

11226

13



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80
DELEGACION MORELIA, MICHOACAN**

SERVICIO: MEDICINA FAMILIAR

**U N A M
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado**

T E S I S

**“IMPLICACIONES DE LA PRESCRIPCION
MEDICA COMO CRITERIO DE
PRODUCTIVIDAD EN MEDICINA FAMILIAR”**

Para obtener la Especialidad en:
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:
DR. JOEL BAUTISTA RAMIREZ

Asesor:
DR. RUBEN VELAZCO ORELLANA
(Médico Familiar)

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

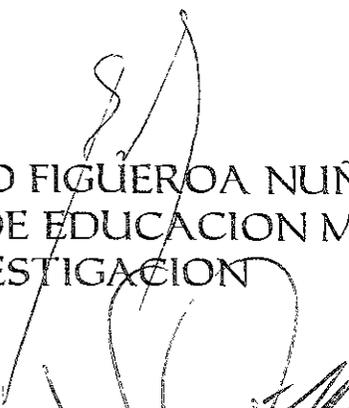
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

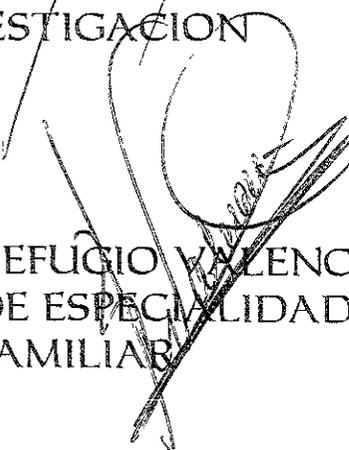
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



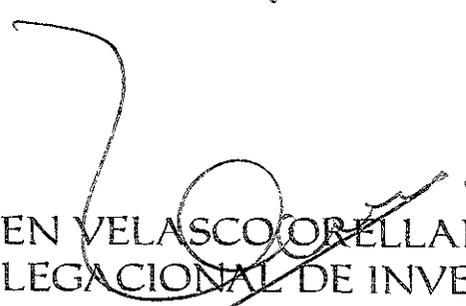
DRA. ROSA MARIA TAPIA VILLANUEVA
COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACION
MEDICA



DR. BENIGNO FIGUEROA NUÑEZ
COORDINADOR DE EDUCACION MEDICA E
INVESTIGACION



DRA MARIA DEL REFUGIO VALENCIA ORTIZ
PROFESORA TITULAR DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR



DR. RUBEN VELASCO ORELLANA
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION Y
ASESOR DE TESIS



Faint handwritten notes and stamps at the bottom of the page, including a stamp that reads "REPUBLICA DE COSTA RICA" and "DELEGACION DE EDUCACION MEDICA".

INDICE	PAGS
ANTECEDENTES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	13
DISCUSION	32
CONCLUSIONES	36
REFERENCIAS	37

ANTECEDENTES

Evaluar, medir, comparar acciones(intervenciones quirúrgicas, numero de vacunas, recetas etc.) es una situación inherente a la atención médica, en especial a la administración de la misma, lo que nos permite determinar grado de productividad, desaciertos y procesos eficaces.

En los últimos 15 años Donabedian(1) en el extranjero y en México Ruelas Barajas y Aguirre Gas(2) han propagado el modelo de calidad, como una alternativa eficaz de interpretación correcta de la productividad; en el momento actual la calidad de la atención médica ha sido un problema que causa gran preocupación en los niveles de la medicina institucional y privada, por lo que en fecha reciente se estableció un programa oficial de aplicación general y en forma permanente para garantizarlas, determinando el Plan Integral de Calidad(PIC) en el IMSS(3).

Existen múltiples definiciones de calidad; en este concepto el que mayor se apega es el de conformidad con normas y dentro de la estructura de la salud se divide en tres dimensiones: la atención técnica, el manejo de las relaciones interpersonales, y el ambiente físico en que se desarrolla la atención(4,5), para el IMSS el concepto de calidad inicia y termina en la satisfacción del usuario(6).

La satisfacción, puede ser subjetiva en primera instancia y su conotación de valor es asignada por cada individuo, por lo que su evaluación tiene un cierto grado de dificultad y no siempre es directamente proporcional al criterio médico o institucional, y puede explorarse en forma directa o indirectamente como publicaciones realizadas en hospitales de seguridad social(7). Pascoe señala que la satisfacción es una empresa emocional del paciente a los aspectos más sobresalientes de su experiencia con el servicio y se ha demostrado que el trato personalizado lo incrementa. Por lo que a mejor relación médico-paciente, mejor comunicación y mejor satisfacción(8).

En los últimos años se han llevado a cabo numerosas investigaciones con el objeto de analizar la conducta prescriptiva de los médicos. Las publicaciones sobre el tema han favorecido la comprensión de este proceso de toma de decisiones, entre cuyas deficiencias se encuentra el uso de medicamentos tóxicos, excesivos, y el uso de medicina cara.

Estudios llevados en hospitales demuestran en alto porcentaje mala selección en la prescripción de los medicamentos acarreado consecuencias, como reacciones adversas, prescripciones excesivas e inadecuadas y/ o uso irracional de medicamentos, por lo anterior, las prescripciones deficientes e inadecuadas son tanto de carácter clínico como económico, por lo que es necesario implementar sistemas que favorezcan, faciliten y controlen la prescripción razonada de medicamentos(9).

Por consiguiente, el IMSS estableció el programa “ uso racional de medicamentos”(10) el cual contempla como puntos sustantivos:

- Prescripción a granel de medicamentos.**
- Creación de fondos fijos de medicamentos.**
- Servicios adecuados de distribución.**

Acorde con los avances científicos a, nivel mundial y los cambios económicos sustentados, la seguridad social se encuentra inmerso en un cambio de mejora continua que le permite ser más eficiente, proporcionar un servicio que responda a las expectativas y lograr la satisfacción de la población a la que sirve y también del personal que la otorga(11).

Evidentemente existe una relación entre atención médica, productividad, calidad, prescripción y satisfacción durante el acto médico; que puede en forma simplista evaluarse en cada uno de los componentes y compararse por niveles de atención, costo, sistemas de salud, tipo de servicio, población, especialidad o por horario, entre otras.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la UMF 80 de Morelia, laboran un total de 26 médicos familiares en ambos turnos, que atienden a una población adscrita de 128,530. y una población usuaria de 115,893 derechohabientes. Para el mes de junio, cada consultorio contaba con 2500 derechohabientes adscritos sin embargo se ha marcado un incremento mensual del 10% en su cifra total de usuarios por consultorio, atendándose por día 26 consultas en promedio, ajustándose a las demandas del turno y registrados en el formato de 4-30-6(12). A pesar de los controles estadísticos institucionales respecto a la productividad del médico familiar.

Se ignora si existe relación entre la atención por parte del médico familiar y la prescripción de medicamentos en ambos turnos.

JUSTIFICACION

La delegación de Morelia cuenta con tres unidades de medicina familiar, atendiendo a un total de 203,877 derechohabientes adscritos durante el año de 1998, el 64% de esta población, corresponde a la UMF80.

El sistema de distribución de medicamentos se realiza por parte de la farmacia, administrándose de acuerdo al sistema de IMSS - consumo en la que se registra mensualmente las entradas y salidas de medicamentos, así como el total de fármacos consumidos por cada medico de la unidad, realizando un balance mensual de costo.

La importancia de la actualización en la practica medica, nos proporciona una amplia visión en la conducta razonada sobre la prescripción de medicamentos. De esa manera la orientación es encaminada a conocer la morbilidad de su unidad y por lo tanto ajustarse a medidas preventivas y acciones razonadas en la prescripción de fármacos. En los tiempos actuales en que la economía se ha vuelto labil, nos invita a conocer el costo anual que en forma individual se realiza en cada consultorio, y de esta manera tener un panorama más amplio para poder solventar la conducta medica, de forma que en el momento actual la prescripción razonada es un principio institucional.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar la productividad del servicio de medicina familiar respecto a la prescripción médica y el monto monetario, en el turno matutino y vespertino.

Objetivos específicos.

- 1. Determinar el comportamiento médico del turno matutino y vespertino en, relación al número de consultas.**
- 2. Determinar el costo de la prescripción médica en el 1er nivel de atención en el turno matutino y vespertino.**
- 3. Correlacionar la población adscrita y usuaria en, relación al número otorgado de consultas en ambos turnos.**
- 4. Determinar la relación existente entre la población usuaria y el costo de fármacos.**
- 5. Correlacionar la preparación del médico familiar con su desempeño.**

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Es un estudio de sistema de salud, de tipo retrospectivo, transversal y observacional.

UNIVERSO DE ESTUDIO: Registro mensual de medicamentos e informe mensual de consultas en el Área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC).

LUGAR DE ESTUDIO: Farmacia de la UMF 80 de Morelia Michoacán y archivo clínico.

TIEMPO DE ESTUDIO: El estudio comprenderá 6 meses del 1 de enero al 31 de junio de 1999.

FECHA DE INICIO: 1 de mayo 1999.

FECHA DE TÉRMINO: 31° de julio de 1999.

METODOLOGIA:

Se eligió al azar 5 médicos familiares del turno matutino y 5 médicos familiares del turno vespertino, sin considerar edad, sexo, con o sin especialidad en medicina familiar y que tuviera población adscrita fija al consultorio.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1. Médicos familiares de base adscritos a un consultorio con mínimo de 3 años.**
- 2. Con disfrute de 1 periodo vacacional, como máximo, en el semestre de estudio.**

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1. Médicos familiares eventuales (08) asignados a un consultorio.**
- 2. Médicos familiares con inasistencias prolongadas mayores a 8 días en total por enfermedad general o riesgo de trabajo, adicionales al periodo vacacional regular.**

PROCEDIMIENTO:

Se formaran 2 grupos de 5 médicos cada uno correspondiendo el 50% al turno matutino y el 50% al turno vespertino. A cada médico se le asignara una letra del abecedario para identificación.

Posteriormente se recabara la información en el ARIMAC del Sistema de Información Médica Operativa (SIMO) del informe mensual parte 1 que nos habla de productividad médica, y del informe mensual de consumo en el área administrativa de la farmacia.

La información contempla 5 aspectos:

- 1. Numero de consultas por día de acuerdo al total de derechohabientes registrados en la forma 4-30-6 de control e informe de consulta externa.**
- 2. Días trabajados reportado en el APS(asistencia, puntualidad y sustitución),que se basa en los tarjetones de asistencia diaria y archivados en la forma once.**
- 3. Numero de recetas expedidas por día recolectadas en la forma 4-30-6, en el rubro numero 7, de lo referente a recetas.**
- 4. Costo mensual generado por cada médico, según las recetas surtidas en la farmacia y que se registran en el informe, costo por médico.**
- 5. Población adscrita a cada consultorio según el reporte mensual del archivo clínico.**

RESULTADOS:

Los 5 médicos familiares del turno matutino otorgaron un total de 12,019 consultas en el periodo de estudio, con un promedio de 2,404 consultas, en los meses de enero y abril se registraron la menor frecuencia, que puede observarse en la tabla 1.

TABLA No. 1

Consultas otorgadas en el turno matutino por consultorio y mes

CONSULTORIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
A	226	471	351	66	397	402	1913
B	339	650	636	629	657	634	3545
C	327	431	288	218	330	334	1928
D	386	443	374	142	383	360	2088
E	460	482	373	318	456	456	2545
TOTAL	1,738	2,477	2,022	1,373	2,223	2,186	12,019

Por lo que corresponde al turno vespertino se otorgaron 10,685 consultas con un menor rango en los meses de enero y mayo, como puede verse en la tabla No 2.

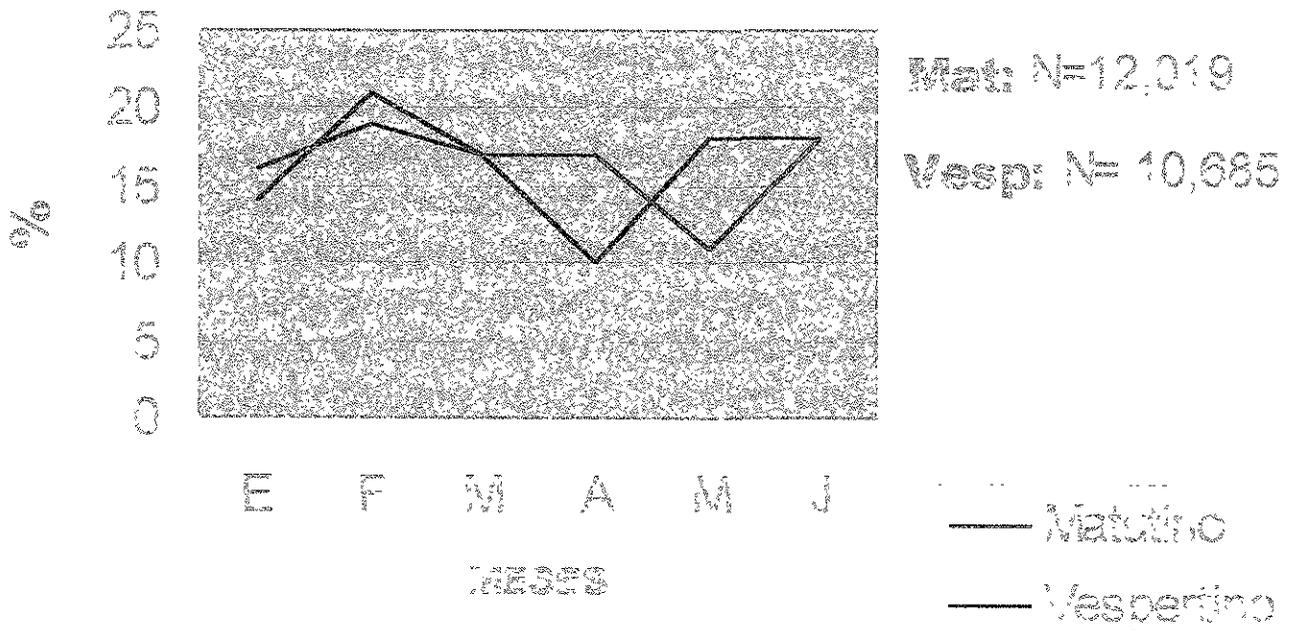
TABLA No. 2
Consultas otorgadas en el turno vespertino por consultorio y mes

CONSULTORIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
F	292	401	349	285	380	397	2104
G	328	363	427	463	86	402	2069
H	415	408	315	451	408	434	2411
I	365	461	417	326	72	357	1998
J	358	391	356	323	331	344	2103
TOTAL	1,758	2,024	1,864	1,864	1,277	1,934	10,685

La figura 1 presenta el comparativo de consultas otorgadas de ambos turnos.

FIGURA No 1

Distribución porcentual de consultas otorgadas por mes y turno



Durante el periodo de estudio, 126 días fueron laborables, sin embargo desde el punto de vista administrativo varia el numero de días de cada mes, los que se consideraron como laborados, en virtud de que se modifican por el numero de sustituciones realizadas, inasistencias, permisos, becas y periodo vacacional, ya que en el semestre establecido 21 días fue el promedio de días laborables en cada mes como se observa en el cuadro No 1.

CUADRO No 1
Días laborables del primer semestre de 1999

MES	NUMERO DE DIAS
ENERO	20
FEBRERO	20
MARZO	23
ABRIL	20
MAYO	21
JUNIO	22

En la tabla numero 3 se aprecia que los médicos del turno matutino trabajaron un total de 612 días, la moda para este grupo fue de 22 días; el consultorio "B" presento un computo muy superior al resto del grupo por elevado índice de sustituciones.

TABLA No. 3
Días trabajados en el turno matutino por consultorio y mes

CONSULTORIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
A	11	22	16	3	21	22	95
B	17	29	29	31	36	35	177
C	20	22	16	13	21	23	115
D	20	22	19	7	21	23	112
E	20	22	16	13	19	23	113
TOTAL	88	117	96	67	118	126	612

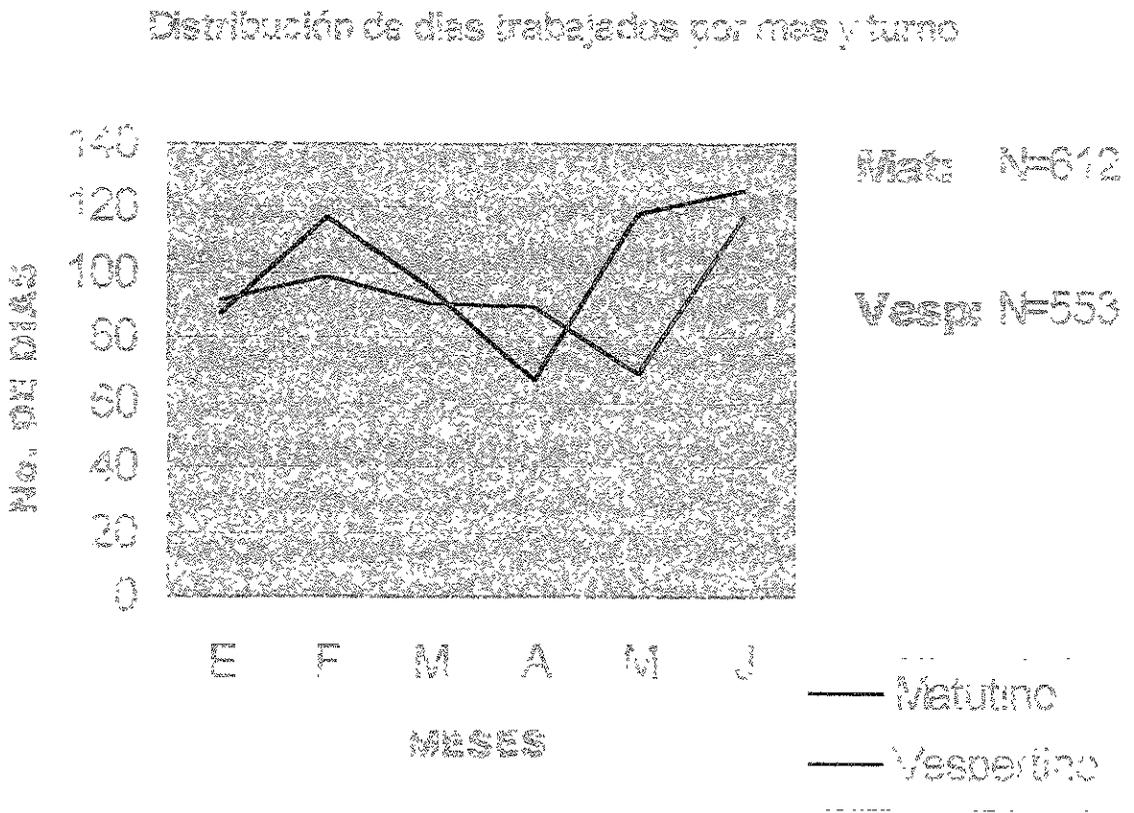
El comportamiento anterior no sé encontró en el turno vespertino, cuya característica es que fue trimodal en 18, 20 y 23 días y con bajo índice de sustituciones como se especifica en la tabla No 4.

TABLA No. 4
Días trabajados en el turno vespertino por consultorio y mes

CONSULTORIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
F	15	21	17	14	21	24	112
G	18	18	21	23	4	24	108
H	20	18	14	18	19	23	112
I	19	22	19	16	4	23	103
J	20	20	20	19	21	23	123
TOTAL	92	99	91	90	69	117	553

El comparativo de ambos turnos se aprecia en la figura numero 2.

FIGURA No 2



El costo mensual por consultorio, respecto al concepto de medicamentos tiene una variación en ambos turnos, el turno matutino presenta un mayor costo por consumo de medicamentos, siendo el promedio mensual por consultorio de \$80,812. Tabla No 5.

TABLA No. 5
Costo mensual turno matutino

CONSULTORIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
A	11,525	12,055	8,767	577	11,530	12,476	56,430
B	23,330	24,087	22,578	498	19,510	25,520	115,523
C	12,670	14,238	6,125	363	9,531	7,310	50,237
D	10,395	11,965	8,339	597	12,351	8,985	42,237
E	25,355	29,923	23,118	940	18,562	33,520	131,418
TOTAL	83,275	92,268	68,927	2,975	71,484	87,811	404,062

El turno vespertino presenta una diferencia del 20% menor del total del costo en relación, al turno matutino, observandose un limitado rango de variación respecto al costo por consultorio. Tabla 6.

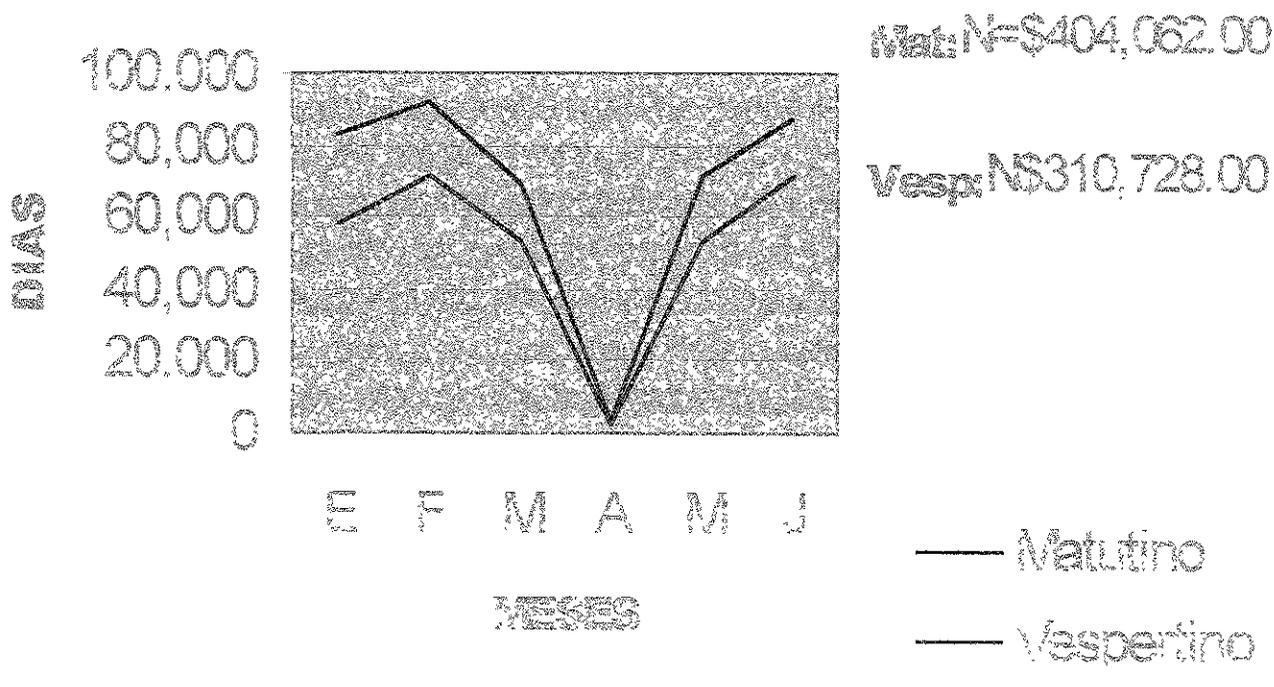
TABLA No. 6
Costo mensual turno vespertino

CONSULTORIO	E	F	M	A	M	J	TOTAL
F	9,415	20,531	10,677	278	8,568	16,160	65,611
G	10,339	11,418	13,192	350	7,300	18,974	61,573
H	14,382	19,040	11,277	361	15,355	18,416	78,831
I	12,295	8,914	7,576	950	10,105	6,423	46,263
J	11,750	11,608	10,146	475	12,058	12,058	58,432
TOTAL	58,181	71,511	52,868	2,414	53,723	72,031	310,728

En la figura 3. Se esquematiza el comparativo de ambos grupos, observandose que el mes de abril disminuye considerablemente su costo.

FIGURA 3.

Costo de la prescripción de medicamentos por mes y turno



La población adscrita en el turno matutino es de 76,957 derechohabientes, con un promedio mensual de 12,826 y por médico de 15,391. Registrándose en el archivo clínico el mayor número de derechohabientes en el mes de marzo. Tabla No 7.

TABLA No.7
Población adscrita turno matutino

CONSULT	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
ORIO							
A	2,780	2,808	2,534	2,505	2,526	2,565	15,718
B	2,748	2,979	2,502	2,431	2,415	2,498	15,573
C	2,785	2,825	2,522	2,430	2,401	2,431	15,394
D	2,816	2,800	2,488	2,424	1,608	2,502	14,638
E	2,825	2,821	2,530	2,478	2,473	2,507	15,634
TOTAL	13,954	14,233	15,106	12,268	11,423	12,503	76,957

El número de derechohabientes adscritos a la unidad en el turno vespertino fue ligeramente mayor al matutino con un promedio mensual de 12,876 y por médico de 15,451; el mes de febrero correspondió al periodo de mayor registro. Tabla No 8.

TABLA No. 8
Población adscrita al turno vespertino

CONSULTORIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
F	2,896	2,909	2,681	2,995	2,386	2,418	16,285
G	2,310	2,338	2,330	2,329	2,318	2,313	13,928
H	2,816	3,009	2,843	2,435	2,386	2,427	15,916
I	2,760	2,934	2,765	2,504	2,376	2,403	15,742
J	2,717	2,835	2,633	2,447	2,372	2,386	15,390
TOTAL	13,499	14,025	13,252	12,710	11,838	11,947	77,256

La correlación entre población adscrita, número de consultas otorgadas y recetas expedidas se registra en la tabla No 9.

TABLA No.9

Relación entre población adscrita, No. de consultas y recetas expedidas en el semestre de enero – junio 1999

Turno	Población adscrita	No. de consultas	No. de recetas	Rel. recetas/consultas
Matutino	76,957	12,019	12,456	1.03
Vespertino	76,256	10,685	7,954	0.74
global	153,213	22,704	20,410	0.89

En la tabla No 10 se observa la relación que guarda el numero de consultas y costo de la prescripción de medicamentos por turno.

TABLA No.10
Relación costo de medicamentos y No. de consulta en
ambos turnos

Turno	No. de consultas	Costo de medicamentos	Rel. costo/consulta
Matutino	12,019	\$404.062	\$33.61
Vespertino	10,658	\$310.728	\$29.08
Global	22,704	\$714.749	\$31.48

En la productividad, uno de los parámetros importantes es lo referente al número de consultas por día, de acuerdo a esto, se tiene contemplado que la jornada de trabajo abarca en promedio de 5.5 horas al día, dividiéndose en 15 minutos/ paciente. En el presente estudio se tomaron los siguientes parámetros: límite inferior de 21 consultas y límite superior de 26 consultas por día; en la tabla 11 y 12 se observa el comportamiento de ambos turnos durante el semestre de estudio.

TABLA No.11

Diferencia estadística en el número de consultas otorgadas por día de una jornada de trabajo en el turno matutino

	ENERO (88)	FEBRERO (117)	MARZO (96)	ABRIL (67)	MAYO (118)	JUNIO (126)	TOTAL (612)
LIMITE SUPERIOR	2,288	3,042	2,496	1,742	3,068	3,276	15,919
LIMITE INFERIOR	1,848	2,457	2,016	1,407	2,478	2,646	12,852
REAL	1,738	2,477	2,022	1,373	2,223	2,186	12,019
DIFERENCIA	-110	20	6	-34	-255	-460	-833

()= días trabajados

TABLA No.12

Diferencia estadística en el numero de consultas otorgadas en una jornada de trabajo en el turno vespertino

	ENERO (92)	FEBRERO (99)	MARZO (91)	ABRIL (90)	MAYO (69)	JUNIO (117)	TOTAL (558)
LIMITE SUPERIOR	2,392	2,574	2,366	2,340	1,794	3,042	14,508
LIMITE INFERIOR	1,932	2,079	1,911	1,890	1,449	2,457	11,718
REAL	1,758	2,024	1,864	1,864	1,277	1,934	10,658
DIFERENCIA	-174	-55	-47	-26	-172	-523	-1,033

()= numero de días trabajados

El instituto de acuerdo a sus características sindicales y contractuales, contempló la posibilidad de que médicos sin especialidad o con especialidad diferente a medicina familiar laboraran con la categoría de médicos familiares. El cuadro No 2 y 3 presentan las características institucionales de los médicos que participáron en el estudio.

CUADRO No 2
Características institucionales de médicos familiares del turno matutino

CONSULTORIO	ANT.IMSS	ESP. EN MF.	LUGAR de ESP.	AÑO DE EGRESO	ADSCRIPCION AL CONS.
A	25 AÑOS	Sí	LEON GTO	1976	19 AÑOS
B	19 AÑOS	Sí	MORELIA	1986	5 AÑOS
C	18 AÑOS	Sí	MORELIA	1985	3 AÑOS
D	22 AÑOS	No	/	/	8 AÑOS
E	18 AÑOS	No	/	/	10 AÑOS

CUADRO No 3
Características institucionales de los médicos familiares del turno vespertino

CONSULTORIO	ANT.IMSS	ESP.EN MF.	LUGAR de ESP.	AÑO de EGRESO	ADSCRIPCION AL CONS.
F	24 AÑOS	No	/	/	17 AÑOS
G	15 AÑOS	No	/	/	8 AÑOS
H	17 AÑOS	Sí	LEON GTO	1985	10 AÑOS
I	18 AÑOS	No	/	/	3 AÑOS
J	22 AÑOS	No	/	/	15 AÑOS

Uno de nuestros objetivos específicos era determinar si existe diferente grado de desempeño laboral con respecto a la prescripción entre los médicos familiares que desempeñan su practica habitual en bási a la experiencia y adiestramiento operativo en comparación con aquellos médicos familiares cuyo desempeño laboral se sustenta en una preparación académica derivada de un proceso educativo como es la especialización en el área durante tres años; la tabla número 13 muestra esta productividad por ambos grupos.

TABLA No 13
Parámetros de productividad en medicina familiar de acuerdo a especialización

	DIAS LABORADOS	No. de CONSULTAS	COSTO/MES	REL.COSTO/ CONSULTA	REL.RECETA/ CONSULTA
X(4)	449	9,797	\$301,021.00	\$30.70	0.92
y(6)	671	12,907	\$405,534.00	\$31.40	0.87
GLOBAL	1120	22,704	\$706,555.00	\$62.10	0.89

X= Especialidad en medicina familiar, turno matutino y vespertino.

Y= Médicos familiares sin especialidad en medicina familiar turno matutino y vespertino.

DISCUSIÓN:

En los resultados obtenidos, podemos observar en primer lugar que la población adscrita a la UMF No 80 en ambos turnos presentó un descenso en comparación al semestre del año pasado; en el turno matutino de 87,433 derechohabientes adscritos a 76,957 lo que corresponde a una diferencia del 12% y en el turno vespertino de 82,910 a 76,256 derechohabientes siendo la diferencia del 8%. En relación, a los días trabajados por turno, se observó que la productividad fue mayor en el turno matutino que en el vespertino y tal comportamiento se registró en las tablas 1 y 2, observándose que un consultorio sobrepasa el promedio de días laborados por mes; sin embargo en la mayor parte de los consultorios de ambos turnos existen variaciones en los días trabajados, por lo que una explicación serían las horas extras y/ o sustituciones, asistencias a cursos por parte del personal, permisos etc., que modifican los resultados finales.

Se observo qué el numero de consultas otorgadas y el costo mensual por consultorio son dos factores de productividad en los que existe un paralelismo, en este renglón también el turno matutino sobrepasa al vespertino.

Con respecto a la relación entre población adscrita, número de consultas y recetas expedidas en el semestre de estudio, en el primer turno se expidió 1.03 recetas por derechohabiente, lo que no ocurrió en el turno vespertino, en donde la expedición fue de 0.74; además, ambos turnos se encuentran por debajo del límite inferior del número de consultas otorgadas por día, a excepción de dos consultorios del turno matutino que sobrepasan lo esperado. El parámetro para avalar este rubro, fue lo correspondiente a una jornada de trabajo que comprenden 5.5 horas al día y tomando como promedio un total de 23 a 25 consultas registradas en la forma 4-30-6, concluyendo que en la atención al usuario se cuenta con el tiempo suficiente para lograr una consulta adecuada que abarque con lo expresado por Donabedian y otros autores en relación, a la satisfacción y calidad en la atención al usuario. En lo que corresponde, al costo, no existen parámetros de los que se pueda comparar con otros estudios sin embargo en los resultados obtenidos, correspondiente a costo de medicamentos y número de consultas en ambos turnos, el costo por mes de medicamentos es menor al promedio que se observa en medio privado y realizando un comparativo con dos médicos del segundo nivel de atención de esta unidad el grupo de estudio se encuentra por debajo de las expectativas.

Ahora bien hay variables que pueden influir en forma negativa o positiva, en el numero de consultas otorgadas y por lo tanto en el costo por mes en cada consultorio, como son poca afluencia por parte del usuario a la consulta externa de su turno, mal uso de la forma 4-30-6 lo que nos pudiera condicionar subregistros u otros.

El desempeño laboral de los médicos familiares en ambos turnos en la unidad de medicina familiar con respecto al grado de especialización, encontramos que existen ciertas diferencias; primero, en los consultorios estudiados el 60% no son especialistas y tomando en cuenta que ésta especialidad tiene más de 25 años desde su registro ante las instancias correspondientes, este porcentaje de médicos presenta mas de 15 años de antigüedad en promedio; y el resto de médicos que corresponde al 40% tiene relativamente poco de su egreso a excepción de un médico que presenta 19 años. En segundo lugar, de acuerdo a los resultados obtenidos, se observa en la tabla numero 13, la mayor productividad es en relación, a los médicos sin especialidad en medicina familiar, lo que condiciona un mayor costo al instituto; por lo que al realizar un análisis de la satisfacción al usuario es poco valorable, ya que el perfil del médico familiar es abarcar a la familia en forma integral y realizar medidas tendientes a la promoción de la salud y consecuentemente a un mejor uso de los recursos materiales.

Pero en este renglón el parámetro tiene a ser subjetivo y de interpretación personal puesto que no es posible compararlo en forma similar con otros estudios por el momento.

Nuestra serie demostró que el análisis de cuantificación a través de la expedición de recetas (prescripción médica) permite evaluar la productividad en el área de medicina familiar desde el punto de vista cuantitativo, nuestro estudio no pretendió medir la participación diagnóstico-terapéutica, por tanto la información sobre calidad de la atención médica son limitadas; no obstante algunos elementos adquirieron relevancia en nuestro estudio, como son:

- La identificación de desviaciones por consultorio.**
- Tendencias en el otorgamiento de consultas.**
- Desempeños por jornadas de trabajo.**
- Comportamiento del monto mensual promedio por medicamentos.**
- Identificación sobre variantes del indicador recetas/consultas.**
- Rango de productividad por consultorio, turno y unidad por límites.**

Se considera que estos elementos pueden ser de utilidad para los directivos de la UMF en estudio y auxiliarse en la toma de decisiones, planeaciones y corrección de acciones.

CONCLUSION:

El estudio periódico de la prescripción médica expresada por el surtimiento de recetas, ofrece perspectivas alentadoras para evaluar la productividad en medicina familiar, es un instrumento útil para los directivos médicos y administrativos del área.

REFERENCIAS

- 1. Donabedian A. Dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Publica Mex, 1990;32:113-117.**
- 2. Ruelas Barajas E. Transiciones indispensables; de la cantidad a la calidad y de la evolución a la garantía. Salud Publica Mex, 1990;32:108-109.**
- 3. IMSS. Lineamientos para el desarrollo del Plan Integral de Calidad. Abril 1999.Pag: 05-06.**
- 4. Sandoval Priego A, León Carmona J.C, Rojas Ortiz M.E, y col. Satisfacción del usuario externo: analisis comparativo de acuerdo con variables organizacionales. Rev. Med IMSS Mex;1997;35(1):43-47.**
- 5. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica en México: Instituto Nacional de Salud Publica, 1990:15.**
- 6. Subdirección General Médica. Evaluación de la calidad del Instituto Mexicano del Seguro Social,1987:150-165.**
- 7. Ruiz de Chavez M, Martínez Narváez G, Calvo Rios M y col. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en unidades médicas del sector salud. Salud Publica MEX 1990;32:156-159.**
- 8. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Evol Prog Plan 1983;6:185-210.**
- 9. Duran Gonzáles L, Frenk Mora J, Becerra Aponte J. La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. Salud Publica Mex 1990;32:181-191.**

- 10. Hernandez Chavez A. Prescripción razonada de medicamentos. IMSS;02: Enero 1996.**
- 11. Modelo de atención a la salud. Rev Med IMSS(Mex) 1994;32(supl 1).**
- 12. Sistema de Información Médico Operativo(SIMO). UMF 80. Morelia.**