



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA: CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "IGNACIO CHÁVEZ"

LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

LIDIA IVETTE PINEDA VALDEZ

Director de Tesis

Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas

Número de Registro: (ISSSTE)

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION EN UNA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR**



Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en

Medicina Familiar

Lidia Ivette Pineda Valdez

Autorizaciones

Dr. Miguel Ángel Hernández Hernández

Profesor Titular del Curso de Especialidad Medicina Familiar

Clínica de Medicina Familiar

Dr. Raúl Efrén Ponce

Asesor de Tesis

Dr. Gustavo A. Castro Herrera

Jefe de División de Enseñanza e Investigación

del ISSSTE

Dra. Nelly del Socorro Solano

Directora de la Clínica Dr. Ignacio Chávez

Dr. Luis Blanco Loyola

Coordinador de Enseñanza e Investigación de la Clínica de Medicina Familiar

Dr. Ignacio Chávez



**LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION EN UNA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR**

Trabajo que para Obtener el Diploma de Especialista en

Medicina Familiar:

Lidia Ivette Pineda Valdez

Autorizaciones:

Dr. Francisco Javier Fulvio Gómez Clavelina

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

de la Facultad de Medicina

U.N.A.M.

Dr. Felipe de Jesús García Pedroza

Coordinador de Investigación de la Subdivisión

de Medicina Familiar de la

Facultad de Medicina Familiar

U.N.A.M.

Dr. Islas Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de

Medicina Familiar de la Facultad de Medicina

U.N.A.M.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mi esposo,
padres y hermanos que los amo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi esposo por su apoyo ayuda, paciencia y amor para realizar este proyecto que se llama residencia medica, a mis padres por su amor desmedido, además de siempre estar conmigo en todos los proyectos y realizar mis sueños , a mis hermanos por su paciencia y cariño.

A todas las personas que de alguna manera me han ayudado a realizar este proyecto.

Gracias a todas esas personas que me ha ayudado a realizar mis proyectos de vida, profesionales y mis anhelos.

GRACIAS

INDICE

1.- Marco teórico.....	8
1.1 Definición de continuidad.....	8
1.2 Modelos de atención	10
1.2.1 Estados unidos.....	10
1.2.2 Canadá.....	11
1.2.3 Cuba.....	12
1.2.4 Inglaterra.....	13
1.2.5 Francia.....	14
1.2.6 México	14
1.3 Niveles de atención en México.....	16
1.4 Clasificación de los sistemas de salud en México.....	16
1.5 Medicina Familiar.....	17
1.5.1 Definición de medicina familiar.....	17
1.5.2 Definición de medico familiar.....	17
1.5.3 Perfil del medico familiar	17
1.5.4 Ejes que sustentan la practica de la medicina familiar.....	20
2.- Problema.....	23
3.- Justificación.....	24
4.- Objetivos.....	25
5.- Diseño metodológico	26
5.1 Diseño general del estudio	26
5.2 Tipo de estudio	27
5.3 Población, lugar y tiempo.....	27
5.4 Criterios de sección.....	27
Criterios de inclusión.....	27

Criterios de exclusión.....	28
Criterios de eliminación.....	28
5.5 Tipo y tamaño de la muestra.....	28
5.6 Variables.....	28
5.7 Definiciones conceptual y operativa.....	30
Definición conceptual de la continuidad de la atención	30
Definición operacional.....	30
5.8 Método de recolección dela información.....	30
5.9 Análisis de la información.....	31
5.10 Consideraciones éticas.....	31
Declaración de Helsinki,2013(fortaleza Brasil).....	31
Reglamento de la ley federal de salud en materia de investigación para la salud Vigente en México	35
Articulo 17 riesgo tipo 1(sin riesgo).....	35
5.11 Recursos humanos, servicios, material, y financiamiento.....	36
5.12 Cronograma.....	37
6.- Resultados.....	38
7.- Discusión y conclusiones.....	44
8.- Anexos.....	46
9- Bibliografía.....	49

LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

1.- MARCO TEÓRICO

1.1- DEFINICIÓN DE CONTINUIDAD

Continuidad en el tiempo, asegura una interacción médico-paciente-familia prolongada, con atención de cada dolencia hasta controlarla, del riesgo hasta retirarlo compensarlo, y con seguimiento regular de los problemas crónicos¹.

Se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un modelo longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación².

El ejercicio de la medicina familiar implica la atención integral y dentro de la continuidad de la atención, misma que da respuesta a que el paciente y la familia demandan una relación personal estrecha con el medico familiar, y en lo general con los servicios de salud. Esto implica un reto para el medico y los servicios que ofrece la institución, pues representa disponibilidad para la atención de salud o enfermedad del individuo, sin distinción de edad, tipo de padecimiento y del lugar donde requiera los servicios, sea este el consultorio, hogar, hospital o en el área de urgencias. Esta responsabilidad no esta limitada por la duración de la enfermedad y solo termina cuando el medico o el paciente resuelven darla por finalizada.

La longitudinalidad de la atención entraña para el medico la responsabilidad de ser consejero, interprete, protector e integrador de los servicios de salud, tanto en un mismo nivel de operación como entre niveles distintos, continuidad vertical y horizontal. Se refiere a la constancia de las actividades ordenadas y secuenciadas que realiza el medico familiar, aunque este siendo atendido por otros especialistas, con apoyo personal de salud, durante toda la vida del individuo desde la concepción hasta la muerte, en cualquier etapa del ciclo de vida familiar, en salud como en enfermedad, y en coordinación con los otros niveles de atención, entre estos el primer nivel; se diferencia porque es continua durante toda la vida.

La continuidad de la atención tiene un costo beneficio que asume la institución y por supuesto el paciente, en la atención integral este precepto exige mas conocimiento medico, mayor apoyo al equipo de salud y corresponsabilidad del individuo y la familia.

El que decide cuando cita al paciente para el control es principalmente el medico y le corresponde cuidar que la atención no se de en los extremos de una excesiva consulta biologista, con deficiente relación interpersonal medico paciente y/o medico familia, o en una buena relación interpersonal, pero con pobreza en el desempeño, ambas resultan caras y de mala calidad.

Una atención continua de esta manera aporta escasos beneficios y merma el bienestar individual y social por el uso adecuado de recursos. Una buena atención medica se relaciona principalmente con la competencia profesional, infraestructura de tecnología para el diagnostico y suficiencia en el cuadro básico para el tratamiento, pero también en una apropiada relación interpersonal medico-paciente.⁸

Proveer continuidad a la atención, como responsabilidad del medico de familia con los individuos de una población asignada para su práctica, atraviesa todos los aspectos importantes de la Medicina Familiar: primer contacto, responsabilidad longitudinal, integración de los cuidados y conocimiento de la familia como una unidad de atención.

Ser el médico de primer contacto significa tanto ser el médico más cercano al paciente como ser el primer médico que éste contacta. Ello comprende la responsabilidad de ser el abogado personal, protector, intérprete e integrador de los cuidados para el paciente, no importa donde esté ni en que etapa de su enfermedad se pueda encontrar.

Starfield referido por Gálvez Ibáñez M. en su artículo Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Menciona las propuestas y alternativas secuencia de visitas en las que existe un mecanismo de transferencia de información.

La Continuidad Asistencial tiene 4 dimensiones fundamentales referencia. Refiriendo Gálvez Ibáñez M. a Brian Hennen, es jefe del departamento de Medicina de Familia en la Universidad de Western Ontario en Canadá en su artículo Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas.

1. Cronológica: atención a lo largo de la historia natural de cualquier enfermedad.
2. Geográfica: El médico más cercano a las personas. Atención a domicilio.
3. Interdisciplinaria: no fragmenta a los individuos para tratarlos, los considera en su conjunto y en su entorno.
4. Interpersonal: Relación médico médico-paciente, relaciones con la familia del paciente

Podría haber *Continuidad sin Longitudinalidad* si la atención fuese prestada por diferentes profesionales a lo largo de las diferentes etapas de la vida, diferentes

padecimientos, gravedad de los mismos o lugares de atención, a condición de que esos profesionales trabajasen coordinadamente y compartiendo los mismos objetivos.

Podría decirse que Continuidad Asistencial sería una, o varias, longitudinalidades coordinadas.⁹

y relaciones interprofesionales.

1.2.- MODELOS DE ATENCIÓN

1.2.1.-ESTADOS UNIDOS

El "sistema" de salud de los Estados Unidos considerado como el "no-sistema", descansa fundamentalmente en las fuerzas del mercado. Los mecanismos para proveerse de salud son muy amplios, desde los seguros privados de salud hasta mecanismos de apoyo a la población más pobre (Medicaid) y a los ancianos de escasos recursos (Medicare).

A pesar de ser el país donde el gasto en salud es más grande (14% del PIS), su cobertura de salud es deficiente. Se estima que el 15% de la población (alrededor de 35 millones de habitantes) no tienen acceso. La población con mayores problemas para la atención es la correspondiente al segmento por encima de los más pobres, que no califica para Medicaid y no tiene suficientes ingresos para pagarse un seguro privado de salud. El mercado de servicios de salud ofrece la más amplia gama de opciones del mundo pero acompañada de descoordinación, inequidad, altos costos e ineficiencia.

El gobierno da un importante apoyo al desarrollo científico y tecnológico en salud, pero no regula ni el ritmo ni la conveniencia de su incorporación, menos su impacto sobre los costos. La regulación se restringe al área de mayor o menor seguridad de los productos con la finalidad de proteger al consumidor. El gobierno igualmente fomenta la información al usuario de los servicios, promueve opciones como la "segunda opinión" y "el consentimiento informado". No existe atención por niveles con gran auge de la especialidad, aunque en los últimos años viene promoviéndose el médico de familia. Los resultados de salud de los EE.UU. son inferiores a los otros países desarrollados que gastan menos, siendo el grado de satisfacción de los usuarios variable de acuerdo a la oportunidad de acceso a los servicios.

El cuidado médico en los Estados Unidos es generalmente de muy alta calidad. El gobierno vigila de cerca las empresas y servicios que se dedican a esto. Hospitales, clínicas, escuelas médicas y compañías farmacéuticas deben cumplir con las regulaciones gubernamentales. Doctores, enfermeras y cualquier otro personal médico deben ser licenciados y llegar a ser especialistas médicos les tomara generalmente 15 años de estudios rigurosos. El alto nivel de tecnológico disponible en el país contribuye a una atención de calidad, y en promedio cada hospital tiene millones de dólares en equipos de última tecnología.

Cuando se busca cualquier tipo de asistencia médica en los Estados Unidos, hay muy pocos servicios gratuitos y la mayoría de ellos son costosos. A diferencia de otros países, hay muy pocos programas subsidiados por el gobierno, a excepción de uno para personas mayores de 65 años quienes hayan cotizado en el seguro social (Medicare) y uno para las personas en pobreza extrema (Medicaid). Por eso la industria de los seguros médicos es determinante para los estadounidenses, aunque no se exige legalmente la mayoría de los habitantes de este país tienen algún tipo de seguro médico, se le recomienda que usted haga lo mismo y así pueda obtener atención de calidad en caso de que la necesite usted o algún miembro de su familia. Debe ser consciente que este tipo de seguro de salud puede significar un costo económico mensual importante dependiendo de sus necesidades.

1.2.2.- CANADÁ

Canadá representa un sistema intermedio entre el Servicio Nacional de salud inglés de carácter público y el sistema de mercado de los EE.UU. Es un sistema único donde el Estado tiene la importante función de financiador y regulador del sistema y el sector privado, sin ánimo de lucro, tiene a su cargo la prestación de los servicios.

Su financiación proviene de cotizaciones obligatorias para salud y de aportes federales y provinciales, derivados de impuestos generales. Existen seguros privados pero muy escasos.

Los hospitales son pagados con base en presupuestos globales anuales de acuerdo con la producción histórica y las posibilidades y necesidades de nuevos servicios. Los médicos son remunerados sobre la base de pagos por acción, pero sus aranceles son negociados. El sistema mantiene un mecanismo de negociación bilateral entre las asociaciones provinciales de proveedores y las asociaciones provinciales de médicos, estableciendo la naturaleza de los servicios, los presupuestos para los hospitales y los aranceles para los médicos. No pueden sobrepasarse los montos globales de los recursos asignados para cada provincia. Los pacientes tienen libertad para elegir el proveedor de su predilección, pero en la atención ambulatoria deben cancelar copagos.

Por mandato de la Constitución, la atención en salud es responsabilidad de las provincias y cada una tiene un plan de seguro de salud propio que incluye la universalidad del alcance de los servicios, la posibilidad de transferir la cobertura de seguro de una provincia a otra y la gestión pública del seguro de salud sin fines de lucro.

El Estado tiene gran injerencia en el desarrollo e introducción de nuevos recursos físicos y tecnológicos, así como en la formación de recurso humano en salud. El gasto en salud ha venido creciendo en los últimos años, situándose en la década de los 90 en cerca del 9.5% del PIS. El status de salud es uno de los más altos del mundo.

El sistema de salud canadiense es financiado por el gobierno y se basa en cinco principios: es accesible a todos independientemente de sus ingresos, ofrece servicios

completos, es de gestión pública, es de acceso universal a los ciudadanos y residentes permanentes, y se aplica dentro y fuera del país.

Las normas del sistema de salud son establecidas por el gobierno federal y son administradas localmente por cada provincia y territorio, que tienen sus propios planes de salud que cubre las necesidades de los servicios médicos. En general, los costos de los servicios médicos son pagados por primas mensuales y/o a través de los impuestos sobre la renta. Los gobiernos provinciales y territoriales son responsables de financiar el sistema público de salud y de atención médica. Por lo tanto, cada jurisdicción ofrece distintos servicios y planes de seguro médico gratuito y los medicamentos con receta, por ejemplo, difieren de una provincia a otra. Según la provincia, servicios dentales y de visión pueden no estar cubiertos pero en muchos casos los empleadores aseguran a sus empleados a través de compañías privadas de seguros.

Uno de los principios básicos del sistema canadiense de salud es que se aplica en todas partes. Sin embargo, eso es cierto al 100% solo entre las provincias. Cuando un canadiense viaja al extranjero, los servicios de salud cubiertos son limitados, o sólo parcialmente cubiertos, por lo que la mayoría de los canadienses prefieren adquirir un seguro privado para el viaje.

Canadá ofrece un seguro de salud gratuito para todos sus ciudadanos y residentes permanentes. Las provincias de **Quebec, Columbia Británica, Ontario y Nuevo Brunswick** tienen una espera de tres meses para los nuevos residentes permanentes antes de tener derecho al sistema de salud pública. La mayoría de ellos prefieren comprar un seguro médico privado temporal en espera de su c, expedida por la oficina local del Ministerio de Salud.³

1.2.3.-CUBA

El modelo cubano actúa a través de equipos básicos constituidos por un médico y una enfermera de la familia, los cuales tienen como base de trabajo un consultorio vivienda ubicado en el sector que les ha sido adscrito. Ellos atienden a una población de alrededor de 150 a 300 familias, lo que corresponde a unas 700 a 1500 personas. El contacto continuado con todos los miembros de estas familias, tanto en el consultorio como en sus domicilios humaniza esta atención y la rentabiliza notablemente en lo referente a las actividades preventivo-promocionales. Ellos se complementan con policlínicos en los cuales existe un grupo básico de trabajo multidisciplinario, integrado por especialistas en Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Médico General Integral, Licenciado en Psicología, enfermera supervisora, técnico de estadísticas, técnico en Higiene y Epidemiología y técnico en Trabajo Social. El grupo cumple funciones asistenciales, docentes y gerenciales, dirigidas a incrementar la calidad de la atención a la salud de la población. El trabajo dentro del Plan del Médico y la Enfermera de la Familia cubano tiene dos etapas centrales, a) el Análisis de la situación de salud (ASS): Proceso de identificación de problemas de salud, priorización de los mismos y elaboración de un plan de acción para su modificación con la participación activa de la comunidad; y b) la Dispensarización: observación permanente y dinámica a individuos, familia y comunidad con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva, desarrollando las prestaciones para devolver la salud a cada uno

de ellos según un enfoque de riesgo y el grupo en el que se encontraran, y abordando a las familias y comunidades como un todo

1.2.4.- INGLATERRA

Ha sido considerado el paradigma de 105 sistemas de servicios de salud. Es un servicio nacional de salud, es decir, un sistema único, público, con cobertura universal. Se financia con recursos provenientes de impuestos y de cotizaciones obrero patronales. La participación del

Estado en el financiamiento es del 87%, permitiéndole a éste control total del desarrollo de infraestructura, introducción de nuevas tecnologías y regulación del desarrollo de los recursos humanos a provisión de los servicios hospitalarios está centrada en entidades de salud estatal y la atención ambulatoria en manos de los General Practitioners (GPs) que son médicos que ejercen en forma independiente, pero ligados al sistema de salud al proporcionar la atención primaria y consultas generales. Siendo remunerados por capitación (cantidad fija por persona por un período determinado), según el número de personas voluntariamente registradas en su lista. Es el quien efectúa las remisiones a los niveles de atención de mayor complejidad, lo que lo

El sistema tiende a privilegiar la atención primaria con profesionales, lo cual ha llevado recientemente a desarrollar la figura del fideicomiso, en la cual, grupos de GPs que congregan en conjunto un número apropiado de adscritos, puedan manejar la totalidad del financiamiento asignado por el sistema, negociando con los hospitales según los precios, calidad y la conveniencia de los servicios ofrecidos mantienen enterado de la evolución y seguimiento posterior del paciente.

El financiamiento de los hospitales es vida presupuesto transferido por el sistema, pero se está buscando generar competencia interna que sustituirá el financiamiento presupuestario por uno negociado con grupos de GPS. Esto es, se aspira a reforzar, paulatinamente, el rol de las fuerzas de mercado, teniéndose en cuenta que su adecuado funcionamiento necesariamente requiere de usuarios conscientes e informados. Con estas medidas se espera no sólo controlar el incremento de costos sino disminuir la insatisfacción de los usuarios por las demoras o la calidad en la prestación del servicio.

Los indicadores de salud de Inglaterra están entre los mejores del mundo y sin embargo, no es el país de mayor gasto en salud. El gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto es de aproximadamente el 6%. Existen seguros privados de reducida pero creciente importancia.³

1.2.5.- FRANCIA

Francia tiene un sistema de salud bien desarrollado, con amplia libertad de elección. para garantizar el bienestar de sus ciudadanos. Cerca del 70% de los costos de la

atención médica son pagados por contribuciones obligatorias y por impuestos recaudados entre los empleadores y los trabajadores individuales. Cada familia se ocupa de pagar los costos restantes mediante un seguro privado a el pago directo.

La administración de los recursos para el sector está en manos de entidades regionales denominadas Fondos de Seguros de Salud (FSS). Estos negocian con las asociaciones profesionales, aranceles dentro de un marco establecido por el gobierno. Una vez alcanzados los acuerdos deben ser sancionados por el propio gobierno. Esto garantiza una adecuada compensación y permite que la producción de servicios de salud se mantenga dentro de los rangos especificados. El usuario, de manera tradicional, ha contribuido con pagos.

Los hospitales públicos son financiados por la vida presupuestaria, mientras que los privados son por el método perdien. A pesar de existir un importante sector privado, el Estado regula el desarrollo e incorporación de nuevas tecnologías, la construcción de nuevas instalaciones, la formación de médicos y las condiciones de ejercicio profesional.

El status de salud de los franceses está entre los más altos del mundo aunque su gasto en salud viene creciendo en forma importante (6.7% del PIB).⁴

1.2.6.- MÉXICO

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SSa y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSa y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales

privados.⁵

En México la Medicina Familiar, cuyo nacimiento se remonta a los primeros años de la década de los 50 , ha alcanzado un notable desarrollo dentro de la Atención Primaria . Así, en de un primer nivel de la Atención, que cuenta con centenares de Unidades o Clínicas de Medicina Familiar, existe una amplia cobertura de familias con adscripción poblacional a equipos de Medicina Familiar. En este contexto, cada médico familiar atiende entre 2000 a 3000 personas que están bajo su cuidado. Para ello, los equipos de salud cuentan con amplias facilidades como infraestructura adecuada, expediente electrónico, adecuada interrelación con los niveles secundario y terciario, tanto para referencia de pacientes como de muestras para exámenes auxiliares y otros requerimientos

En este sistema, y particularmente en el IMSS, se está alcanzando el estándar óptimo planteado por diversos autores especializados de contar con un médico familiar por cada especialista. Así, en el IMSS, para la atención no especializada, el 90% de los pacientes están adscritos a consultorios de medicina familiar y las dos terceras partes de ellos son atendidos por médicos especializados en Medicina Familiar, aunque existe un remanente de población atendida por médicos generales con cursos de Medicina Familiar. Para lograr esta gran cantidad de médicos especialistas en Medicina Familiar y médicos generales con conocimientos en estas materias, en dicho país se desarrolló un modelo exitoso de formación de profesionales con especialidad en Salud Familiar, tanto por la vía convencional del residentado médico dependiente de la propia Seguridad Social pero con aval universitario, como por la vía alternativa de la reconversión para profesionales que laboran en establecimientos de Atención Primaria

No obstante, y a pesar de los avances del sistema, aún la cobertura es insuficiente en términos de país, y persisten enormes brechas para ser cubiertas de modo que el modelo realmente cubra a la población mayoritaria de un modo satisfactorio. Así, dado que en México éste es un modelo que tiene su mayor expresión en la Seguridad Social propiamente dicha —su desarrollo es aún incipiente en los servicios de la Secretaría de Salud, y puesto que para el año 2008 el 42,5% de la población estaba afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) , puede decirse que poco más de cuatro de cada diez mexicanos acceden a este tipo de servicio Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).⁶

1.3- NIVELES DE ATENCIÓN EN MÉXICO

1er.- Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad operativa directa del beneficiario. Fundamentalmente comprenden acciones primarias ambulatorias y de baja complejidad. Comprende: Prevención, Promoción de la Salud, Consulta por Médico de Cabecera, Urgencias.

2do.- Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad referencial. Se desarrollan acciones preventivas secundarias, especializadas, ambulatorias y de internación de mediana complejidad. Comprende: Atención Ambulatoria Especializada, Prácticas diagnósticas y tratamiento, Internación.

3er.- Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad indirecta. Se desarrollan acciones de prevención secundaria y terciaria, ambulatorias y de internación de alta complejidad y muy especializadas. Comprende: Alta Complejidad, Atención Médica para Crónicos, Internación de larga estadía.

1.4- CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SERVICIO DE SALUD EN MÉXICO

Existen diferentes formas de clasificar los sistemas de servicios de salud. Estas dependen del aspecto alrededor del cual se quieran agrupar: organización, financiamiento, modelo de salud, etc. En relación a su organización podría clasificarse así:

1.4.1-SISTEMA UNICO DE SALUD EN MÉXICO

- **Asistencia pública**

Estructura única, pública, financiada con recursos del Estado. Cobertura universal. Ej. Cuba, Mongolia.

- **Seguridad social**

Red única de servicios o mezcla de oferentes pero con una normatividad común. Su cobertura es universal y se financia fundamentalmente con contribuciones obrero-patronales. Ej. Alemania, Costa Rica.

- **Sistemas mixtos**

Ausencia de normatividad común. Coexistencia de diferentes sectores prestadores de servicios con diferente desarrollo. Deficientes coberturas con duplicidad . Ej. EE.UU., algunos países latinoamericanos.

- **Según la financiación y provisión de la asistencia sanitaria**

- **Servicio nacional de salud.** Cobertura universal y financiación fundamentalmente a partir de impuestos generales.
- **Seguridad social.** Cobertura universal y financiación fundamentalmente por contribuciones obrero-patronales.
- **Aseguramiento privado.** Cobertura con déficit. Financiación en su mayor parte a través de empresas privadas de seguros.³

1.5.- MEDICINA FAMILIAR

1.5.1 DEFINICIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Es la especialidad y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como la enfermedad del individuo y su familia.

1.5.2-DEFINICIÓN DE MÉDICO FAMILIAR

Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud – enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración del contexto biológico, social y psicológico.

1.5.3- PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR

Para definir el perfil del medico familiar se considero conveniente la elaboración de una tabla, en el especifican las áreas en las que se desempeñan su ejercicio profesional, así como los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actitudes que se deben desarrollar en cada una de ellas. La referencia fue tomada de la 1ª Reunión de Consenso Académico de Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud 2005, Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias, Código de Bioética en Medicina Familiar.⁷

AREA	CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	ACTITUDES Y VALORES	ACTIVIDADES
Asistencial	.Atención primaria .Perfil epidemiológico .Los clínicos requeridos por las necesidades de atención relacionados con el perfil epidemiológico .Modelos de relación medico paciente .Conocimientos bioéticos .De ciencias sociales .Estudio de salud familiar . Informática	. ser efectivo y eficiente .orientador .Relación afectiva medico-paciente-familia .Tomador de decisiones compartidas .detección oportuna de enfermedades indiferenciadas .Usuario de modelos de abordaje de la atención medica mas adecuada al problema de la salud que enfrenta .capacidad resolutive y/o de referencia .valor con justicia los elementos subjetivos y objetivos durante la practica	. Respeto al individuo y su contexto . Responsable . Humanista . Consiente de sus alcances y limitaciones profesionales . Consiente de su compromiso social . Respeto a las normas éticas . Compromiso y solidaridad en el vinculo con el individuo y su familia . Compromiso de seguimiento del paciente durante su atención medica . Compasión	. atención clínica continua integral y con la comunidad . orientar a la familia . trabajar en equipo . prevención, curación, rehabilitación y paliación . Atención del 1er contacto . Atención centrada en la persona y familia . Tomar decisiones compartidas . Detectar oportunamente . Manejar de forma integral a los padecimientos agudos y crónicos . utilizar modelos de atención medica adecuada al problema de salud que enfrente .atención de los pacientes en

		.capacidad empática	. Sinceridad . Honestidad . Liderazgo	diversos escenarios
Administrativa	.Administración de los servicios . Economía y salud . Liderazgo . Leyes y reglamentos e materia de salud	. Gestor en coordinación con el equipo de salud . Optimización de los recursos	. servicios . Honradez . Respeto a los individuos e instituciones	. coordinar al equipo de salud . Optimizar recursos . Promover el desarrollo organizacional de los diversos escenarios de trabajo
Educativa	. Educación medica . lectura critica . lectura de textos médicos en ingles . informática	. Educación y promoción de la salud . Asesor . evaluación de los programas educativos . formador de nuevos recursos humanos	.Ética . Rigor metodológico . Compromiso con su desarrollo profesional . compromiso y respeto con sus educandos	. Educar . promover la salud . asesorar . Desarrollar y actualizar sus conocimientos y habilidades
Investigación	Metodología de investigación . Estadística . Informática	. Evaluación de los resultados de la investigación y su plicacion practica	.Ética . Rigor metodológico	. Planear, diseñar y conducir proyectos de investigación y difundirlos en los medios existentes

La medicina familiar es una especialidad que se encarga de mantener la salud en todos aspectos analizando y estudiando el cuerpo humano en forma global.

Es una especialidad horizontal en amplitud de predominio clínico que comparte el conocimiento y destrezas de otras especialidades e integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales capaz de resolver el 90 – 95% de los problemas de salud, proporcionando Cuidados Continuos e Integrales del individuo, su familia y su comunidad que incorpora todas las edades, sexo, sistemas o enfermedades (Amplio Campo de Acciones), con particular énfasis en la Medicina Humanística, la Relación Médico – Paciente - Familia, los Aspectos educativos, Preventivos clínicos, la Medicina Integrada, y la Medicina Coste – Efectiva.

Es el médico del primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, con atención continua, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir del individuo, a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (Medicina Integral), además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (Medicina Integrada), intercesor y abogado del paciente (Gerente de los recursos de salud), con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo-

efectivas (Medicina Costo – defectiva), capaz de resolver el 95% de los problemas (desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos), experto en la relación médico-paciente-familia-comunidad, comprometido con la persona (comprende sus dolencias, emociones, esperanzas) Medicina Humanística con un alto nivel profesional, técnico, investigativo y académico permanentemente actualizado.

La Atención Primaria de Salud (APS) y la Medicina Familiar son ámbitos estrechamente relacionados y la APS es el terreno de actuación fundamental del Médico de Familia, mientras que la Medicina Familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS. Es decir, la APS es la estrategia y la Medicina Familiar la disciplina para realizarla.

Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades.

El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria, la atención que otorga es integral y continua, lo cual se contrapone a la atención esporádica y fragmentada de otros especialistas, esta atención se lleva a cabo en el consultorio, en el hogar del paciente y en los propios servicios hospitalarios.

A lo largo de su práctica reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. Es el coordinador de los recursos disponibles en la comunidad, para la atención de los problemas de salud.

Es por excelencia un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes, cada contacto con ellos es para él una oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud, sin que por ello se limite su capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población.

Busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él. Esta actitud permite fortalecer la relación médico-paciente evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica.

El médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Por lo que con frecuencia deben atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico de múltiples padecimientos.

El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo.

1.5.4- EJES QUE SUSTENTAN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

- **LOS ATRIBUTOS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES**

Las características fundamentales de la medicina familiar y sus atributos es que llevan a los médicos familiares a contribuir sustancialmente a los sistemas de cuidados en salud en todos los países a pesar de estos sistemas de cómo son planeados, organizados y manejados. El equipo de trabajo para el desarrollo administrativo y profesional de la práctica de la medicina familiar y general en Europa (WHO/EURO, 1988) refleja la culminación de un proceso consultivo amplio-Europeo, sobre una década, iniciado por la oficina regional Europea de la organización mundial de la salud. Este grupo resume los atributos de la práctica de la medicina familiar como sigue:

- **General**

La medicina familiar incluye los problemas de salud no seleccionados de la población entera; esta no excluye ciertas categorías de la población como; edad, sexo, clase social, raza o religión o cualquier categoría de queja o problema relacionado con la salud. Esta debe ser fácilmente accesible con mínimo retraso; el acceso no debe ser limitado por barreras geográficas, culturales, administrativas o financieras.

- **CONTINUO**

la medicina familiar es centrada en la persona mas que en la enfermedad. Esto es basado en una larga y estrecha relación personal entre el medico y el paciente, cubriendo cuidado de salud individual longitudinal, sobre periodos sustanciales de su vida sin ser limitada a un episodio particular de la enfermedad.

- **COMPREHENSIVA**

La medicina familiar provee promoción de salud integrada, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación y apoyo físico, social y psicológico a los individuos, e integra aspectos éticos y humanísticos de la relación medico paciente y la decisión clínica.

- **COORDINADO**

La practica de la medicina familiar puede tratar con muchos de los problemas de la salud presentados por individuos en su primer contacto con el medico, pero es necesario que el medico refiera acertada y oportunamente con el especialista u otro personal de la salud. En estas circunstancias el medico debe informar a los familiares acerca de los servicios disponibles y como hacer mejor uso de ellos y debe ser el coordinador y consejero del apoyo que los pacientes reciben. El medico familiar debe actuar como un manejador en relación a otros proveedores del cuidado social y de salud, aconsejando a sus pacientes en materia de salud.

- **COLABORADOR**

El medico familiar debe estar preparado para trabajar con otros médicos, proveedores de servicio social y de salud, delegando a ellos el cuidado de sus pacientes cuando sea apropiado, respetando la competencia de otras disciplinas. Ellos deben contribuir a participar activamente en el buen funcionamiento multidisciplinario de los equipos de salud y deben estar capacitados para ejercer liderazgo en el equipo.

- **ORIENTACIÓN FAMILIAR**

La práctica de la medicina familiar incluye los problemas de salud de los individuos en el contexto de su circunstancia familiar, su rol social y cultural, y las circunstancias en las cuales ellos viven y trabajan.

- **ORIENTACIÓN COMUNITARIA**

Los problemas de los pacientes deben ser vistos en el contexto de su vida en la comunidad local. El medico familiar debe ser consiente de las necesidades de salud de la población que vive en su comunidad y debe colaborar con otros profesionales, agencias de otros sectores y grupos de autoayuda para iniciar cambios positivos en problemas e salud local.

- **CONTRIBUCIONES DE LOS MÉDICOS FAMILIARES AL CUIDADO DE LA SALUD**

La única combinación de atributos que caracteriza a los médicos familiares también describe sus contribuciones al cuidado de la salud. Estas características provee el fundamento de sus roles como proveedores y sus funciones como equipos en el cuidado primario de la salud. Sus contribuciones también relata la manera en que los pacientes buscan cuidado dentro de sus comunidades.

○ **CONTINUIDAD**

se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

○ **ACCIÓN ANTICIPATORIA**

se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

○ **ESTUDIO DE LA FAMILIA**

permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar.(2)

○ **ATENCIÓN INTEGRAL**

De acuerdo con esta declaración, los componentes de la Atención Primaria de la Salud deben incluir, al menos, las siguientes características:

- Educación en relación con los problemas de salud prevalentes y los métodos para prevenirlos o controlarlos.
- Promoción del abastecimiento de alimentos y de una adecuada nutrición.
- Adecuado suministro de agua potable y de servicios sanitarios básicos.
- Atención de la salud materno infantil, incluyendo planificación familiar.

- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y las lesiones comunes.
- Provisión de medicamentos esenciales.

La mayor complejidad de los nuevos desafíos para la práctica médica demanda nuevos modos de organizar los servicios. Fenómenos como el envejecimiento poblacional y el mayor deterioro biológico de las poblaciones, el aumento de las comorbilidades como resultado de mejores tratamientos que permiten mayor sobrevida, es decir, más personas con más problemas, obligan a reformular los procesos de diagnóstico y manejo clínico y la interface de cuidados entre generalistas y especialistas.

La comorbilidad es casi la regla en los individuos con enfermedades. Esto es así porque las enfermedades no se distribuyen de manera aleatoria sino que se agrupan afectando a individuos particulares o subpoblaciones específicas. La comorbilidad impacta fundamentalmente sobre el uso de servicios ambulatorios, las hospitalizaciones o la ocurrencia de efectos adversos.

2.-PROBLEMA

La medicina familiar está basada en los tres ejes de atención. El cumplimiento de los tres ejes de atención, requiere de la identificación de estos en el ejercicio de esta especialidad. Con base en los conceptos de continuidad de la atención, se requiere de una organización y operación de los servicios que la propicie. Esto se manifiesta en la posibilidad de que un médico pueda dar seguimiento a los problemas de salud de sus pacientes. En la medicina institucionalizada, como es el caso de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, se espera que los pacientes se asignen a un consultorio médico de acuerdo con un sistema de sectorización, por colonias o barrios. Esto facilita que al solicitar consulta médica, los pacientes acudan siempre con su mismo médico. Sin embargo, el actual sistema de obtención de citas en esta unidad, no se lleva a cabo en la propia unidad médica, sino que, los pacientes deben solicitar por vía telefónica o mediante el uso de una página web, la cita correspondiente, la cual se otorga por saturación, es decir, de acuerdo con la capacidad de recursos y horarios establecidos en un sistema electrónico el cual es impersonal. Como consecuencia, los pacientes acuden a consulta con un diferente médico en cada ocasión.

La continuidad de la atención es el motivo de este estudio ya que es muy importante para mejorar la calidad de la atención y sobre todo para el bienestar del derechohabiente ya que al no acudir con un mismo médico cada mes se ve afectada la salud del enfermo ya que los médicos no conocen la historia clínica, tienen puntos de

vista diferentes por ello los diagnósticos no son correctos, los tratamientos no son los adecuados, la continuidad de la enfermedad no se lleva a cabo pero sobre todo la relación medico paciente esta afectada ya que no se establece una confianza con el médico debido a que no es el mismo del mes anterior.

La observación de la opinión de los usuarios de los servicios médicos en la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, permite identificar el problema, el cual se considera ubicado en la operación de los servicios médicos. La consecuencia de este problema se refleja en una disminución de la calidad de la atención en el componente de relación interpersonal, que finalmente, afecta a los demás componentes de la calidad de la atención. Es posible, que estos problemas, produzcan insatisfacción de los usuarios y como consecuencia, pérdida de tiempo, y disminución en el uso óptimo de los recursos.

Es necesario que analicemos detenidamente el problema y dimensionar la proporción de pacientes que perciben que el servicio recibido podría mejorar. La agenda de citas y la continuidad de la atención en la clínica es un punto importante a tratar debido que a largo plazo y a corto plazo el costo de medicamentos, las hospitalizaciones se aumentan por paciente esto a consecuencia de que los pacientes no acuden a sus controles mensuales por toda la problemática que consiste en la forma en que otorgan las citas para sus controles con los médicos familiares de la unidad

Por eso considero importante realizar este estudio ya que podríamos conocer a fondo la problemática que cada mes viven los pacientes todas las complicaciones que trae no tener continuidad de la atención, afectando principalmente a las patologías crónicas ya que estas son las que mas se merman debido a que son los pacientes que deberían acudir constantemente y recibir un tratamiento.

3.- JUSTIFICACIÓN

El estudio que se pretende realizar es de trascendencia en el sentido de que se conozca el porcentaje de pacientes los cuales manifiesten su satisfacción o desacuerdo con la forma actual de agendar las citas o los pacientes, punto importante es conocer si los pacientes consideran adecuado satisfactorio al hecho que no es el mismo médico quien los atiende cada mes si no uno distinto, así como la calidad de la atención que se le brinda con el método de agendar citas en la unidad Ignacio Chávez.

Esta estudiado en México que las instituciones gastan sumas considerables de dinero por paciente en atender las complicaciones y no resolvemos las medidas preventivas en las cuales trabajamos desde hace muchos años sin lograr conseguir una buena prevención de la enfermedades crónicas o infectocontagiosas, dentro de las prevención esta también conseguir que los pacientes sean constantes en sus citas y vigilar la efectividad del tratamiento y sobre todo que lleven al pie de la letra las indicaciones proporcionadas, una buena dieta y medidas preventivas.

Es muy bien conocido que si existiera una verdadera prevención nuestro país no gastara tanto en atender las complicaciones, de procurar en bienestar de los pacientes y tener mejores servicios de salud empezando con los médicos del primer contacto como la medicina familiar ahorraríamos muchos millones además no seríamos un país con el primer lugar de enfermedades crónico degenerativas además de el primer lugar de complicaciones de estas.

La continuidad de la atención es muy importante para los pacientes y hasta para el mismo sistema de salud ya que de no haber esta los pacientes presentan problemas y no acuden a la citas afectando la salud ya que no se le cita con el mismo medico los cambian cada mes de doctor, no conocen su historial clínico, no conocen sus patologías, cada medico tiene diferentes opiniones, cada uno da diferentes diagnósticos, no se establece un adecuada relación medico paciente esto trae consigo que los pacientes no acudan y no lleven buen control de sus padecimientos debido a que con la problemática antes mencionada no hay continuidad de la atención y si a esto le sumamos la forma en que se otorgan las citas las patologías existentes se complican.

La continuidad de la atención es muy importante para mejorar la calidad de la atención y con esto mejor los servicios de salud en la unidad, ya que al realizarlo conoceremos cuan bien o mal estamos otorgando los servicios de salud en la unidad con esto podríamos implementar medidas para mejorar los servicios en la unidad y realizar una mejor medicina familiar así como mejorar el primer nivel de atención.

4.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

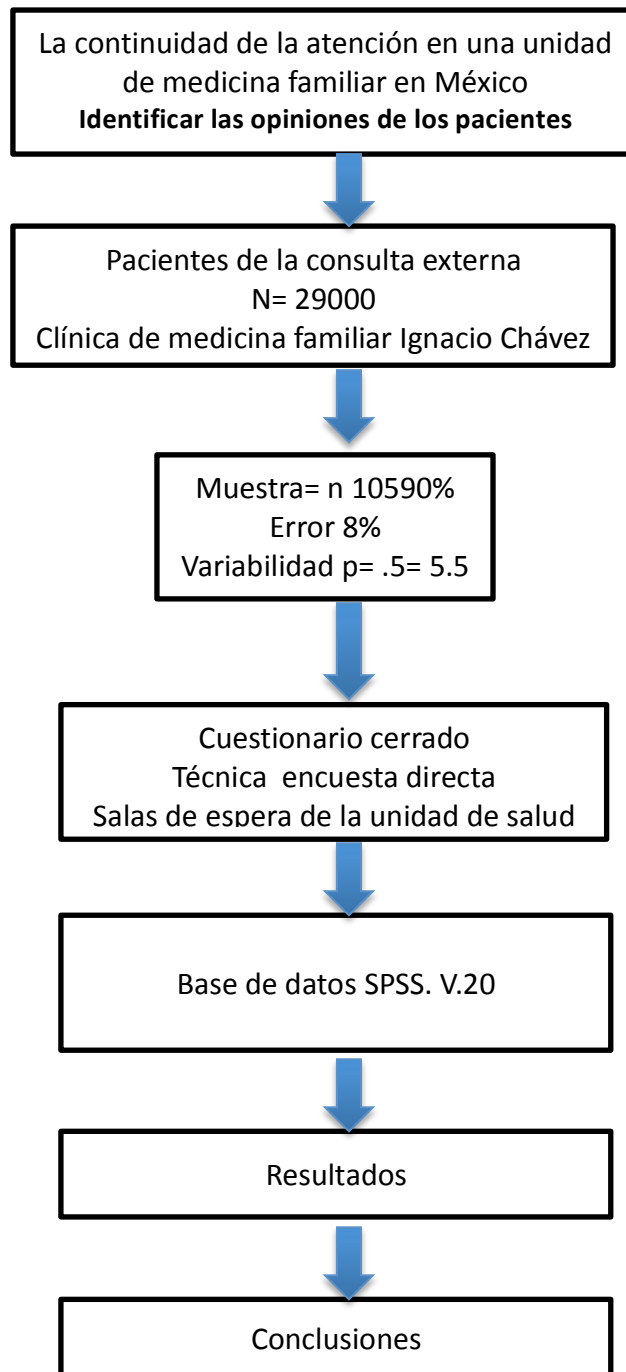
Identificar las opiniones de los pacientes relacionados con la continuidad de la atención de los servicios de medicina familiar en la clínica Ignacio Chávez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar una encuesta mediante un cuestionario que evaluara la opinión de los usuarios médicos de la clínica Ignacio Chávez del issste.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1- DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO



5.2- TIPO DE ESTUDIO:

El área de investigación que se realizara en este estudio es en el área tradicional sociomedica,

Clasificación de la investigación en la atención primaria: evaluaremos los servicios de salud otorgados en la clínica Ignacio Chávez del ISSSTE.

Tipo de estudio: prospectivo

Según el periodo y secuencia del estudio: transversal

Según el número de mediciones, grupos de estudio e intención comparativa: descriptivo, no aleatorizado

Según la introducción, manipulación y control: observacional

5.3- POBLACION LUGAR Y TIEMPO:

POBLACIÓN:

La población la cual se estudiara en este protocolo son los derechohabientes de la clínica de Medicina Familiar " Dr. Ignacio Chávez " del ISSSTE.

LUGAR:

México Distrito Federal

TIEMPO

Se realizara en un periodo de tiempo de un año que va desde el 1 de febrero del 2014 al 28 de febrero del 2015.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Si presentar enfermedades crónico degenerativas

Si son derechohabientes de la clínica

Si acuden mas de 2 ocasiones al mes a la consulta de la clínica

Edad

Sexo
 Turno de la clínica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que no acuda a la clínica menos de 1 ocasión al mes
 Que no padezcan enfermedades crónicas
 Pacientes que nunca hayan recibido algún servicio de la clínica

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Que no se sean derechohabientes de la clínica

5.5- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tipo de muestra es no probabilístico por selección casual cálculo de tamaño de muestra con la fórmula para datos globales y un intervalo de confianza de 90% aplicando la siguiente fórmula:

$$N = Z^2 pq / E^2$$

$$Z = 90 \% = 1.645$$

$$P = .05 \text{ y } q = 0.5$$

$$E = 0.08$$

Por lo tanto:

$$(1.654)^2 (0.5)(0.5) / 0.08^2 = 105 \text{ pacientes}$$

5.6 VARIABLES

Variable	Tipo de variable y nivel de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización
Numero de registro	Cualitativa ordinal	número con el cual fue registrado	número con el cual fue registrado como derechohabiente en el ISSSTE	Número de registro
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Características físicas, biológicas y anatómicas que diferencia al hombre y a la mujer.	Fenotipo de masculino y femenino.	1.- Femenino 2.- Masculino

Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo Transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Años cumplidos al momento del estudio	Número de años
Tipo de derechohabiente	Escalar Cualitativa Ordinal	Tipo de asegurado	Número que se le da a los derechohabientes para determinar si son trabajadores o beneficiarios	Número para identificar a los derechohabientes
Ocupación	Cualitativa nominal	A que se dedica el paciente	Cual es la ocupación que desempeña	Ocupación
Número de consultas	Cuantitativa ordinal	Cuántas veces acude a la consulta	Número de consulta a la cual acude el paciente	Número de consultas
Diagnostico	Escalar cualitativa discreta	Que enfermedades padece el paciente	Cual es la enfermedad con la que cuenta el paciente	Tipo de enfermedad
Citas por internet	Escalar Cualitativa discreta	Tramite para realizar una cita en la clínica	Tipo de tramite que se realiza por internet para solicitar una cita	Tipo de tramite por internet
Cita por vía telefónica	Escalar Cualitativa discreta	Tramite para realizar una cita en la clínica	Tipo de tramite que se realiza por vía telefónica para solicitar una cita	Tipo de tramite por vía telefónica
Cita por asistencia en la clínica	Escalar Cuantitativa discreta	Tramite para realizar una cita en la clínica	Tipo de tramite que se realiza por asistencia a la clínica para solicitar una cita	Tipo de tramite por asistencia a la clínica

5.7 DEFINICIONES CONCEPTUAL Y OPERATIVA

DEFINICION CONCEPTUAL DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Continuidad en el tiempo, asegura una interacción médico-paciente-familia prolongada, con atención de cada dolencia hasta controlarla, del riesgo hasta retirarlo o compensarlo, y con seguimiento regular de los problemas crónicos¹

DEFINICION OPERACIONAL

Se define la continuidad de la atención a la secuencia de consultas de un paciente con un mismo medico por lo menos cada mes en un año.

5.8 Método de recolección de la información

En este estudio que se realizo a pacientes derechohabientes de la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE donde se describe el objetivo el cual es conocer la continuidad de la atención y saber si los pacientes están de acuerdo en la forma de agendar las citas para lo cual se realizo un cuestionario donde las variables principales fueron edad, sexo, tipo derechohabiente, numero de registro, diagnostico, como es la forma en la que se les otorgan las citas por internet, telefónicas o asistencia directa a la clínica la entrevista realizada previo consentimiento informado al paciente fue llevada a cabo. Además de preguntar a los derechohabientes si ellos aprueban el hecho de que cada cita los vea un medico diferente y que opinión tiene lo antes dicho además de si ellos recomendarían la clínica. Posteriormente vaciar la información en el formato SPSS para su análisis, resultados y conclusiones teniendo la información se le proporcionara a la unidad y respectivos directivos sobre la problemática de la clínica y sus repercusiones para nuestros derechohabientes y para el presupuesto que se le otorga a la clínica mencionada.

5.9 Análisis de la información

El estudio que realizaremos es observacional, en este se pretende mostrar que en la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE no existe continuidad de la atención así como el método que se utiliza para solicitar una cita no permite llevar lo antes mencionado por lo que realizamos una encuesta a pacientes de la unidad donde se observo que el genero que mas acude es el genero femenino, además de no estar de acuerdo en que los consulte un médico diferente cada mes estando en desacuerdo en que los vea diferentes médicos argumentando que no hay continuidad en la atención y en sus enfermedades, así como referir que el método en el que se otorgan las citas es bueno si las pagina de internet estuviera disponible, la solicitud por teléfono de cita no fuera tardada, contestaran rápido y las citas fueran con el mismo medico, otro forma de solicitar una cita es acudir a la clínica de forma directa lo cual es malo refieren los pacientes ya que hay que acudir demasiado temprano y el personal que las otorga tienen mal carácter y son déspotas. Por lo que debido a lo anterior los pacientes no acuden a la clínica ocasionando mayor problema con los diagnósticos generando un mayor costo ya que se complican.

5.10 Consideraciones ética

Declaración de Helsinki vigente 2013 (Fortaleza Brasil)

introducción

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración. 11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están sobre presentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en bio bancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha inv. Uso del placebo

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

 Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o

 cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

 Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

Estipulaciones post ensayo

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

investigación intervenciones no probadas en la práctica clínica

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD VIGENTE EN MÉXICO ARTICULO 17 RIESGO TIPO 1 (SIN RIESGO)

ARTICULO 17.-

Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en 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 identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

5.11 Recurso humanos, servicios, materiales y financiamiento.

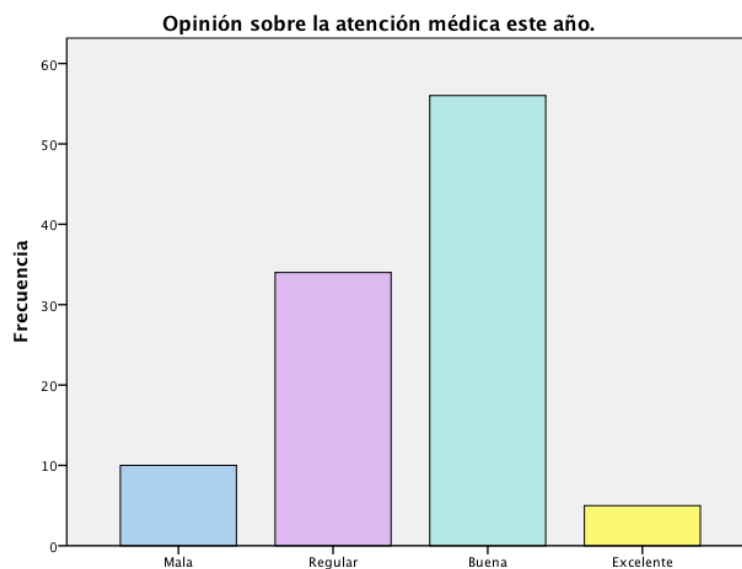
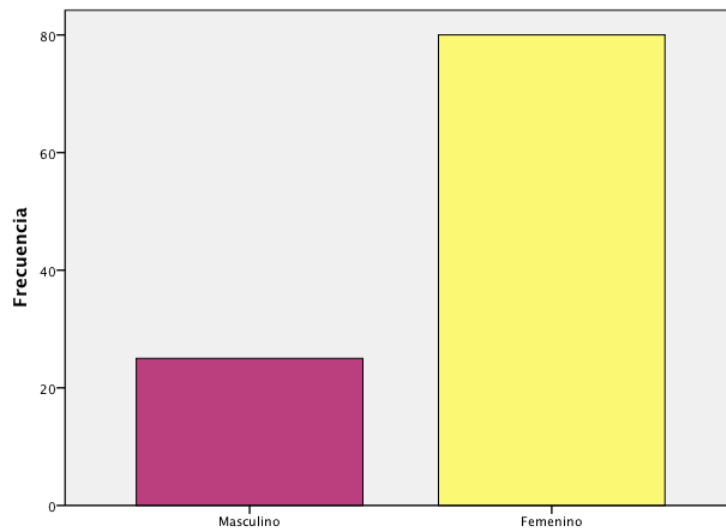
Para la realización de este estudio se requirió de recursos humanos el cual fue realizado y llevado a cabo por la Dra. Lidia Ivette Pineda Valdez residente de tercer año de la especialidad de medicina familiar de la clínica "Dr. Ignacio Chávez" el cual fue financiado por la doctora entes mencionada requiriendo de:

- 1.- Equipo de cómputo
- 2.- Hojas blancas
- 3.- plumas
- 4.- lápiz
- 5.- Copias
- 6.- Impresiones
- 7.- Empastados
- 8.- Borradores
- 9.- Correctores
- 10.- carpetas

5.12 Cronograma

Revisión bibliográfica y recopilación de la información para realizar el protocolo.	Enero – Febrero 2014
Identificación de los pacientes candidatos y revisión del expediente o contacto para aplicar las escalas.	Marzo -Mayo 2014
Resultados	Junio 2014
Discusión y conclusión	Julio 2014

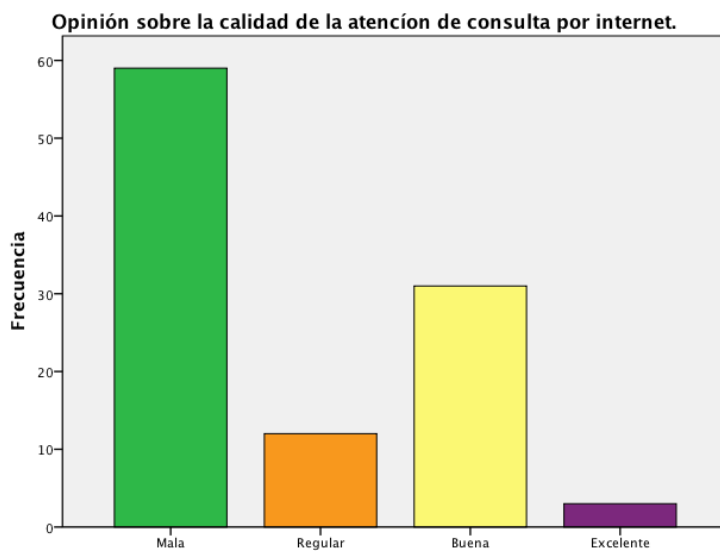
6.- RESULTADOS



Se aplicaron 105 encuestas a pacientes que acudieron a la consulta externa de la UMF Ignacio Chávez, de estos 76.2 % fueron del genero femenino.

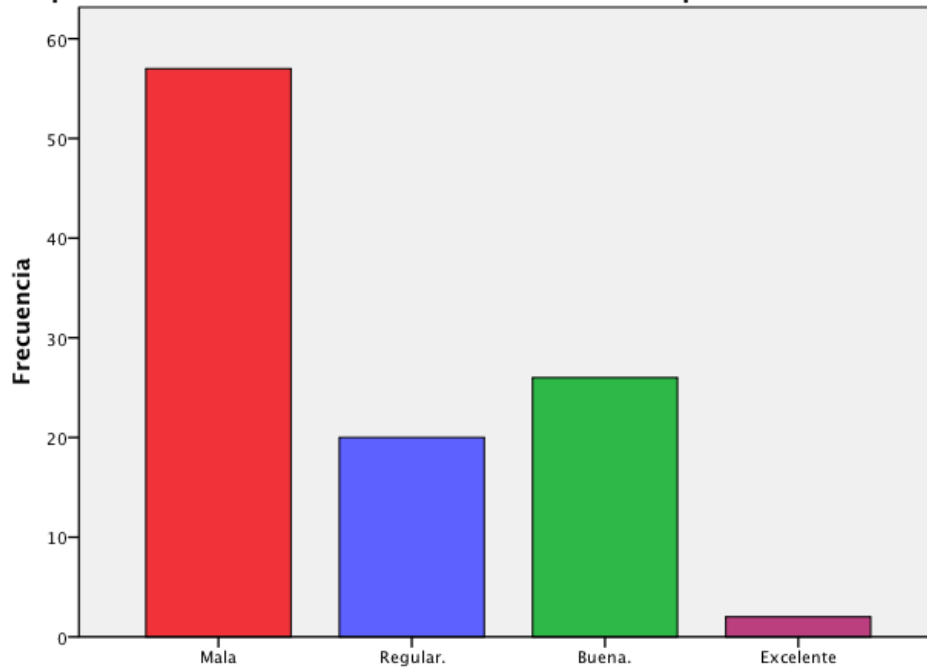
La opinión de los pacientes evaluados en relación a la atención medica este año consideraron como buena el 53.3%, considerando regular la atención medica en 32.4%, mala se considero en 9.5% y excelente el 4.8%.

De la forma en que se solicita cita para poder tener acceso a la atención médica, la opinión en cuanto a la satisfacción fue la siguiente: vía internet (69.5%), vía telefónica (65.7%) y asistencia directa a la clínica (74.3%), no están de acuerdo de la forma en como reciben atención para poder acceder a consulta médica.

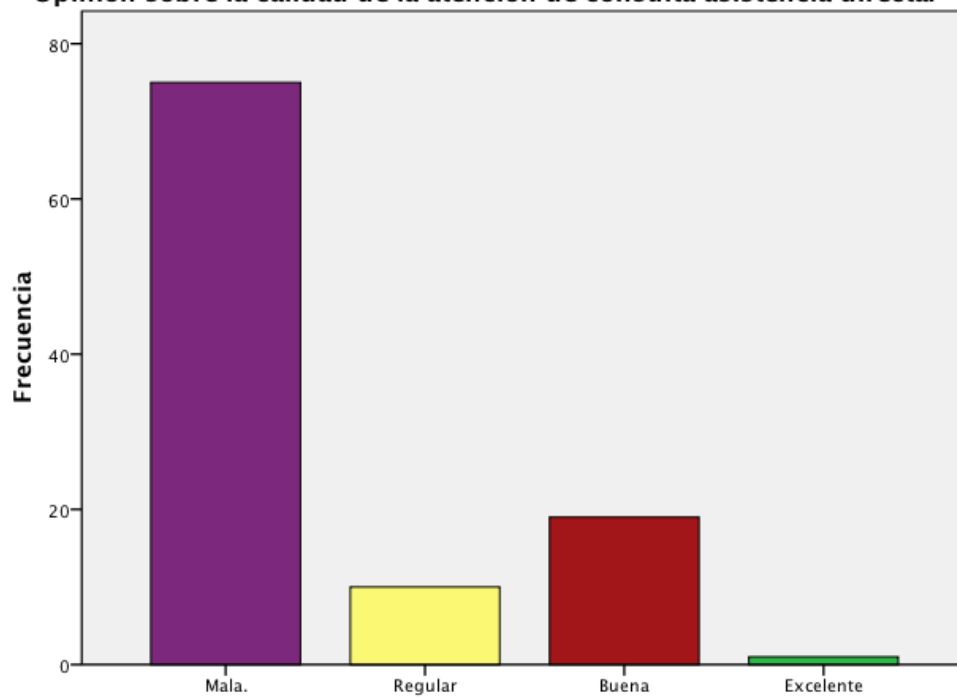


El 56.2 de las consultas por internet, 54.3% vía telefónica y 71.4 % de solicitud de cita vía directa asistiendo a la clínica consideran como mala la atención.

Opinión sobre la calidad de la atención de consulta por vía telefonica.

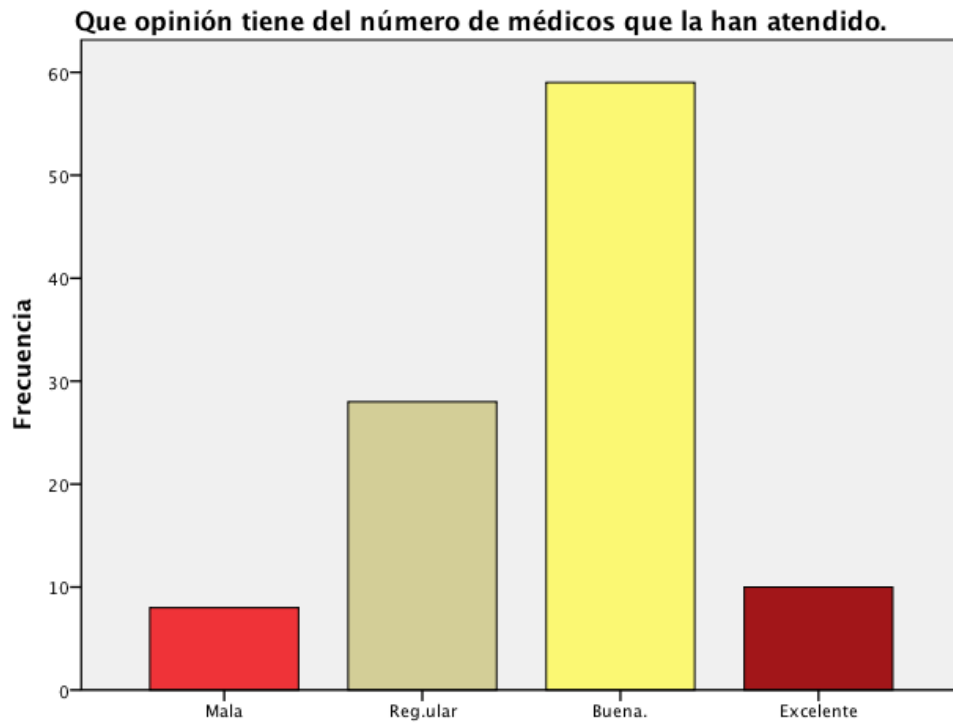


Opinión sobre la calidad de la atención de consulta asistencia directa.

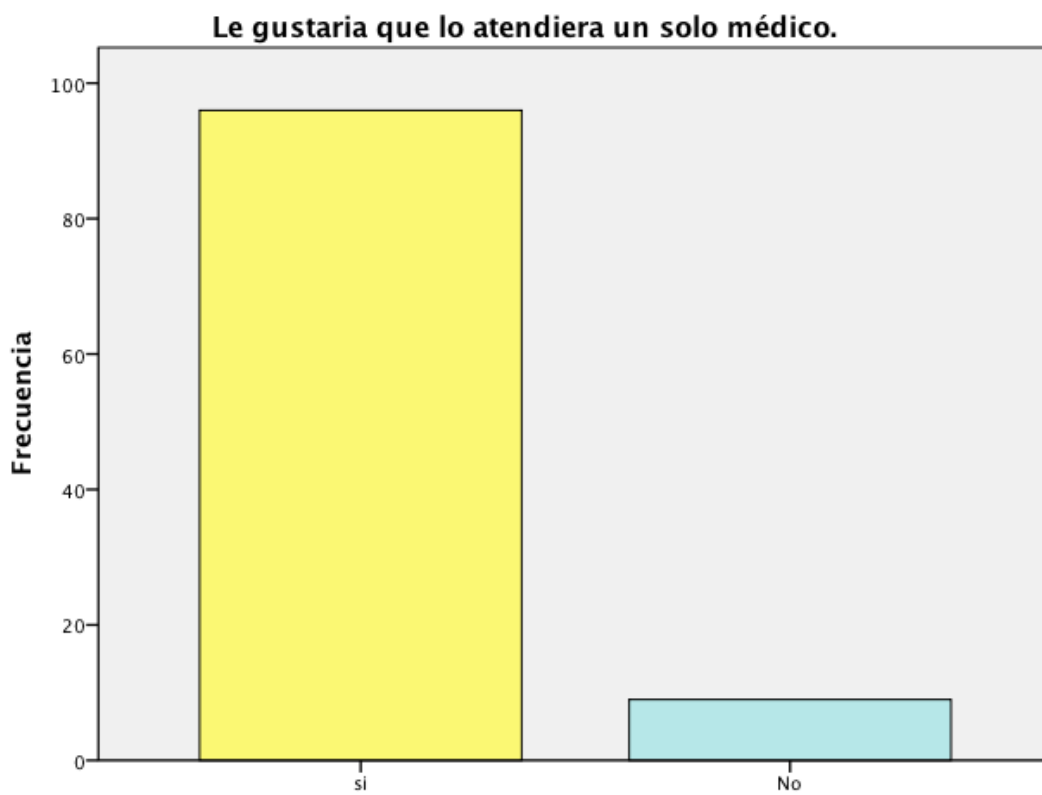


El 56.2 % opina que el numero de médicos que la han atendido es buena.

De los pacientes encuestados la mediana de numero de médicos atendidos en el año es de 2.



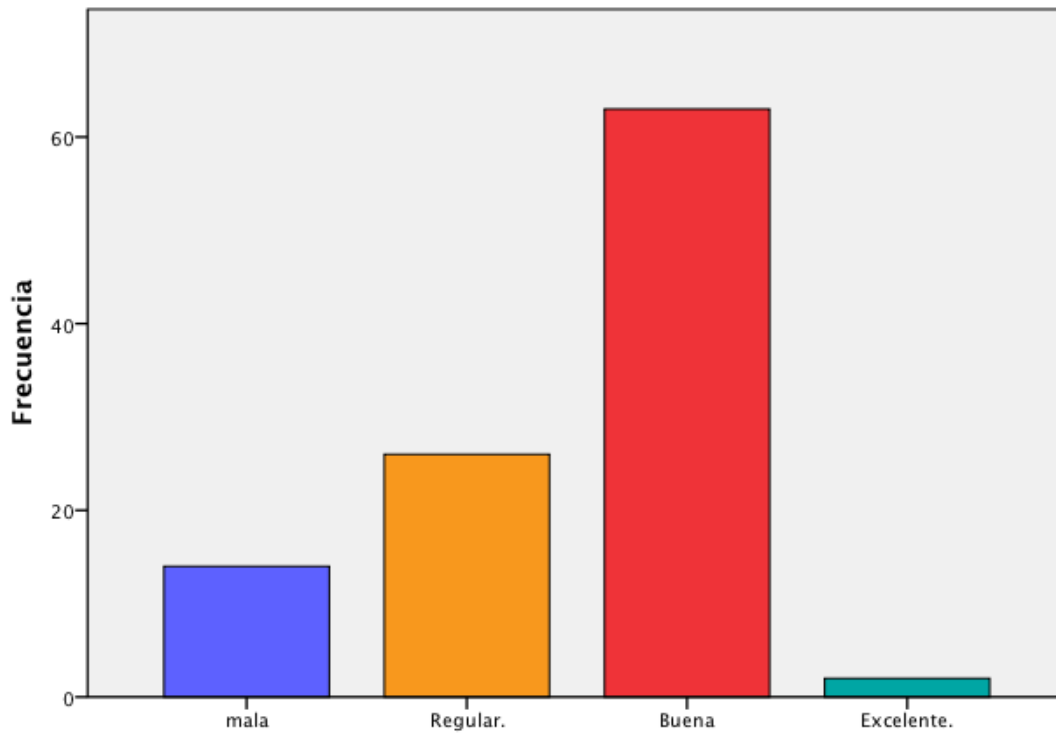
El 91.4% de los pacientes refiere que le gustaría que la atención fuera por un solo medico, argumentando que es mejor el seguimiento de su enfermedad.



El 92.4 % no esta de acuerdo que la atiendan diferentes médicos, comentando que no hay continuidad en la atención de su enfermedad.

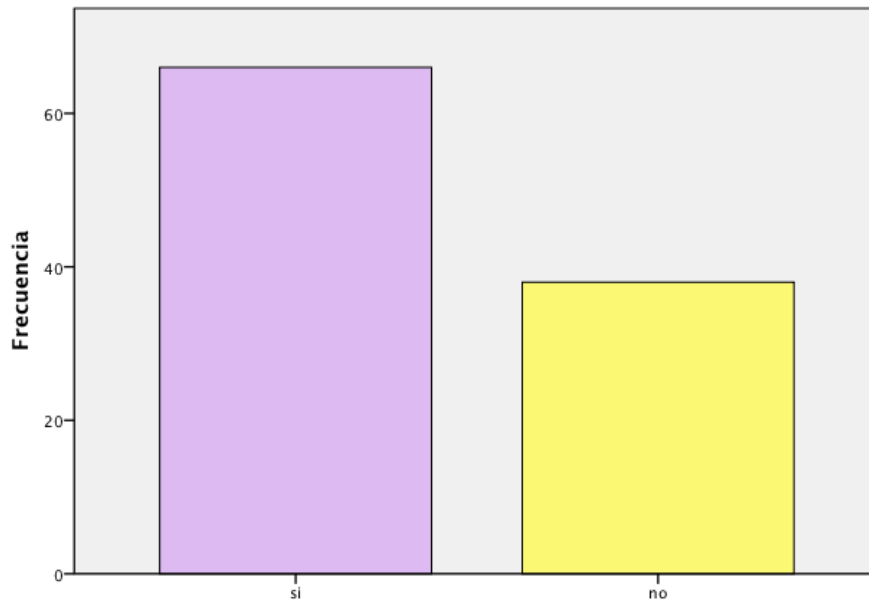
En cuanto a la satisfacción con la atención medica brindada en esta unidad el 62.9% esta satisfecho. Porque el tratamiento le ha funcionado.

Que le parece la calidad de la atención médica que se le otorga en esta clínica.

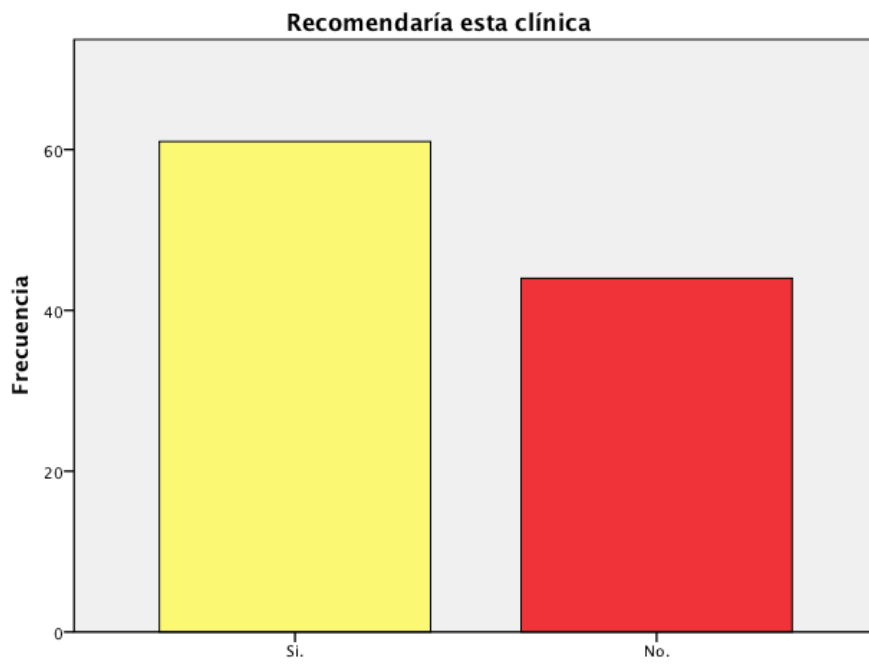


En cuanto a la calidad de la atención medica otorgada por esta clínica el 60% refiere que es buena. Porque son excelentes profesionales.

Esta usted satisfecho con la atención médica brindada por esta unidad de salud.



El 58.1% recomendaría la clínica.



7. DISCUSION Y CONCLUSIONES

En este estudio realizado a los pacientes derechohabientes de la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE es con la finalidad de dar a conocer que esta unidad no existe calidad de la atención la cual es muy importante para una mejor calidad de la atención. Estas acciones son importantes y se están trabajando e investigación desde los años 1956 teniendo mas énfasis en la década de los ochentas por el padre de la continuidad de la atención A. Donabedian en cual nos deja el legado del enfoque sistémico.

La ley general de salud refiere que las unidades, clínicas y hospitales están obligadas a realizar un expediente clínico en el cual se encuentre el nombre, edad, sexo, número de registro así como diagnósticos, por lo que es este estudio que se realizó en la clínica se le pregunto a los pacientes lo antes mencionado teniendo con mayor proporción a la consulta el genero femenino el cual se sabe a mayor edad representan una mayor proporción en la consulta, otra observación fue que la población acude a la consulta fundamentalmente por necesidades burocráticas y/o médicas y, dentro de este grupo, las enfermedades crónicas tienen un papel relevante esto realizado estudio en la consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana España, tal es el caso de la unidad ya que el genero femenino represento el 70% de los derechohabientes que acuden a la clínica, así como los trabajadores y de estos las mujeres trabajadoras son las mayormente acuden a la consulta.

Otro hecho importante que sucede en la clínica de medicina familiar es que la manera en la que se otorgan las citas es por internet, vía telefónica y asistencia a la clínica las cuales no se proporcionan como lo refiere el reglamento de servicios médicos del instituto de seguridad y de servicios sociales para los trabajadores del estado el cual fue elaborado por la dirección medica publicado el 9 de junio del 2011 y entrando en vigor el 10 de junio del 2011 por lo que a los pacientes de esta unidad les parece buena si contestaran rápido, la disponibilidad de la pagina fuera la adecuada, sin embargo su opinión es mala ya que no se encuentra disponibles con la facilidad que ellos quisieran tardan mucho en las 2 primeras y la otra tendrían que acudir a la clínica en las primeras horas del día y en ocasiones no alcanzan citas.

En México la continuidad de la atención medica es una política publica según un articulo publicado por SICALIDAD publicado por Javier Santacruz Varela y sus colaboradores, que tiene como objetivo Implantar un sistema integral de calidad en salud, que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del sistema nacional de salud pero el nuestra unidad no se realiza ya que los pacientes no acuden con un mismo medico cada en este ultimo año los pacientes han acudido con un mínimo de 2 médicos siendo hasta 14 el máximo de médicos que les han proporcionado consulta, además de referir que les gustaría que los medicara un solo medico ya que tendrían un mejor control de sus enfermedades y no tendrían que repetir cada consulta sus padecimientos resultando que el 92 % no esta de acuerdo en que la consulte un medico diferente cada mes teniendo como respuesta no tener continuidad de las enfermedades que padecen.

Los objetivos de la continuidad de la atención es mejorar la calidad técnica y la

seguridad del paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la Medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería. Sin embargo pese a toda la problemática de la unidad los pacientes respondieron que la calidad medica es buena, siendo la respuesta mayoritaria que los médicos son muy preparados y el servicio administrativo muy desorganizado por lo que 60% de los derechohabientes que acuden a la clínica si la recomendarían

8. ANEXOS

INSTRUMENTO

Opinión de pacientes sobre la continuidad de la atención en una unidad de medicina familiar

1. Folio _____

A.) consentimiento informado

Estimado paciente:

Esta investigación tienen la autorización para realizarse en esta unidad médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo y será obtenida de manera voluntaria.

Por medio de la presente, le hago una atente invitación a participar en el proyecto de investigación el cual consiste **La continuidad de la atención médica en una unidad de medicina familiar** mediante una encuesta realizada en esta unidad con el propósito de mejorar la calidad de la atención medica

¿Usted acepta participar?

Si

No

Firma

Firma

B): Datos de identificación

2. Número de registro:

3. Sexo: femenino_____ masculino_____

4. Edad: _____ años

Ocupación:_____ (ver códigos)

Tipo de derechohabencia: _____ códigos

C). Datos de la enfermedad del paciente

7. Motivo por el cual asiste a esta unidad médica. _____

8. Diagnóstico: _____

D. Opiniones sobre la continuidad de la atención médica

9. Aproximadamente, ¿cuántas veces ha asistido en este año a esta clínica para atención médica? _____

10. ¿Qué opina de la atención medica que se le ha otorgado durante este año?

Mala Regular Buena Excelente

11. Ha solicitado cita para atención médica en esta unidad en los siguientes tipos:			12. ¿Está usted de acuerdo con la forma en que se otorgan las citas en la unidad?	
Internet	si	no	si	no
Vía telefónica	si	no	si	no
Asistencia a la clínica	si	no	si	no

13. Qué opinión tiene de estos métodos.

	mala	regular	buena	excelente	Motivo (especifique):
Internet					
Vía telefónica					
Asistencia directa					

14. ¿Cuántos médicos la (lo) han atendido en este año en la clínica? _____

15. ¿Qué opinión tiene del número de médicos que la (lo) han atendido:

Mala ____ regular ____ buena ____ excelente ____ Motivo _____

16. ¿Le gustaría a usted que le atendiera un solo médico?

Si No

Porqué _____

17. ¿Le gustaría a usted que le atendiera diferente medico cada mes?

Si No

Porqué _____

18. ¿Está usted satisfecho con la atención médica brindada por esta unidad de salud?

Si No

Porqué: _____

19. ¿Qué le parece la calidad de la atención medica que se le otorga en esta clínica?

Mala _____ Regular _____ Buena _____ Excelente _____

Porqué _____

20. Recomendaría esta clínica a sus parientes o amigos?

Si _____ No _____

Porqué _____

9. Bibliografías

1. Suarez-Bustamante MA. Como introducir a los Médicos Generales a nuestra especialidad: Tópicos elementales en Medicina Familiar y Atención Primaria para Tutores y Profesores. MPA e-Journal. 2008;2(2):105-17.
2. Gascón JCyTG. "Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo. 1997 (1).
3. JM. MM. Fundamentos de Salud Publica. 2003;II(2).
4. Gérvas. VOyJ. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin. 1996;106:97-102.
5. Valdés R MJ, Sólis C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Salud Pública de México. 2001.
6. Suárez-Bustamante. MA. Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina. MPA e-Journal. 2010;4(1):61-9.
7. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones eDUCATIVAS Y DE sALUD. Archivos en Medicina Familiar, An International Journal. 2005;7(1).
8. Ricardo León Anzures Carro,Victor Chavez Aguilar,Ma. del Carmen Garcia Peña, Octavio Noel Pons Alvarez, Medicina Familiar,paguinas 136-137. Editorial Corinter. 2008
9. Galvez Ibañez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. Medicina de Familia (And) Vol. 4, N.o 1, febrero 2003
- 10.- V Pedrera Carbonell a, V Gil Guillén a, D Orozco Beltrán a, I Prieto Erades a, G Schwarz Chavarri a, I Moya García a,Unidad de Investigación y Docencia del Área 17. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana España.Vol. 35. numero 02, 15 febrero 2005
- 11.- Elaborado por la dirección general medica. Reglamento de servicios médicos del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado. Publicada el 9 de junio del 2011, en vigor el 10 de junio del 2011
- 12.- Ley general de salud, TITULO PRIMERO, Disposiciones Generales, CAPITULO UNICO, SE REPRODUCEN A CONTINUACION LOS ARTICULOS TRANSITORIOS DEL DECRETO DEL 9 DE MAYO DE 2007, PUBLICADO EN "DIARIO OFICIAL" DEL MISMO MES Y AÑO.

13 Javier Santacruz Varela, Magdalena Delgado Bernal, Antonio Álvarez Belauzarán, Hilda Márquez Villarreal, Elena Trejo, Juan Carlos Castillo, Enrique Gómez. La Continuidad de una política pública: SICALIDAD. Programa de Acción Específico: 2007-2012, Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD, México, SS, 2007.