



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

***FACTORES ASOCIADOS A LA
ACCESIBILIDAD DEL USUARIO
AL PROGRAMA CITA PREVIA***

T E S I S
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:
DIANA TOVAR GUERRA

Tutora:
DRA. MARÍA DEL CARMEN GARCÍA AGUIRRE

Generación 2005-2008
MÉXICO D. F. 2008





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.

TUTORA

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
Especialista en Medicina Familiar

Profra. Titular del curso de Especialización de Medicina familiar de la UMF 20

Vo. Bo.

DRA VICTORIA PINEDA AQUINO
Especialista en Medicina Familiar
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en salud de la UMF20

Vo. Bo.

DRA SANTA VEGA MENDOZA
Especialista en Medicina Familiar
Profa. Adjunta del Curso de Especialización de Medicina Familiar
UMF 20.

**FACTORES ASOCIADOS A LA ACCESIBILIDAD DEL USUARIO AL
PROGRAMA CITA PREVIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 20**

ÍNDICE

RESUMEN ESTRUCTURADO.....	7
I.- ANTECEDENTES.....	8
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
III.- OBJETIVOS.....	14
IV.-JUSTIFICACIÓN.....	15
V.- HIPÓTESIS.....	16
VI.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
VII.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.....	22
VIII.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	27
IX.- RESULTADOS.....	28
X.- DISCUSIÓN.....	46
XI.- BIBLIOGRAFÍA.....	47
XII.- ANEXOS.....	48

FACTORES ASOCIADOS A LA ACCESIBILIDAD DEL USUARIO AL PROGRAMA CITA PREVIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

TOVAR GUERRA DIANA ¹, CARMEN AGUIRRE GARCIA ²

¹Médico residente de medicina familiar, ²Profa. Titular del Curso de Especialización de Medicina Familiar UMF20.

Introducción: El programa de cita previa (CP) se implantó con el enfoque de calidad hacia el usuario, cuyo objetivo principal es la atención médica oportuna. En las unidades de primer nivel de atención solo entre 30 y 35% de los pacientes es citado. Es la modalidad mas adecuada para evitar largos tiempos de espera e incrementar la satisfacción del usuario.

Objetivo: Determinar que factores se asocian en la accesibilidad del usuario a la CP en la U.M.F. 20.

Material y métodos: Estudio transversal analítico, se llevó a cabo en la UMF 20, se aplicó un cuestionario exprofeso dirigido a población derechohabientes de 20 a 60 años que acudieron a consulta externa, indagó factores sociodemográficos y accesibilidad (información, oportunidad, utilidad).

Resultados: El 29.7% de los pacientes perciben accesibilidad al programa CP, los factores asociados a esta accesibilidad fueron la escolaridad nivel licenciatura (RM 5.85, IC 2.24-15.66 y una $p=0.00$); el solicitar de manera interna (en la unidad) la cita de asistencia médica (RM 5.49, IC 3.12-9.73 y $p=0.00$), conocimiento del programa (RM117.00 IC 17.38-22.88 $p=0.00$), percepción de utilidad (RM9.59 IC 4-24.10 $p=0.00$), oportunidad en 30 minutos (RM8.26 IC 4.89-14.03 $p=0.00$).

Conclusión: el estudio identifica que al existir conocimiento del programa CP se tiene mayor accesibilidad, por lo tanto disminuyen los tiempos de espera e incrementa la satisfacción del usuario. El difundir de manera intensiva la información puede lograr un mejor cumplimiento del programa que redundará en la calidad de la atención.

Palabras claves: accesibilidad, programa CP, factores asociados.

I. ANTECEDENTES.

En las últimas décadas, nuestro sistema de salud ha tenido cambios importantes, ya que al implementar diversos programas e instaurar las Reformas de salud, se ha logrado disminuir las tasa de morbi-mortalidad de varios padecimientos y se han cubierto gran parte de la población en lo que se refiere a servicios de salud, sin embargo se requiere que se ofrezcan Servicios de Salud de Alta calidad. Se implementa la cruzada Nacional por la calidad con el objeto de rescatar de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de los servicios teniendo como punto de enfoque de todos estos esfuerzos a los usuarios de los servicios y contribuyendo de esta manera garantizar el derecho a la protección de la salud. (MA TERESA ARCHUNDIA TESIS)

La calidad esta referida a la índole de la atención médica, ésta se desenvuelve en un medio social donde funcionan normas éticas, principios morales que regulan la actividad. Los profesionales y la sociedad deben ser más tolerantes y aceptar mejor la posibilidad del error, por lo que se deduce que el objetivo es la calidad "la necesidad de comprometerse con la autocrítica y de tolerar la crítica e los otros. Foucault decía, que se debe separar la idea de la cientificidad de la medicina y la positividad de sus efectos es decir entre conocimiento y eficacia. Define la calidad de la atención como la "capacidad de la ciencia y la tecnología para conseguir mejoras de salud cuando son usadas bajo las circunstancias más favorables". Donabedian juzga a la calidad de la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda al máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos, el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades. La búsqueda de la calidad es un buen horizonte que puede enlazar los viejos principios con las nuevas realidades. Todos los que tienen responsabilidades en el sector salud: administradores, planificadores, profesionales en ejercicio asistencial, se sienten afectados por los cambios que se están produciendo, tanto en los conocimientos como en la práctica o acción directa con las personas. Deming, Juran, Crosby, los cuales son claves en el desarrollo de la "gestión de la calidad total y Mejoramiento continuo de la calidad, modelos o estrategias que desde la industria se incorporan a la salud en los años 80 en Estados Unidos. Es una estrategia de dimensión social porque su objetivo es satisfacer las expectativas y necesidades de los clientes, pacientes, usuarios del servicio a través del compromiso del conjunto de la organización, con la participación del personal y la mejora continua de los procesos y sus relaciones. Vuori afirma que la calidad tiene en cada circunstancia un límite dado por los conocimientos disponibles. Es la barrera para cambiar los horizontes de la calidad. Según Donabedian y Vuori identifican una serie de propiedades o elementos que constituyen las claves para evaluar el grado de calidad alcanzada en un servicio o sistema bajo control:

Efectividad: conseguir mejoras de salud mejorando el impacto de la morbimortalidad sobre un grupo poblacional definido.

Eficiencia: medida en que son alcanzados los resultados basados en casos individuales.

Eficiencia/optimidad: habilidad para bajar los costos sin disminuir las mejoras. Relación favorable entre los resultados logrados y los recursos monetarios utilizados.

Equidad: distribución de los recursos en función de la necesidades de los grupos poblacionales.

Aceptabilidad / legitimidad: conformidad con las expectativas de pacientes y familiares. La legitimidad es la aceptación comunitaria.

Accesibilidad: todo tipo de acceso para obtener servicios.

Adecuación de los servicios: dimensión cuantitativa que relaciona recursos con las necesidades reales o potenciales de la población.

Calidad técnico / científica: incorporación de los conocimientos y de la tecnología para lograr los mejores niveles posibles. (1)

El programa de la Cruzada Nacional por la calidad en los servicios de Salud, se lleva a cabo actualmente con la participación del sector salud de México, como parte del sexenio 2001-2006, coordinado por la Secretaría de Salud y establecido como prioritario en todo el país para las distintas instituciones de salud. Su objetivo es elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país que sean claramente percibidos por la población. Esta década se caracteriza por el reconocimiento explícito de una calidad deficiente en los servicios y de la necesidad de redirigir y focalizar la atención de la salud a los grupos sociales más vulnerables. (2)

Se define "calidad de los servicios de salud como el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. La calidad tiene la dimensión técnica, que busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos y la dimensión interpersonal, que se le ha dado en llamar calidez de la atención y supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena". (2)

En México la norma técnica para la evaluación de la calidad de la atención médica de 1990 en su artículo 6 se refiere que la calidad de la atención médica deberá incorporar el grado de satisfacción de las necesidades de salud y las características en la prestación del servicio en relación con las expectativas del usuario interno, externo y de la Institución. La evaluación de la calidad de los servicios de salud se inició en las primeras décadas del siglo XX, y a partir de la segunda mitad de ese siglo se convirtió en una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a los reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad social de sus servicios. Recientemente se acepta que la calidad de la atención sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes, esta nueva tendencia se basa en la convicción de que las acciones desarrolladas para mejorar la calidad de los servicios médicos deben dirigirse primordialmente a la disminución del sufrimiento y el incremento de bienestar general de los pacientes, sin descuidar el uso de instrumentos técnicos capaces de incrementar su capacidad para realizar diagnósticos oportunos y adecuados, así como para establecer tratamientos efectivos considerando las necesidades del paciente y los adelantos científicos de la práctica médica. La evaluación de la calidad de los servicios del primer nivel de atención y la satisfacción de sus usuarios es estratégica para identificar los obstáculos y oportunidades que existen para mejorar la planeación, diseño, organización y prestación de servicios. Existe una estrecha relación entre el tiempo de espera de la consulta y la satisfacción de los pacientes, radica en los tiempos que el paciente pierde esperando una consulta, independientemente de su calidad.

Donabedian conceptualiza la calidad de la atención de la salud como, "el grado por el cual, los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud" además propone integrar al concepto los siguientes atributos: eficiencia, efectividad, eficiencia/optimidad, equidad, aceptabilidad y legitimidad.

Los distintos contactos repetidos que establece el Médico Familiar con su paciente a lo largo de los años, contribuyen a que el profesional acumule información sobre el usuario y su entorno, así como a que incremente paulatinamente su sensación de responsabilidad sobre el enfermo. Esto facilita que se establezca una relación de confianza y

responsabilidad mutua entre ambos. Existen evidencias de que esta continuidad se relaciona con un mayor cumplimiento de las recomendaciones preventivas o terapéuticas, disminuye los abandonos de seguimiento en pacientes crónicos, reduce la demanda de pruebas complementarias, facilita que se adopten conductas expectantes, se deriven menos enfermos a urgencias y existan menos ingresos hospitalarios. Las evaluaciones de sistemas de salud, también resaltan la relación entre continuidad, satisfacción y eficiencia. Existen trabajos que demuestran que los países con sistemas de salud orientados en la estrategia de atención primaria obtienen mejores resultados, entendidos en términos de menores costos, menor uso de medicamentos, más satisfacción y mejores indicadores sanitarios.

Se puede definir el modelo de atención prevalente como dirigido a curar la enfermedad y no ha proteger la salud, fuertemente hospital-céntrico, con gran atracción por la compleja tecnología hoy reinante. La relación médico paciente se ve desvirtuada por la gran especialización técnica que literalmente desintegra la atención y privilegia la aplicación tecnológica como prueba de eficacia, desentendiéndose de la búsqueda de la necesaria integralidad y empatía entre los servicios y la población. A pesar de la gran producción tecnológica aplicada a las ciencias de la salud, a la introducción de grandes mejoras en lo que a estructura se refiere y a la súper especialización de los recursos humanos, no se encuentra una correlación lineal con la calidad del servicio, con la satisfacción del usuario ni con la adecuación de costos. (1)

Es significativo que los países mejor clasificados en estos estudios, como Dinamarca, Holanda y el Reino Unido, son justamente los que poseen mayor continuidad y longitudinalidad estructural. En ellos, la población se incluye en la lista de un médico de familia, y éste gestiona las derivaciones a la asistencia especializada. En un segundo grupo, Suecia, Finlandia, España, son países cuya atención primaria se basa en centros de salud. La población suele recibir atención preventiva y asistencia médica primaria de instituciones generalmente públicas. La personalización y la continuidad en la asistencia no revisten tanta importancia como en el grupo anterior. La atención médica está centrada en el hospital y los Médicos de Familia, se limitan a regular el acceso. Finalmente estarían los países como Alemania o Bélgica, en los que no existe diferenciación entre atención primaria y especializada y que por lo tanto carecen de longitudinalidad de la asistencia. La coordinación ente generalistas y especialistas suele ser mala y difícil. Estos profesionales acostumbran a estar pagados por prestaciones. Es un modelo que induce a una escalada de los costos. Muchos países de la Unión Europea, a excepción de Bélgica otorgan al generalista la función de Médicos de Familia y los del centro y este de Europa que provienen de un modelo basado en el libre acceso a los especialistas, se están apresurando en aplicar reformas orientadas a introducirlo. El interés de los administradores sanitarios por esta función se basa en que consideran que aporta elementos de racionalización de gasto sanitario. Suponen que asistir un problema de salud en atención primaria es más económico que hacerlo en el hospital y tanto pacientes como gestores agradecen que la asistencia altamente tecnificada recaiga únicamente en aquellas personas que la necesita. También tenemos que tener en cuenta que en algunos países como Estados Unidos y el Reino Unido se ha llegado a introducir un modelo en el que el generalista obtiene incentivos económicos si incrementa su capacidad de resolución. Se ha llegado al extremo de que los equipos de médicos generales estén empleando a especialistas con el fin de que les ayuden a disminuir su ratio de derivación. Esta labor de contención se está aplicando indiscriminadamente a todo tipo de patología sin esperar a que existan evidencias científicas sobre el hecho de que su atención en el primer nivel sea efectiva como la que la realizada en un ámbito hospitalario. Los gestores británicos saben sobradamente que los beneficios económicos del Médico de Familia sólo

se logran si esta función se encuentra ligada a la distribución de recursos. Esto nos lleva a considerar los aspectos éticos de la incentivación económica para favorecer al médico guardabarrera de los americanos cuya conducta central es la limitación del gasto, diferenciándose ampliamente de la sustentada en este trabajo.

La accesibilidad sobre la continuidad, hecho que conlleva serias implicaciones asistenciales. Las personas con mayores problemas son las que por sus propias características (urgencias, gravedad, etc.) no pueden esperar hasta recibir una visita programada con su médico. En consecuencia son atendidas con más frecuencia en servicios de urgencias. Así, los que podrían obtener el máximo beneficio del abordaje psicosocial que facilita la atención primaria, reciben una asistencia episódica de urgencias que se limita a descartar problemas biomédicos. La atención de las personas que acuden con hora concertada, tiendan a que cada profesional atienda a los pacientes de su cupo que llegan sin cita previa.

En 1989 se implanta el programa de cita previa en todos los centros de atención primaria en España, que posibilitó al usuario concertar su cita y con días de antelación, obteniendo una reserva personalizada de hora, al médico le permitía disponer, de una agenda de trabajo, le hacía además darse una idea de la posible duración de cada visita, al tener una información genérica del tipo de atención solicita: por enfermedad o administrativa, orientaba al médico sobre el tiempo a emplear, previsiblemente mayor cuando la consulta era por enfermedad, las salas de espera se despejaron de manera importante y el 75% de los pacientes entraba puntual con una espera inferior a 15 minutos a su consulta. Una de las mayores aportaciones que hizo el programa, fue facilitar el uso de la historia clínica, disponiendo de la misma antes de empezar la consulta. Hoy día la cita previa es una necesidad de rutina en la organización de los centros. La puesta en marcha de este programa se acompañó de un objetivo esencial: mejorar el trato al usuario y se comenzó a medir sistemáticamente la calidad del proceso de cita a través de indicadores relacionados con la facilidad de obtención, la posibilidad de concertarla con la antelación que quisiera, el tiempo de espera para entrar a la consulta, el número de personas en sala de espera, el llamamiento correcto de cada paciente y algunos otros más. (3)

La cobertura de servicios, matizada por la accesibilidad (condición de la población para usar o ser atendido por los servicios de salud), puede ser económica, geográfica, cultural y organizacional. El tiempo de espera constituye una barrera o condición de accesibilidad de tipo organizacional y según Donabedian, se precisa como indicador de resultado en cuanto a la importancia de la opinión del usuario. Las Instituciones de Salud definen el tiempo de espera para recibir atención como aquel que transcurre desde la hora de la cita programada o de la solicitud de atención por el usuario hasta que es atendido por el Médico del servicio. La atención médica en el segundo y tercer nivel siempre es mediante cita, los tiempos de espera por lo general deberán ser mínimos y acercarse al estándar 10 minutos. No puede encontrarse lo mismo en las unidades de primer nivel de atención donde solo entre 30 y 35% de los pacientes es citado y tiene la posibilidad de esperar menos de 30 minutos; el restante 65% solicita atención el mismo día de la consulta y es muy difícil que se le atienda dentro del tiempo estándar. (4)

De acuerdo con los diagnósticos de salud de las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, uno de los principales problemas con los que se enfrenta la población derechohabiente en el proceso de la consulta externa, son los tiempos de espera prolongados para recibir atención médica, generando deterioro de la imagen institucional y en el paciente un malestar general e insatisfacción. El tiempo de espera es un indicador de calidad a nivel nacional, que permite conocer y evaluar correctamente el entorno institucional, identificando en forma oportuna las desviaciones o problemas que se presentan en el quehacer diario del médico familiar. El valor de

referencia del nivel nacional debe ser de menos de 30 minutos, este tiempo es el que se toma a partir de que el paciente solicita su consulta o la hora de su cita hasta el momento en que recibe la atención médica. Este indicador en promedio se encontraba bajo en la mayoría de las Unidades de Medicina Familiar, originando insatisfacción en el usuario, saturación de las salas de espera, inadecuada relación médico-paciente e inoportunidad en el otorgamiento de la atención Médica. (5)

Al analizar esta problemática y con el enfoque de calidad hacia el usuario, el Instituto Mexicano del Seguro Social implantó el PROGRAMA DE CITA PREVIA cuyo objetivo principal es la atención médica oportuna.

La cita previa, es un programa formal que ha tratado de hacer accesibles y eficientes los servicios para la población. Con tal propósito se ha querido fortalecer, ya que implica acciones preventivas para la atención a la salud, dado que en cualquier etapa de la enfermedad favorece una atención mejor. El intento formal por fortalecer la accesibilidad, la equidad, y por ende la calidad en los servicios verdaderamente ha resultado en una disminución de los tiempos de espera y el aumento de la accesibilidad a través de la cita previa además, realmente determina el tiempo de espera.

Es la cita que se otorga, por lo menos 12 horas antes del otorgamiento de la consulta. Es la modalidad más adecuada para evitar largos tiempos de espera. Puede realizarse vía telefónica desde la comodidad de su hogar, llegando 10 minutos antes de la hora de su cita para confirmar su asistencia. Al solicitar su cita vía telefónica, debe tener a la mano su Cartilla de Salud y Citas Médicas, para proporcionar su número de seguridad social y nombre completo, así como consultorio de medicina familiar asignado. La Cita Previa, también se puede solicitar acudiendo directamente a su unidad de adscripción, con la Asistente Médica asignada a su consultorio de medicina familiar.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Qué factores se encuentran asociados en la accesibilidad a la cita previa en la Unidad de Medicina Familiar núm. 20 de Vallejo?

III. OBJETIVOS.

GENERAL.

Determinar que factores se asocian en la accesibilidad del usuario a la cita previa en la unidad de medicina familiar núm. 20.

ESPECÍFICOS.

- Identificar el perfil sociodemográfico del derechohabiente (edad, género, escolaridad, nivel socioeconómico, tiempo de afiliación al IMSS)
- Identificar la frecuencia a través del programa de cita previa del derechohabiente
- Identificar la satisfacción de atención medica al derechohabiente
- Determinar el tiempo de espera
- Identificar la accesibilidad
- Identificar los factores asociados a la accesibilidad (información, utilidad, oportunidad)

IV. JUSTIFICACIÓN.

La atención médica ha experimentado en nuestro país una transformación apreciable, la evolución que ha seguido ha sido aplaudida por unos y criticada por otros. Existe tendencia a considerar los servicios de primer nivel de atención como de bajo perfil, lo cual es ampliamente contradictorio por el impacto que pueden alcanzar y por sus objetivos altamente valorados en el ámbito social. Por lo que es necesario elevar la calidad y dignidad de la atención primaria, para que sea resolutiva, recupere su verdadero papel como eje sanitario público y sea reconocida, estimulada y defendida por las Instituciones públicas.

La masificación, la falta de tiempo le impiden al médico resolver adecuadamente una consulta, como consecuencia el usuario se siente insatisfecho, por la impersonalidad y el burocratismo en la provisión del servicio, y el médico se desmoraliza, porque ve disminuir la calidad y capacidad resolutiva de sus acciones. El médico de familia es accesible, ofrece cuidados personalizados de forma continuada y a lo largo de la vida del paciente, es la puerta de entrada en el sistema sanitario. Toma decisiones trascendentales en poco tiempo y es capaz de resolver más del 90% de las visitas tendidas, pero en un entorno saturado y absorbente, puede perder la capacidad para discriminar la gravedad del proceso, el paciente no recibirá el tratamiento que precisa, los errores en los momentos más insospechados e inoportunos con consecuencias, imprevisibles y eventualmente graves.

El programa de cita previa es modelo organizativo que le permite al usuario concertar su cita de forma personalizada, y al médico disponer de una agenda de trabajo, recibiendo antes de la consulta una hoja de citas, que recoge nominalmente el orden y momento en que esta citada cada persona, haciendo una idea de la duración de cada visita, con el fin de no tipificar una actividad, pues nada en una consulta tiene un componente exclusivamente administrativo, sino de orientar al médico sobre el tiempo a emplear, de esta manera despejan las salas de espera, mejorando esencialmente el trato al usuario.

El Médico familiar es la puerta de entrada del ciudadano a la sanidad, si este primer nivel asistencial no funciona, se deteriora el funcionamiento de todo el sistema sanitario.

Es por ello que para que el médico sea resolutivo tiene que tener un tamaño de cupo de pacientes adecuado para poder mantener todas las actividades necesarias y para no perder competencia.

El presente trabajo se realiza con el fin de mejorar los servicios de salud mejorando la calidad de los mismos y modernizando su operación con eficacia y efectividad. Ya que el IMSS está en posibilidades de hacerlo. Mejorando su funcionamiento a favor de la democratización de la salud en la cruzada nacional por la calidad de los servicios.

V. HIPÓTESIS.

Hipótesis de trabajo

Los factores asociados a la accesibilidad del programa cita previa son conocimiento del programa.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.

1. Características del lugar

El presente estudio de investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo”, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Calzada Vallejo # 675, colonia Magdalena de las Salinas, delegación Gustavo A. Madero, en México, Distrito Federal. Dicha unidad es un centro de primer nivel de atención, cuenta con 31 consultorios encargados de brindar atención de consulta externa general, también presta servicios de odontología, enfermería materno infantil, planificación familiar, medicina del trabajo, curaciones, medicina preventiva; cuenta con servicios de laboratorio, radiodiagnóstico y ultrasonografía.

2. Diseño del estudio

a. Tipo de estudio

Transversal analítico

b. Grupos de estudio

- Características del grupo de estudio

Población derechohabiente que acudió a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo”, de la cual se tomó una muestra de casos consecutivos

- Criterios de inclusión

Pacientes de 20 a 60 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” quienes acudieron a consulta de primera vez y subsecuentes en las fechas en que se recogió la información, mayores de edad, ambos sexos, autónomos.

- Criterios de exclusión:

Aquellos que tengan deterioro de sus funciones mentales superiores de cualquier etiología, deficiencia de alguno de sus sentidos, pacientes con cualquier parentesco con el profesional de la salud.

c. Tamaño de la muestra

Para el muestreo aleatorio para poblaciones finitas se requiere de la siguiente fórmula

$$n = \frac{N z^2 p q}{d^2 (N-1) + z^2 p q}$$

Donde n = total de población
 Z^2 = constante 1.96

p = proporción a estimar
 $q = 1 - p$
 d = error admitido para la estimación de la muestra
 (5% = 0.05)

Haciendo la sustitución:

$$n = \frac{147,972 \times 3.84 \times 0.50^* \times 0.50^*}{0.0025 \times 147,971 \times 3.84 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{142053.12}{355.1304} = 400.027$$

* En estos casos se dio el valor de 0.50 a p (proporción a estimar) dado que se desconoce este dato.

Por lo tanto la muestra deberá ser de 400 personas entre 20 y 60 años de edad.

d. Definición y operacionalización de variables

Identificación de variables.	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Categorización
Dependiente						
Cita previa	Es un programa formal que ha tratado de hacer accesibles y eficientes los servicios para la población.	Se utilizó un cuestionario para determinar si se lleva acabo en esta unidad de medicina familiar.		Cualitativa	Nominal	Se nominó se lleva a cabo no se lleva a cabo

<u>Independiente</u>						Se nominó
Factores que influyen para la accesibilidad.	Son condiciones que aumentan o disminuyen la entrada de solicitud al programa cita previa.	Se utilizó una encuesta donde se determinó las condiciones.	Cuenta con:			
Conocimiento del programa	Tener previo entendimiento de cada una de las operaciones en orden determinado de este sistema.		Conocimiento del programa	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
Acceso a línea telefónica	Facilidad contar con una línea telefónica		Acceso a una línea telefónica	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
Conocimiento del número telefónico	Saber el número de teléfono de su UMF		Conocimiento del número telefónico para solicitud de cita previa	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
Disponibilidad de línea telefónica en su UMF	Sin Impedimento para prestar servicio a alguien		Disponibilidad de Línea telefónica en su UMF.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
Contar con cartilla de salud y citas médicas	Libreta que se da a una persona cuando se afilia en la que se hace constar además de datos personales las vicisitudes que interesan a esa persona		Contar con cartilla de salud y citas médicas.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
Es útil el programa	Produce provecho, comodidad, fruto o interés este sistema.		Utilidad del programa.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
Calidad de la atención.	Grado en que los servicios mejoran la salud de	Se aplica en la encuesta si se encuentra o	Cumple con sus necesidades.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No

	manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes, tiene la dimensión técnica, que busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos y la dimensión interpersonal, que se le ha dado en llamar calidez de la atención y supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de la satisfacción plena.	no satisfecho.				
Tiempo de espera	Es el que se toma a partir del tiempo de que el paciente solicita su consulta o la hora de su cita hasta el momento en que recibe la atención médica			Cuantitativa		1. menos de 30 minutos. 2. de 30 a 45 minutos. 3. más de 45 minutos.
<u>Variables universales</u>						
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona estimada en años.		Años	Cuantitativa	Discontinua	
Género	Conjunto de seres que tienen uno o		Femenino Masculino	Cualitativa	Ordinal	

	<p>varios caracteres comunes. Rasgos inherentes que designan personas del sexo femenino y masculino</p>					
Escolaridad	<p>Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un colegio.</p>		<p>Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Nivel técnico Licenciatura Postgrado</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	
Ocupación	<p>Acción y efecto de ocupar o trabajar</p>		<p>Hogar Empleado Desempleado Estudiante Comerciante</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	

VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.

El código de Nuremberg se convirtió en el prototipo de códigos posteriores que trataron de asegurar que las investigaciones que incluyan seres humanos se lleven a cabo de una manera ética.

Los códigos consisten en reglas, algunas generales, otras específicas, que guían a los investigadores o a los inspectores de investigaciones en su trabajo. Frecuentemente, las reglas no son adecuadas para cubrir situaciones complejas, en ocasiones entran en conflicto y a menudo son difíciles de interpretar o aplicar.

El término "investigación" se refiere a una actividad diseñada para probar una hipótesis, lograr conclusiones y en consecuencia desarrollar o complementar el conocimiento general (expresado, por ejemplo, en teorías, principios y declaraciones de relaciones). La investigación se describe generalmente en un documento formal que establece un objeto y una serie de procedimientos diseñado para alcanzarlo.

Entre los principios básicos aceptados generalmente en nuestra tradición cultural, tres son particularmente apropiados a la ética de investigaciones que incluyen sujetos humanos: los principios de respeto a las persona, beneficencia y justicia.

Respeto a las Personas El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas; la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida. Una persona autónoma es una persona capaz de deliberar acerca de sus metas personales y de actuar en el sentido de tales deliberaciones.

Beneficencia.-El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Para los propósitos de este documento, beneficencia se entiende en un sentido más fuerte, como obligación. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

La selección de sujetos de investigación necesita ser examinada cuidadosamente para determinar si algunas clases sociales (pacientes de beneficencia, minoría raciales o étnicas particulares o personas confinadas a instituciones) están siendo seleccionadas sistemáticamente, simplemente por estar disponibles fácilmente, su posición comprometida o su fácil manipulación, en lugar de ser seleccionadas por razones directamente relacionadas con el problema de estudio. Finalmente, siempre que una investigación financiada con fondos públicos dé como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellas personas que puedan pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación.

Las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación nos llevan a considerar los siguientes requisitos: consentimiento consciente, evaluación de riesgo / beneficio y la selección de sujetos de investigación.

CONSENTIMIENTO CONSCIENTE: el respeto a las personas requiere que se dé a los sujetos, en la medida en que sean capaces, la oportunidad de elegir lo que les sucederá. Esta oportunidad se proporciona cuando se satisfacen las normas adecuadas para obtener un consentimiento consciente es indiscutible, la controversia persiste sobre la naturaleza y la posibilidad de un consentimiento consciente.

Aún así existe un acuerdo general de que el proceso consciente puede ser analizado comprendiendo tres elementos: información, comprensión y voluntad.

Información. La mayoría de los códigos de investigación establecen puntos específicos de declaración que tienen por objeto asegurar que se proporcione suficiente información a los sujetos. Estos puntos generalmente incluyen: el procedimiento de la investigación, sus propósitos, riesgos y beneficios anticipados, procedimientos alternos (cuando se incluye terapia) y una declaración ofreciendo al sujeto la oportunidad de hacer preguntas y retirarse en cualquier momento de la investigación.

Comprensión. La manera y el contexto en que se comunica la información son tan importantes como la información misma.

Voluntad. La aceptación de participar en una investigación constituye un consentimiento válido sólo si se ha hecho voluntariamente. Este elemento del consentimiento consciente exige condiciones libres de coerción y de influencia indebida. La coerción ocurre cuando una persona presenta intencionalmente a otra una amenaza evidente de daño para lograr su consentimiento. En contraste, la influencia indebida ocurre a través de una oferta de recompensa excesiva, injustificada, inapropiada o deshonesto y otra proposición, para obtener el consentimiento. También, persuasiones que ordinariamente serían aceptables pueden ser influencias indebidas si el sujeto es especialmente vulnerable

EVALUACIÓN DE RIESGOS Y BENEFICIOS.- La evaluación de riesgos y beneficios requiere una serie de datos relevantes, incluyendo, en algunos casos, medios alternos de obtener los beneficios que se buscan en la investigación. Así, la evaluación presenta una oportunidad y una responsabilidad de reunir información sistemática y amplia acerca de la investigación propuesta. Para el investigador significa examinar si la investigación propuesta está diseñada de manera adecuada. Para el comité de inspección, es un método de determinar si los riesgos que presentará a los sujetos son justificados. Para los presuntos sujetos, la evaluación les ayudará a determinar si desean participar.

SELECCIÓN DE SUJETOS.- Así como el principio del respeto a las personas encuentra su expresión en la exigencia de consentimiento y el principio de beneficencia en la evaluación de riesgos / beneficios, el principio de justicia sostiene las exigencias morales de que existan procedimientos y resultados justos en la selección de sujetos.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

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 actuar solamente en el interés

del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".

El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

Principios Básicos para toda Investigación Médica

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

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

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también el bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comitativo, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. 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. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y deben indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca del objetivo, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personal legalmente capaces.

Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física / mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos 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 cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Principios aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica

El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existente. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no hay procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.

Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.

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 nunca debe perturbar la relación médico - paciente.

Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta Declaración.

VIII. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Estudio de transversal analítico se llevó a cabo en la unidad de Medicina Familiar número 20 de vallejo, en el período comprendido de junio a julio del 2007, en una población de 400 pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar cuya edad se encontró entre los 20 y 60 años de edad.

La información se recabó por medio de un cuestionario que se aplicó a los derechohabientes que acudieron a la consulta externa de primera vez y de forma subsecuente, el cual fue formulado con 21 reactivos de preguntas en binas, totalmente anónimo para preservar la intimidad de los pacientes, previa aplicación de consentimiento informado. Dicho instrumento estuvo enfocado a la búsqueda de datos relacionados con factores sociodemográficos, tipo de consulta para asistencia médica, conocimiento, utilidad, oportunidad y tiempo de espera, así como la satisfacción de los pacientes estudiados en la accesibilidad del programa de cita previa.

Los datos se ordenaron y agruparon para su análisis con estadística descriptiva y analítica; la forma de captura y validación de la información se realizó a través de paquetes estadísticos EPI INFO, SPSS.

Todos los datos obtenidos se presentan en tablas informativas, que nos muestran de manera precisa, cuales fueron los resultados que nuestra investigación arrojó con la finalidad de poder dar a conocer los datos finales de nuestro trabajo de manera rápida y resumida.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal analítico, en 400 pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar número 20 durante el período del mes de junio y julio del 2007.

Dentro de las características sociodemográficas de los pacientes fue una edad mínima de 20 y una máxima de 60 años con una media de 37.35 años, con una desviación estándar de 13.58%, por rangos de edad predominio el de 20 a 30 años con un 44.5% (n=168) y el de 31 a 40 años con un 22.8% (n=91), posteriormente un 22.5% de 51 a 60 años (n=90) y un 10.3% los de 41 a 50 años. Por sexo el 50.8% (n=203) fue el masculino y un 49.3% (n=197) fue femenino. En cuanto a la escolaridad predomina nivel secundaria en un 37.3% (n=149), seguido por preparatoria en un 23.5% (n=94), primaria 15.5% (n=62), carrera técnica 13.0% (n=52), licenciatura 6.5% (n=26), ninguna 4.0% (n=16) y un .3% (n=1) no refirió escolaridad. En cuanto a la ocupación en un 32.8 % (n=131) son amas de casa, posteriormente en un 29.5% (n=118) son empleados, un 17% (n=68) obreros, 10% (n=40) comerciantes, 5.8% (n=23) pensionados y solo en un 5% (n=20) se encuentran desempleados. (Cuadro 1 y Gráficos 1 al 4)

Las características de la solicitud de atención médica, el 38.5% (n=154) mencionaron que acudían por primera vez y de manera subsecuente el 55.8% (n=223).

Los pacientes refirieron contar con solicitud de cita previa para su atención en un 48.8% (n=195), y un 36.5% no tenían cita previa y 44.3%(n=177) no se definió si eran con cita previa o habían acudido de forma espontánea.

En un 57.8% (n=231) solicitan su consulta de forma personal con la asistente médico, el 42.3% (n=169) no la solicita con la asistente médica.

En el 24.3% (n=97) los pacientes refirieron solicitar su consulta de manera externa (vía telefónica) y en un 75.8% (n=303) la solicitan de otra forma. (Cuadro 2 y gráficos 5,6)

Dentro de los factores estudiados en la accesibilidad de la cita previa se encuentran que en un 72.3% (n=289) si cuentan con teléfono, en un 96% (n=96) no y un 3.8% (15) no definieron. de los pacientes estudiados en un 55.5% si conocían el número telefónico (n=222), no lo conocían en un 41.3% (n=165), el 3.3% (n=13) no definieron. El 32.3% (n=129) encontraron la línea disponible, en un 30.8% (n=123) no y el 37% (n=148) no definieron. (Cuadro 3, grafico7)

En cuanto a información del programa cita previa el 63% (n=252) si contaban con ella , 34% (n=136) no y 3% (n=12) no definieron si conocían o no el programa. (Cuadro 4, grafico 8)

En un 48.0% (n=192) si encuentra beneficios, un 19.3% (n=77) no, y un 32.8% (131) se encuentran indefinidos. (Cuadro 4, grafico 9)

En un 42.3% (n=169) tuvieron oportunidad de pasar a su consulta médica antes de 30 minutos y 57.8% (n=231) no. (Cuadro 4, grafico 10)

Dentro de los que pasaron después de los 30 minutos 22.3% (n=89) fue en 31 a 45 minutos y en un 35.5% (n=142) después de 45 minutos. (Cuadro 4, grafico 11)

El 44% (n=176) de los pacientes se encuentran satisfechos y 29.5% (n=118) no y un 26.5% (n=106) no se definieron si se encontraban o no satisfechos. (Cuadro 4, grafico 12)

Un 29.5% (n=118) tuvieron accesibilidad a la solicitud de la cita previa y el 70.5% (n=282) no tuvieron accesibilidad. (Cuadro 5, grafico 13)

Por otro lado comparando las características sociodemográficas de los pacientes estudiados en la accesibilidad a la cita previa en la unidad de medicina familiar, encontramos que la mayor frecuencia de accesibilidad se encuentra entre los 20 y 30 años de edad (n=50) 42.4%, sexo femenino en un 56.8%, escolaridad secundaria en un 27.1% (n=32), y una ocupación de ama de casa en un 43% (n=43). (Cuadro 6)

Dentro de las características de la solicitud de asistencia médica en relación con la accesibilidad se encuentra en los pacientes que acuden por 1ª vez tiene un 35.5% (n=42) de accesibilidad, mientras que los que hacen su solicitud de forma interna tiene un 63.6% (n=98) y los que la realizan de manera externa cuentan con un 35.6% (n=42) y los que tienen cita previa tiene un 78.8% de accesibilidad a la misma. (Cuadro 7)

La accesibilidad de la cita previa en relación con los medios de solicitud para la misma se encontró que existe un 100% si cuentan con teléfono, mientras que un 98.3% (n=116) tiene mayor accesibilidad si conocen el número y en un 97.5% (n=115) refirieron que encontraron la línea disponible. (Cuadro 8)

En cuanto a las características de calidad en la atención médica con relación a la accesibilidad refieren que en un 99.2% (n=117) conocían el programa, un 79.7% (n=94) tenían beneficios del mismo, y un 76.3% (n=90), mencionaron que tuvieron oportunidad de pasar en menos de 30 minutos y en el 72 % (n=85) se encontraron satisfechos. (Cuadro 9)

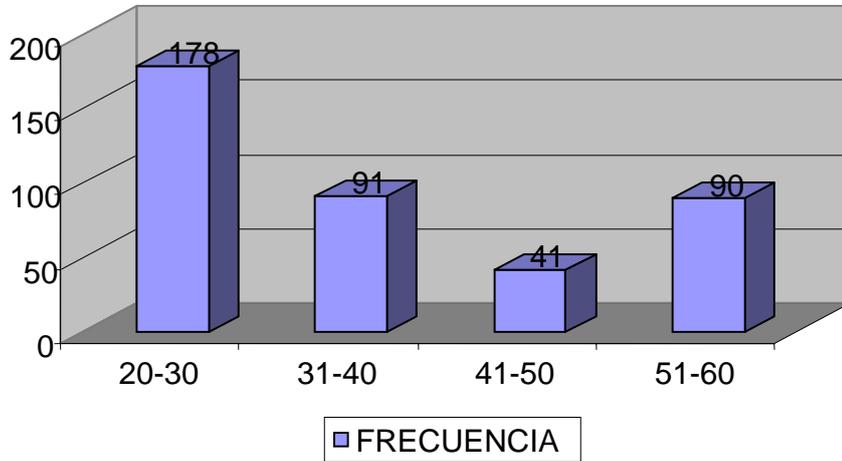
Al aplicar estadística inferencial para determinar la asociación entre los factores estudiados y la accesibilidad al programa encontramos la escolaridad nivel licenciatura influye para mayor acceso (RM 5.85, IC 2.24-15.66 y una $p=0.00$); el solicitar de manera interna (en la unidad) la cita de asistencia médica (RM 5.49, IC 3.12-9.73 y $p=0.00$) y la externa (RM2.28, IC 1.37-3.78 $p=0.00$), conocimiento del número telefónico (RM89.19, IC 21.11-532.97 $p=0.00$), disponibilidad de la línea telefónica (RM496.6 IC 103.16-3272.74, $p=0.00$), conocimiento del programa (RM117.00 IC 17.38-22.88 $p=0.00$), percepción de utilidad del programa (RM9.59 IC 4-24.10 $p=0.00$), oportunidad en 30 minutos (RM8.26 IC 4.89-14.03 $p=0.00$) o menor de 30 minutos (RM 9.66 IC 4.35-22.11 $p=0.00$).

Cuadro 1. Perfil Sociodemográfico de los derechohabientes estudiados en la accesibilidad de la cita previa

Características Sociodemográficas	Frecuencia N=400	%
Edad		
20-30 años	178	44.5
31-40 años	91	22.8
41-50 años	41	10.3
51-60 años	90	22.5
Sexo		
Femenino	197	49.3
Masculino	203	50.8
Ocupación		
Empleado	118	29.5
Obrero	68	17.0
Ama de casa	131	32.8
Comerciante	40	10.0
Desempleado	20	5.0
Pensionado o jubilado	23	5.8
Escolaridad		
Ninguna	16	4.0
Primaria	62	15.5
Secundaria	149	37.3
Preparatoria	94	23.5
Carrera técnica	52	13.0
Licenciatura	26	6.5
No refirió	1	.3

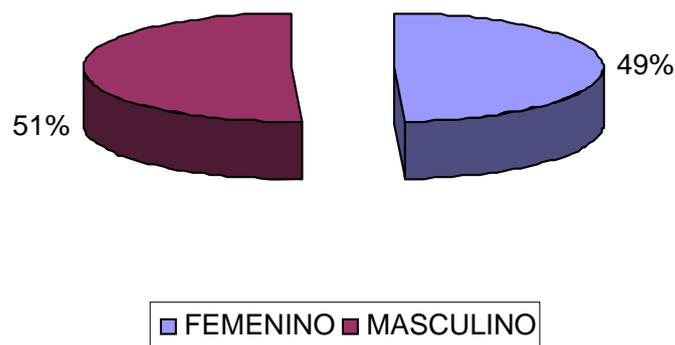
Fuente UMF20 IMSS

GRAFICO 1. EDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA ACCESIBILIDAD DE LA CITA PREVIA



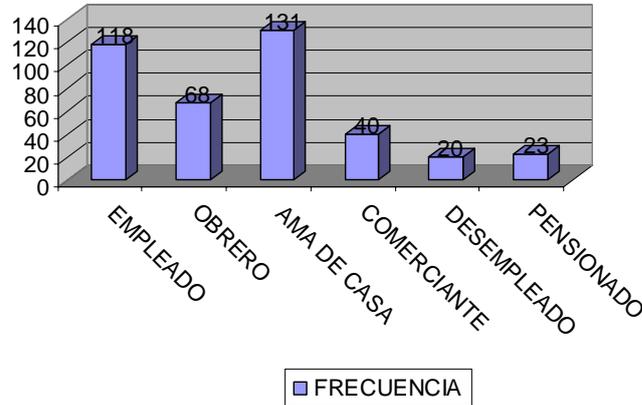
Fuente UMF20 IMSS

GRAFICO 2. SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA ACCESIBILIDAD DE LA CITA PREVIA



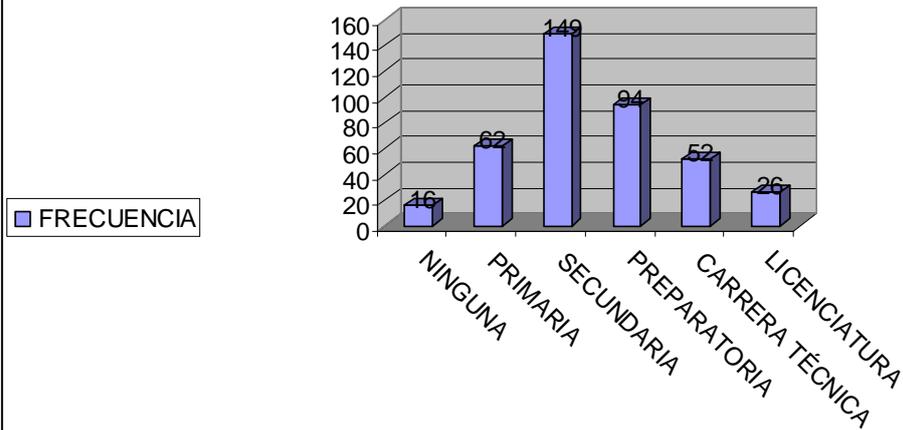
Fuente UMF20 IMSS

GRAFICO 3. OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA ACCESIBILIDAD DE LA CITA PREVIA



Fuente UMF20 IMSS

GRAFICO 4. ESCOLARIDAD EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA ACCESIBILIDAD DE LA CITA PREVIA



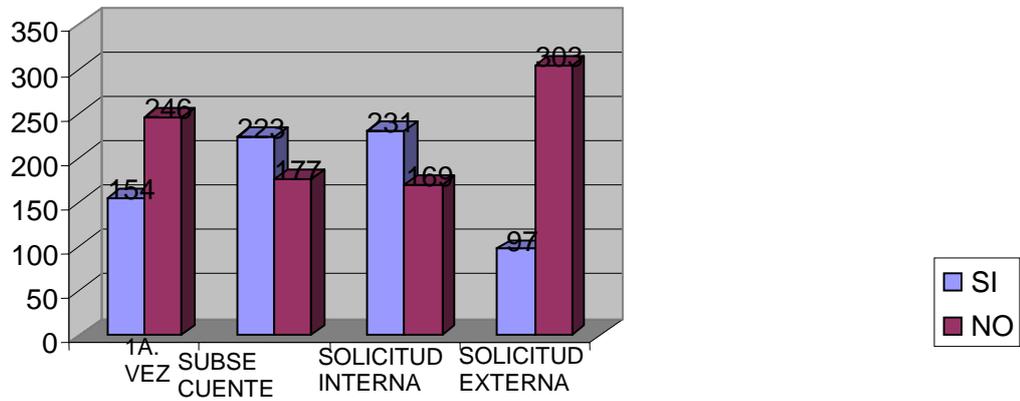
Fuente UMF20 IMSS

Cuadro 2. Características de la solicitud en la asistencia médica de los derechohabientes estudiados en la accesibilidad de la cita previa.

	n=400	%
Solicitud de la asistencia médica		
1ª. Vez		
Si	154	38.5
No	246	61.5
Subsecuente		
Si	223	55.8
No	177	44.3
Cita previa		
Si	195	48.8
No	146	36.5
No definió	59	14.8
Solicitud Interna		
Si	231	57.8
No	169	42.3
Solicitud Externa		
Si	97	24.3
No	303	75.8

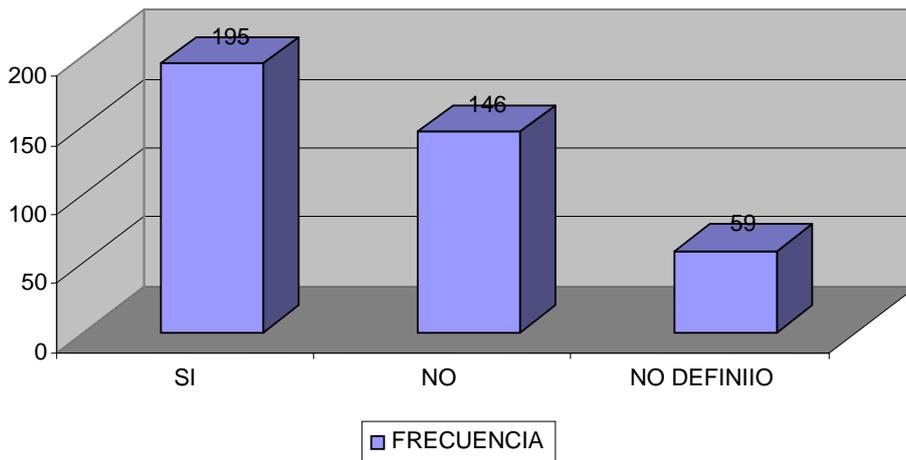
Fuente UMF20 IMSS

GRAFICO 5. CARACTERISTICAS DE LA SOLICITUD EN LA ASISTENCIA MÉDICA DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA ACCESIBILIDAD DE LA CITA PREVIA



Fuente UMF20 IMSS

GRAFICO 6. SOLICITUD DE LA CITA PREVIA

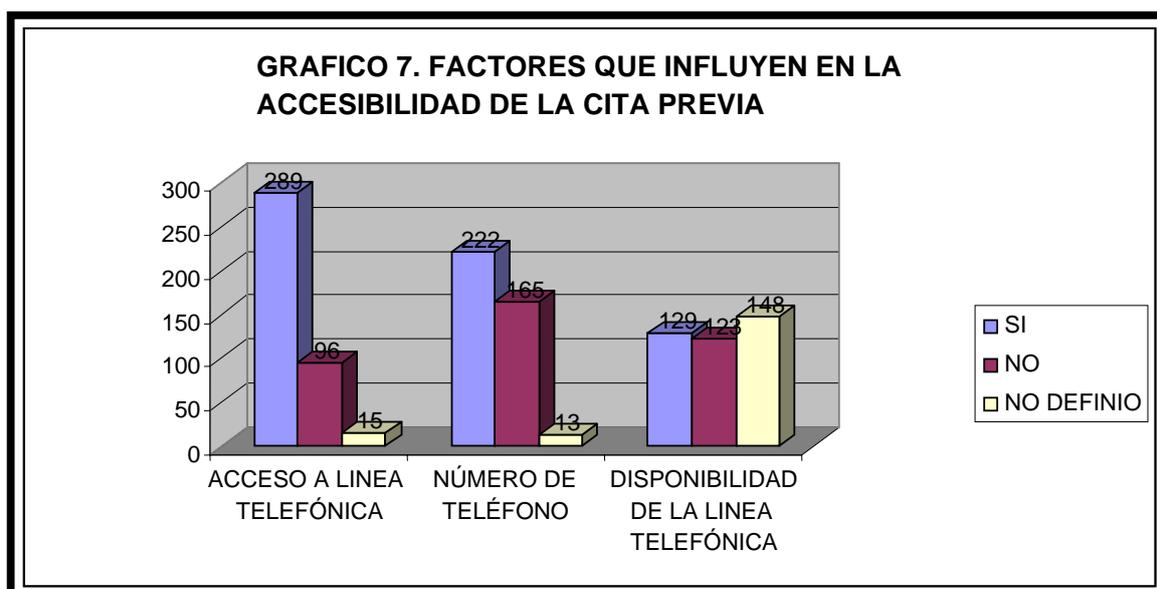


Fuente UMF20 IMSS

Cuadro 3. Factores que influyen en la accesibilidad de la cita previa.

Factores	n=400	%
Acceso a línea telefónica		
Si	289	72.3
No	96	24.0
No definió	15	3.8
Número telefónico		
Si	222	55.5
No	165	41.3
No definió	13	3.3
Disponibilidad de Línea telefónica		
Si	129	32.3
No	123	30.8
No definió	148	37.0

Fuente UMF20 IMSS



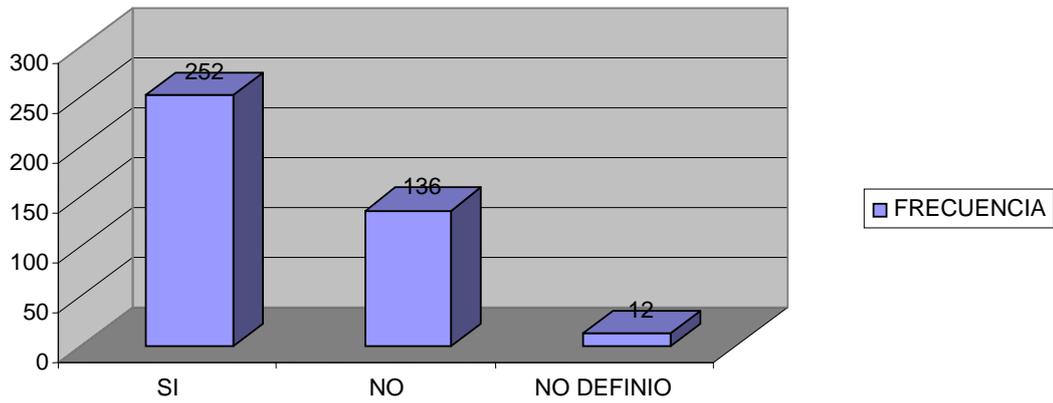
Fuente UMF20 IMSS

Cuadro 4. Características estudiadas de la Calidad de la atención en la accesibilidad de la cita previa.

Calidad de la atención de la cita previa.	N=400	%
Información del programa		
Si	252	63.0
No	136	34.0
No definió	12	3.0
Utilidad de la cita previa		
Si	192	48.0
No	77	19.3
No definió	131	32.8
Oportunidad de la cita previa		
Si	169	42.3
No	231	57.8
Tiempo		
Menos de 30 minutos	169	42.3
31 a 45 minutos	89	22.3
Más de 45 minutos	142	35.5
Satisfacción de la cita previa		
Si	176	44
No	118	29.5
No definió	106	26.5

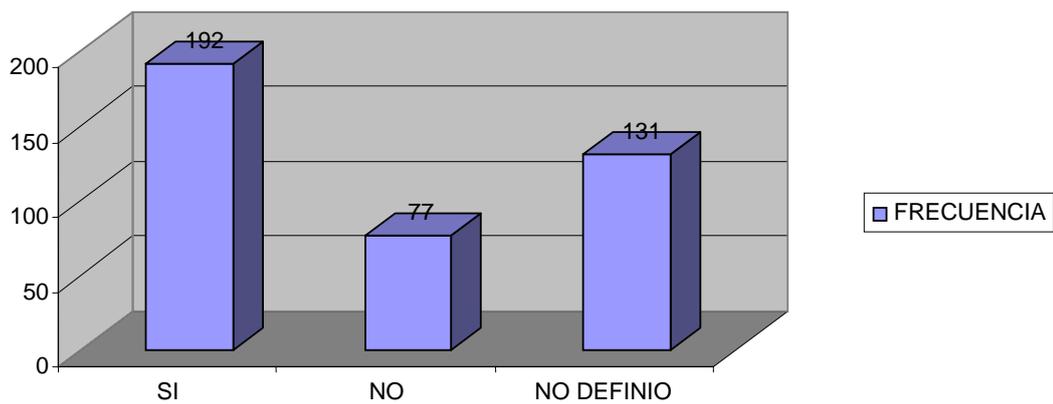
Fuente UMF20 IMSS

GRAFICO 8. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE CITA PREVIA DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF 20



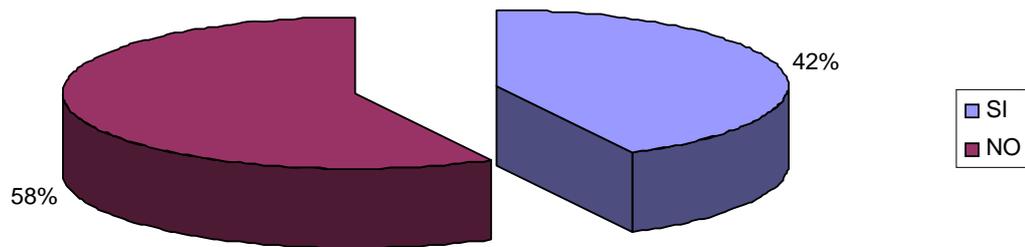
Fuente UMF20 IMSS

GRAFICO 9. UTILIDAD DE LA CITA PREVIA EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS DE LA UMF 20



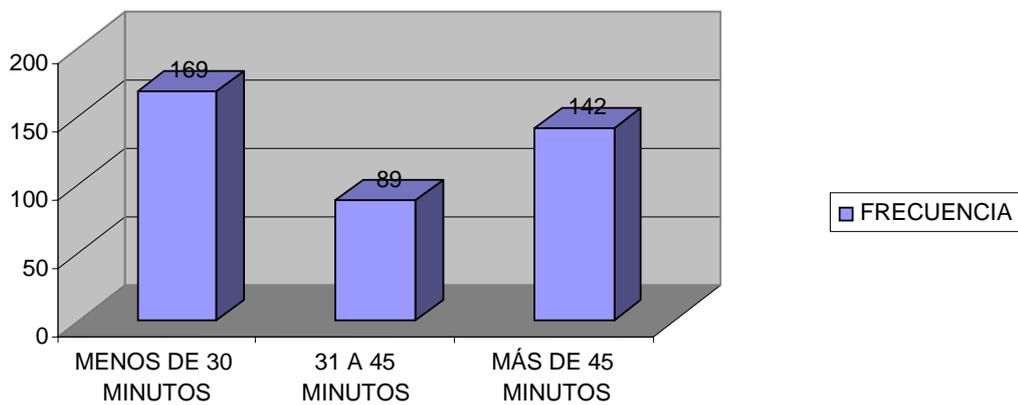
Fuente UMF20 IMSS

GRAFICO 10. OPORTUNIDAD DE LA CITA PREVIA

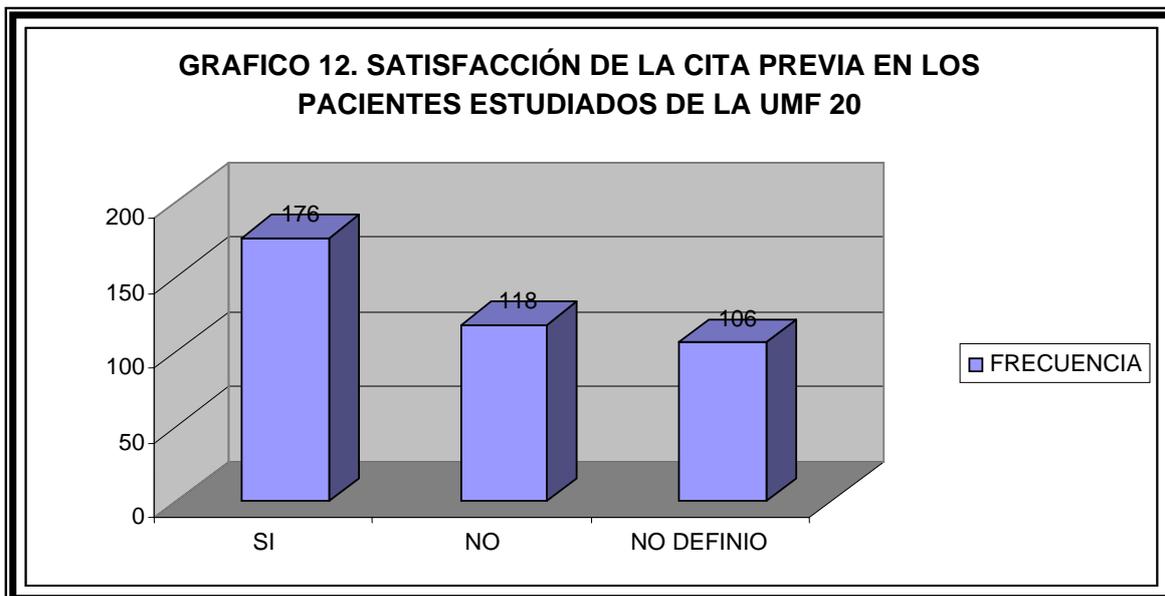


Fuente UMF20 IMSS

GRAFICO 11. TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA



Fuente UMF20 IMSS

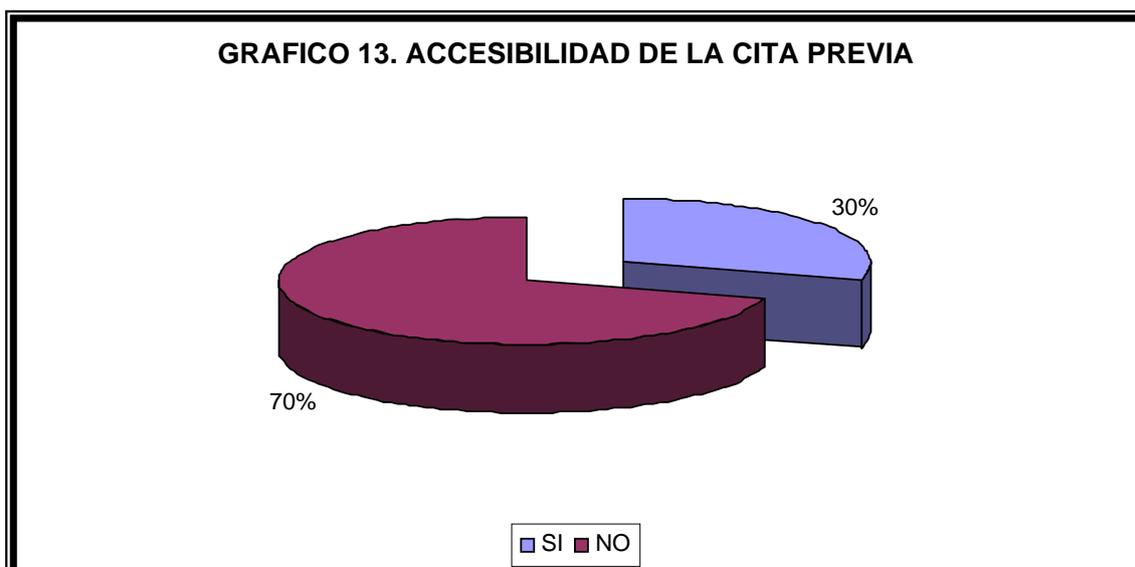


Fuente UMF20 IMSS

Cuadro 5. Frecuencia de la accesibilidad de los pacientes estudiados en la UMF 20

Accesibilidad a la cita previa	n=400	%
Si	118	29.5
No	282	70.5

Fuente UMF20 IMSS



Fuente UMF20 IMSS

Cuadro 6. Accesibilidad de la cita previa asociado con el perfil sociodemográfico.

Perfil Sociodemográfico	Accesibilidad			
	n=118	SI %	n=282	NO %
Edad				
20-30 años	50	42.4	128	45.4
31-40 años	31	26.3	60	21.3
41-50 años	13	11.0	28	9.9
51-60 años	24	20.3	66	23.4
Sexo				
Masculino	51	43.2	152	53.9
Femenino	67	56.8	130	49.3
Ocupación				
Empleado	37	31.4	81	29.5
Obrero	14	11.9	54	19.1
Ama de casa	43	36.4	88	31.2
Comerciante	11	9.3	29	10.3
Desempleado	7	5.9	13	4.6
Pensionado	6	5.1	17	6.0
Escolaridad				
Ninguna	9	7.6	7	2.5
Primaria	18	15.3	44	15.6
Secundaria	32	27.1	117	41.5
Preparatoria	21	17.8	73	25.9
Carrera técnica	22	18.6	30	10.6
Licenciatura	16	13.6	10	3.5
No refirió			1	.4

Fuente UMF20 IMSS

Cuadro 7. Accesibilidad asociado a las características de la solicitud de asistencia médica.

Solicitud de asistencia médica	n=118	Accesibilidad			
		Si	%	No	%
1ª. vez					
Si	42		35.6	112	39.7
No	76		64.4	170	60.3
Subsecuente					
Si	75		63.6	148	52.5
No	43		36.4	134	47.5
Solicitud Interna					
Si	98		83.1	133	47.2
No	20		16.9	149	52.8
Solicitud Externa					
Si	42		35.6	55	19.5
No	76		64.4	227	80.5
Cita previa					
Si	93		78.8	102	36.2
No	21		17.8	125	44.3
No definió	4		3.4	55	19.5

Fuente UMF20 IMSS

Cuadro 8. Accesibilidad de la cita previa y los medios de solicitud para la cita previa

Factores estudiados	n=118	Accesibilidad			
		Si	%	No	%
Cuenta con teléfono					
Si	118		100	171	60.6
No	--		--	96	34.0
No definieron	15		5.3	15	3.8
Conocimiento del número telefónico					
Si	116		98.3	106	37.6
No	2		1.7	163	57.8
No definieron	--		--	13	4.6
Disponibilidad de la línea telefónica					
Si	115		97.5	14	5.0
No	2		1.7	121	42.9
No definieron	1		.8	147	52.1

Fuente UMF20 IMSS

Cuadro 9. Accesibilidad de la cita previa asociados a las características de la calidad en la atención médica

Características de la calidad de la atención médica	n=118	Accesibilidad			
		Si	%	No	%
Información del programa					
Si	117		99.2	135	47.9
No	1		.8	135	47.9
No definieron	--		--	12	4.3
Utilidad del programa					
Si	94		79.7	98	34.8
No	7		5.9	70	24.8
No definieron	17		14.4	114	28.5
Oportunidad					
Si	90		76.3	79	28.0
No	28		23.7	203	72.0
Tiempo de espera					
Menos de 30 minutos	88		74.6	81	28.7
31-45	9		7.6	80	28.4
Más de 46 minutos	21		17.8	121	42.9
Satisfacción					
Si	85		72.0	91	32.3
No	14		11.9	104	36.9
No definieron	19		16.1	87	30.9

Cuadro 10. Factores asociados en la accesibilidad de la cita previa en los pacientes estudiados en la umf 20.

Característica	*RMP	° I C 95%	+Valor de P
Escolaridad			
Licenciatura/primaria	3.91	(1.35-11.51)	0.00
Licenciatura/secundaria	5.85	(2.24-15.66)	0.00
Licenciatura/preparatoria	5.56	(2.01-15.66)	0.00
Cita previa			
Tienen / No tienen	5.43	(3.06-9.68)	0.00
Solicitud interna			
Solicitan/no solicitan	5.49	(3.12-9.73)	0.00
Solicitud externa			
Solicitan/no solicitan	2.28	(1.37-3.78)	0.00
Conocimiento del número telefónico			
Tienen / no tienen	89.19	(21.11-532.97)	0.00
Disponibilidad de línea telefónica			
Tiene / no tienen	496-96	(103.16-3272.74)	0.00
Información del programa			
Tienen/no tienen	117.00	(17.38-22.88)	0.00
Utilidad del programa			
Útil/inútil	9.59	(4-24.10)	0.00
Oportunidad			
Oportuna / inoportuna	8.26	(4.89-14.03)	0.00
Tiempo de espera			
Menor de 30 minutos/45 minutos	9.66	(4.35-22.11)	0.00
Menor de 30 minutos/más de 45 minutos	6.26	(3.49-11.32)	0.00
Satisfacción			
Satisfechos/ no satisfechos	6.94	(3.55-13.75)	0.00

Fuente UMF20 IMSS

X. DISCUSIÓN

El estudio demostró que un 29.5% (n=118) de los pacientes estudiados tienen accesibilidad al programa cita previa, los factores asociados a esta accesibilidad fueron mayor escolaridad, conocimiento del programa, solicitud de manera personal con la asistente medica, disponibilidad de línea telefónica, conocimiento del número telefónico para solicitud de atención, oportunidad de 30 minutos o menos y percepción de utilidad y satisfacción del paciente.

En las últimas décadas, nuestro sistema de salud ha tenido cambios importantes, ya que al implementar diversos programas e instaurar las Reformas de salud, se ha logrado disminuir las tasa de morbi-mortalidad de varios padecimientos y se han cubierto gran parte de la población en lo que se refiere a servicios de salud.

Este estudio ha explorado la percepción de los pacientes sobre la accesibilidad de la cita previa, el cual es modelo organizativo que le permite al usuario concertar su cita de forma personalizada, y al médico disponer de una agenda de trabajo. De esta manera favorecer la calidad de los servicios de atención médica.

En nuestro estudio se encontró que existe mayor accesibilidad a mayor escolaridad, esto puede deberse a que tiene más recursos socioeconómicos (cuentan con teléfono, conocen el numero telefónico) lo que les permite un fácil acceso. En contraste con lo mencionado en el estudio de Bronfman realizado en Noviembre y diciembre del 2003, donde no encontraron relación de la satisfacción con la escolaridad.⁵

Y al tener conocimiento del programa de cita previa los pacientes accesarán a solicitarla de manera frecuente, no se encuentran datos en otros estudios.

En cuanto a la oportunidad se encontró que el 48.8% de los pacientes estudiados contaban con cita previa y de estos solo el 42.3% tuvieron la oportunidad de pasar en menos de 30 minutos datos similares al estudio presentado por Maldonado en el 2002, transversal comparativo cuya población estuvo integrada por derechohabientes de la delegación estatal Tlaxcala que acudieron a consulta de marzo a septiembre de 1999 en las unidades de medicina familiar, el tamaño de la muestra fue de 114, menciona que en las unidades de primer nivel de atención solo entre 30 y 35% de los pacientes es citado y tiene la posibilidad de esperar menos de 30 minutos; el restante 65% solicita atención el mismo día de la consulta y es muy difícil que se le atienda dentro del tiempo estándar.⁴

Donabedian precisa que el tiempo de espera es uno de los componentes de la satisfacción del usuario e influye en las expectativas del paciente y en las expectativas del prestador. Hecho que se relaciona con lo encontrado en nuestro estudio.⁴

En cuanto a los otros factores estudiados no se encontraron estudios de investigación que indague su asociación por lo tanto se requiere continuar esta línea de investigación en todos los niveles de atención con más experiencia en su implantación.

Se requiere implementar instrumentos validados de evaluación del sistema de salud en México, que nos permitan efectuar estrategias a fin de mejorar la calidad de la atención.

En conclusión, nuestro estudio identifica que al existir conocimiento del programa cita previa existe mayor accesibilidad, percibiendo aumento de los beneficios, por lo tanto disminuyen los tiempos de espera e incrementa la satisfacción del usuario. El difundir de manera intensiva la información puede lograr un mejor cumplimiento del programa que redundará en la calidad de la atención.

XI. REFERENCIAS.

- 1.- Foren M, Gómez-Haedo m, Vivas P. evaluación del programa de atención al niño en las policlínicas municipales año 1998. Rev Chil Pediatr 2002; 73(3): 302-310.
- 2.- Castro VC. La cruzada nacional por la calidad en salud; una mirada sociológica. Región y sociedad 2006; 16:43-83.
- 3.- Alfaro LM. El desarrollo de la atención primaria en el INSALUD: un análisis del cambio organizativo. Medifam 2002; 12:1-9.
- 4.- Maldonado IG, Fragoso BJ, Orrico TSE, Flores VM, Quiroz PC, Sandoval PP. Tiempo de espera en el primer nivel. Rev Med IMSS 2002; 10(5): 121-129
- 5.- Salinas – Oviedo C, Laguna-Calderón J, Mendoza-Martínez MR. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Pública de México 1994; 36(1): 1-10
- 6.- Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la Atención Médica. Perspectiva en Salud Pública México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990. p-12
- 7.-Maldonado M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del cuanto al porqué: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública México. 1997; 39:442-450.
- 8.- Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigierida-López G. Percepción de la calidad de la Atención de los servicios de salud en México.: perspectiva de los usuarios. Salud Pública México 1998; 40:3-12
- 9.- Medécigo-Micete C, Constantino-Casa P, Rodríguez-Pacheco JL. Incumplimiento de la cita previa en primer nivel. Motivos relacionados. Rev Med Inst Seg Soc 2007; 45(3):213-217.

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.**

México D.F. a _____ de _____ del 2007.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Factores asociados a la accesibilidad del usuario al programa de cita previa en la UMF 20" registrado ante el Comité Local de Investigación

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita conocer cuáles son los factores que influyen en la accesibilidad del usuario al programa de cita previa en la UMF 20, con la finalidad de mejorar el servicio y la calidad de la atención en el IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador recompromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Diana Tovar Guerra 99352425
R2 Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.

Testigos

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 20 "VALLEJO"

INSTRUCCIONES: Antes de iniciar la entrevista presentarse siempre de la siguiente forma: estamos realizando algunas preguntas a los pacientes que asisten a esta unidad, con el fin de conocer su opinión acerca de los servicios que se otorgan, y sería de gran ayuda que usted nos las respondiera. La información es confidencial.

Una vez que el paciente o acompañante haya aceptado ser entrevistado marque en el o los cuadros de la derecha, el número de la respuesta que dio el paciente.

Fecha de aplicación:

Hora:

Edad: Sexo: M F

Ocupación:

Empleado Obrero Ama de Casa Comerciante Desempleado

Pensionado o jubilado

Escolaridad:

Primaria Secundaria Preparatoria Carrera Técnica

Licenciatura

1. Es primera vez que acude a solicitar servicio en la UMF 20
Si No
2. Es paciente subsecuente que acude a solicitar servicio en la UMF20
Si No
3. Cuenta con cita previa
Si No
4. No cuenta con cita previa
Si No
5. Esta informado del programa cita previa
Si No
6. Usted desconoce el programa cita previa
Si No
7. Solicita cita previa en su clínica para consulta
Si No
8. La solicitud de la cita previa es fuera de la clínica
Si No
9. Cuenta con teléfono propio o tiene alguno que pueda utilizar
Si No
10. No esta ha su alcance ningún teléfono para solicitar su cita
Si No

11. Conoce el número telefónico para solicitar cita previa
Si No
12. Desconoce cuál es el número para solicitar cita previa
Si No
13. Al comunicarse a solicitar su cita estaba disponible la línea
Si No
14. Esta ocupada la línea telefónica de la unidad cuando usted solicita su cita
Si No
15. Considera útil o de provecho solicitar su cita previamente
Si No
16. Encuentra ningún beneficio o utilidad al solicitar su cita previa
Si No
17. El tiempo de espera para pasar a consulta fue menor de 30 minutos.
Si No
18. Fue mayor de 30 minutos el tiempo que esperó para pasar a consulta
Si No
19. Si contestó que sí especifique cuanto tiempo tuvo que esperar _____
20. Cumple con sus necesidades el programa de cita previa
Si No
21. El programa de cita previa no cumple con sus necesidades
Si No