 2004, se obtuvo lo siguiente:

El rango de edad de los pacientes encuestados va de 60 a 87 años, teniendo la mayor proporción del 10% para la edad 64, seguida por la edad 67 con una proporción del 8.7%, usando los parámetros poblacionales de uso mas generalizado como son totales, medias y proporciones, podemos observar que la edad promedio típica y representativa es de 70 años y el grado en que las edades tienden a extenderse alrededor de un valor medio, la variación o dispersión de estas edades es de 6.95 (ver gráfica 1)

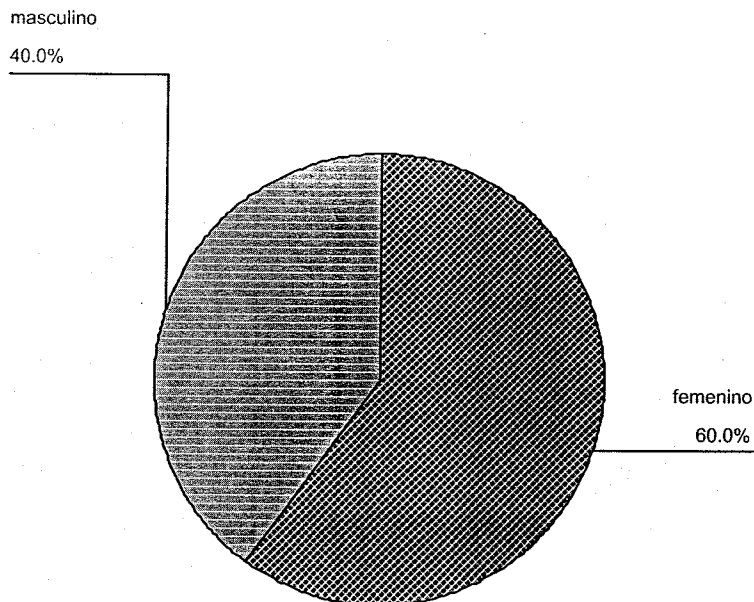
edad del paciente encuestado en la UMF 58 de
15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004



Fuente = Encuestas aplicadas
n = 150

Se encontró que del total de los 150 encuestados el 60% fueron del sexo femenino con 90 casos y 60 para sexo masculino ósea el 40%.(ver gráfica 2)

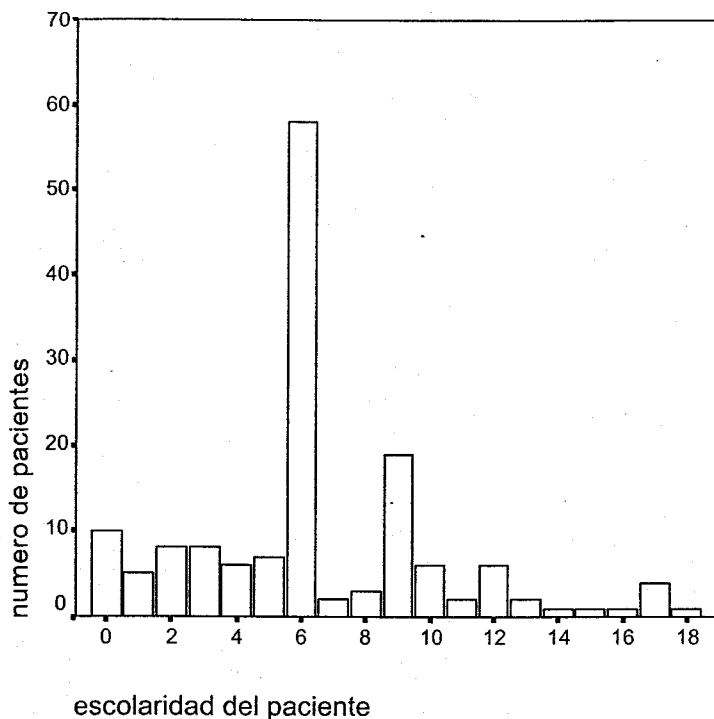
Gráfica 2
Sexo del paciente encuestado en la UMF 58 de
15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004



Fuente = Encuestas aplicadas
n = 150

Se encontró que el rango de años de estudio va de 0 – 18 años, el 38.7% de los encuestados curso 6 años de primaria, seguido por los que cursaron 9 años (secundaria) con un porcentaje del 19%, existe un porcentaje de 10% de analfabetas, sumando los porcentajes de años de estudio de 0 a 5 años el 30 % de los encuestados no termino la primaria, por lo cual la media representativa es de 6 años. (ver gráfica 3)

Gráfica 3
 Escolaridad del paciente encuestado en la UMF 58 de
 15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004

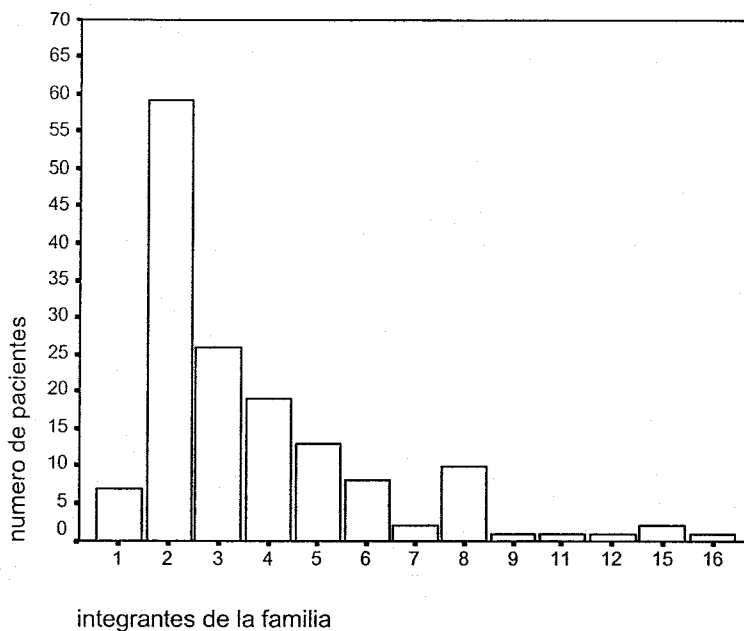


Fuente = Encuestas aplicadas
 n = 150

Se encontró que los integrantes por familia van de 1 – 16 personas, siendo 2 integrantes por familia la más frecuente con un total de 59 casos que equivale al 40% de la población total, seguido por 3 integrantes por familia con una proporción del 18% que equivale a 26 casos, los rangos de 12 – 16 personas por familia solo es el 2.7% con un total de 4 casos de los 150 casos, la media obtenida es 4 personas por familia en la muestra. (ver gráfica 4)

Gráfica 4

Integrantes por Familia del paciente encuestado en la UMF 58 de 15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004



Fuente = Encuestas aplicadas
n = 150

Se obtuvo que de los 150 casos, 124 son tipo de familia nuclear que representan el 82.7%, 23 casos representan un 15.3% para familia extensa y solo 3 casos que representan el 2% para el tipo de familia extensa compuesta. (ver cuadro 1)

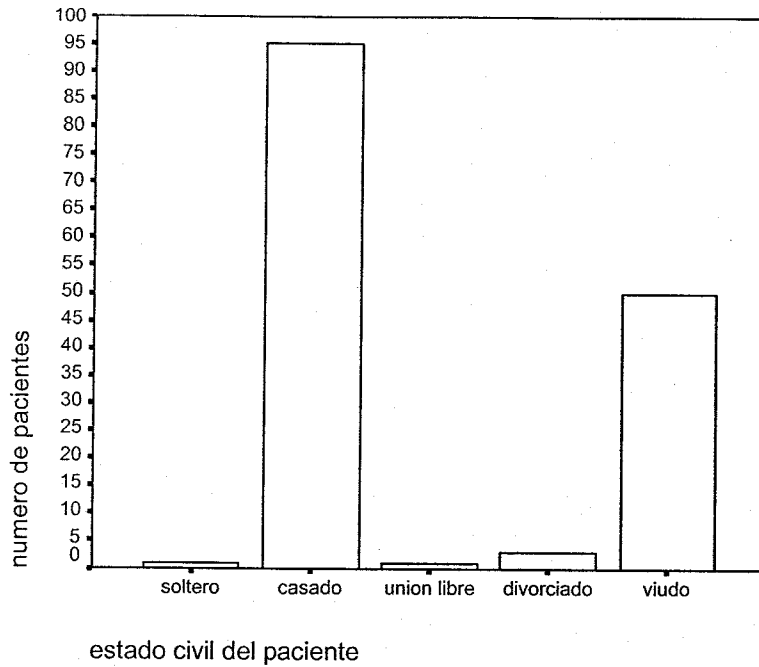
Cuadro 1
Topología Familiar del paciente encuestado en la UMF 58 de
15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
nuclear	124	82.7
extensa	23	15.3
extensa compuesta	3	2.0
Total	150	100.0

Fuente = Encuestas aplicadas
n = 150

Se obtuvo que el estado civil del paciente en su mayoría fue casado con 95 casos y un porcentaje de 63.3%, seguido por los viudos con 50 casos y un porcentaje de 33.3%, siendo los solteros, divorciados y unión libre un total de 5 casos en total con un porcentaje de 3.4%.(ver gráfica 5)

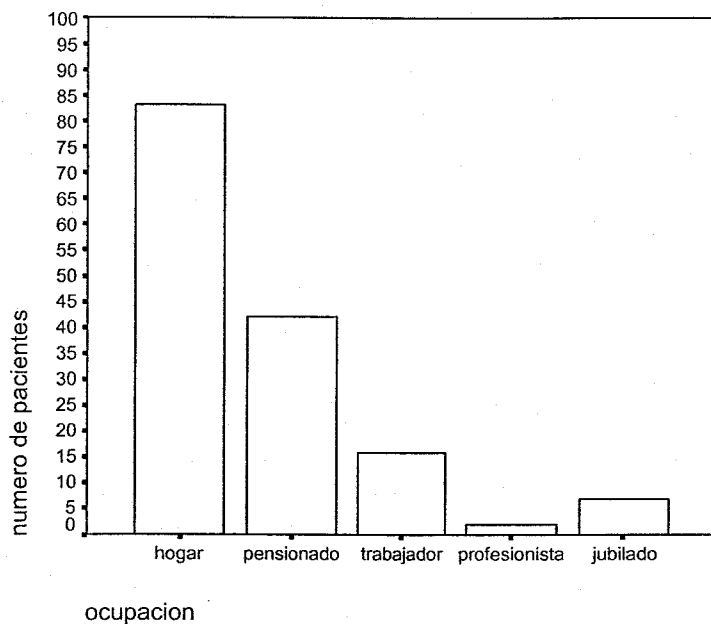
Gráfica 5
Estado Civil del paciente encuestado en la UMF 58 de
15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004



Fuente = Encuestas aplicadas
n = 150

Se determinó que la ocupación más frecuente fue la del hogar (amas de casa) con 83 casos y un porcentaje de 55.3 %, el siguiente fue el pensionado con 42 casos y un porcentaje del 28.0%, trabajadores inactivos 16 casos y un porcentaje de 10.7%, profesionistas 2 casos y un porcentaje de 1.3%, jubilados 7 casos y un porcentaje de 4.7%. (ver gráfica 6)

Gráfica 6
Ocupación del paciente encuestado en la UMF 58 de
15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004

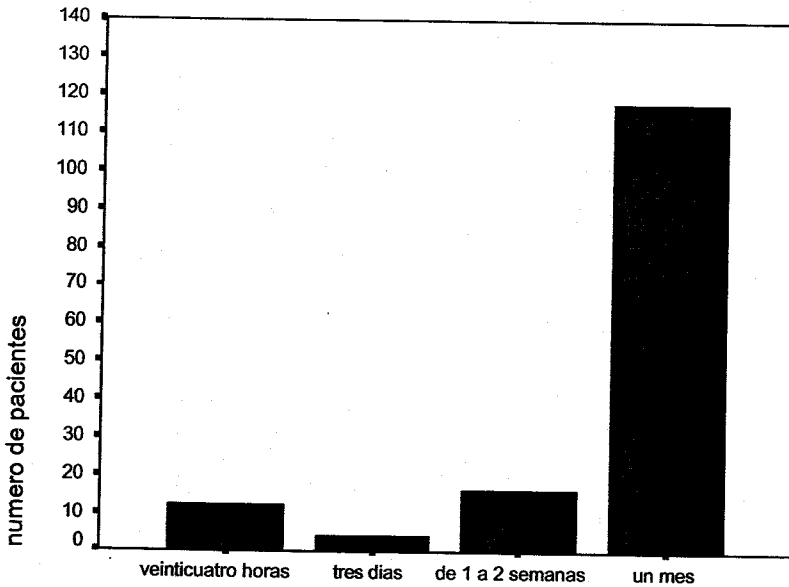


Fuente = Encuestas aplicadas
n = 150

Se determino que el tiempo de espera para la obtención de la consulta por medio de cita previa, la más frecuente es la de un mes, con un porcentaje del 78.7% (118 casos) del total de los encuestados.(ver gráfica 7)

Gráfica 7

Tiempo de espera para la obtención de la consulta a través de la cita previa del paciente encuestado en la UMF 58 de 15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004



Tiempo de espera para obtener la consulta médica

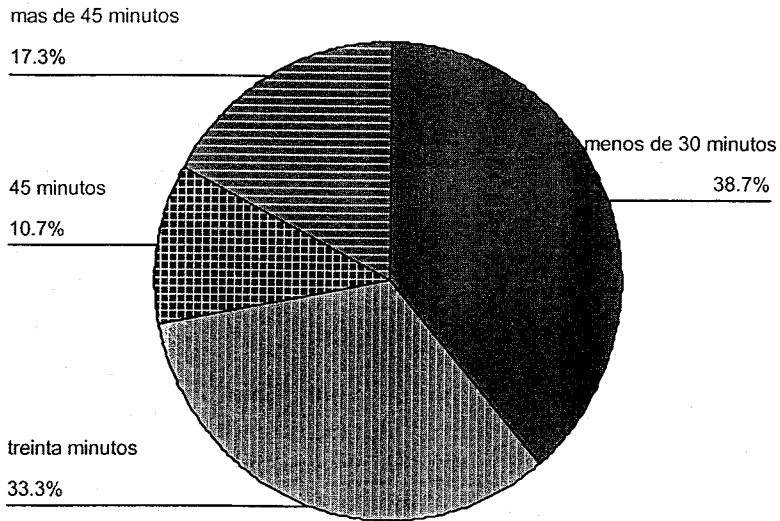
Fuente = Encuestas aplicadas
n = 150

De los encuestados se encontró que: el 38.7% esperan menos de 30 minutos, el 33.3% esperan 30 minutos, el 17.3% más de 45 minutos y el 10.7% esperan 45 minutos.

Por lo que la media de tiempo de espera es: de 30 minutos. (ver gráfica 8)

Gráfica 8

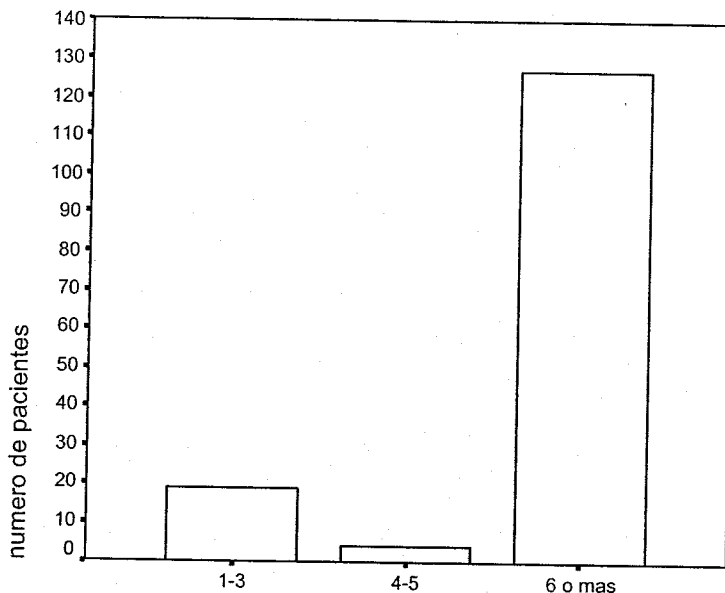
Tiempo de espera para la obtención de la consulta a través de la cita previa del paciente encuestado en la UMF 58 de 15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004



Fuente = Encuestas aplicadas
n = 150

Se obtuvo que el 84.7% de los 150 encuestados han hecho uso 5 veces o más de este programa, esto muestra que existe aceptación por parte de los usuarios. (ver gráfica 9)

Gráfica 9
Asistencia a consulta usando el programa de cita previa del paciente
encuestado en la UMF 58 de
15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004

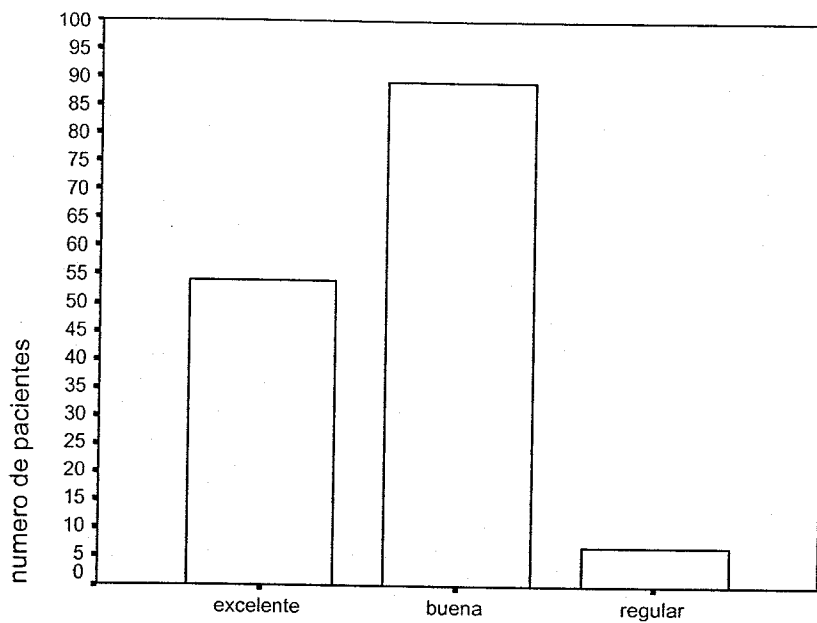


cuántas veces ha solicitado consulta a través del programa

Fuente = Encuestas aplicadas
n = 150

Se determinó que la atención médica dada a los usuarios de este programa, fue percibida como buena por los mismos derechohabientes pues un porcentaje del 59.3% con 89 casos, la califica como buena y un porcentaje de 36% con 54 casos la califica como excelente, existe satisfacción por parte de los usuarios con respecto a la atención del medico. (ver gráfica 10)

Gráfica 10
Atención médica dada al paciente encuestado en la UMF 58 de
15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004



como lo ha atendido su médico familiar

Fuente = Encuestas aplicadas
n = 150

Se pudo observar que de los 150 encuestados, 117 casos con un porcentaje de 78% solicitan atención médica a través de este programa y tiene uso frecuente de este y solo 33 casos con porcentaje de 22% usan por primera vez este programa. (ver cuadro 2)

Cuadro 2
Solicitud de atención médica del paciente encuestado en la UMF 58 de
15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	22.0
No	117	78.0
Total	150	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas
n= 150

Se observo que de los 150 encuestados, 131 acuden mensualmente a consulta utilizando la cita previa, con un porcentaje de 87.3%, por ser pacientes con problemas de salud que requieren revisión medica mensual, tratándose de adultos mayores y 12 casos con un porcentaje de 8% acude cada 2 meses y 7 casos con porcentaje de 4.7% acude menos de un mes. (ver cuadro 3)

Cuadro 3
Asistencia a consulta utilizando el programa de cita previa del paciente
encuestado en la UMF 58 de
15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
menos de un mes	7	4.7
Mensual	131	87.3
Cada dos meses	12	8.0
Total	150	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas
n= 150

Los pacientes que concertaron la cita con la asistente saliendo de su consulta fue el 94.7% con 142 casos, y solo el 5.3% con 8 casos lo hicieron telefónicamente. (ver cuadro 4)

Cuadro 4
Manera en que concertó la cita previa el paciente encuestado en la UMF 58 de
15 de Marzo al 30 de septiembre de 2004

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
via telefónica	8	5.3
Personalmente	142	94.7
Total	150	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas
n= 150

4 . Discusión

En este estudio se cumplió con el objetivo general del mismo en su totalidad.

Los resultados obtenidos no coinciden con los ya estudiados por los autores Gómez – Calcerrada en el modelo de cita previa, para nuestro estudio los elementos que permiten la justificación de esta comparación están dados por disminución considerable en el tiempo de espera para recibir consulta, tomando en cuenta que los parámetros usados en el cuestionario formulado fueron asignados de la siguiente manera: menos de 30 minutos corresponde a 1, 30 minutos corresponde a 2, 45 minutos corresponde a 3 y más de 45 minutos corresponde a 4, se obtiene una media de 2.07 que indica que el tiempo de espera fue de 30 minutos máximo, por lo que existe diferencia entre el de los autores y el de nuestro estudio.

Los autores mencionados también dicen que uno de los problemas que se atribuye a este programa de cita previa es la dependencia del teléfono en el domicilio ya que entre el 47 y 61% de usuarios hacen cita telefónicamente y en este estudio realizado obtuvimos que el 94.7% realizaron su cita previa personalmente y solo el 5.3% lo hicieron telefónicamente no coincidiendo con los resultados del modelo de los autores.

5. Conclusiones

Se pudo comprobar que los tiempos de espera para recibir consulta en este modelo de cita previa en Medicina Familiar tiende a ser de treinta minutos como promedio, beneficiando con esto a los pacientes de edad avanzada, ya que su opinión acerca de los servicios es importante pues ellos son quienes hacen un uso más intensivo de los servicios de salud y, en consecuencia son los mas afectados o beneficiados.

La satisfacción de quienes tienen una opinión positiva del uso del programa de cita previa en la institución es alta entre los derechohabientes del rango de 60 a más.

De acuerdo a las preguntas que se elaboraron en el cuestionario para medir la satisfacción en cuanto a la calidad en el servicio se concluye que es altamente satisfactoria para adultos mayores.

Se concluye que existe una mejor administración del tiempo del derechohabiente y del personal para la salud ya que existe una opinión positiva de los adultos mayores en cuanto

al tiempo que él medico les dedica en la consulta, tomando como parámetro que el tiempo asignado por él medico para atender a un paciente es de aproximadamente quince minutos máximo.

Podemos concluir que los resultados obtenidos en este estudio no dan lugar a modificaciones relevantes al programa de cita previa debido a que los usuarios muestran una satisfacción general con él.

Seria interesante evaluar la satisfacción del usuario y la calidad de la atención con este programa con el cuestionario diseñado por la OMS (Organización mundial de la salud) para este objetivo, dicho cuestionario no fue posible aplicarlo porque no se encontró, se deja la posibilidad para que se haga mas investigación acerca de los programas prioritarios de salud en esta institución

6. Referencias

- 1- Boletín de Prensa número 9. 15 de febrero del 2001
- 2- Instituto Mexicano del Seguro Social. Reorganización de la consulta externa de Medicina Familiar a través de la Cita Previa. IMSS; Subdirección General Médica: Jefatura de Servicios de Atención Médica. México: 1993. Pp1- 16
- 3- Instituto Mexicano del Seguro Social. La Cita Previa como una estrategia para disminuir los tiempos prolongados de espera en la consulta de Medicina Familiar y su vinculación con los programas básicos. IMSS; Dirección General La Raza Del Edo. De Méx. Pte. S/A. (Literatura Gris),1998.
- 4- Instituto Mexicano del Seguro Social. Indicadores de desempeño: porcentaje de derechohabientes atendidos a través de Cita Previa en la consulta de Medicina Familiar. IMSS: Coordinación de Atención Médica. Pp77- 82
- 5- Martínez- Ramírez A. Evaluación de la calidad de la atención a la salud mediante indicadores y su estándar. Rev. Med. IMSS 1998; 36 (6) 487-496.
- 6- Martínez-CJG. La planeación estratégica y administración por procesos. Programa IMSS. 1996-2000. Instituto Mexicano del Seguro Social-1995; Pp 173-186.
- 7- Lara Rodríguez M A, Benítez Martínez M G. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el IMSS. Salud Pública, México 1996; 38: 448-457
- 8- Maldonado- Téllez, Fragozo-Bernal JS. Tiempo de Espera para la Población asegurada por el IMSS. Rev. Med. IMSS 2002; 40(5): 421-429
- 9- Castro Joaquín S. Villarreal- Ramos E. Calidad del Programa de Cita Previa en dos Unidades de Medicina Familiar. Sistemas de Salud IMSS 1996:11-12
- 10- Encuesta de percepción de calidad en la atención médica para usuarios de la consulta externa de Medicina Familiar IMSS U- 05
- 11- Boronat- Martín M. Ancianos en Residencias. Psiquiatría de la Vejez. Revista Razón y Fé No. 1098 Madrid 1990 pp. 417-423
- 12- Pietro de Incola. Geriatría Editorial Manual Moderno, 1985 México pagina: 1-18
- 13- Reyes- Frausto S. Peter Beaman A. Opinión Positiva Acerca de los Servicios de Salud en el IMSS. Adultos de 60 años y mas. Rev. Med. IMSS 2002, 40(2); 145-152
- 14- González Castillo-López Rojas P. Equidad y Calidad En salud Conceptos Actuales. Rev. Med. IMSS 2003; 41(4): 359-364

- 15- Reglamento de la Ley general de salud en material de investigacion para la salud, Secretaria de Salud, Mexico, 3 feb. 1983.
- 16- Declaracion de Helsinki de la Asociación Medica Mundial, adoptada en la 18va. Asamblea medica mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52 va Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.
- 17- Gallo- Vallejo F.S., Altisent-Trota R, Perfil profesional, atención humana, 1999, 23(4): 236- 248.
- 18- Instituto Mexicano del Seguro Social. Clinica 58, Medicina Familiar, sigloXXI, Pirámide poblacional por tipo de derechohabiente, 26-feb-2004.
- 19- Ley General de Salud en Mexico: Leyes y Codigos de mexico, Porrúa, 2000, pp 30
- 20- Tana- Tamayo c, Ruelas – Barajas E, Carta de los derechos de los pacientes en Mexico, Rev. Med. IMSS, 2002, 40(5): 523-129.
- 21- Hernandez – Leyva B, Garcia – Peña C., Anzurez – Carro R. Satisfacción de usuarios en unidad de medicina familiar, Rev. Med. IMSS, 2002; 40(5): 373-378.
- 22- D. Gomez- Calcerrada et al, La cita previa, perfil del consultante y accesibilidad, Centro de salud de santa Maria de gracia y Departamento de Ciencias Socioeconomicas de la universidad de Murcia, Vol.17, Num 4, 15 de Marzo 1996.
- 23- Carta general de los Derechos de los pacientes, Rev . Enf. IMSS, 2001

7. Anexos

Anexo I

ETAPA / ACTIVIDAD 2003 - 2004.	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
Planeación.	*													
Marco teórico.			*	*										
Material y Métodos.				*	*	*								
Registro.							*							
Prueba piloto.							*							
Recolección de datos.							*	*	*					
Almacenamiento de datos.										*				
Análisis estadístico.										*				
Descripción de resultados.										*				
Discusión de resultados.										*				
Conclusiones.											*			
Integración.											*			

Revisión.																					*			
Reporte final.																							*	
Impresión del trabajo.																							*	
Examen de Tesis.																							*	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 58

El siguiente cuestionario tiene como propósito conocer las características de los pacientes mayores de 60 años en torno al servicio de Cita Previa.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en la Unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las respuestas o más le causan incomodidad, tiene la libertad de no contestarla (S) respetando sus pensamientos y decisión. También si usted se siente en algún momento herido (a), lastimado (a) o agredido (a) en su intimidad, dignidad valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica en lo que respecta a la Cita Previa de la población que asiste y utiliza el Programa de Cita Previa de la Unidad de Medicina Familiar No. 58.

El cuestionario cuenta con 20 preguntas que se contestan en 5 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente se le pide que su respuesta sea honesta y sincera.

¿Acepta Usted contestarlas? Si _____ No _____

Gracias por su participación.

Folio _____ Fecha _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

SEXO: M _ F _ Edad _____ Ocupación _____

Años cursados _____

Estado Civil: soltero ___ casado ___ unión libre ___ divorciado ___ separado _____

Viudo _____

Tipo de Familia: Nuclear _____ Extensa _____ Extensa Compuesta _____

Número de Integrantes de la Familia _____

Consultorio _____

Turno _____

Base de la familia

Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Codificación

CUESTIONARIO.

1.- ¿Es la primera vez que solicita atención médica a través de Cita Previa?

Si _____ No _____

2.- ¿Cuánto tiempo espero para obtener la consulta médica a través de la Cita Previa?

24 hrs _____ 3 días _____ 1 a 2 semanas _____ 1 mes _____

3.- ¿Con qué frecuencia acude a consulta utilizando la Cita Previa?

Menos de un mes _____ Mensual _____ Cada 2 meses _____

4.- ¿Este día cómo obtuvo su cita médica?

Cita Previa _____ Cita concertada _____ Espontáneo _____

5.- ¿Le fue accesible obtener la cita con su Médico Familiar?

Si _____ No _____

6.- ¿A través de que medio solicitó su Cita Previa?

Por teléfono _____ Personalmente _____

- 7.- ¿Cuántas veces ha solicitado consulta a través del programa de Cita Previa?
1 a 3 veces 3 a 5 veces 5 o más veces
- 8.- La indicación de solicitar la Cita Previa fue de:
El Médico Familiar _____ De Usted _____ De otros servicios _____
- 9.- ¿Le explicó la Asistente Médica sobre el Programa de Cita Previa?
Sí _____ No _____
- 10.- ¿El tiempo que esperó para recibir consulta fue de?
Menos de 30 min. _____ 30 min. _____ 45min _____ Más de 45 min. _____
- 11.- El Médico Familiar fue puntual al atenderlo?
Sí _____ No _____
- 12.- ¿El tiempo que el médico le dedico en la consulta es?
Suficiente _____ Insuficiente _____
- 13.- ¿Cómo es la comunicación con su Médico Familiar?
Excelente _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____
- 14.- ¿Cómo lo ha atendido su Médico Familiar?
Excelente _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____
- 15.- ¿La información que le dio su Médico Familiar sobre su estado de salud fue?
Suficiente _____ Insuficiente _____ Ninguna _____
- 16.- ¿La confianza que le inspiro su Médico Familiar?
Excelente _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____

17.- ¿Existe disponibilidad por parte de su Médico Familiar?

Sí _____ No _____

18.- Cuando se ha presentado a consulta ¿Le han resuelto sus problemas de salud?

Siempre _____ Alguna vez _____ Nunca _____

19.- ¿El personal de salud le ha informado que es importante su participación para curarse o mejorar sus salud?

Siempre _____ Alguna vez _____ Nunca _____

20.- La atención médica que recibió el día de hoy fue:

Buena _____ Regular _____ Mala _____