

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON No. 29
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

148

ANALISIS DE LA CALIDAD EN LA ATENCION MEDICA
DEL CONTACTO PRIMARIO EN REGIMEN DE
SOLIDARIDAD SOCIAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A N:

NICOLASA OLAYO AGUIRRE
MARCELA ALAMILLO VERA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

2002



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.

ANALISIS DE LA CALIDAD EN LA AIENCION MEDICA
DEI CONIACIO PRIMARIO EN REGIMEN DE SOLIDARII
DAD SOCIAL .

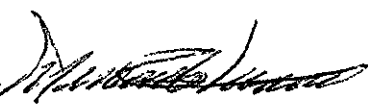
Vo Bo


DR. SALVADOR RODRIGUEZ PEÑAFLO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 29



JEFATURA DE ENSEÑANZA
CLINICA HOSPITAL No. 29

Vo Bo.

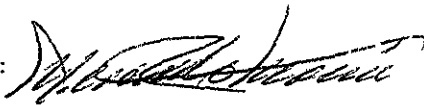

DRA. REYNA MERCADO MARIN
COORDINADORA DE LA RESIDENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON
No 29

NICOLASA OLAYO AGUIRRE

MARCELA ALAMILLO VERA

Médicos residente de 2o año de Medicina Familiar
adscritas al Hospital General de Zona Aragón No 29
del I.M S S

ASESORADO POR:



DRA REYNA MERCADO MARIN

COORDINADORA DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA
FAMILIAR H G Z A No 29 I.M.S.S -

A LA DRA REYNA MERCADO MARIN
Con profundo agradecimiento -
por habernos dirigido y aseso
rado.

Con amor filial a mis padres:
Fuentes de acendrado humanismo,
que me dieron el ser y me iniciaron
al estudio, conduciéndome siempre -
por los senderos del bien

Gracias a mis Maestros
y Hermanos:

Con perenne amor
a mi Esposo.

Con amor y ternura a mis padres:

ALBERIO Y MA. PIEDAD

Fuente de ascendido humanismo
que me dieron el ser y me brindaron
su cariño y comprensión, conduciéndome
siempre por los senderos del
bien.

A mis hermanos: Raúl, Rosa, Floriberto,
Salvador, Ma de la Luz, Alicia.

Quienes me brindaron su apoyo y comprensión

A mis cuñadas: Ieresa y Ma de la Paz

Quienes tienen un alto sentido de humanidad

Con amor y ternura

a Della Sué

hija mía ilusión de mi vida.

I N D I C E

	PAG
I.- ANIECEDENIES CIENIIFICOS.	1
II - PIANEAMIENIO DEL PROBLEMA.	8
III.- JUSTIIFICACION	9
IV - OBJEIIVOS...	10
V.- HIPOIESIS...	11
VI - DISEÑO DE LA INVESTIIGACION.	12
a) Material y Métodos	
b) Orientación básica de la Encuesta	
c) Estructura básica del Cuestionario	
d) Evaluación del Cuestionario	
VII.- RESULIADOS Y ANALISIS.	21
VIII.-COMENIARIO.	54
IX - CONCLUSIONES	55
X.- BIBLIOGRAFIA...	56

ANIECEDENIES CIENIIFICOS

Consideraciones filosóficas sobre la evolución de la medicina siglos hace que la medicina viene conservando una doble tradición: el auxilio al enfermo -como su más antigua responsabilidad-, que obliga al médico a la aplicación eficiente de todos los recursos existentes a su alcance: y por otra parte, el cuidado de la salud de la comunidad. En el mundo grecorromano, la primera tradición derivaba del culto a Esculapio y la segunda, del culto a Hígia en Atenas y del Mosaico de Reglas Sanitarias para la vida del campo.

Estos aspectos sociales de la medicina han aumentado significativamente su complejidad, en forma paralela al crecimiento y evolución de la sociedad contemporánea (1) (3) (4)

Hace poco más de cien años que los médicos podían ofrecer algo más que simpatía a sus enfermos, aparte de algunos polvos y yerbas utilizados con fines terapéuticos cuyo empleo llevaba implícito el principio de no causar daño

Con el descubrimiento de los métodos profilácticos y terapéuticos, está creando problemas por que estos fenómenos no tienen precedentes en la historia

Con el acontecimiento de la Primera Guerra Mundial propició desde el punto de vista médico, grandes avances iniciándose la tendencia a la especialización Apareciendo la oftalmología, la ortopedia y la cirugía Sin embargo la medicina no tomaba en consideración los aspectos sociales del paciente como miembro de un grupo

La segunda guerra mundial, además del advenimiento de los antibióticos trajo consigo un aumento rápido y explosivo en el progreso de la medicina científica con una gran potencialidad de técnicas, por lo que se fragmentó la profesión en especialidades. La tendencia a la especialización fue bien vista por los médicos e inclusive el público le dio una gran acogida. Además las escuelas y facultades de medicina han contribuido a la propensión a la especialización, así como al hecho de que la educación médica ha dependido de los acontecimientos episódicos manejados en grandes hospitales, mismos en los que se lleva a cabo la docencia desde el primer procedimiento propedeútico hasta la obtención del título profesional. Trayendo consigo que la práctica de la medicina se orientará de una manera impersonal hacia las enfermedades en vez de hacerlo hacia las personas olvidando que el hombre tiene necesidad como tal y que los individuos no pueden ni deben ser separados de sus familias ni de sus comunidades (2) (5)

En las últimas décadas y ciertamente en coincidencia con un progresivo interés universal por los beneficios sociales y los de carácter colectivo, ha habido un despertar del mundo científico y social que ha vuelto la cara hacia la medicina general, como si se diera cuenta de repente que aquel hombre olvidado, minimizado había sido víctima de la moda de la especialización como si recayera en la importancia de la equivocación, de aquel que por querer progresar en una estructura sólida de la práctica médica, había dejado un hueco enorme al nivel de los cimientos mismos y del eje sustantivo de la estructura médica. (6)

Es así como aparece el Médico Familiar, como personaje central de la medicina moderna en donde su criterio profesional va más allá de la simple curación de enfermedades y

se convierte además de médico en educador, guía de la población en el control de los factores que afectan negativamente su salud. (8) (9)

Como una cabal respuesta a las necesidades que dentro de un marco de realidades insoslayables exigen el desarrollo social y económico de nuestro país, debemos considerar la importancia de la reestructuración llevada a cabo en la prestación de los servicios de salud, que tienen la finalidad fundamental de dar un enfoque integral a la práctica médica, con tendencia a superar sus niveles de atención previamente jerarquizados, cuyo objetivo definido no es otro que el de inyectar una amplia fluidez a la ministración de esos servicios, al mismo tiempo que se permite a todos y cada uno de los miembros de la comunidad beneficiada el libre acceso a los mismos. (10) (11)

La operatividad de los servicios médicos asistenciales requiere de una estrecha relación de tres aspectos: atención médica, educación e investigación científica, de tal manera que dentro del objetivo general de otorgar atención integral a la salud toca a éstos tres aspectos lograr los siguientes objetivos específicos. (12)

Al de asistencia o atención médica cumplir con la realización de las acciones médicas. Al de enseñanza, capacitar y actualizar al personal integrante del equipo de salud. Al de investigación científica generar la ciencia y la tecnología requerida para el mejoramiento de las prestaciones institucionales y para el desarrollo de los recursos humanos. (13)

Las acciones médicas que el país requiere en el momento histórico actual, están dados por los modelos de atención médica del primer nivel de atención denominado a menu-

do de contacto primario, es el primero de los sectores de trabajo y el más importante. Constituye el primero y único sitio de entrada al sistema de salud. En general las acciones de atención primaria se llevan a cabo en consultorios, casas de salud, centros de salud, sitios donde puede hacerse medicina ambulatoria, cercanos donde la gente vive y trabaja, también se realiza en la comunidad cuando el sistema de salud se pone en contacto con núcleos familiares o comunitarios de diversa índole.

Aquí se aplican los conocimientos y se toman las medidas generales en relación tanto con la salud como con la enfermedad. (14) (15).

Su función se orienta a resolver los principales problemas de la comunidad, prestar servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para la resolución de éstos. (16)

El típico profesional de este nivel es el " Médico Familiar ".

El perfil profesional del médico general/familiar: la siguiente descripción del puesto, originada en 1974 por un grupo de expertos de 12 países europeos sirve en el momento actual como inmejorable punto de referencia.

"El médico general-familiar es un médico que proporciona atención personal, primaria y continua a individuos, familias y a una población a la que sirve sin distinción de edad, sexo o enfermedad atiende a sus pacientes en su consultorio o en sus hogares y ocasionalmente en hospitales. Un objetivo de su trabajo es establecer diagnósticos precoces. Comprende e integra los diversos factores físicos, psicológicos y sociológicos en sus consideraciones sobre la salud y la enfermedad. Toma la decisión inicial sobre cual---

quier problema que se le presente como médico. Se hace cargo de la atención continua de sus pacientes con problemas crónicos, reincidentes o terminales. Práctica en colaboración con otros colegas, médicos o no médicos. Sabe cuando y cómo intervenir por medio de la prevención, el tratamiento y la educación para promover la salud de sus pacientes y de sus familias; reconoce que tiene una responsabilidad profesional hacia la comunidad".

También se observan otros aspectos; el médico familiar debe ser un profesional con una educación muy amplia, seleccionando inicialmente por su genuino interés en la sociedad, por su capacidad para "preocuparse" por la gente; tiene un adiestramiento que le permite integrar una enorme cantidad de información procedente de las ciencias biológicas y sociales. muestra gran interés por resolver los problemas y escucha escudriñar en su origen; tiene capacidad para tolerar la ansiedad y toma decisiones en circunstancias de incertidumbre y puede resolver a sus pacientes los constantes y comunes problemas de la vida, la enfermedad y de la muerte

El médico familiar debe estar muy consciente del límite de sus capacidades y tener acceso al nivel medicina especializada, de consultantes o de cuidados de alta tecnología. Dentro de las posibilidades, debe tener abierto el camino para referir adecuadamente y oportunamente a los enfermos a los niveles secundario y terciario.

Este tipo de medicina general-familiar, medicina práctica, es la función más antigua y tradicional, a pesar de que en los últimos años ha sufrido una grave crisis como ya se anunció anteriormente

La medicina general-familiar debe existir por ella misma, por su importancia y para el y no solo para llenar los

vacíos que deja la medicina de especialidades y la medicina de hospital. Los tres tipos de medicina, interdependientes y coordinados, son indispensables para configurar un sistema de salud adecuado y eficaz. (17)

Dentro de nuestro régimen de Seguridad Social se han efectuado una serie de modificaciones fundamentales en materia de prestación de servicios médicos desde el año de 1954 en que se implantó el sistema Médico Familiar. Desde esa fecha hasta la actualidad han sido grandes los esfuerzos para lograr que la prestación de éstos, tengan las características que distingue a cada uno de los niveles de atención. De ellos el que más ha sido objeto de intensivos análisis y estudios ha sido el primer nivel de atención, por lo trascendental de sus acciones. De tal manera se ha generado la necesidad de determinar en forma precisa, lo que la institución requiere para el cumplimiento de sus objetivos en materia de seguridad social y más específico en servicios médicos. Ha sido imperioso determinar el perfil profesional del médico familiar, considerando que éste es el conjunto de características que debe tener una persona para desempeñar eficazmente sus funciones. (16) (18)

Dentro de éste marco de referencia la realidad operativa de este sistema vaya acorde a las normas institucionales establecidas para éste nivel. De tal manera que el médico familiar deberá poseer:

- Comprensión de la filosofía de la seguridad en México
- Comprensión de las políticas institucionales en materia de atención médica
- Conocimientos suficientes para la aplicación del contrato colectivo de trabajo, y del reglamento interior de trabajo

Conocimientos suficientes para la comprensión y aplicación de los mismos, en cuanto al funcionamiento administrativo y técnico-operativo de las unidades de atención médica en los tres niveles

Capacidad para aplicar el proceso administrativo.

Capacidad para aplicar el método científico.

Capacidad para aplicar teoría general de sistemas.

Capacidad para aplicar la teoría general de grupos.

Capacidad para aplicar el método estadístico

Conocimientos suficientes de las demás formas impresas institucionales.

Conocimientos suficientes para reconocer, con solo verlas, todas las formas impresas institucionales, inherentes a la atención médica.

Conocimientos suficientes sobre recursos institucionales, no médicos para su aplicación operativa

Conocimientos suficientes para llevar al análisis, síntesis y evaluación de los problemas de dinámica familiar.

Conocimientos suficientes de los recursos extrainstitucionales del área de aplicación de sus servicios, para su utilización en la atención de los problemas médicos de la población a su cargo (19)

PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA

En estudio previo analizándose los aspectos de calidad asistencial docencia y administración, mediante sistemas de autoevaluación entre los médicos familiares egresados de la residencia, y médicos familiares no egresados de la residencia; no se encontró gran diferencia estadística significativa en los resultados, a excepción de una diferencia aproximada del 50% de los médicos familiares egresados en lo que concierne a realizar visitas a domicilio voluntariamente a sus pacientes cuando estos detectan patología familiar, a diferencia del 15% de los no egresados; no se pudo comprobar en la práctica ya que ésta respuesta puede estar condicionada por la proyección que los médicos piensan que deben dar

Por lo anteriormente expuesto pensamos en la necesidad de analizar mas profundamente esta problemática que nos está afectando y tratar de demostrar que el médico especialista sale de la residencia preparado idealísticamente con teorías que podría llevar a cabo "quizás" y que al llegar a laborar en el Régimen Ordinario no efectúa.

JUSTIFICACION

Dado que el médico familiar egresado de la especialidad proporciona similar atención al derecho-habiente que el médico familiar no egresado. Consideramos importante analizar la calidad de la atención que proporciona el médico-familiar recién egresado en su año de campo, el cual labora en el Régimen de Solidaridad Social.

Demostrar si existe una diferencia significativa, en este grupo específico de médicos en cuanto a las anomalías encontradas.

OBJEIVOS

- 1 - Demostrar que hay diferencias en la calidad de la atención médica de los médicos familiares recién egresados durante su año de campo en el Régimen de Solidaridad Social
- 2 - Establecer la aptitud del médico familiar recién egresado dentro de los lineamientos determinados como perfil del profesionista del primer nivel
- 3 - Establecer que la Residencia de Medicina Familiar es utilizada como un paso previo hacia otra especialidad

H I P O T E S I S

Existen diferencias significativas entre la calidad de la atención médica proporcionada por el médico familiar recién egresado de la residencia que labora en el Régimen de Solidaridad Social durante el año de campo y el médico egresado de la residencia de medicina familiar que labora en el Régimen Ordinario

DISEÑO DE LA INVESTIIGACION

MATERIAL Y METODOS

1 - RECURSOS HUMANOS

Como encuestados se tomaron 38 médicos egresados de la especialidad de Medicina Familiar: 19 médicos que laboran en Régimen Ordinario y 19 médicos que laboran en Régimen de Solidaridad Social en año de campo. Los médicos que laboran en Régimen Ordinario: 13 médicos de la Clínica No 29, y de la Clínica No 23, 6 médicos

Los médicos que laboran en el Régimen de Solidaridad Social:

6 médicos de la Clínica Hospital de campo en Chalco

6 médicos de la Clínica Hospital de campo en Calpulalpan

7 médicos de la Clínica Hospital de campo en Cuautlixco, -
Morelos

Como encuestadores: 2 residentes de Medicina Familiar de 2o año de la Clínica Hospital General de Zona Aragón - No 29.

2 - RECURSOS MATERIALES

Cuestionario de 20 preguntas valorando calidad asistencial

Cuestionario de 10 preguntas valorando enseñanza e investigación

Cuestionario de 10 preguntas valorando aspectos administrativos

Hoja de calificaciones directa para los médicos

Lista de cotejo de la supervisión en la atención médica

Hoja de efectos de la atención médica

Un cuestionario a ambos grupos de médicos que cursarán otra especialidad

PROCEDIMIENTO:

El estudio se desarrolló en 2 etapas: en la primera de ellas se acudió a las clínicas de campo del Régimen de Solidaridad Social aplicando a los médicos 3 cuestionarios: el primero con 20 preguntas, valorando la calidad asistencial; los otros dos con 10 preguntas cada uno valorando aspectos administrativos, así como docencia e investigación Hoja de cotejo a los médicos en estudio. Por otra parte se aplicaron cuestionarios de Efectos Sociales de la Atención Médica; en relación a satisfacción de expectativas del derecho-habiente, tomando a 3 pacientes de cada médico Durante una semana en ambos horarios Se entrevistaron 19 médicos de las siguientes clínicas de campo: Calpulalpan, Cuautlixco, Chalco

Este mismo procedimiento se efectuó en las unidades de Medicina Familiar 29 y 23 del Régimen Ordinario de la Ciudad de México

La segunda etapa consistió en aplicar un cuestionario en cuanto a quienes de los médicos familiares de ambos regímenes cursarán otra especialidad en corto plazo o a futuro, éste con el fin de corroborar si lo que los médicos manifiestan acerca de su especialidad es congruente con su realidad

CUESTIONARIO No. 1

CALIDAD ASISIENCIAL

- 1.- ¿Es capaz de interceptar la historia natural de la enfermedad en la primera fase con los recursos a su disposición?
- 2.- ¿Dispone usted de los recursos de laboratorio y gabinete para integrar sus diagnósticos?
- 3.- ¿Desarrolla sus funciones preventivas a su población adscrita?
- 4.- ¿Indica en forma personal sobre los usos de los medicamentos?
- 5.- ¿Efectúa acciones tendientes a solucionar problemas detectados en una área determinada?
- 6.- ¿Extiende incapacidades lo suficientes para el período de convalecencia de cada padecimiento?
- 7.- ¿En el caso de un padecimiento infecto contagioso hace hincapié en el tiempo de incapacidad funcional?
- 8.- ¿Como parte de la exploración, toma usted los signos vitales?
- 9.- ¿En todos sus pacientes da información completa sobre las medidas a tomar respecto a su padecimiento?
- 10.- ¿En los pacientes con recaídas, considera usted su problemática social y trata de dar orientación al respecto?
- 11.- ¿Considera que sus relaciones con el paciente son buenas?
- 12.- ¿Efectúa visitas intrahospitalarias a sus pacientes -- que han requerido de éste servicio?
- 13.- ¿Considera Ud que efectúa un interrogatorio, exploración y tratamiento adecuado?
- 14.- ¿Siente usted que el paciente queda satisfecho con --- atención recibida?

- 15.- ¿En caso de padecimiento infecto contagioso, efectúa - estudio epidemiológico?.
- 16.- ¿Asiste voluntariamente al domicilio de sus pacientes cuando detecta una patología familiar?.
- 17.- ¿Considera que la contestación del especialista es completa y explícita?
- 18.- ¿Hace usted estudios longitudinales de sus familias a su cargo?
- 19 - ¿Considera usted que podría mejorar su calidad en la - atención médica?
- 20.- ¿Atiende necesidades no expresadas basadas en el conocimiento integral del hombre y de los problemas de salud a nivel individual, familiar y de la comunidad?

CUESTIONARIO No. 2

D O C E N C I A E I N V E S T I G A C I O N

- 1 - ¿Considera que el médico familiar puede realizar trabajos de investigación?
- 2 - ¿Tiene conocimiento del Método Científico?
- 3 - ¿Efectúa diagnósticos de la población a su cargo?
- 4 - ¿Ha asesorado trabajos de investigación?
- 5 - ¿Le gusta participar mediante clases en la formación de médicos?
- 6 - ¿Participa en los programas de enseñanza-aprendizaje -- del personal paramédico de la Unidad?
- 7.- ¿Ha realizado estudios de investigación?
- 8 - ¿Participa de la educación continua de sí mismo?
- 9.- ¿Ha acudido a algún curso o taller en el último año?
- 10 - ¿Tiene algún grupo de enseñanza a su cargo?

CUESTIONARIO No. 3

ASPECTO MEDICO ADMINISTRATIVO

- 1.- ¿Recopila datos y determina las posibles causas que generan la problemática de salud de su población?
- 2.- ¿Selecciona casos que por su complejidad de manejo requieran de la participación de otros miembros del equipo de salud?
- 3.- ¿Indica a los derecho-habientes la utilización adecuada de los servicios de salud?
- 4.- ¿Orienta al personal paramédico de apoyo para el desarrollo de sus funciones?
- 5.- ¿Coordina actividades de prevención que realiza el personal paramédico de apoyo ante las necesidades de su población?
- 6.- ¿Toma medidas de estímulo y disciplinarias que propicien la consecución de los objetivos de salud en su población derecho-habientes?
- 7 - ¿Indica la utilización de los recursos no médicos para atender problemas de su población?
- 8.- ¿Propone acciones de salud comunitaria involucrada a los participantes de la misma?
- 9.- ¿Coordina las acciones del acto médico con el personal paramédico de apoyo?
- 10.- ¿Identifica el grado de desviación entre las metas institucionales y sus actividades operativas?

CUESTIONARIO No. 4

LISTA DE COTEJO DE LA SUPERVISION EN LA ATENCION MEDICA
MODIFICADA.

PARAMETROS:

- 1 - CONCIENCIA
- 2 - INTERROGATORIO
- 3.- EXPLORACION FISICA
- 4 - DIAGNOSTICO
- 5 - LABORATORIO
- 6 - RAYOS X
- 7 - MANEJO DE VACUNAS
- 8 - ENVIO AL P.F.R
- 9 - ENVIO A P D.O C
- 10 - DEFECCION DE T.B
- 11 - EVALUACION INTEGRAL
- 12 - IRAMBIENIO
- 13 - MANEJO DE CIAS

CUESTIONARIO No 5

EFECTOS SOCIALES DE LA ATENCION MEDICA MODIFICADA

Aceptabilidad Satisfacción de expectativas de la población
derecho-habientes:

- 1 - ¿Hoy tuvo oportunidad de exponer su problema a su médico?
- 2.- ¿Su médico le examinó o exploró en la consulta de hoy?
- 3.- Si la respuesta es negativa ¿Considera que debió examinarle?
- 4.- ¿Su médico le informó sobre su padecimiento y causas del mismo?
- 5.- ¿Su médico le dió indicaciones para el uso de las medicinas?
- 6.- ¿Comprendió usted las indicaciones para el uso de las medicinas?
- 7 - ¿Su médico le orientó en el mejoramiento de la alimentación e higiene?
- 8.- ¿Recibió orientación sobre el cuidado de la salud de su familia?
- 9.- ¿Su médico le recomendó hoy el uso de los programas de vacunación, planificación familiar, detección oportuna de cáncer, detección oportuna de diabetes u otros programas?
- 10 - ¿Su médico le dió pase para utilizar otros servicios dentro o fuera de ésta unidad?
- 11 - ¿Recibió información para el uso adecuado de ese servicio?
- 12.- ¿Le atendió su médico de siempre?
- 13 - ¿Sabe como se llama su médico?
- 14 - ¿Su médico le conoce a Ud por su nombre o apellido?
- 15 - ¿Cómo considera el trato que recibe de su médico?
- 16 - ¿Cómo considera la atención médica que recibió hoy?
- 17 - ¿Considera que su médico le atendió adecuadamente?
- 18.- ¿Tiene algún motivo de inconformidad?
- 19 - ¿Cuál es la causa de su inconformidad?

RESULTADOS, ANALISIS Y CONCLUSIONES

SE PRESENTARAN Y COMENIARAN LOS RESULTADOS EN EL MISMO ORDEN DE LOS CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO No 1
CALIDAD ASISIENCIAL

Cuadro No. 1 INTERCEPCIACION DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	1	0	89.47%
MFESS	1	0	89.47%

El porcentaje es igual en ambos grupos. La correlación Fi - no es significativa; en ambos grupos hay experiencia clínica capaz de interceptar la Historia Natural de la Enfermedad en la primera fase con los recursos a su disposición.

Cuadro No 2 RECURSOS DE LABORATORIO Y GABINETE DISPONIBLES

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	2	+ 0.0671	73.68%
MFESS	2	+ 0.0671	68.42%

En el grupo de médicos que laboran en Solidaridad Social 68.42% dispone de los recursos de laboratorio y gabinete para integrar sus diagnósticos se puede considerar dentro de límites aceptables ya que en el primer nivel sólo deben utilizarse - generalmente los más básicos.

 DESARROLLO DE FUNCIONES PREVENIIVAS

Cuadro No 3

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	3	+ 0.2232	100 %
MFESS	3	+ 0.2232	89.47%

No es estadísticamente significativo. En el grupo del Régimen de Solidaridad Social 10.53% no desarrollan sus funciones preventivas a su población adscrita quienes refieren que no disponen de este recurso en forma global como en las unidades de Régimen Ordinario.

INDICACIONES EN EL USO DE MEDICAMENTOS

Cuadro No 4

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de Positividad
MFERO	4	0	100 %
MFESS	4	0	100 %

En ambos grupos el porcentaje está cubierto en su totalidad. Sin embargo la correlación F1 no es significativa. Los médicos indican en forma personal sobre los usos de los medicamentos, llenando uno de los requisitos del perfil del médico familiar.

Cuadro No 5 SOLUCION DE PROBLEMAS EN UN AREA DEIERMINADA

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	5	+ 0.1740	78.94 %
MFESS	5	+ 0.1740	68.42 %

En el grupo de médicos que laboran en Solidaridad Social en un 31.58% No efectúan acciones tendientes a solucionar problemas detectados en un área determinada. No hay significancia estadística. Este aspecto lo deberían de cubrir los médicos de S S aprovechando los recursos médicos que se proporcionan a los solidario-habitantes participando activamente en estos programas. Refieren que el resto ya está establecido por los programas IMSS-COPIUMAR.

Cuadro No 6 INCAPACIDADES

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	6	+ 1	100 %
MFESS	6	+ 1	0 %

La pregunta puede evaluarse porque en el grupo de médicos que laboran en Solidaridad Social no extienden incapacidades a diferencia de los del Régimen Ordinario en donde los derecho-habientes tienen esta prestación.

 Cuadro No 7 REQUERIMIENTO DE INCAPACIDADES

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	7	+ 0.0778	84.21%
MFESS	7	+ 0 0778	89.47%

Estadísticamente no es significativo. El porcentaje es discretamente elevado en el grupo de Solidaridad Social quienes deberían cubrirlo en su totalidad, ya que no tienen que extender incapacidad en los casos que lo ameriten. A diferencia de los del R O que a pesar de entrar en detalles y estar bajo presión de extender incapacidad el porcentaje es moderadamente elevado.

 Cuadro No 8 TOMA DE SIGNOS VITALES

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	8	0	89.47%
MFESS	8	0	89.47%

En ambos grupos el porcentaje es igual. La correlación Fi es nula por lo tanto no hay significancia estadística. Cabe mencionar que todos los médicos deberían tomar los signos vitales como parte de su exploración, sobre todo los de Solidaridad Social en su totalidad al no haber burocracia en ese régimen; al parecer se llevaron la costumbre que se observa en el Régimen Ordinario.

Cuadro No. 9 ADECUADA INFORMACION AL PACIENTE DE SU PADECIMIENTO

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	9	-0.1644	94.73%
MFESS	9	-0.1644	100 %

A pesar de que no hay significancia estadística; en el grupo de médicos que laboran en su año de campo cubren este aspecto en su totalidad como es de esperarse. En el primer grupo sólo un 5.27% no dan información completa a sus pacientes sobre las medidas a tomar respecto a su padecimiento.

Cuadro No. 10 LA PROBLEMÁTICA SOCIAL EN EL PACIENTE

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	10	-0.3431	78.94%
MFESS	10	-0.3431	100 %

El porcentaje es mayor en el segundo grupo; estadísticamente no hay significancia. En el segundo grupo se cubre en su totalidad: Considera en los pacientes con recidas su problemática social y trata de dar orientación al respecto; dejándose ver que aplican sus conocimientos adquiridos en la residencia de tipo médico social, a diferencia del otro que en un 21.06% no orientan al paciente.

 Cuadro No 11 RELACION MEDICO PACIENTE

Médico	Pregunta	Correlación F ₁	Porcentaje de positividad
MFERO	11	-0.3094	70.58%
MFESS	11	-0.3094	100%

En esta pregunta también el porcentaje es elevado en el segundo grupo. No hay significancia estadística. En el grupo de médicos en un año de campo consideran las relaciones con los pacientes aceptables. En cambio en los del Régimen Ordinario en un 29.42% no las consideran adecuadas.

 Cuadro No 12 VISITAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

Médico	Pregunta	Correlación F ₁	Porcentaje de positividad
MFERO	12	-0.6382	42.10%
MFESS	12	-0.6382	100%

Al igual que las preguntas anteriores el % es total en el segundo grupo, pero no hay significancia estadística. El grupo de médicos que labora en Solidaridad Social efectúan visitas intrahospitalarias a sus pacientes que han requerido de este servicio a diferencia del primer grupo que en un 57.9% no lo efectúan; aquí también se aplican uno de los requisitos del perfil profesional del médico familiar.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Cuadro No 13 INTERROGATORIO EXPLORACION TRAIAMIENTO
 ADECUADO

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	13	-0 0086	94 73%
MFESS	13	-0 0086	100 %

En ambos grupos el porcentaje se considera elevado; no hay significancia estadística. En el segundo grupo se cubre en su totalidad donde los médicos consideran efectuar un interrogatorio, exploración y evaluar las demandas de la población a su cargo

Cuadro No 14 ATENCION MEDICA

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	14	+0 1644	100%
MFESS	14	+0 1644	94.73%

Sólo un pequeño % no se cubre de 5 27%: No hay significancia estadística. En el segundo grupo el % pequeño que se observa en donde los médicos consideran que el paciente no queda satisfecho con la atención recibida; refiriendo que no siempre tienen el manejo de sus pacientes porque se rotan entre ellos, aspecto que a los pacientes les molesta al habituarse con otro médico.

Cuadro No 15 REALIZACION DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	15	-0 0538	36 84%
MFESS	15	-0 0538	42 10%

El porcentaje en ambos grupos es bajo. No tiene significancia estadística: Menos del 50% de los médicos en año de campo efectúa en los casos de padecimiento infectocontagioso estudios epidemiológicos; quienes refieren que medicina preventiva se encarga preventiva se encarga de efectuarlos con respuestas favorables en la población dada.

Cuadro No 16 VISITAS A DOMICILIO VOLUNTARIAS

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	10	+0 2582	31.57%
MFESS	10	+0 2582	10.52%

El porcentaje es muy bajo en ambos grupos. Tampoco tiene significancia estadística: en el segundo grupo los médicos refieren que sus pacientes viven en poblados muy lejos de la clínica hospital y que los medios de transporte son inadecuados, por tal motivo no asisten voluntariamente al domicilio de sus pacientes cuando detectan una patología familiar.

 Cuadro No 17 RESPUESIA DEL ESPECIALISIA EN CASO DE ENVIO

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	17	-0 2264	21 05%
MFESS	17	-0 2264	42 10%

El porcentaje es bajo en ambos grupos sobre todo en el grupo de médicos del Régimen Ordinario. No hay significancia estadística. en el segundo grupo menos del 50% consideran que la contestación del especialista es completa y explícita. Indicando que es raro el médico que de una manera ordenada y clara indican en el expediente del paciente los lineamientos a seguir posteriormente

 Cuadro No 18 REALIZACION DE ESTUDIOS LONGITUDINALES

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	18	0	36 84%
MFESS	18	0	36 84%

En ambos grupos el porcentaje es igual. la correlación F1 no es significativa; en el grupo de médicos en su año de campo refieren que no realizan estudios longitudinales de las familias a su cargo por estar fuera del alcance ya que viven muy lejos y el transporte es inadecuado

 Cuadro No. 19 MEJORAMIENTO DE LA ATENCION MEDICA

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	19	-0 1644	94.75%
MFESS	19	-0 1644	100 %

En el segundo grupo el porcentaje es elevado Estadísticamente no hay significancia estadística: el primer grupo solo un 5 27% No consideran que podría mejorar la calidad de la atención médica a su cargo; a diferencia del segundo grupo que si lo consideran con los recursos existentes

 Cuadro No. 20 CONOCIMIENTO INTEGRAL DEL HOMBRE EN DIFERENTES ASPECTOS

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	20	-0 0271	68 42%
MFESS	20	-0 0271	89 47%

En ambos grupos el porcentaje es mayor del 60%; No tiene significancia estadística, en el grupo de médicos que laboran en su año de campo un 89 47% Atienden necesidades no expresadas basadas en el conocimiento integral del hombre y de los problemas de salud a nivel individual, familiar y de la comunidad; se observa que aplican sus conocimientos médicos sociales En el primer grupo un 31 58% no atienden estas necesidades de sus pacientes

CUESTIONARIO No 2

DOCENCIA E INVESTIGACION

Cuadro 21 TRABAJOS DE INVESTIGACION Y CONOCIMIENTO DEL METODO CIENTIFICO

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	1	+ 0 0086	100 %
MFESS	1	. 0 0086	94 %
MFERO	2	- 0 0086	94 %
MFESS	2	- 0 0086	100 %

En ambas preguntas no hay significancia estadística. En ambos grupos el porcentaje es elevado, notándose en los médicos en año de campo no están muy capacitados para realizar trabajos de investigación; así como también los médicos del régimen ordinario tener adecuado conocimiento del método científico.

Cuadro No 22 DIAGNOSTICOS DE POBLACION

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	3	+0 0476	89 %
MFESS	3	+0 0476	57 89 %

En ambos grupos el porcentaje es bajo. en el segundo grupo algo más del 50% efectúan diagnósticos de la población a su cargo. No hay significancia estadística.

Cuadro No 23 ASESORAMIENTO DE TRABAJOS DE INVESTIGACION

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	4	-0.0937	31.57%
MFESS	4	-0.0937	42.10%

En ambos grupos el porcentaje es menos del 50%; de los médicos que han asesorado trabajos de investigación, siendo menos aun en el grupo del Régimen Ordinario. No hay significancia estadística.

Cuadro No 24 PARTICIPACION EN LA FORMACION DE MEDICOS

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	5	-0.2105	84.21%
MFESS	5	-0.2105	100%

Estadísticamente no es significativo. El porcentaje es elevado; sobretodo en los médicos en año de campo lo cubren en su totalidad quienes participan mediante clases en la formación de médicos, quienes tienen el deseo de transmitir y compartir sus experiencias recién obtenidas intrahospitalariamente.

 Cuadro No. 25 PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE EL PERSONAL PARAMEDICO

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	6	-0.3475	57.89%
MFESS	6	-0.3475	73.68%

En ambos grupos el porcentaje es mayor de 50% de los médicos que participan en programas de Enseñanza-Aprendizaje en el personal paramédico, siendo mayor en los médicos del régimen de Solidaridad Social. Estadísticamente no hay significancia.

 Cuadro No. 26 ELABORACION DE ESTUDIOS DE INVESTIGACION Y EDUCACION MEDICA CONTINUA PERSONAL

Médico	Pregunta	Correlación Fi	Porcentaje de positividad
MFERO	7	+0.1850	94.73 %
MFESS	7	+0.1850	84.21 %
MFERO	8	0.0976	94.73 %
MFESS	8	0.0976	89.47 %

En ambas preguntas el porcentaje es elevado: en ambos grupos refieren haber realizado estudios de investigación siendo un poco mayor en el Régimen Ordinario, así como de participar en la educación médica continua de ellos por medio de cursos monográficos. No hay significancia estadística.

Cuadro No. 27 - ASISTENCIA A CURSOS O TALLER EN EL ULTIMO

AÑO

Médico	Pregunta	Correlación F_1	Porcentaje de Positividad
MFERO	9	+0.3166	68.42 %
MFESS	9	+0.3166	36.84 %

Estadísticamente no hay significancia. Hay diferencia en ambos grupos en el porcentaje siendo un poco más del 50% en el Régimen Ordinario quienes teniendo este recurso a su disposición no lo utilizan en el 100% a diferencia de los médicos en su año de campo.

Cuadro No. 28 PARTICIPACION ACTIVA EN GRUPOS DE ENSEÑANZA

Médico	Pregunta	Correlación F_1	Porcentaje de positividad
MFERC	10	0	42.10%
MFESS	10	0	42.10%

La correlación F_1 no es estadística al ser nula. En ambos grupos el porcentaje es igual; siendo menos del 50% de médicos que tienen algún grupo de enseñanza a su cargo.

 CUESTIONARIO No 3

MÉDICO ADMINISTRATIVO

Cuadro No 29 PROBLEMATICA DE SALUD

Médico	Pregunta	Correlación F_1	Porcentaje de positividad
MFERO	1	0	78 94 %
MFESS	1	0	78 94 %

La correlación F_1 es nula en ambos grupos el porcentaje es elevado aunque debería ser al 100% de médicos que recopilen datos y determinen las posibles causas que generan la problemática de salud de su población No hay significancia estadística

Cuadro No 30 PARTICIPACION DEL EQUIPO DE SALUD

Médico	Pregunta	Correlación F_1	Porcentaje de positividad
MFERO	2	+0 0976	89 47%
MFESS	2	+0 0976	94 73%

No es significativo estadísticamente Aunque el porcentaje es elevado sobre todo en el grupo de médicos de SS quienes seleccionan casos por su complejidad de manejo requieren de la participación de otros miembros del equipo de salud

 Cuadro No. 31 INDICACION ADECUADA DE LOS SERVICIOS MEDICOS

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	3	-0 0778	84.21 %
MFESS	3	-0 0778	89.47 %

En ambos grupos el porcentaje es elevado siendo mas en los médicos en año de campo los que indican a los derecho-habientes la utilización adecuada de los servicios de salud; sin embargo no es estadísticamente significativo

 Cuadro No 32 ORIENTACION EN EL DESARROLLO DE FUNCIONES

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFESS	4	-0 2886	75.68%
MFESS	4	-0.2886	94.73%

Notamos que es importante la diferencia en porcentaje de esta respuesta en donde los médicos en su año de campo orientan al personal paramédico de apoyo para el desarrollo de sus funciones; no así el grupo de médicos del Régimen Ordinario que en un 27.42% no lo hacen. No es significativo estadísticamente

 Cuadro No 33 COORDINACION DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	5	-0 3704	73 68 %
MFESS	5	-0 3704	84 21 %

En esta pregunta se observa la correlación que existe con la pregunta anterior en donde se pone de manifiesto la participación del médico en año de campo quien coordina actividades de prevención que realiza el personal paramédico de apoyo ante las necesidades de su población Sin embargo no tiene significancia estadística

Cuadro No 34 ELABORACION DE OBJETIVOS DE SALUD

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	6	-0 1291	73 68 %
MFESS	6	-0 1291	84 21 %

En ambos grupos el porcentaje de positividad es discretamente elevado quienes toman medidas de estímulo y disciplina--rias que propician la consecución de los objetivos de salud en su población derecho-habiente: predominando los médicos en año de campo con un 10% mas que los otros No tiene significancia estadística

 Cuadro No 35 SOLUCION DE PROBLEMAS CON RECURSOS NO MEDICOS

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	7	-0.0618	73.68 %
MFESS	7	-0.0618	78.94 %

Aquí vemos que en ambos grupos el porcentaje casi es similar predominando los médicos en un año de campo los que indican la utilización de los recursos no médicos para atender problemas de su población. No tiene significancia estadística.

 Cuadro No 36 DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	8	-0.7378	15.78 %
MFESS	8	-0.7378	89.47 %

Aquí se observa la correlación F1 adecuada pero dado que es negativo estadísticamente no significativo; el porcentaje es elevado en los médicos en su año de campo quienes proponen acciones de salud comunitaria involucrada a los participantes de la misma a diferencia de los MFERO que en un 84.22% que no lo realizan.

 Cuadro No 37 COORDINACION DE ACCIONES MEDICAS

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	9	-0.0566	42.10 %
MFESS	9	-0.0566	94.73 %

Estadísticamente no hay significancia estadística aunque se pone de manifiesto que en los médicos en año de campo coordinan las acciones del acto médico con el personal paramédico de apoyo y además tiene correlación con las preguntas 4 y 5. En los médicos de RO es menor el porcentaje que lo realizan.

 Cuadro No 38 IDENTIFICACION DE METAS

Médico	Pregunta	Correlación F1	Porcentaje de positividad
MFERO	10	-0.5222	47.36 %
MFESS	10	-0.5222	89.47 %

No tiene significancia estadística aunque el porcentaje de los médicos en año de campo es elevado a diferencia de los de RO quienes en un 52.64% no identifican el grado de desviación entre las metas institucionales y sus actividades operativas.

R E S U L T A D O S
CUESTIONARIO NUMERO 4

SUPERVISIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL CONSULTORIO

39.- CORTESÍA:

M F. C	ESP R O.	M F. C/ESP	S S
A	I	A	I
94 71 %	5 29%	94.71%	5.29%

Correlación FI 0

En ambos grupos el resultado porcentual es el mismo, sin significancia estadística

40 - EXPLORACION FÍSICA:

M F C/ ESP.	R O.	M.F.C/ESP.	S S
A	I	A	I
36.84%	63 16	52 67%	47 93%

Correlación F1 - 0 1587

El porcentaje fue bajo en ambos grupos en lo que se refiere a lo adecuado, siendo mayor la exploración física inadecuada en los médicos bajo el régimen ordinario Sin significación estadística

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

41 - INIERROGATORIO.

M F C/ESP	R O	M F. C/ESP.	S. S
A	I	A	I
68 42%	31 58%	78 94%	21 06%

Correlación F1: -0 0308

El porcentaje es mayor en cuanto a el interrogatorio adecuado en el grupo de Médicos bajo el régimen de solidaridad social. Notándose en ambos grupos el mayor porcentaje de lo -- adecuado sin significación estadística

42 - DIAGNOSTICO

M F C/ESP	R O	M F C/ESP	S S.
A	I	A	I
99 71%	5 29%	94 71%	5 29%

Correlación F1 0

En ambos grupos el porcentaje de lo adecuado es elevado, -- siendo discretamente mayor en el grupo bajo régimen ordinario Sin significancia estadística

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

43 - LABORATORIO

M F C/ESP	R O	M F C/ESP	S S
A	I	A	I
68 42%	5 26%	78 94%	5 26%
0	NN	0	NN
15.78%	10 52%	10 52%	5 26%

Correlación Fi: -0 308

En este cuadro, se añadieron los parámetros, omito y no necesario. Notando que el porcentaje de lo adecuado es mayor en el grupo bajo el régimen de solidaridad social, siendo muy bajo el porcentaje de lo omitido así como de lo no necesario en ambos grupos. Sin significancia estadística.

44 - RAYOS X

M.F C/ESP.	R O	M F C/ESP	S S
A	I	A	I
36.84%	10 52%	52 67%	15 78%
0	NN	0	NN
42 10%	10 52%	21 02	10 52%

Correlación Fi -0 1587

En este parámetro, observamos, que el porcentaje de lo adecuado es muy bajo en ambos grupos, y que el porcentaje de lo omitido es muy alto sobre todo en los médicos bajo el régimen ordinario sin significancia estadística.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

45 - VACUNAS:

M F C/ESP R O	M. F C/ESP S. S
A I	A I
52 63% 31.57%	42.10% 42 08%
NN	NN
15 78%	15.78%

Correlación F_1 : 0.1054

El porcentaje de lo adecuado es bajo en ambos grupos siendo mayor en el grupo bajo el régimen ordinario. Sin significancia estadística

46.- ENVIO AL PROGRAMA DE FIEBRE REUMATICA.

M F C/ESP. R O	M. F C/ESP S. S
A I	A I
26 31% 10 52%	21 05% 26.31%
0 NN	0 NN
36 84% 26 31%	31.57% 21 05%

Correlación F_1 : 0 0618

El porcentaje de omisiones de ambos grupos es muy alto superando los envíos adecuados Siendo elevados los no necesarios. Sin significancia estadística.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

44

47.- ENVIO AL PROGRAMA DE DEIECCION OPORTUNA DEL CANCER

M	F	C/ESP	R	O	M	F	C/ESP	S	S
A			I		A			I	
52	63%		10	52%	63.15%			15.78%	
0			NN		0			NN	
31	57%		5	26%	10	52%		10	52%

Correlación F₁: -0.1066

El porcentaje de envío adecuado es mayor discretamente en el grupo bajo el régimen de seguridad social. Siendo bajo el porcentaje de lo omitido y lo no necesario. Sin significancia estadística.

48 - DEIECCION DE TUBERCULOSIS

M	F	C/ESP	R	O	M	F	C/ESP	S	S
A			I		A			I	
31.57%			5	26%	26	31%		10	52%
0			NN		0			NN	
42	10%		21	5%	31	57%		31	57%

Correlación F₁: 0

El porcentaje en ambos grupos es mayor en lo que se refiere a lo omitido que a lo adecuado. Sin significancia estadística.

 49.- EVALUACION INIEGRAL

M	F	C/ESP	R	O.	M	F.	C/ESP	S	S
A			I		A			I	
94.71%			5.29%		94.71%			5.29%	

Correlación F_1 : 0

En ambos grupos el porcentaje es el mismo, y la correlación F_1 0 sin significancia estadística

50 - TRAIAMIENIO:

M	F	C/ESP	R	O	M.	F	C/ESP.	S	S
A			I		A			I	
100%			0%		94.71%			5.26%	

Correlación F_1 0.1614

En ambos grupos el porcentaje es elevado, siendo mínima la diferencia sin significancia estadística

51 - MANEJO DE CIHAS:

M.	F	C/ESP	R	O	M	F	C/ESP	S	S
A			I		A			I	
94.71%			5.26%		94.71%			5.26%	

Correlación F_1 0

El porcentaje entre ambos es igual, sin significancia estadística

CUESTIONARIO NUMERO 5

ANALISIS DE EFECIOS SOCIALES DE LA AIENCION MEDICA

52 - ¿Hoy tuvo oportunidad de exponer su problema a su médico familiar?

M F. C/ESP R O
100%

M F C/ESP. S S
96 49%

Correlación Fi: 0.1336

Observamos que el porcentaje es muy similar, y elevado Sin significancia estadística

53 - ¿Su Médico le examinó o exploró en la consulta de hoy?

M F. C/ESP R O
94 73%

M F C/ESP S S
92 98%

Correlación Fi 0 6365

El porcentaje entre ambos es elevado y muy similar Sin significancia estadística

54 - ¿Sí la anterior respuesta es negativa Considera que debió examinarle?

I F C/ESP R O
10 32%

M F C/ESP S S
7 02%

Correlación Fi: 0 0653

El porcentaje en esta pregunta es muy bajo, en ambos grupos siendo menor en el grupo de los médicos que laboran en régimen de solidaridad social sin significancia estadística

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

55 - ¿Su Médico le informó sobre su padecimiento y causas --
del mismo?

M F C/ESP R O
86 31%

M F C/ESP S S
84 21%

Correlación Fi: 0 024.

En ambos grupos el porcentaje es elevado Sin significancia estadística

56 - ¿Su Médico le dió información sobre el uso de las medi-
cinas?

M F C/ESP R O
86 31%

M F C/ESP S S
98 24%

Correlación Fi 0 2277

Encontramos aquí que casi la totalidad de los médicos, el -
porcentaje fue elevado Sin significancia estadística

57.- ¿Comprendió las indicaciones para el uso de las medicinas?

M. F C,ESP R O
84 21%

M F C,ESP S S
100%

Correlación Fi: 0 1927

En ambos grupos el porcentaje es alto siendo mayor, en el -
grupo que laboran en el régimen de solidaridad social

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

58 - ¿Su médico le orientó en el mejoramiento de la alimentación e higiene?

M F C/ESP R O.
 66 66%

M F C/ESP S S.
 84 21%

Correlación F_1 : 0 2037

El porcentaje es mucho mayor en los médicos que laboran en el régimen de solidaridad social Sin significancia estadística

59 - ¿Recibió orientación sobre el cuidado de la salud de su familia?

M F C/ESP R O
 49 12%

M F C/ESP S S
 57 89%

Correlación F_1 -0 0879

En ambos grupos el porcentaje es bajo, siendo mayor en el grupo de solidaridad social Sin significancia estadística

60 - ¿Su médico le recomendó hoy el uso de programas de vacunación, planificación familiar, detección oportuna de cáncer, detección oportuna de diabetes, otros programas?

M F C/ESP R O
 70 17%

M F C/ESP S S
 57.89%

El porcentaje es mayor en el grupo que labora en el régimen ordinario Sin significancia estadística

61.- ¿Su médico le dió pase para ocupar otro servicio dentro o fuera de esta unidad?

M.F	C/ESP	R	O	M F	C/ESP.	S	S
	61	40%			66.66%		

Correlación $F_i = -0.0548$

En ambos grupos el porcentaje es bajo, siendo mayor en el grupo que labora en el régimen de solidaridad social Sin significancia estadística

62.- ¿Recibió Información para el uso adecuado de este servicio?

M F	C/ESP	R	O	M F	C/ESP	S	S
	61	40%			80	70%	

Correlación $F_i = -0.2127$

Es mayor el porcentaje en los médicos que laboran en el régimen de solidaridad social Sin significancia estadística.

63 - ¿Le atendió su médico familiar de siempre?

M F	C/ESP	R	O	M F	C/ESP	S	S
	66	66%			50	87%	

Correlación $F_i = 0.1603$

El porcentaje es mayor en los médicos que laboran en R O Sin significancia estadística

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

64 - ¿Sabe cómo se llama su médico familiar?

M F C/ESP R O
47 36%

M F C/ESP S. S
22 80%

Correlación F_1 : 0.2573

El porcentaje en ambos es muy bajo, siendo menor en el grupo de S S. Sin significancia estadística

65.- ¿Su médico le conoce a usted por su nombre?

M F C/ESP R O.
73 68%

M F C/ESP S. S
22 80%

Correlación F_1 - + 0 1311

El porcentaje es mucho mayor en los Médicos que labor en el régimen ordinario, sin significancia estadística.

66 - ¿Cómo considera el trato que recibe de su médico?

M F C/ESP R O
96 49%

M F C/ESP S. S
98.24%

Correlación F_1 - 0 0547

En ambos grupos el porcentaje es elevado, notándose discretamente mayor en el grupo que labora en el régimen de solidaridad social Sin significancia estadística.

67 - ¿Cómo considera la atención médica que recibió hoy?

M F C/ESP R O	M F C/ESP S S
100%	98 24%

Correlación $F_1 = 0.0940$

En ambos grupos el porcentaje es muy elevado, sin significancia estadística

68 - ¿Considera que su médico le atendió adecuadamente?

M F C/ESP R O	M F C/ESP S S
89 47%	94 73%

Correlación $F_1 = 0.0975$

En ambos grupos el porcentaje es alto, siendo mayor en los médicos que laboran en el régimen de solidaridad social, sin significancia estadística

69 - ¿Tiene algún motivo de inconformidad?

M F C/ESP R O	M F C/ESP S S
7 01%	15 78%

Correlación $F_1 = 0.1379$

En ambos grupos el porcentaje es bajo, siendo mejor en los médicos que laboran el régimen ordinario. Sin significancia estadística

70 - ¿Cuál es la causa de su inconformidad?

M.F C/ESP R O	M F C/ESP S S
5.26%	10 52%

Correlación $F_1 = 0.0975$

En ambos grupos el porcentaje es muy bajo, siendo un poco mayor en los que laboran en Régimen Ordinario, sin significancia estadística

RESULIADOS DEL CUESTIONARIO APLICADO A LOS MEDICOS FAMILIARES EGRESADOS DE LA RESIDENCIA QUE CURSARAN OTRA ESPECIALIDAD.

Médicos Familiares Egresados en año de campo en el régimen de Solidaridad Social: El total de médicos que cursaran otra especialidad es de 3, y que en el futuro la cursarán 6 de un total de 19 médicos encuestados, en las 3 clínicas de campo donde laboran

Médicos Familiares egresados que laboran en el Régimen Ordinario: que cursarán otra especialidad próximamente 11; y que en el futuro probablemente la cursarán 3, de un total de médicos encuestados 19 en las UMF No 23 y 29 de la Ciudad de México

MEDICOS FAMILIARES EGRESADOS QUE CURSARAN OTRA ESPECIALIDAD

MFESS	SI	%	NO	%	PROBABLE	%	MEDICOS ENCUESTADOS
CUAUILIXCO	1		3		3		7
CHALCO	2		4		0		6
CALPULALPAN	0		3		3		6
TOTAL	3		10		6		19

MEDICOS FAMILIARES EGRESADOS QUE CURSARAN OTRA ESPECIALIDAD

MFERO	SI	%	NO	%	PROBABLE	%	MEDICOS ENCUESTADOS
CLINICA 23	5		0		1		6
CLINICA 29	6		5		2		13
TOTAL	11		5		3		19

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos egresados de la residencia de Medicina Familiar en Régimen de Solidaridad Social y en Régimen Ordinario.

COMENARIOS

A través de los resultados y su análisis observamos que en cuanto a calidad asistencial no hay diferencias en los -- grupos estudiados lo que nos indica que la preparación técnica médica es similar así como su aplicación; sin embargo es motivo el que no se otorga una atención integral familiar.

En cuanto a investigación y docencia se aprecia que la participación es pobre en ambos regímenes sobre todo en lo - que se refiere a investigación; siendo esto mas aparente en Régimen Ordinario ya que en Régimen de Solidaridad Social -- hay participación en los programas de el personal paramédico.

En relación al aspecto administrativo: a pesar de que - los médicos indican participar en los programas de salud y - en la elaboración de los mismos, observamos que en la práctica no es así

Los datos obtenidos en los 3 aspectos mencionados al - ser corroborados por medio de una lista de cotejo nos demuestran que si bien la preparación del médico familiar egresado de la especialidad es satisfactoria técnicamente, deja mucho que desear en la aplicación de los otros aspectos en los que teóricamente esta preparado (22) y se comporta como un médico general (21)

Si observamos los efectos sociales en la población derechohabiente es palpable que en ambos casos la asistencia médica es adecuada, no así la atención integral al individuo y a su familia

A través del estudio efectuado observamos que hay discordancia en la práctica de la medicina familiar, ya que por un lado el médico familiar manifiesta su deseo de permanencia y por otro es elevado el porcentaje de los que una vez incorporados al Régimen Ordinario abandonan la práctica de la Medicina Familiar para integrarse al estudio de otras especialidades

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

- 1.- El médico familiar en año de campo tiene un comportamiento similar al de el médico familiar en Régimen Ordinario
- 2 - La práctica de la Medicina Familiar es de tipo asistencial, no efectuándose medicina social integral
- 3 - La especialidad de Medicina Familiar es cursada como paso previo para el estudio de otra especialidad



B I B L I O G R A F I A

- 1.- Adolfo Giles Coarasa: La ¹Evolución de la Práctica Médica: Gaceta médica de México Vol 116 No 7 Julio 1980
- 2 - Varela Rueda C E. La Medicina Familiar como Especialidad Boletín Médico del IMSS Vol 16 pag.401-408 1974
- 3 - Anuario de Actualización en Medicina IMSS Vol.VI Fascículo 17 1a. Parte Pág 7-10
- 4 - Walter O Spitzer: Mérito Intelectual de la Medicina Familiar: Rev Fac de Medicina Vol XXII Año 22 No 12, - 1979 pag 16-21.
- 5 - Varela Rueda: La Especialización en Medicina Familiar en México Boletín Médico del IMSS Vol 14 Feb 1972, - pag. 205-208
- 6 - Juan Rodríguez A: El Médico Familiar como agente de -- cambio social y promotor de Salud: Anuario de Actualización Médica IMSS Vol VI, 2a Parte 1974 pag 7-11
- 7 - Hugh C Thompson, M D And Charles E Osborne: Medical Care Vol XIV No 4 April 1976 pag 294-304
- 8 - D O Williams. Family Practice In Evolucion: The New England Journal of Medicine: Vol 298 No 11 Pag.592-601
- 9 - Carlos Varela R La Enseñanza y la Práctica de la Medicina Familiar en algunos países: Boletín Médico del IMSS Vol 15 1973 Pag 76-82
- 10.- Panel: La Educación Médica en los diferentes niveles de atención para la Salud Memorias SSA 1980
- 11 - H David Banta, M D , M P H I and Robert Graham, M D The Mount Sinai Journal of Medicine Vol 45 No 5, --- September-October 1978 pág 602=610.

- 12 - P.S. Bryne and Professor J D E Knox: The General Practitioner in Europe: Medical Education: Vol 10, pág - 235-236
- 13 - Mesa Redonda: La Investigación Científica de los programas del primer nivel de Salud: Memorias primera reunión Nacional Niveles de atención para la salud. 1980
- 14 - John P Geyman: Family Practice in evolution: The New England Journal of Medicine Vol. 298 No 11 March 1978 pág. 593-599
- 15 - Deric B Hawkins: The General Practitioner and Specialist: Proc. Roy Soc Med Vol. 68 Nov. 1975: Pág 22--24
- 16.- Mesa Redonda: Funciones y Actividades de los niveles de salud: Memorias. Niveles de Atención para la Salud. Primera Reunión Nacional SSA 1980
- 17 - José Laguna: Los Niveles de Atención de la Salud en México Gaceta Médica de México Vol. 114- No. 5-Mayo 1978
- 18 - Profesor Carol Buck: J. Fry M.D. and D H Irvine M D . A Framework for good Primary Medical care the Measurement and achievement of quality: Journal of the Royal College of General Practitioner: Vol 24 1974 pág 559-604
- 19.- Subdirección Médica del IMSS: Jefatura de servicios Médicos: Perfil Profesional del Médico Familiar México - 1981
- 20 - Instituto Mexicano del Seguro Social: Delegación No 2 del Valle de México H G Z.A No. 29 Supervisión Efectuada a Nivel Central en Medicina Familiar Marzo 1981
- 21 - Alma Rocío Arredondo Romero
Raúl Castillo Jiménez
Linda Maricela Guerrero Walker
Rocío Jarabo García

Análisis de la Calidad en la Atención Médica del Contacto Primario Iesis, México 1981-1982.

22 - Instituto Mexicano del Seguro Social Programa del curso de Especialización en Medicina Familiar. 1982