



7A
207
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 6
" SAN ANGEL "

" LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL
MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE "

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Especialista en Medicina familiar

P R E S E N T A :

DRA. EDNA MARTA CABRERA ORTIZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

1991.



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 está 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.

INDICE

	Págs.
Introducción	1
Antecedentes Científicos	2
Planteamiento del Problema	11
Objetivos	12
Hipótesis	13
Programa de Trabajo	14
Resultados	18
Tablas y Gráficas	23
Análisis Estadístico	45
Conclusiones	47
Comentario	48
Anexo (Cuestionario)	49
Bibliografía	52

INTRODUCCION

El presente estudio se encuentra estructurado de tal manera que en primera instancia se presentan los antecedentes en esta materia y los conceptos que se consideran válidos con los objetivos establecidos.

El principal objetivo es el de integrar el diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica incluidas en el estudio (U.M.F. No. 3, 12, 13, 19, 22 y 39) con base en la aplicación de un cuestionario de evaluación para facilitar la identificación de los problemas existentes en cuanto a la calidad de la atención médica de los médicos familiares egresados y no egresados de la especialidad de Medicina Familiar en cada Unidad de Medicina Familiar.

Con esto se busca contribuir a que la prestación de la atención médica en cada U.M.F. se logre con mayor calidad, eficiencia y sentido social y humanitario en beneficio de los pacientes usuarios (derechohabiente).

ATECEDENTES CIENTIFICOS

La estructura de cualquier forma de organización social es la familia, porque su funcionamiento provee el marco adecuado para la definición y conservación de las diferencias humanas, dando forma objetiva a los roles definitivos, pero mutuamente vinculados, de padre, madre o hijo constituyendo los roles básicos de toda cultura.

La familia posee una historia familiar propia de su vida, período de germinación, nacimiento, crecimiento y desarrollo, una capacidad para adaptarse al cambio y a las crisis, una lenta declinación y finalmente, la disolución de la familia vieja en la nueva (1).

La evolución de la Medicina se ha caracterizado, durante siglos, por su lenta adaptación a las necesidades que determinan los cambios sociales. Al mismo tiempo, en la conciencia de todos es cada vez mayor el convencimiento de que la atención médica y el cuidado de la salud de manera integral, constituyen un derecho indiscutible de todo ser humano (2).

Durante la evolución de la Medicina Familiar en México se han tenido que vencer algunos obstáculos y resistencias principalmente de tipo conceptual. Una de las dificultades iniciales fué la de responder la interrogante de si é en verdad la Medicina Familiar es una especialidad ? . Llegandose a la conclusión de que la Medicina Familiar existe como especialidad definida, ya que la atención que brinda el profesional que la practica demanda conocimientos, habilidades y actitudes. Además

otorga atención al paciente desde el punto de vista individual e identifica factores derivados de las relaciones entre los miembros de una familia, que influyen positiva o negativamente en el curso del proceso salud-enfermedad de cada uno de ellos (3).

Puede decirse que el extraordinario aumento de conocimientos médicos hizo necesaria su división en forma de especialidades y subespecialidades facilitando la división del trabajo hospitalario. En consecuencia la relación médico-paciente que se establece es fragmentaria, por lo que es necesario que el Médico Familiar ante este problema mejore en la calidad de su atención al derechohabiente, desde el punto de vista médico, social y psicológico. Lo anterior ha de verse impedido por la demanda siempre creciente de pacientes, además de tener que cubrir procedimientos administrativos del sistema. Esto crea en el Médico Familiar falta de interés en sus actividades propiciando un servicio de mala calidad, lo cual repercute en la insatisfacción del derechohabiente.

El 85% de la totalidad de la demanda de consulta es vista por médicos familiares, por lo cual deberíamos de estar conscientes de lo que ello significa, y tratar de resolver los problemas en forma por demás satisfactoria, ejerciendo una medicina completamente integral.

La opinión de los derechohabientes con respecto a los servicios significa el inicio de una mayor participación de los usuarios para comunicar al I.M.S.S. sus nuevas necesidades, intereses y opiniones.

A mayor conocimiento entre médico y paciente más

objetividad habrá y probablemente exista menos desconfianza y mas pronto se inicie el proceso curativo, lo que hará que el paciente salga satisfecho y acuda estrictamente cuando sea necesario (1)

La esencia de la Medicina Familiar es la continuidad de la atención médica. También implica organizar la provisión de la atención, y por tanto, incluye las relaciones del Médico Familiar con otros profesionales de la salud a quienes se recurre en busca de consejo y ayuda, y que en un momento dado son personal de una misma institución.

El perfil profesional del Médico Familiar del I.M.S.S., debe de contar con un grupo de conocimientos que le permitan realizar con eficiencia, funciones técnico-médicas, técnico-administrativas y de enseñanza e investigación específicas y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuya al logro de los objetivos institucionales (2).

A pesar de que la calidad de la atención médica ha sido un problema que causa gran preocupación en los niveles de la medicina institucional y privada, no han existido programas oficiales de aplicación general y en forma permanente para garantizarla.

Se llevó a cabo una revisión y análisis de los procedimientos de evaluación de la calidad de la atención, que van desde la revisión de expedientes, auditorías, evaluación y comites médicos, tanto a nivel mundial como nacional. De nuestro país se analizaron los procedimientos seguidos por el I.M.S.S., el I.S.S.S.T.E., el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y por la Secretaría de Salud (4).

Conocer la calidad con que se otorga la atención médica como primer paso para mejorar su prestación es una necesidad inherente al acto médico mismo. En el Instituto Mexicano del Seguro Social esta preocupación se hizo manifiesta por primera ocasión en 1956, cuando en el Hospital de la Raza se inició la revisión de expedientes. En 1957 se formó la Comisión de Supervisión Médica del I.M.S.S. y en 1959 se integró la Auditoría Médica de la misma institución. Hasta 1963 la evaluación de la calidad de la atención médica se había centrado en la información contenida en el expediente clínico; sin embargo con base en la revisión de la bibliografía previa, se hizo evidente la necesidad de tomar en cuenta otros aspectos, tales como la suficiencia y la calidad de los recursos físicos; la disponibilidad y capacidad profesional o técnica de los recursos humanos, congruentes con el nivel de la atención que se otorgue; el suministro de material de consumo; la organización de los servicios; la realización de los procedimientos y actividades de la atención conforme a las normas de calidad vigentes, etc. También se considero necesario tener en cuenta que la calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes, conforme a la satisfacción de las expectativas del derechohabiente, de la institución y del trabajo mismo, así como del adecuado balance que debe existir entre la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios (5).

La calidad en la prestación de servicios en una Unidad Médica puede enfocarse desde distintos puntos de vista, en función de expectativas diferentes en cuanto a su otorgamiento por la institución y sus trabajadores, y su recepción por parte

del paciente que la requiere.

1) Expectativas de la institución.- La institución o unidad médica que otorga la atención, pretende que ésta sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con: oportunidad, calidad, conforme a las normas y programas que la propia institución emite, dentro de los rangos de productividad esperados, acorde con presupuesto de costos calculado, con abatimiento de la morbilidad y mortalidad y ausencia de quejas.

2) Expectativas del trabajador.- El trabajador espera lograr satisfacción en la realización de sus labores, a través de otorgar la atención a los pacientes en instalaciones y con equipo o instrumental adecuado; con el reconocimiento de sus superiores por las actividades realizadas, y con una remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

3) Expectativas del paciente.- Los pacientes que acuden a las unidades médicas esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancia y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; atención con cortesía y en forma oportuna; un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo.

Debe lograrse un balance óptimo entre la calidad de la atención por una parte y la eficiencia en la prestación de los servicios por otra, partiendo de la base del derecho a la salud de nuestros pacientes y de la disponibilidad limitada de recursos del país.

No es factible esperar que se otorgue una atención de calidad cuando no se dispone de los recursos suficientes que

permitan satisfacer las necesidades de la población demandante, tanto como cuando dicha atención se otorga por personal que no está satisfecho en el desempeño de sus labores.

En el siglo XX el Estado tomó un papel importante en los asuntos de salud, lo que ocasionó el aumento de matrícula de las instituciones proveedoras de recursos humanos en esta área, la construcción acelerada de hospitales, la institucionalización de la medicina y con ella la burocratización de la misma. Todo esto presenta un desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios y un posible decremento en la calidad de la atención al paciente, en lo que se refiere fundamentalmente a la dimensión interpersonal.

La observación clínica implica dos dominios que le están asociados necesariamente y que se han conjugado entre sí: el dominio hospitalario y el dominio pedagógico. El primero se refiere al contexto de la práctica médica en el que tiene lugar, por un lado, el encuentro entre el médico y el paciente, y por otro, la determinación del diagnóstico por parte del médico. El segundo dominio, en cambio, se refiere a los sutiles mecanismos de transmisión educativa que se establecen entre el médico y el paciente a través de los cuales se refuerzan el orden, la disciplina y la jerarquía.

Podemos decir entonces, que la relación médico-paciente es una relación de poder, en donde la jerarquía se establece por la verticalidad y autoridad que se tiene sobre la salud y la vida del paciente.

Otros autores han caracterizado también la naturaleza de la relación médico-paciente y la han definido como una relación

típicamente social. Drey y Hulka han propuesto una tipología de cuatro modelos posibles de esta relación que varían según la manera en que se vinculan los tres elementos presentes en la atención médica: el médico, el paciente y el problema (6).

La consulta externa constituye, por lo menos teóricamente, un ámbito por excelencia para la transmisión educativa y que la interacción médico-paciente debe redundar en un incremento de los conocimientos que tiene el paciente sobre su cuerpo y su salud a partir de la ayuda del médico, quién no solo debe de diagnosticar problemas de salud y curarlos, sino también contribuir a la educación del paciente al respecto. Por esta razón, su interacción en consulta externa es analizable desde la perspectiva pedagógica, es decir, desde un enfoque que explore la calidad y naturaleza del proceso educativo que ahí tiene lugar, como un componente determinante en el análisis de la calidad de la atención médica.

Con el objeto de conocer cuál es la relación pedagógica que se establece entre médico y paciente en consulta externa, se realizó una investigación en diversos centros de salud del estado de Oaxaca dependientes de la Secretaría de Salud.

Para alcanzar el objetivo se formuló, en primer lugar, un marco teórico que busco rastrear en la historia de la formación de los recursos médicos y de la institucionalización de su práctica. En segundo lugar se buscó caracterizar las seis tareas (identificación del paciente, elaboración de la historia clínica, exploración física, proceso diagnóstico, prescripción y tratamiento, así como seguimiento) que estructuran la relación médico-paciente en consulta externa.

El análisis de los resultados observados muestran que en la mayoría de los casos el médico no saluda; no ubica a su paciente dentro del consultorio; lo aborda con preguntas dando poca oportunidad a que el paciente sea quien explique la historia de su proceso salud-enfermedad; lo explora muchas veces sin consultarlo y sin responder a las expectativas que el paciente pueda tener acerca de su mal; lo da un tratamiento sin verificar su comprensión. El médico actúa sin crear canales de comunicación horizontal, que favorezcan el diálogo como fuente primaria de formación y educación.

Lo anterior hace evidente que el modelo predominante en la relación médico-paciente es el que se centra en la identificación del problema, más que en el conocimiento de la persona. Por lo que, consecuentemente, se establece una relación tipo médico-problema.

Es urgente en consecuencia, comenzar a crear las condiciones para que el médico desarrolle un espíritu de cooperación con el paciente tendiente a devolverle la información y los conocimientos que se derivan de su encuentro (6).

Aun cuando existen numerosas definiciones de evaluación, aplicables a la calidad de la atención médica, consideramos que las más congruentes con los objetivos que se persiguen son:

1) El Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación ha definido a la evaluación de la calidad de la atención médica como: " el análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes. La evaluación incluye el conocimiento del grado de

satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución; también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal.

2) Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistémicas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos (4).

El concepto de buena atención médica parte de ciertos Artículos de Fé. que pueden formularse de la siguiente manera:

1) La atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas.

2) Una buena atención médica enfatiza la prevención.

3) La buena atención médica exige una cooperación inteligente entre el público general y los profesionales de la medicina científica.

4) La buena atención médica trata al individuo como un todo.

5) Una buena atención médica mantiene una relación personal cercana y continua entre médico y paciente.

6) La buena atención médica funciona en coordinación con el trabajo social.

7) La buena atención médica coordina los diferentes tipos de servicios médicos.

8) Buena atención médica significa que todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas (7).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existirá relación de asociación estadística entre la mejor calidad de atención médica, según el derechohabiente, y los médicos egresados de la especialidad de Medicina Familiar ?

ESPECIFICACION DE VARIABLES

A) Variable Independiente : Calidad de la atención médica según la población derechohabiente.

B) Variable Dependiente : Médicos egresados y no egresados de la especialidad de Medicina Familiar.

OBJETIVOS

1) GENERAL :

Determinar la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de la población derechohabiente, en el servicio de Medicina Familiar en médicos egresados y no egresados de la especialidad.

2) ESPECIFICOS :

A) Conocer el concepto que tiene la población derechohabiente del servicio de Medicina Familiar.

B) Conocer las ventajas y desventajas del servicio de Medicina Familiar para la población derechohabiente y para el Instituto.

C) Conocer la calidad de la atención médica en el servicio de Medicina Familiar.

D) Evaluar las diferencias existentes, en cuanto a la calidad de la atención médica, entre los egresados y no egresados de la especialidad de Medicina Familiar.

HIPOTESIS**1) HIPOTESIS DE NULIDAD (H_0) :**

No existe relación de asociación estadística entre la mejor calidad de atención médica, según el derechohabiente, y los médicos egresados de la especialidad de Medicina Familiar.

2) HIPOTESIS ALTERNA (H_1) :

Existe relación de asociación estadística entre la mejor calidad de atención médica, según el derechohabiente, y los médicos egresados de la especialidad de Medicina Familiar.

PROGRAMA DE TRABAJO**DISERNO DE LA INVESTIGACION****TIPO DE ESTUDIO :**

- 1) Prospectivo.
- 2) Transversal.
- 3) Comparativo.
- 4) Observacional.

UNIVERSO DE TRABAJO :

El estudio se realizó con derechohabientes de médicos familiares egresados y no egresados de la especialidad de Medicina Familiar de las siguientes U.M.F. de la Zona San Angel :

- U.M.F. No. 8 .
- U.M.F. No. 12 .
- U.M.F. No. 18 .
- U.M.F. No. 19 .
- U.M.F. No. 22 .
- U.M.F. No. 39 .

REQUISITOS PARA OBTENER LA MUESTRA :**CRITERIOS DE INCLUSION :**

- A) Personas que sean derechohabientes del régimen ordinario del I.M.S.S.
- B) Personas mayores de 16 años de edad.
- C) Personas del sexo femenino y masculino.

D) Personas alfabetas.

E) Personas que acepten entrar al estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION :

A) Personas no derechohabientes del I.M.S.S.

B) Personas menores de 16 años de edad.

C) Personas que no sean derechohabientes del régimen ordinario.

D) Personas que sean analfabetas.

E) Personas que no acepten entrar al estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA :

Se incluyeron en el estudio 455 derechohabientes del régimen ordinario de las U.M.F. de la Zona San Angel que cumplieron con los criterios de inclusión requeridos para el estudio.

ANBITO GEOGRAFICO :

Unidades de Medicina Familiar de la Zona San Angel, que dependen de la Subdelegación 3 Suroeste del D. F.

INDICADORES DE LAS VARIABLES :

Nominales, en calidad a la atención médica que puede ser: buena, regular y mala .

ESCALAS DE MEDICION DE LAS VARIABLES :

Se midieron las variables en base al número de respuestas afirmativas (Si) encontradas en cada cuestionario aplicado.

Bueno >>>>>>> 16 - 20

Regular >>>>> 11 - 15

Malo >>>>>>> 10 ó menos

RECURSOS MATERIALES :

Se utilizarón para la realización del estudio un total de 455 cuestionarios los cuales incluían un total de 23 preguntas cada uno, lápicos, hojas, borradores, sala de espera, sillas, escritorio y máquina de escribir.

RECOLECCION DE LA MUESTRA :

Inicialmente se procedió a realizar un cuestionario constituido por un total de 28 preguntas, de las cuales 7 se encontraban en la Parte I y 21 en la Parte II, que evaluarán la calidad de la atención médica de los médicos familiares egresados y no egresados de la especialidad de Medicina Familiar. Dicho cuestionario se sometió a prueba de campo con un total de 50 derechohabientes escogidos al azar con el objeto de encontrar ciertas fallas o errores en cuanto a la realización de éste, lo que condujo a que se modificaran algunas preguntas y se eliminaran otras quedandonos con un cuestionario definitivo de 23 preguntas en total (Parte I >> 3, Parte II >> 20).

Antes de aplicarse el cuestionario definitivo se procedió a realizar una breve entrevista con los médicos de las U.M.F. de la Zona San Angel, egresados y no egresados de la especialidad de Medicina Familiar, del turno matutino y vespertino solicitandoles la participación de su población derechohabiente, explicandoles

los objetivos y la finalidad del estudio.

Como era de esperarse, fué aceptada la propuesta en cada U.M.F. por lo que se procedió a la aplicación de los cuestionarios, entregandole uno a cada derechohabiente que cumpliera con los criterios de inclusión antes mencionados llenandose en forma individual con un límite de tiempo de 15 minutos. Lo anterior se llevó a cabo conociendo previamente el consultorio para saber si era de Médico Familiar egresado o no egresado de la especialidad. Los cuestionarios no incluyeron identificación del derechohabiente con el propósito de obtener respuestas más fidedignas .

Una vez recolectada toda la información se procedió a analizar los resultados.

RESULTADOS

En relación a las preguntas 1, 2 y 3 de la primera parte del cuestionario que están en relación al conocimiento que se tiene de la especialidad de Medicina Familiar por parte del derechohabiente y la importancia que implica el realizarla se llegó a la conclusión con los 455 (100%) que 363 (79.78%) derechohabientes SI conocen de la existencia de la especialidad de Medicina Familiar y para 425 (93.40%) derechohabientes SI es importante que el Médico General realice la especialidad de Medicina Familiar para otorgar una mejor atención médica . Con respecto al conocimiento del porcentaje de médicos familiares egresados de la especialidad hasta el momento, 77 (16.92%) derechohabientes SI lo conocen y 378 (83.07%) NO lo conocen. Ver tabla 1 y gráficas 1, 2 y 3 .

En relación a la evaluación y análisis de los resultados de la segunda parte del cuestionario se obtuvo lo siguiente :

Se aplicaron un total de 455 cuestionarios (100%) distribuidos de la siguiente forma en las diferentes U.M.F. incluidas en el estudio :

U.M.F. No. 3 >>>>>>>>	100 (21.97%)
U.M.F. No. 12 >>>>>>>>	87 (19.12%)
U.M.F. No. 18 >>>>>>>>	76 (16.70%)
U.M.F. No. 19 >>>>>>>>	82 (18.02%)
U.M.F. No. 22 >>>>>>>>	74 (16.26%)
U.M.F. No. 39 >>>>>>>>	36 (7.91%)

A su vez en cada U.M.F. el total de cuestionarios aplicados

se distribuyeron en consultorios tanto de médicos familiares egresados como en no egresados de la especialidad de Medicina Familiar, quedando de la siguiente manera :

U.M.F. No. 8 >>>>	100 (100%)	en C. de M.F. no E.
U.M.F. No. 12 >>>>	32 (36.78%)	en C. de M.F.E.
	55 (63.22%)	en C. de M.F. no E.
U.M.F. No. 18 >>>>	36 (47.36%)	en C. de M.F.E.
	40 (52.64%)	en C. de M.F. no E.
U.M.F. No. 19 >>>>	37 (45.12%)	en C. de M.F.E.
	45 (54.88%)	en C. de M.F. no E.
U.M.F. No. 22 >>>>	38 (51.35%)	en C. de M.F.E.
	36 (48.65%)	en C. de M.F. no E.
U.M.F. No. 39 >>>>	22 (61.11%)	en C. de M.F.E.
	14 (38.89%)	en C. de M.F. no E.

Por la distribución antes expuesta se puede observar que de los 455 (100%) cuestionarios aplicados 165 (36.27%) corresponden a derechohabientes de médicos familiares egresados de la especialidad y 290 (63.73%) corresponden a derechohabientes de médicos familiares no egresados de la especialidad; uno de los principales factores que influye en ésta diferencia es que en la mayoría de las U.M.F. incluidas en la encuesta hay un porcentaje mayor de médicos familiares no egresados de la especialidad que médicos familiares egresados de la especialidad. Ver tablas 2 y 3 y gráficas 4 y 5.

Los cuestionarios fueron aplicados en algunas U.M.F. en el turno matutino y en otras en el turno vespertino.

Ahora analizaremos los resultados obtenidos en cada U.M.F.

con respecto a la calidad de la atención médica de médicos egresados y no egresados de la especialidad de Medicina Familiar:

En la U.M.F. No. 8 únicamente se pudieron evaluar a los médicos familiares no egresados ya que como se menciona anteriormente hay pocos médicos egresados de la especialidad en esta U.M.F. Se aplicó un total de 100 (100%) cuestionarios de los cuales se concluyó que en ésta U.M.F. la calidad de la atención médica es "MALA" en los médicos familiares no egresados, apoyando lo anterior un total de 42 (42%) cuestionarios. Ver tabla 4 y gráfica 6.

En la U.M.F. No. 12 se aplicaron 87 cuestionarios (100%) de los cuales 32 (36.78%) a derechohabientes de médicos familiares egresados y 55 (63.22%) a derechohabientes de médicos familiares no egresados. El resultado final fué que la calidad de la atención médica es "MALA" tanto en médicos familiares egresados como en no egresados de la especialidad, apoyando lo anterior un total de 12 (13.79%) cuestionarios en médicos egresados y 27 (31.03%) cuestionarios en médicos no egresados. Ver tabla 5 y gráfica 7 .

En la U.M.F. No. 18 se aplicaron un total de 76 cuestionarios (100%) de los cuales 36 (47.36%) a derechohabientes de médicos familiares egresados y 40 (52.64%) a derechohabientes de médicos familiares no egresados. El resultado que se obtuvo fué que la calidad de la atención médica es "REGULAR" en médicos familiares egresados de la especialidad y "MALA" en médicos familiares no egresados de la especialidad, apoyando lo anterior un total de 17 (22.36%) cuestionarios en

médicos egresados y 25 (32.89%) cuestionarios en médicos no egresados. Ver tabla 6 y gráfica 8 .

En la U.M.F. No. 19 se aplicaron 82 cuestionarios (100%) de los cuales 37 (45.12%) a derechohabientes de médicos egresados y 45 (54.88%) a derechohabientes de médicos no egresados. El resultado que se obtuvo fué que la calidad de la atención médica es "MALA" tanto en médicos familiares egresados como en no egresados de la especialidad, apoyando lo anterior un total de 17 (20.73%) cuestionarios en médicos egresados y 24 (29.26%) en médicos no egresados. Ver tabla 7 y gráfica 9 .

En la U.M.F. No. 22 se aplicaron un total de 74 cuestionarios (100%) de los cuales 32 (51.35%) a derechohabientes de médicos egresados y 36 (48.65%) a derechohabientes de médicos no egresados. El resultado que se obtuvo fué que la calidad de la atención médica es "REGULAR" en médicos familiares egresados de la especialidad y "MALA" en médicos familiares no egresados de la especialidad, apoyando lo anterior un total de 19 (25.67%) cuestionarios en médicos egresados y 16 (21.62%) cuestionarios en médicos no egresados. Ver tabla 8 y gráfica 10 .

En la U.M.F. No. 39 se aplicaron 36 cuestionarios (100%) ya que la población derechohabiente que acude a ésta unidad es muy reducida por ser de la Comisión Federal de Electricidad. Se aplicaron 22 (61.11%) cuestionarios a derechohabientes de médicos egresados y 14 (38.89%) cuestionarios a derechohabientes de médicos no egresados. El resultado que se obtuvo en ésta unidad fué el mejor del estudio ya que la calidad de la atención médica es "BUENA" en médicos familiares egresados

de la especialidad y "REGULAR" en médicos familiares no egresados de la especialidad, apoyando lo anterior un total de 18 (50%) cuestionarios en médicos egresados y 8 (22.22%) cuestionarios en médicos no egresados. Ver tabla 9 y gráfica 11 .

El análisis global de los resultados antes mencionados es el siguiente :

Se aplicaron un total de 455 cuestionarios (100%) de los cuales 165 (36.27%) correspondieron a médicos egresados y 290 (63.73%) a médicos no egresados. El resultado final fué que la calidad de la atención médica es "REGULAR" en médicos familiares egresados de la especialidad y "MALA" en médicos familiares no egresados de la especialidad, apoyando lo anterior un total de 65 (14.29%) cuestionarios en médicos egresados y 134 (29.45%) cuestionarios en médicos no egresados. Ver tabla 10 y gráfica 12

TABLA No. 1

CONOCIMIENTO, EXISTENCIA E IMPORTANCIA DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR POR EL DERECHOHABIENTE

" U.M.F. ZONA SAN ANGEL "

PREGUNTA	SI		NO	
	No.	%	No.	%
1 *	363	79.78	92	20.22
2 *	425	93.41	30	6.59
3 *	77	16.92	378	83.08

Fuente: 455 encuestas aplicadas .

* 1) Saben de la existencia de la especialidad de Medicina Familiar .

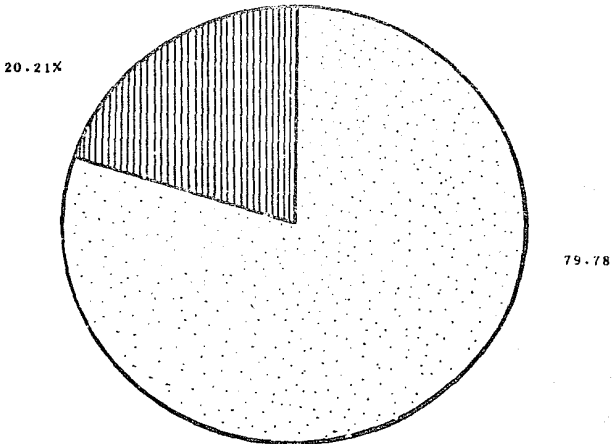
* 2) Saben de la importancia de la especialidad de Medicina Familiar .

* 3) Conocen el porcentaje, aproximado, de médicos familiares egresados de la especialidad .

GRAFICA No. 1

EXISTENCIA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
POR EL DERECHOHABIENTE

" U.M.F. ZONA SAN ANGEL "



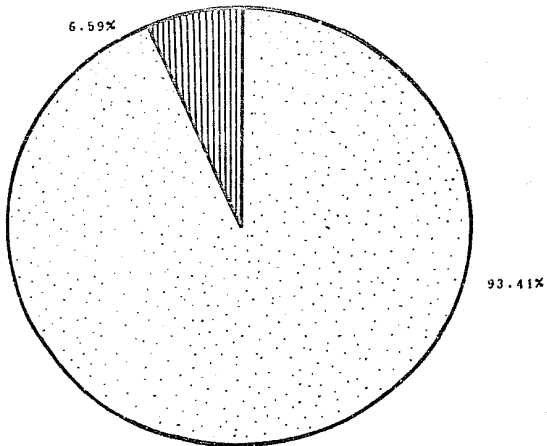
Fuente: Tabla No. 1



GRAFICA No. 2

IMPORTANCIA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
POR EL DERECHOHABIENTE

" U.M.F. ZONA SAN ANGEL "



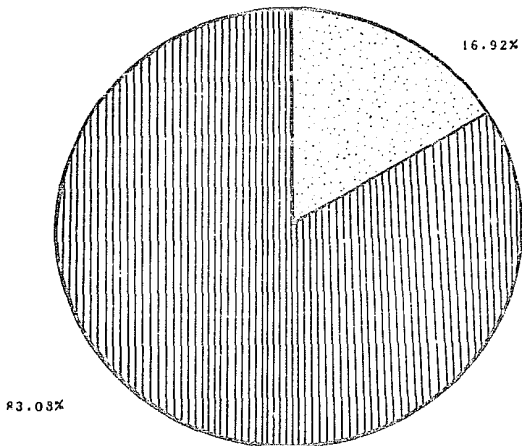
Fuente: Tabla No. 1

	SI
	NO

GRAFICA No. 3

CONOCIMIENTO DEL % APROXIMADO DE H.F. EGRESADOS DE LA
ESPECIALIDAD DE M.F. POR EL DERECHOHABIENTE

" U.M.F. ZONA SAN ANGEL "



Fuente: Tabla No. 1



TABLA No. 2

MEDICOS EGRESADOS Y NO EGRESADOS DE LA ESPECIALIDAD DE M.F.

TURNO MATUTINO

" U.M.F. ZONA SAN ANGEL "

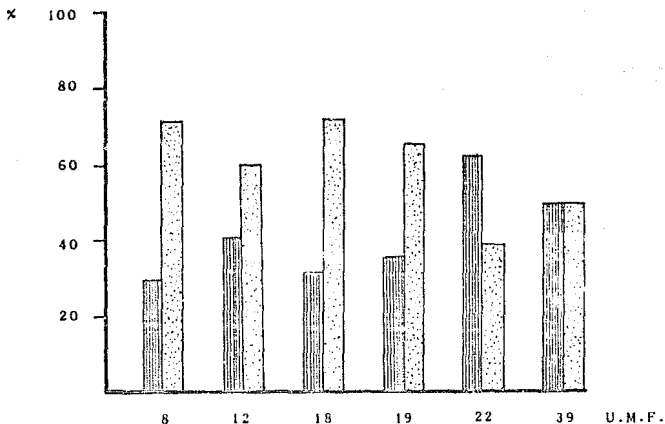
U.M.F.	EGRESADOS		NO EGRESADOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	
8	4	28.57	10	71.43	14
12	6	40	9	60	15
18	3	30	7	70	10
19	6	35.29	11	64.71	17
22	8	61.54	5	38.46	13
39	1	50	1	50	2

Fuente: U.M.F. Zona San Angel, 455 encuestas aplicadas .

GRAFICA No. 4

MEDICOS EGRESADOS Y NO EGRESADOS DE LA ESPECIALIDAD DE M.F.
 TURNO NATUTINO

" U.M.F. ZONA SAN ANGEL "



Fuente: Tabla No. 2



EGRESADOS



NO EGRESADOS

TABLA No. 3

MEDICOS EGRESADOS Y NO EGRESADOS DE LA ESPECIALIDAD DE M.F.
 TURNO VESPERTINO

" U.M.F. ZONA SAN ANGEL "

U.M.F.	EGRESADOS		NO EGRESADOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	
8	5	35.71	9	64.29	14
12	9	60	6	40	15
18	2	20	8	80	10
19	7	41.18	10	58.82	17
22	8	61.54	5	38.46	13
39	1	50	1	50	2

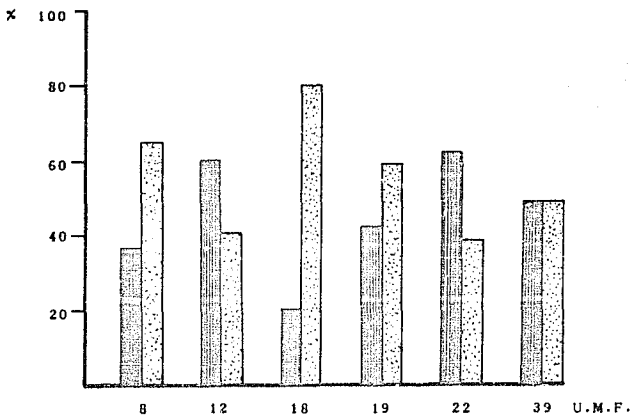
Fuente: U.M.F. Zona San Angel, 455 encuestas aplicadas .

GRAFICA No. 5

MEDICOS EGRESADOS Y NO EGRESADOS DE LA ESPECIALIDAD DE M.F.

TURNO VESPERTINO

" U.M.F. ZONA SAN ANGEL "



Fuente: Tabla No. 3



EGRESADOS



NO EGRESADOS

TABLA No. 4

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.H.F. No. 8 "

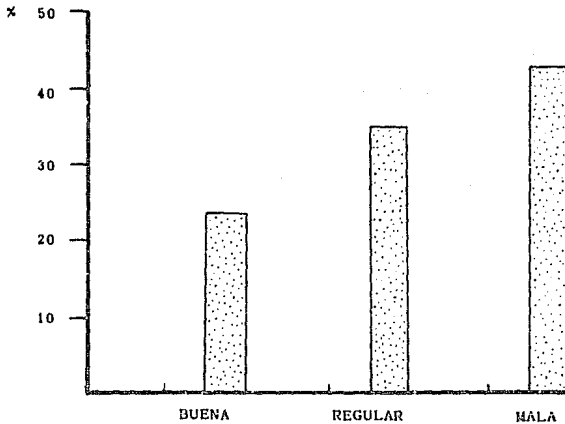
	EGRESADOS		NO EGRESADOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	
BUENA			23	23	23
REGULAR			35	35	35
MALA			42	42	42
TOTAL			100	100	100

Fuente: 100 encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 6

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.M.F. No. 8 "



Fuente: Tabla No. 4



EFRESADOS



NO EGRESADOS

TABLA No. 5

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHAHABIENTE

" U.M.F. No. 12 "

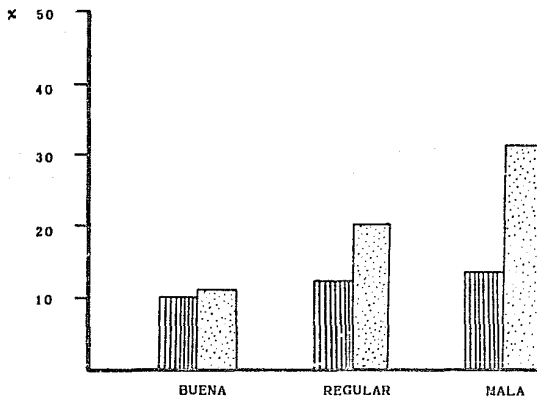
	EGRESADOS		NO EGRESADOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	
BUENA	9	10.34	10	11.49	19
REGULAR	11	12.64	18	20.69	29
MALA	12	13.79	27	31.03	39
TOTAL	32	36.78	55	63.22	87

Fuente: 87 encuestas aplicadas .

GRAFICA No. 7

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.M.F. No. 12 "



Fuente: Tabla No. 5



EGRESADOS



NO EGRESADOS

TABLA No. 6

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.M.F. No. 18 "

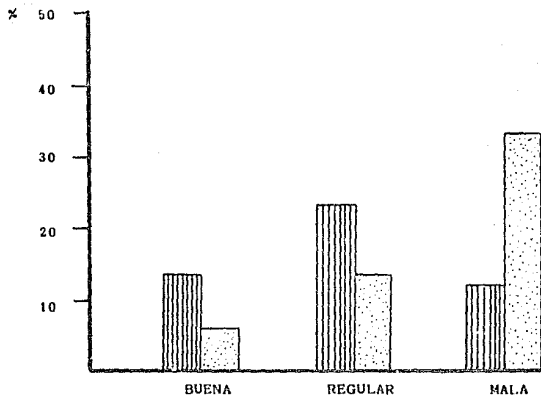
	EGRESADOS		NO EGRESADOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	
BUENA	10	13.16	5	6.58	15
REGULAR	17	22.36	10	13.16	27
MALA	9	11.85	25	32.89	34
TOTAL	36	47.37	40	52.63	76

Fuente: 76 encuestas aplicadas .

GRAFICA No. 8

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.N.F. No. 18 "



Fuente: Tabla No. 6



EGRESADOS



NO EGRESADOS

TABLA No. 7

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.M.F. No. 19 "

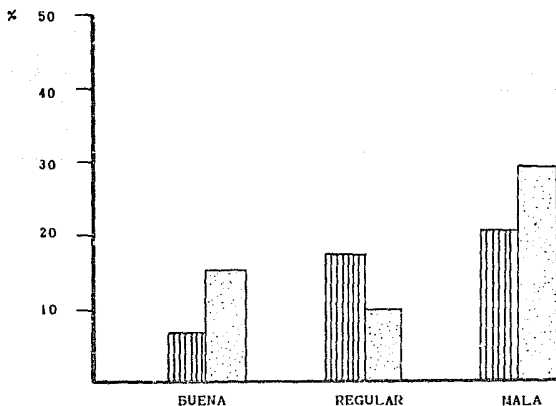
	EGRESADOS		NO. EGRESADOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	
BUENA	6	7.32	13	15.86	19
REGULAR	14	17.07	8	9.76	22
MALA	17	20.73	24	29.26	41
TOTAL	37	45.12	45	54.88	82

Fuente: 82 encuestas aplicadas .

GRAFICA No. 9

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.M.F. No. 19 "



Fuente: Tabla No. 7



EGRESADOS



NO EGRESADOS

TABLA No. 8

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.M.F. No. 22 "

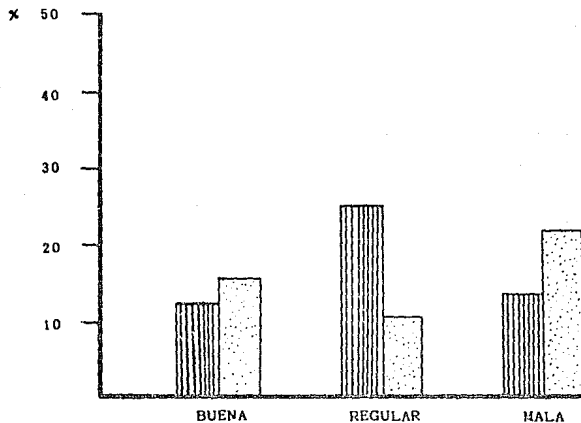
	EGRESADOS		NO EGRESADOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	
BUENA	9	12.16	12	16.22	21
REGULAR	19	25.67	8	10.81	27
MALA	10	13.52	16	21.62	26
TOTAL	38	51.35	36	48.65	74

Fuente: 74 encuestas aplicadas .

GRAFICA No. 10

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOABIENTE

" U.M.F. No. 22 "



Fuente: Tabla No. 8



EGRESADOS



NO EGRESADOS

TABLA No. 9

**LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE**

" U.M.F. No. 39 "

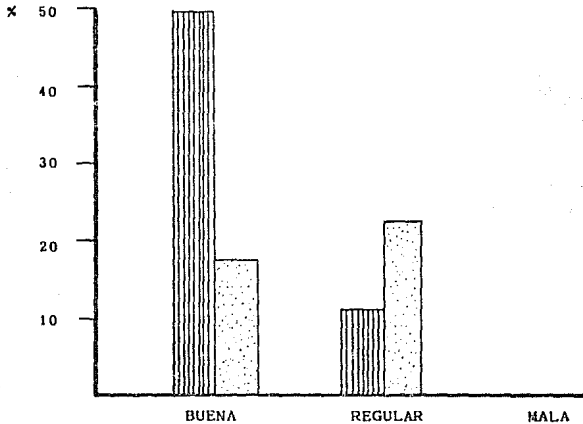
	EGRESADOS		NO EGRESADOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	
BUENA	18	50	6	16.67	24
REGULAR	4	11.11	8	22.22	12
MALA	-	-	-	-	-
TOTAL	22	61.11	14	38.89	36

Fuente: 36 encuestas aplicadas .

GRAFICA No. 11

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.M.F. No. 39 "



Fuente: Tabla No. 9



EGRESADOS



NO EGRESADOS

TABLA No. 10

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.M.F. ZONA SAN ANGEL "

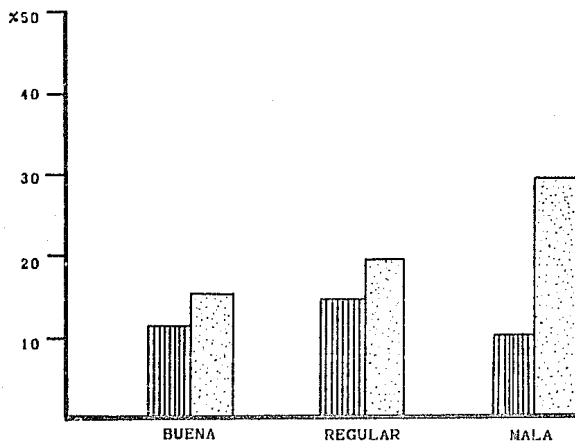
	EGRESADOS		NO EGRESADOS		TOTAL
	No.	%	No.	%	
BUENA	52	11.43	69	15.16	121
REGULAR	65	14.29	87	19.12	152
MALA	48	10.55	134	29.45	182
TOTAL	165	36.27	290	63.73	455

Fuente: 455 encuestas aplicadas .

GRAFICA No. 12

LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE

" U.M.F. ZONA SAN ANGEL "



Fuente: Tabla No. 10



EGRESADOS



NO EGRESADOS

ANALISIS ESTADISTICO

Los resultados del estudio se analizaron en base a chi cuadrada (X^2) cuya fórmula es la siguiente :

$$X^2 = \frac{(\sum O - E)^2}{E}$$

	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
M.F.E.	77.12 69	96.88 87	116 134	290
M.F.N.E.	43.88 52	55.12 65	66 48	165
TOTAL	121	152	182	455

$$d1 = (2-1)(3-1) = (1)(2) = 2$$

$$\alpha = 0.05$$

$$X^2_t = 4.60$$

$$X^2_o = \frac{(69-77.12)^2}{77.12} + \frac{(52-43.88)^2}{43.88} + \frac{(87-96.88)^2}{96.88} +$$

$$+ \frac{(65-55.12)^2}{55.12} + \frac{(134-116)^2}{116} + \frac{(48-66)^2}{66} =$$

$$= 0.85 + 1.50 + 1.01 + 1.77 + 2.79 + 4.91 =$$

$$X^2_o = 12.83$$

X^2_o es mayor que X^2_t con una p menor que α

CONCLUSION :

Se rechaza H_0 y se acepta que si existe diferencia estadísticamente significativa entre la calidad de la atención médica de los médicos familiares egresados de la especialidad y los médicos familiares no egresados de la especialidad .

Por lo tanto, la población derechohabiente de médicos familiares egresados de la especialidad de Medicina Familiar reciben una mejor atención médica que los derechohabientes de médicos familiares no egresados de la especialidad de Medicina Familiar .

CONCLUSIONES

1) Es aceptada la existencia de la especialidad de Medicina Familiar por los derechohabientes.

2) Se da una atención integral en médicos familiares egresados de la especialidad de Medicina Familiar.

3) Hay ventajas notables en la forma de dar la atención médica a derechohabientes de médicos familiares egresados de la especialidad de Medicina Familiar en comparación con los derechohabientes de médicos familiares no egresados de la especialidad de Medicina Familiar.

4) Si existe diferencia estadísticamente significativa entre la calidad de la atención médica de los médicos egresados de la especialidad y los no egresados de la especialidad.

5) De las 6 U.M.F. estudiadas la calidad de la atención médica fué MALA en médicos familiares no egresados de la especialidad en 5 de ellas y regular en 1 .

6) De las 6 U.M.F. estudiadas la calidad de la atención médica en médicos familiares egresados de la especialidad fué MALA en 2, REGULAR en 2 y BUENA en 1 .

7) La calidad de la atención médica es mejor en médicos egresados de la especialidad de Medicina Familiar que en médicos familiares no egresados de la especialidad de Medicina Familiar, por lo tanto si existe relación de asociación estadística entre la mejor calidad de atención médica y los médicos egresados de la especialidad de Medicina Familiar .

COMENTARIO

Con la terminación de la realización de este estudio nos pudimos dar cuenta que hay muchos factores que influyen en los resultados obtenidos y que pueden mejorar para llegar a dar una consulta óptima dentro de los recursos del Instituto mejorando de esta manera la relación Médico-paciente.

Algunos de los aspectos que ayudarían a ésto objetivo serían los siguientes:

- 1) Saludar al paciente.
- 2) Puntualidad en el inicio de la consulta.
- 3) Una consulta adecuada en cuanto a tiempo y relación Interpersonal por paciente.
- 4) Tener un número adecuado de pacientes por turno.
- 5) Preparación continua o integral del Médico Familiar que da la atención médica del primer nivel.
- 6) Canalización adecuada a especialidades de 2do y 3er nivel, cuando el paciente verdaderamente lo amerite.

ANEXO

(CUESTIONARIO)

ME _____ MNE _____

"LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR SEGUN LA
POBLACION DERECHOHABIENTE "

Sexo _____ Edad _____ U.M.F. No. _____

Consultorio No. _____ Turno _____

PARTE I :

1) ¿ Sabe usted que en México, así como existe la especialidad en Pediatría, Cirugía, Ginecología, etc., existe también la especialidad en Medicina Familiar ?

A) SI B) NO

2) ¿ Usted cree que sería importante que todos los médicos generales de las U.M.F. del I.M.S.S. realizarán la especialidad en Medicina Familiar ?

A) SI B) NO

3) ¿ Sabe usted que aproximadamente el 40% de los médicos de las U.M.F. del I.M.S.S. ya hicieron la especialidad en Medicina Familiar ?

A) SI B) NO

PARTE II :

1) ¿ Acudo con frecuencia con su médico familiar ?

A) SI B) NO

2) ¿ Cuantas veces, aproximadamente, usted o algun miembro de su familia ha acudido con su médico familiar los últimos dos meses ?

3) ¿ Su médico familiar, lo escucha, lo entiende y lo ayuda a resolver sus problemas físicos y a veces psicológicos ?

A) SI B) NO

4) ¿ A su médico familiar le agrada platicar con usted ?

A) SI B) NO

5) ¿ Considera que es buena la relación interpersonal (médico-paciente) que hay entre usted y su médico familiar ?

A) SI B) NO

6) ¿ Ha observado usted que es bueno el trato que da su médico familiar a sus demás pacientes ?

A) SI B) NO

7) ¿ Le agrada la forma en que su médico familiar lo trata a usted y a su familia en la consulta ?

A) SI B) NO

8) ¿ Considera que el tiempo que le brinda su médico familiar en la consulta es el suficiente ?

A) SI B) NO

9) ¿ Lo recibe con puntualidad a su cita su médico familiar ?

A) SI B) NO

10) ¿ Acude puntualmente a dar la consulta su médico familiar ?

A) SI B) NO

11) ¿ Su médico familiar lo cita a consulta aunque usted no este enfermo, únicamente para control de su estado de salud ?

A) SI B) NO

12) ¿ Su médico familiar lo cita periódicamente, independientemente de su estado de salud ?

A) SI B) NO

13) ¿ Su médico familiar se preocupa en saber como es su relación con sus demás familiares ?

A) SI B) NO

14) ¿ Su medico familiar se interesa en saber si su enfermedad tiene alguna relación con su situación familiar en esos momentos ?

A) SI B) NO

15) ¿ Lo tiene confianza a su médico familiar ?

A) SI B) NO

16) ¿ Lo trata con respeto en cada consulta su médico familiar ?

A) SI B) NO

17) ¿ Resuelve satisfactoriamente sus dudas su médico familiar ?

A) SI B) NO

18) ¿ Le toma la presión arterial, la temperatura, la talla y su peso en cada consulta su médico familiar ?

A) SI B) NO

19) ¿ Lo explora adecuadamente en cada consulta su médico familiar ?

A) SI B) NO

20) ¿ Casi siempre obtiene mejoría inmediata de su enfermedad posterior a la primer consulta con su médico familiar

A) SI B) NO

BIBLIOGRAFIA

- 1) Palacios C. B. Tesis: Factores que generan la consulta en el servicio de Medicina Familiar; Méx. D.F., 1985 .
- 2) Aguilar G. Ma. Tesis: Accesibilidad y oportunidad a la consulta de Medicina Familiar en el H.G.Z. No. 8, San Angel . Méx. D.F., enero 1985 .
- 3) Cabrera O. P. Tesis: Actitudes en la realización de actividades asistenciales, en docencia e investigación de los médicos familiares egresados y no egresados de la especialidad de Medicina Familiar. Méx. D.F., 1988 .
- 4) Ruíz de Chávez M., Martínez-Narvaéz G. y cols. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública Méx. 1990; 32:2,166-169 .
- 5) Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública Méx. 1990; 32:2, 170-180 .
- 6) Camporo-Cuenca L. Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca. México. Salud Pública Méx. 1990, 32:2, 192-204 .
- 7) Jonas L. W. El concepto de buena atención médica. Salud Pública Méx. 1990; 32:2, 245-247 .
- 8) Varela R. C. La Medicina Familiar como especialidad. Bol. Med. IMSS, 1974; 16: 401-408 .
- 9) Whirrey I. R. La Medicina Familiar en perspectiva. Rev. Fac. Med. Méx.; 18-25 .
- 10) Documento del Módulo " Historia y evolución de la Medicina Familiar " . U.M.F. No. 20, 1986 .