



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 20

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS  
SERVICIOS DE LA UMF 20.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

**Dr. Jesús Antonio Soto Romero**

Tutora:

**Dra. Santa Vega Mendoza**

Generación 2010 – 2013

MÉXICO D.F. Julio del 2012.





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.

*A MIS PADRES Y HERMANA POR SER EL PILAR FUNDAMENTAL EN TODO LO QUE SOY, EN TODA MI EDUCACIÓN, TANTO ACADÉMICA, COMO DE LA VIDA, POR SU INCONDICIONAL APOYO PERFECTAMENTE MANTENIDO A TRAVÉS DEL TIEMPO, GRACIAS POR CREER EN MI...LOS AMO.*

*A MI ABUELITO, PORQUE SIEMPRE HA SIDO UN EJEMPLO DE FORTALEZA, UN ESTÍMULO A QUERER VIVIR Y SACARLE TODO EL JUGO A LA VIDA.*

*A MI HIJO JESÚS SANTIAGO, ERES EL MOTOR QUE LLEGÓ A ALEGRARME EL DÍA CON TU SONRISA Y PRESENCIA; ALGÚN DÍA PODRÁS HOJEAR ESTE TRABAJO LLENO DE ESFUERZO...MI TESIS DE MÉDICO ESPECIALISTA, TAMBIÉN ES PARA TI.*

*A MI ESPOSA, ROXANA, QUIEN ME BRINDÓ SU AMOR, SU CARIÑO Y SU APOYO CONSTANTE. SU COMPRENSIÓN Y PACIENTE ESPERA PARA QUE PUDIERA TERMINAR EL GRADO SON EVIDENCIA DE SU GRAN AMOR...GRACIAS POR IMPULSARME A LA SUPERACIÓN.*

**TUTOR**

---

**Dra. Santa Vega Mendoza**

**Médico Especialista en Medicina Familiar**

**Profesora Titular del Curso de Especialidad en Medicina Familiar**

**Vo. Bo.**

---

**Dr. Máximo Alejandro García Flores**

**Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 20, IMSS.**

**Vo. Bo.**

---

**Dra. María del Carmen Aguirre García**

**Médico Especialista en Medicina Familiar**

**Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar**

<b><i>INDICE</i></b>	<b><i>PÁGINA</i></b>
<b>TITULO</b>	
<b>RESUMEN</b>	
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>1</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>16</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>18</b>
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>21</b>
<b>SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>22</b>
<b>ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>	<b>25</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>47</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>50</b>

## RESUMEN

### **EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA UMF 20**

Soto-Romero Jesús Antonio 1. Vega- Mendoza Santa 2.

1. Médico Residente, UMF 20 Vallejo, Del. Norte D.F.
2. Profesora de Especialidad Medicina Familiar UMF 20 Vallejo. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Norte D.F.

**Objetivo:** Determinar el nivel de la calidad de atención por parte del equipo de salud: médico familiar, asistente médico y personal de mostrador de farmacia, de la UMF 20. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo en 462 usuarios mayores de 18 hasta 95 años, que sean usuarios de la UMF 20 y que hayan recibido atención en los servicio de medicina familiar y farmacia. Previo consentimiento informado del paciente se realizara la recolección de datos con llenado de una encuesta ex profeso de evaluación de calidad dirigida a la atención del médico familiar con 7 ítems, asistente médico con 6 ítems y servicio de farmacia 3 ítems. Análisis Estadístico de tipo descriptivo. **Resultados:** Los usuarios en general están satisfechos con la atención recibida en medicina familiar y farmacia en un 78.85, teniendo las siguientes características: sexo femenino 64.7%, con edad de 60 y mas años 28.4%, escolaridad secundaria 27.5%, ocupación no profesional 38.5%, turno matutino 53.7% y tiempo de derechohabencia de hasta 10 años 47.4%. El nivel de la calidad de los médicos es de 87.11%; de las asistentes médicos fue el 85.46%. y del personal de farmacia el 64%. **Conclusiones:** En general la calidad de atención a los usuarios es buena, requiriendo mejorar en algunos servicios de trato directo para dar excelencia.

Palabras claves: calidad de atención, satisfacción, servicios médicos, usuarios, médico familiar, asistente médico, farmacia,.

## **SUMMARY**

### **EVALUATION OF THE QUALITY SERVICE IN SERVICES OF THE FMU 20**

Soto-Romero Jesús Antonio 1. Vega-Mendoza Santa 2.

1MD, UMF 20 Vallejo, Del. Norte D.F.

2Teacher of the MD Family Medicine FMU 20 Vallejo. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Norte D.F.

**General objective:** To establish the level of the quality service from the family medicine doctor, medical assistant and people of the drugstore window of the FMU 20.

**Material and Methods:** Descriptive study made in upper 18 until 95 years old, that are users of the unit and the pharmacy of the the FMU 20 with previous informed consent of the patient, it will realize the data collection with the fill out of the evaluation tool directed to the family doctor with 7 questions, to the medical assistant with 6 and to the drugstore people with 3. Estadistic analysis kind of descriptive. **Results:** The users in general are pleased with the received service in family medicine and drugstore in the 78.85%, with the next characteristics: genere female 64.7%, age about 60 and upper years 28.4%, secondary education 27.5%, non professional occupation 38.5%, morning shift 53.7%, IMSS member about 1 to 10 years 47.4%. The level of the quality service in the family doctor was 87.11%, medical assistant 85.46%) and drugstore 64%. **Conclutions:** In general, the quality service to the users is good, nevertheless is needed to improve in some of the services about the customer in order to give it with excelence.

Key words: Quality service, satisfaction, medical services, users, family doctor, medical assistant, drugstore.

## **ANTECEDENTES**

### **CONCEPTOS DE CALIDAD.**

La calidad es herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie.

La palabra calidad tiene múltiples significados. Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando, por ejemplo, la calidad del servicio postal, del servicio dental, del producto, de vida, etc.

La calidad significa aportar valor al cliente, esto es, ofrecer unas condiciones de uso del producto o servicio superiores a las que el cliente espera recibir y a un precio accesible. También, la calidad se refiere a minimizar las pérdidas que un producto pueda causar a la sociedad humana mostrando cierto interés por parte de la empresa a mantener la satisfacción del cliente.

Una visión actual del concepto de calidad indica que calidad es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido.

Una de las primeras acciones en la calidad de servicio, es averiguar quiénes son los clientes, qué quieren y esperan de la organización. Solo así se podrán orientar los productos y servicios, así como los procesos, hacia la mejor satisfacción de los mismos.

Las principales necesidades básicas de un cliente son:

- Ser comprendido.
- Sentirse bienvenido.
- Sentirse importante.
- Sentir comodidad.
- Sentir confianza.
- Sentirse escuchado.
- Sentirse seguro
- Sentirse valioso.
- Sentirse satisfecho.

Para poder realizar una adecuada atención al cliente se debe:

- Identificar quienes son los clientes.
- Agruparlos en distintos tipos.

- Identificar las **necesidades** de los clientes, así como **saber** dónde y cómo lo quieren los clientes además del aumento en cuanto a la productividad, es esencial para toda empresa.

## **ANTECEDENTES HISTORICOS**

Ante la necesidad de resolver las complejas situaciones de salud de la población, entre las cuales podemos hacer énfasis en el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, de problemas asociados a la industrialización y urbanización, de la prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza y de la insuficiencia de recursos para satisfacer la creciente demanda, México requiere de importantes transformaciones en el sistema de salud para responder a los retos presentes y futuros. Por tal motivo en la reforma del Sistema Nacional de Salud (1995-2000), se incluyeron programas dirigidos al mejoramiento de la calidad de la atención, sustentados en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo con los propósitos fundamentales de lograr equidad, eficiencia y calidad<sup>5</sup>.

No es posible sustentar el derecho, a la salud si no se garantiza a la población que los servicios hospitalarios sean de buena calidad, ello significa ofrecer a los pacientes los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para su salud y su vida.

Para que los servicios de salud proporcionen calidad y seguridad a sus pacientes y a los integrantes de los equipos de salud, es necesario que cumplan con requisitos mínimos en la estructura, las instalaciones, el equipo, los procesos, la preparación básica y la actualización de su personal, que se reflejen en los resultados tanto a nivel de indicadores de productividad como en la satisfacción de los pacientes. Para cumplir estas demandas se requiere de un programa como el que nos ocupa que permita verificar que los hospitales tienen la capacidad instalada tanto físico-técnica como humana y documental de acuerdo al tipo y complejidad de los servicios que ofrecen.

Hoy en día existe en todo el mundo tendencia hacia la certificación, tanto en el sector privado de producción de bienes y servicios como en algunos organismos gubernamentales. Los servicios de atención a la salud no escapan a estas acciones, por lo que existe interés en garantizar la calidad de los servicios. En la mayoría de los países se han iniciado estas actividades, y son muy pocos los que ya realizan funciones de certificación de establecimientos de salud, entre las cuales destacan Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Australia y Nueva Zelanda<sup>6</sup>.

Estamos conscientes que la mejora en la calidad que se pretende no se logrará únicamente con la certificación de hospitales, esta es parte de las acciones que se están realizando o bien deberán iniciarse, tales como la formación de médicos, tanto en número como en su capacidad para resolver problemas; la

actualización de currículos y programas académicos de las escuelas de acuerdo a las condiciones actuales del ejercicio de la medicina; el número de escuelas que rebasa las necesidades de la población; trabajar en la orientación profesional y la selección de los aspirantes. Como en otros países, las escuelas y facultades que no cumplan con la acreditación correspondiente deberán cerrarse<sup>8</sup>.

La medicina de primer contacto de calidad, con las características que requieren las reformas propuestas al sistema de salud necesita médicos especialistas en medicina familiar, certificados y recertificados en base a un programa de capacitación continua no solo de conocimientos sino también de destrezas con participación de todas las instituciones del sector salud, públicas y privadas que serán motivo de análisis y propuestas posteriores. Mejorar la calidad requiere continuar la certificación de especialistas y ser requisito para desempeñarse como tal, según lo estipulado por la SSA y la DGP. Para cerrar el círculo de la calidad deberán certificarse las escuelas de enfermería, las enfermeras y todos los servicios relacionados con la salud.

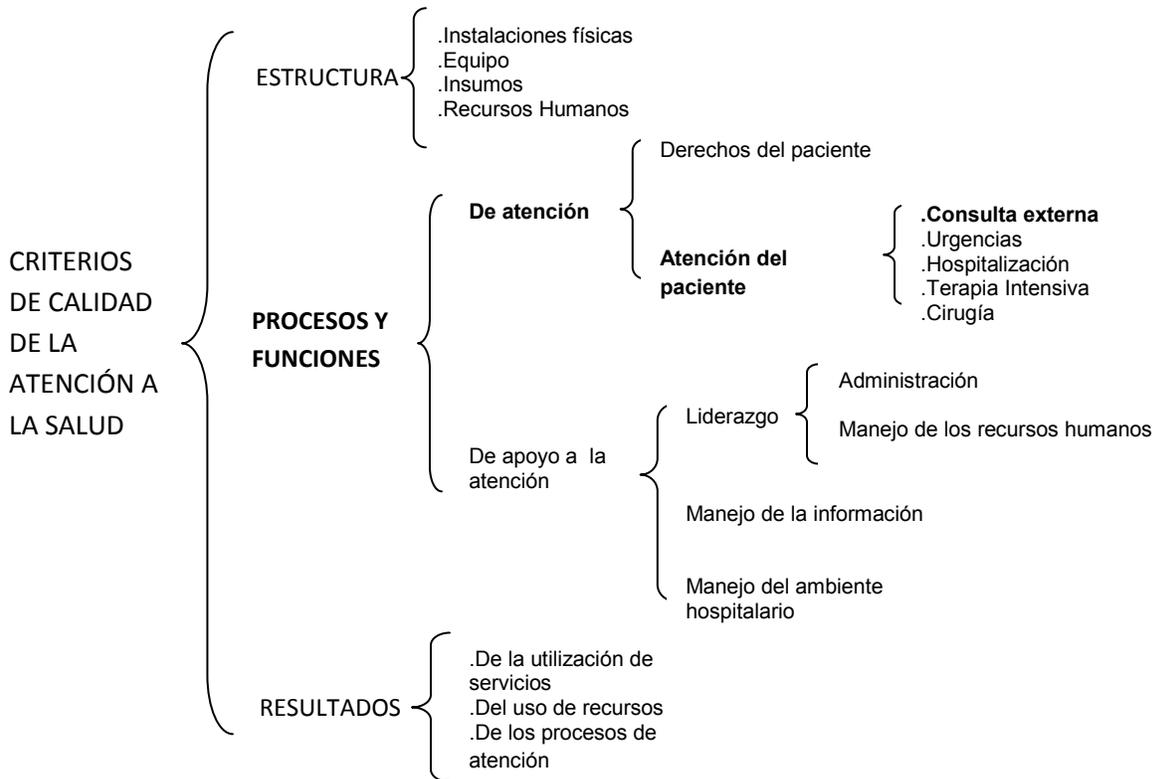


Por otra parte, los terceros pagadores ejercen presión sobre la índole de los servicios, no sólo para abatir sus costos, sino también para asegurar niveles adecuados de calidad a sus usuarios.

Las instituciones del sector público con el IMSS a la cabeza aplican programas internos para evaluar -a través del expediente clínico- la calidad de la atención que se proporciona a sus derechohabientes; en México, los primeros intentos del proceso de certificación datan de 1992, cuando algunos hospitales públicos y privados, emprendieron acciones tendientes a mejorar los servicios de salud<sup>9</sup>.

La Certificación de Hospitales no es un fin, sino un medio para proteger a la población y para estimular el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. La certificación no garantiza que todos los resultados de los procesos de atención van a ser en los mejores términos para el paciente; sólo acredita que la

organización certificada cuenta con una estructura, así como con un diseño y operación de sus procesos de tal manera que eleva al máximo la probabilidad de producir los mejores resultados a la salud del paciente<sup>4</sup>.



El proceso de certificación de hospitales consiste en la verificación o el cotejo del nivel de cumplimiento que tiene una organización de una serie de criterios cualitativos.

En consecuencia, los criterios son la columna vertebral de todo proceso de certificación pues constituyen el modelo que se utiliza para la comparación entre *lo que es y lo que debe ser*<sup>11</sup>.

Por lo tanto, la certificación de hospitales (que dicho sea de paso el concepto propio es el siguiente: Proceso por el cual, una organización con autoridad para ello, garantiza que un proveedor de servicios de salud cumple de manera satisfactoria, o aceptable, una serie de requisitos de calidad que deben de tener la estructura y los procesos de atención para generar los mejores resultados posibles para el paciente) se refiere a *deberá ser un proceso irreversible, que permita elevar la calidad, la eficacia y garantizar los servicios de atención médica del país,*

con la firme intención de que la prestación de los cuidados a la salud sean cada día mejores y fundamentados en principios de equidad, vocación y humanismo<sup>4</sup>.

## **METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

El propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia, como en el conocimiento de expertos.

Las metas están estructuradas de la misma manera que los demás apartados, incluyen un estándar, un propósito y elementos medibles. Las metas se califican en forma similar a los demás estándares como “cumple”, “cumple parcialmente” o “no cumple”, y de acuerdo a las reglas de decisión para dictaminar la certificación de hospitales aprobadas por el Consejo de Salubridad General, ningún elemento medible (EM) deberá obtener calificación de cero si el hospital desea certificarse, por esta razón se señala como estándares indispensables.

Las Metas son:

1. Identificar correctamente a los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

## ***ESTANDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE*** **ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

### **PERSPECTIVA GENERAL**

Un establecimiento de atención médica debe tener en cuenta que la atención que proporciona a los pacientes forma parte de un sistema integrado de servicios, profesionales de la salud y unidades de atención, todo lo cual constituye la continuidad de la atención. El objetivo del acceso a la atención y continuidad de la misma es hacer coincidir correctamente las necesidades de atención del paciente con los servicios disponibles, coordinar los servicios proporcionados al paciente en el establecimiento y luego planificar el alta y el seguimiento, de esta manera se obtienen mejores resultados en la atención al paciente y un uso más eficiente de los recursos disponibles. La información es fundamental para tomar decisiones correctas acerca de:

las necesidades del paciente que el establecimiento de atención médica puede cubrir, el flujo eficiente de servicios al paciente, y la transferencia o el alta adecuadas del paciente a su domicilio o a otro entorno de atención.

## **DERECHOS DE LOS PACIENTES Y DE SU FAMILIA PERSPECTIVA GENERAL**

Cada paciente es único en sus necesidades, fortalezas, valores y creencias. Los establecimientos de atención médica trabajan para establecer la confianza y comunicación abierta con los pacientes y así comprender y proteger sus valores culturales, psicosociales y espirituales. Los resultados en la atención al paciente mejoran cuando los pacientes, y en su caso sus familiares, participan de las decisiones y procesos de atención de un modo que se adecua a sus expectativas culturales. A fin de promover el cumplimiento de los derechos de los pacientes dentro de un establecimiento de atención médica, se comienza por definir dichos derechos y luego se educa a los pacientes y al personal sobre los mismos. Los pacientes son informados de sus derechos y cómo actuar para ejercerlos. Se enseña al personal a comprender y respetar las creencias y valores de los pacientes y a brindar atención cordial y respetuosa que proteja la dignidad de los pacientes. Este capítulo se ocupa de los procesos para:

- identificar, proteger y promover los derechos de los pacientes;
- informar a los pacientes de sus derechos;
- involucrar a la familia del paciente, cuando sea adecuado, en lo que respecta a las decisiones sobre la atención del paciente;
- obtener consentimientos informados;
- educar al personal sobre los derechos del paciente; y
- establecer el marco ético del establecimiento.

La forma en que se llevan adelante estos procesos es conforme a las leyes y reglamentaciones sobre derechos humanos y derechos de los pacientes. Estos procesos se relacionan con el modo en el que un establecimiento brinda atención médica de manera equitativa, dada la estructura del sistema de protección social y de los mecanismos de financiamiento de la atención médica del país. Este capítulo también abarca los derechos de los pacientes y sus familiares en relación con la investigación, la donación y trasplante de órganos y tejidos.

## **ATENCIÓN DE PACIENTES PERSPECTIVA GENERAL**

El principal propósito de un establecimiento de atención médica es la atención del paciente. Proporcionar la atención más adecuada en un entorno que apoye y responda a las necesidades únicas de cada paciente requiere un alto nivel de planificación y coordinación. Algunas actividades son básicas para la atención del paciente, estas incluyen:

- planificación y cuidados a cada paciente,
- control del paciente para entender los resultados de la atención,
- modificación de la atención cuando sea necesario,
- finalización de la atención; y
- planificación del seguimiento.

Los médicos, enfermeros, farmacéuticos, terapeutas de rehabilitación y otros profesionales de la salud pueden realizar estas actividades. Cada profesional tiene un rol claro en la atención del paciente, el cual es determinado por las habilitaciones, competencias, certificaciones, leyes y reglamentaciones, aptitudes, conocimientos y experiencia particulares de cada persona, así como por las políticas o descripciones de puestos del establecimiento. El paciente, su familia u otros profesionales capacitados pueden encargarse de ciertos tipos de atención. Los estándares de Evaluación de Pacientes (AOP) describen las bases para la prestación de atención: un plan para cada paciente basado en la evaluación de sus necesidades. La atención puede ser preventiva, paliativa, de curación o de rehabilitación, y puede incluir anestesia, cirugía, medicamentos, terapias de apoyo, o una combinación de éstos. La prestación de los servicios debe estar coordinada e integrada por todas las personas que atienden al paciente.

## **MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE PERSPECTIVA GENERAL**

Este capítulo describe un enfoque global para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, donde la reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal forman parte de las acciones para la mejora de la calidad. Tales riesgos pueden encontrarse tanto en los procesos clínicos como en el entorno físico. Este enfoque incluye:

- el liderazgo y la planificación de la mejora de la calidad y seguridad del paciente;
- el diseño de procesos clínicos y de gestión;
- la mejora de procesos mediante el uso de indicadores;
- el análisis y comparación de datos; y
- la implementación y estandarización de las mejoras.

El **plan o programa de mejora de la calidad y seguridad** del paciente:

- es dirigido por líderes;
- impacta en la cultura de la organización;
- identifica y reduce los riesgos en forma proactiva;
- usan los datos para definir y atender prioridades; y
- demuestra mejoras sostenidas.

La calidad y la seguridad deben estar arraigadas en el trabajo diario de todos y cada uno de los miembros del establecimiento. Este apartado guía en la comprensión, del personal médico y de enfermería sobre cómo llevar a cabo mejoras reales para ayudar a sus pacientes y reducir los riesgos. En forma similar, los directivos, el personal de apoyo y otros, pueden aplicar los estándares a su trabajo diario, para entender cómo pueden hacer más eficientes los procesos, cómo pueden usarse los recursos en forma más eficiente y cómo pueden reducirse los riesgos físicos. Este capítulo enfatiza que la planificación, el diseño, el control, el análisis y las mejoras continuas de los procesos clínicos y de gestión deben estar bien organizados y contar con un claro liderazgo a fin de obtener los

máximos beneficios. El enfoque sistémico de la mejora de la calidad y seguridad del paciente toma en cuenta que la mayoría de los procesos de atención clínica involucran a más de un área; asimismo, considera que la mayoría de los problemas de calidad clínicos y de gestión están interrelacionados; y por consiguiente, los esfuerzos para mejorar estos procesos deben estar guiados, orientados y supervisados por el **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente**, una buena práctica para la integración y funcionamiento del dicho comité, está disponible en la Instrucción 171/2009 de SICALIDAD.. Los establecimientos que siguen este enfoque sistémico:

- gradualmente, con el liderazgo del director, involucrarán a toda la organización en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente;
- capacitarán y harán participar a más personal;
- establecerán prioridades más claras sobre qué controlar;
- basarán sus decisiones en la medición, análisis y seguimiento de sus indicadores; y
- mejorarán basándose en comparaciones con otras organizaciones, tanto a nivel nacional como internacional.

## **CALIFICACIONES Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL PERSPECTIVA GENERAL**

Un establecimiento de atención médica necesita de personal capacitado y calificado para cumplir su misión y cubrir las necesidades de los pacientes. Los directores y responsables de las áreas del establecimiento trabajan juntos para identificar la cantidad y el tipo de personal necesarios, basándose en las recomendaciones de los directores de áreas y servicios. El reclutamiento, selección y designación del personal se logran mejor mediante un proceso coordinado, eficiente y estandarizado. Es esencial documentar las aptitudes, conocimiento, educación y experiencia laboral previa del solicitante. Es de particular importancia revisar con cuidado las competencias del personal médico y de enfermería, ya que ellos participan en los procesos de atención clínica y trabajan directamente con los pacientes. Los establecimientos de atención médica deben ofrecerle al personal oportunidades de aprendizaje y superación tanto a nivel personal como profesional. Para este apartado es importante definir los siguientes conceptos: **Personal autorizado para el ejercicio independiente:** son profesionales de la salud que no pertenecen a la nómina del establecimiento pero que a través de una revisión de sus competencias y asignación de responsabilidades (otorgamiento de privilegios) se les permite realizar ciertos procedimientos dentro del hospital. Ejemplos: médicos externos, enfermeras instrumentistas que solo acuden a ciertos procedimientos quirúrgicos, entre otros. **Personal clínico:** se refiere a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud por ejemplo: nutriólogos, psicólogos, rehabilitadores, técnicos en urgencias médicas, parteras, entre otros. Así mismo, a todo personal en formación de estas disciplinas.

## **MANEJO DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN PERSPECTIVA GENERAL**

La atención al paciente implica un esfuerzo complejo, sumamente dependiente de la comunicación de información. La comunicación es para la comunidad, los pacientes y sus familiares; así como para los profesionales de la salud dentro y fuera del establecimiento de atención médica. Las fallas de comunicación son una de las causas principales y más comunes de los incidentes de seguridad de los pacientes y de la mala calidad de la atención. Para brindar, coordinar e integrar los servicios, en los hospitales se confía en la información científica, la que brindan los pacientes, la que se deriva de la atención prestada y de sus resultados y del desempeño de todo el establecimiento. Al igual que los recursos humanos, materiales y financieros, la información es un recurso que las autoridades deben manejar en forma efectiva. Todo establecimiento busca obtener, manejar y usar información para mejorar los resultados de los pacientes, así como también el desempeño de la organización tanto a nivel individual como general. Con el tiempo, las organizaciones de salud se vuelven más efectivas en:

- identificar las necesidades de información;
- diseñar un sistema de manejo de la información;
- definir y capturar datos;
- analizar datos y transformarlos en información;
- transmitir e informar datos e información; e
- integrar y utilizar la información.

Si bien la informática y demás tecnologías mejoran la eficiencia, los principios de manejo adecuado y seguro de la información se aplican a todos los métodos, ya sea en papel o en formato electrónico. Estos estándares se encuentran diseñados para ser igualmente compatibles con sistemas no computarizados y tecnologías futuras<sup>3</sup>.

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE CALIDAD.**

### **La evaluación de la calidad de la atención médica**

Para estar en condiciones de normar sobre la calidad de la atención médica deberíamos comenzar por preguntarnos:

- ¿Para quién es más importante una atención médica de calidad?

La respuesta sería: para el paciente.

- ¿Y qué es lo que el paciente considera como una atención médica de calidad?

Preguntémosle. A partir de ahí podríamos decidir qué es lo que necesitamos evaluar y hasta dónde queremos llegar, teniendo en cuenta en primer término las prioridades del paciente. Se ha determinado que para el paciente las prioridades son recibir atención con oportunidad, ver satisfechas sus necesidades de salud,

recibir un trato digno, amable y respetuoso; personal suficiente y preparado para otorgar la atención que requiere, con seguridad, que se disponga de los recursos suficientes para lograrla y que la atención se otorgue en un ambiente adecuado.

### **Sistema de Evaluación y Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica**

El Sistema de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica incluye en sus primeros cuatro capítulos, aspectos compartidos con el Sistema ISO como los recursos físicos, el personal, el material de consumo y la organización, para continuar con el proceso y resultados de la atención en materia de salud y en materia de satisfacción de los usuarios.

Los siete capítulos a evaluar son:

1. Los *recursos físicos* en cuanto a su suficiencia, mantenimiento y funcionalidad.
2. El *material de consumo* en cuanto a suficiencia, oportunidad en su suministro y calidad.
3. El *personal*, en lo referente a selección, suficiencia, competencia profesional, capacitación y actualización.
4. La *organización*, en relación a la disponibilidad de un diagnóstico situacional actualizado, de un programa de trabajo; existencia, disponibilidad y conocimiento de las normas y manuales de organización y de procedimientos.
- 5. El *proceso de la atención*, centrado en el paciente, seguro, realizado con competencia profesional y apego a los principios éticos de la práctica médica.**
6. Los *resultados* de la atención en materia de salud, en cuanto a la curación, control o mejoría de los padecimientos.
- 7. La *satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios* por haber alcanzado sus expectativas, con relación a la atención recibida o al desempeño de su trabajo respectivamente.**

La Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica ha sido aplicada con buenos resultados por el área médica del IMSS en los periodos 1983 a 1985 y 1991 a 1994. De 2004 a 2006 se estuvo aplicando como norma de la Dirección de Prestaciones Médicas y como Programa de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, en forma de auto evaluación, mediante la utilización de Guías de Supervisión y Evaluación.

El Sistema de Evaluación y Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica está sustentado en etapas sucesivas que conducen a los resultados del proceso de mejora y cierran el círculo con la retroalimentación al sistema. Se puede resumir en las siguientes etapas:

- Integración de un diagnóstico situacional de servicio o unidad médica, mediante la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados de la atención médica, conforme a los puntos incluidos en cada uno de los siete capítulos del Sistema. La evaluación tiene como sustento la normatividad vigente, la misión y la visión del servicio o unidad médica y las condiciones del entorno.
- Asignación de un juicio de valor a cada uno de los puntos evaluados, que permita discriminar entre resultados aceptables por haber alcanzado el nivel de excelencia o al menos de suficiencia y resultados no aceptables, por lo cual representan un problema, al haber sido calificados como insuficiente, no realizado, por omisión en la prestación del servicio o inadecuado, por haberse producido un daño al paciente como consecuencia de la atención otorgada (ver más adelante Sistema de Evaluación Cualitativa).
- Iniciación del proceso de mejora continua a través de hacer un reconocimiento a los responsables de resultados alcanzados a nivel de excelencia, identificar los procesos susceptibles de ser mejorados y los problemas que requieren ser resueltos.
- Establecimiento objetivos y metas para resolver los problemas identificados y mejorar los procesos que lo requieran, llevar a cabo la reingeniería de los que no es factible modificar y determinar la prioridad para su atención, en función de su magnitud trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.
- En forma participativa con los responsables de los procesos, análisis de los problemas identificados, ofrecimiento de asesoría en caso de requerirse; planeación en forma participativa de su solución, mediante la modificación de los procedimientos que lo requieran y en caso necesario determinación y programación de la reingeniería del proceso y establecimiento de los acuerdos y compromisos pertinentes para resolverlos.
- Implantación de un proceso de monitoría de los avances y resultados, y programación de una nueva evaluación de control, que permita identificar si la modificación de los procedimientos o la reingeniería del proceso tuvieron los resultados esperados, con el propósito de modificar la normatividad o en su caso desecharlos, cuando no hubieran sido útiles.
- Retroalimentación al sistema, conforme a los resultados obtenidos, con el propósito de actualizar el diagnóstico situacional y en su caso actualizar la normatividad, con los nuevos procedimientos o procesos sujetos a reingeniería que hubieran dado buenos resultados y desechar la normatividad obsoleta o no aplicable.

## Metodología para la evaluación cualitativa

Con base en las enseñanzas de Pedro Saturno, profesor titular de la Maestría de Gestión de la Calidad en la Universidad de Murcia, que dicen: “para mejorar la calidad es necesario primero definirla y después medirla” y “la calidad deja de ser subjetiva, cuando la definimos y la medimos”, es necesario definir un sistema de medición de la calidad. La determinación de la existencia o no de calidad en un bien o servicio puede establecerse únicamente diciendo si el bien o servicio tienen o no determinado atributo de calidad, es decir, si lo tiene o no lo tiene, si está presente o ausente, si es blanco o negro, si es cero o cien por ciento, etc. La posibilidad de asignar valores intermedios nos llevaría invariablemente a la aplicación de criterios personales eminentemente subjetivos.

Numerosas escalas han sido propuestas tratando de alcanzar la objetividad. Hasta el momento actual sólo la referida en el párrafo anterior es aceptable, pues distinguir entre bien y muy bien, o entre bien y regular, expone a correr un alto riesgo de subjetividad.

Se propone una escala de valores determinada por criterios absolutos con base en los siguientes criterios derivados del concepto de calidad: satisfacción de las necesidades de salud, satisfacción de las expectativas, otorgamiento o no del servicio requerido por el paciente y producción de daño al paciente por falta de seguridad en la atención. Se propone una escala de cinco niveles: excelente, suficiente, insuficiente, no realizado e inadecuado a saber:

- *Excelente*. Para asignar esta calificación el proceso de atención se requiere haber cumplido con dos atributos: haber satisfecho las necesidades de salud del paciente y haber satisfecho sus expectativas.
- *Suficiente*. Implica únicamente haber logrado la satisfacción de las necesidades de salud del paciente, sin haber alcanzado a satisfacer sus expectativas.
- *Insuficiente*. Cuando las necesidades de salud del paciente, no fueron satisfechas a través del proceso de atención.
- *No realizado*. La atención requerida por el paciente, no fue otorgada.
- *Inadecuado*. El proceso de atención se llevó a cabo en forma incorrecta, habiendo existido deficiencias en la seguridad para el paciente, causándole daño como consecuencia del mismo.

Un resultado *excelente* requiere ser seguido por un reconocimiento para quien lo hubiera alcanzado; un resultado *suficiente* debe motivar a mejorar la calidad en el servicio y alcanzar la satisfacción de los usuarios. Un resultado *insuficiente* hace

necesario mejorar el proceso de atención a través de superar la competencia profesional del personal médico y paramédico, el proceso de atención en sus diferentes etapas, la supervisión, la coordinación, etc.

Cuando la atención requerida por el paciente no hubiera tenido respuesta a través del desarrollo de un proceso de atención, se hace necesario revisar y corregir la organización de los servicios que dieron lugar a la negativa.

Cuando la calificación en la evaluación del proceso hubiera sido de *inadecuado* implica la necesidad de mejorar la organización y el proceso de atención, a fin de prevenir el error médico, si ese hubiera sido el caso, y los eventos adversos.

Los procesos que hubieran sido calificados como *insuficiente*, *no realizado* e *inadecuado*, no son aceptables y representan problemas en la atención que deben ser registrados, atendidos, sujetos a seguimiento y resueltos a la mayor brevedad.

El número de procesos evaluados y la cuantificación del número de ellos que hubieran sido calificados en cada uno de los cinco niveles nos da una imagen objetiva del servicio o unidad médica evaluados, a través del número de procesos calificados como *excelentes* o *suficientes* por una parte y los calificados como *insuficientes*, *no realizados* o *inadecuados* por la otra. Su evolución a través de evaluaciones sucesivas muestra el grado de mejora o deterioro de la calidad de la atención, en función del incremento o disminución del número de calificaciones en cada uno de los cinco niveles.

Sería de esperar que la proporción de calificaciones con el rubro de excelencia se incrementarán; que el nivel de suficiencia mejorará a expensas de calificaciones no aceptables (problemas resueltos), incluidas en las calificaciones de *insuficiente*, *no realizado* e *inadecuado*.

### **Evaluación por indicadores**

La Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica, requiere de la monitoría y la evaluación de indicadores de calidad y eficiencia seleccionados.

#### Indicadores de resultados.

Como indicadores mínimos indispensables para los resultados de la atención con calidad y eficiencia, en el desempeño de las unidades médicas se propone: índice de subsecuencia, índice de altas de la unidad, promedio de días de estancia, por ciento de ocupación, cirugías por sala de operaciones, por ciento de cirugía ambulatoria y por ciento de pacientes atendidas dentro del Programa de Puerperio de Bajo Riesgo, exámenes de laboratorio y estudios de imagenología, por 100 consultas y por 100 egresos, y el por ciento de pacientes con permanencia de más de ocho horas en el servicio de urgencias.

### Indicadores de calidad.

Como indicadores específicos de calidad en los resultados de la prestación de los servicios médicos se propone por ciento de mortalidad, la mortalidad materna y perinatal, mortalidad potencialmente evitable, por ciento de cesáreas, diferimiento en consulta externa y cirugía, por ciento de cirugías suspendidas, reingresos hospitalarios por el mismo diagnóstico antes de 30 días y los reingresos a urgencias por el mismo diagnóstico antes de 72 horas.

Los indicadores utilizados para la monitoría de resultados y calidad del paciente deben permitir comparación con el indicador o estándar previamente establecido, con periodos previos y con unidades médicas o servicios con características similares.

Cada unidad médica o servicio determinará cuáles indicadores le son necesarios o útiles para conocer la calidad y eficiencia en desarrollo de sus procesos y los evaluará a través de ellos. En este sistema, además de los indicadores de gestión que permitirán evaluar el desempeño de las unidades médicas o de los servicios, se tiene en cuenta los resultados en materia de salud, en función de haber logrado la curación, control o mejora de los padecimientos, o en su defecto la defunción del paciente.

En la identificación y diseño de los indicadores y en la determinación de los estándares deberemos tener en cuenta que no estamos involucrados en una empresa productora de bienes o prestadora de servicios, sino en una *institución prestadora de servicios médicos a población con necesidades de salud*.

### **Evaluación de la satisfacción de usuario y del prestador de servicios**

En el Sistema de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica, un elemento fundamental es la evaluación del logro de la satisfacción de las expectativas del usuario en lo relacionado con el proceso de atención. Para ello es indispensable la práctica de encuestas debidamente estructuradas y aplicadas, la evaluación de quejas y las comunicaciones de los usuarios y sus familiares relacionadas con los servicios recibidos.

Vale la pena mencionar que al momento de que un usuario presenta una queja o una demanda por una atención que considera deficiente, ésta no se enfoca habitualmente a la existencia o no de sistemas organizacionales, o a la existencia o no de manuales de organización o procedimientos, sino a la realización inadecuada del proceso de la atención, la obtención de malos resultados, habitualmente no esperados o su inconformidad por no haber visto satisfechas las expectativas que tenía a su ingreso a la unidad médica, a lo adecuado de las

instalaciones, la disponibilidad de insumos terapéuticos o la existencia de personal calificado.

En la actualidad los usuarios cuentan con una mayor cultura médica, están mejor informados en relación con los padecimientos que los aquejan, a los procedimientos requeridos para su diagnóstico y tratamiento y demandan su realización oportuna y eficiente.

La evaluación de la satisfacción del prestador de servicios representa un factor importante en el Sistema de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica, sobre la base de que un trabajador que no encuentra calidad en el desempeño de su trabajo, difícilmente podrá realizarlo con la calidad que esperamos de él <sup>(2)</sup>.

### **ANTECEDENTES ESTADÍSTICOS DE CALIDAD**

El departamento de coordinación y comunicación social del IMSS, dio a conocer mediante un comunicado de prensa en el mes de Septiembre del 2011, los resultados de la 3ª encuesta de satisfacción de usuarios de servicios médicos en dónde los resultados fueron los siguientes:

- 79% de los derechohabientes que usan los servicios médicos del IMSS declararon estar muy satisfechos o algo satisfechos con la atención recibida.
- 52% de la población ha notado una mejor disposición para atender al derechohabiente, por parte del personal que labora en la unidad médica.
- 87% de los usuarios recomendaría la unidad médica a un familiar o amigo.
- Las tres principales razones por las que no recomendaría la unidad sin: largos tiempos de espera (40%), haber recibido un mal trato (36%) y la falta de medicamentos (10%).
- el 88% de los derechohabientes recibieron todos los medicamentos que les recetaron y el 12% algunos.

La encuesta de satisfacción de usuarios de servicios médicos del IMSS se integró por 38,081 entrevistas; 20,224 en primer nivel, 10,922 en segundo y 6,935 en tercero. El levantamiento fue realizado por dos empresas independientes al instituto, entre el 20 de Junio y el 1º de Julio del 2011, teniendo un nivel de confianza del 95% <sup>(13)</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBELMA**

La medicina familiar es esencial para un sistema de atención a la salud exitoso, pues entre muchas otras cosas, constituye una forma de prestar servicios de atención primaria. Las fortalezas más importantes de este tipo de atención se derivan de su ubicación cercana al paciente, una amplia perspectiva, y el carácter disciplinario, así como la flexibilidad y adaptabilidad de sus métodos. Ante las dominantes inequidades e irregularidades de calidad en el sistema mexicano de salud y al analizar los avances obtenidos a través del Proceso de Mejora de Medicina Familiar, es evidente que debemos preservar fortalezas no solo la seguridad social, sino, particularmente, la medicina familiar dentro del esquema de servicios de salud de la seguridad social. Los costos económicos y sociales de las principales complicaciones de las enfermedades crónicas están a la alza. La cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, la enfermedad renal terminal, las enfermedades cerebrovasculares y el cáncer entre otras, representan una tremenda carga para las finanzas en un sistema de atención médica “centrado en hospitales”.

La medicina familiar requiere renovar sus perspectivas profesionales para continuar la creación de sus sistemas mejor diseñados que permitan lograr las metas mencionadas de calidad en la atención y contribuir a edificar una respuesta comunitaria encaminada a la conservación y restauración de la salud <sup>(14)</sup>.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la calidad de atención que se brinda por parte de los servicios de medicina familiar, asistente médico y farmacia de la UMF 20?

## OBJETIVOS

### *General*

Determinar el nivel de la calidad de atención de los servicios de la UMF 20.

### *Específicos*

Determinar el nivel de la calidad de atención de los **médicos en medicina familiar** de la UMF 20.

Determinar el nivel de la calidad de atención de las **asistentes médicas** de la UMF 20.

Determinar el nivel de calidad de atención del **personal de farmacia** de la UMF 20.

## JUSTIFICACIÓN

México se encuentra inmerso en cambios de globalización, políticos, económicos transición epidemiológica y sociodemográfica, situación que ha obligado a las autoridades sanitarias y al personal de salud a establecer nuevas estrategias y a utilizar todos los recursos disponibles para realizar su labor de manera eficiente.

El incremento de la población adulta mayor y el aumento de la esperanza de vida, la presencia de cada vez mayor enfermedades crónico degenerativas, la insuficiente infraestructura de los servicios sanitarios y la carencia de personal de salud, son algunos desafíos para las instituciones que requieren atención inmediata ya que impactan negativamente en la prestación de servicios médicos.

Este trabajo tiene como una de sus finalidades que se reconozca al equipo de salud como una alternativa eficaz para satisfacer las necesidades de atención de los pacientes. Asimismo, pretende ofrecer algunos elementos que fortalezcan la vinculación entre los profesionales de la salud y valorar la importancia que actualmente tiene la participación de la familia en la preservación de su estado de salud.

A continuación se presentan algunos datos relevantes que pueden servir para crear conciencia en el especialista en medicina familiar sobre la necesidad de apoyarse en el equipo de salud, a fin de realizar su labor con mayor eficiencia. En los últimos 5 años el número de adultos mayores en México ha aumentado en aproximadamente 1.5 millones más que en el reportado en el 2002. La vida media de los mexicanos ascendió de 73.9 años en 2000 a 74.8 años en 2006.

Se estima que la proporción de adultos mayores respecto a la población general, aumentará en 12.5% en 2020 y 28% en 2050, año en que se calcula que habrá 166.5 adultos mayores por cada 100 niños. Muchos de estos adultos mayores hoy en día acuden a consulta porque presentan padecimientos crónico-degenerativos.

Por otro lado, es innegable la carencia de profesionales de la salud, en especial de médicos. En 2006, la OMS estimó una carencia de 2.4 millones de trabajadores de la salud en 57 de los 193 países que lo conforman. En 2008, en el IMSS se anuncia la jubilación de alrededor de 1,325 médicos. La calidad del servicio que otorga el especialista en medicina familiar esta directamente relacionada con el número de pacientes que tiene bajo su responsabilidad, por lo que la escasez de este personal traerá como consecuencia efectos negativos en la atención médica.

Ante esta situación surgen diversas interrogantes: ¿El equipo de salud en realidad trabaja como tal o su comportamiento es el de un grupo de personas que se esfuerzan por alcanzar metas distintas? ¿El especialista en medicina familiar asume su responsabilidad como coordinador del equipo de salud? ¿En realidad

existe vinculaci3n entre los diferentes niveles de atenci3n? ¿La familia es corresponsable con el equipo de salud para mantenerse sana?

Para contestar estas preguntas se deber3n considerar algunos conceptos que si bien no est3n relacionados directamente con la consulta m3dica, d3a a d3a adquieren mayor relevancia sobretodo si pretende brindar un servicio de calidad. Dichos conceptos son: equipo, grupo, trabajo en equipo, equipo de trabajo, salud, liderazgo y comunicaci3n.

Es importante diferenciar entre un grupo y un equipo. Al equipo se le define como un determinado n3mero de personas que se organizan para realizar una investigaci3n o un servicio determinado, que persiguen un objetivo com3n y que se necesitan entre ellas para actuar. El grupo es un conjunto de personas que re3nen ocasionalmente para compartir algo que tienen en com3n.

Seg3n Peter Senge, trabajar en equipo demanda a sus integrantes ciertas características que, al llevarlas a la pr3ctica de manera adecuada, habitualmente asegurar3n el 3xito de cualquier proyecto. Se destaca el compromiso con el objetivo a lograr, la disposici3n a trabajar con otras personas, la capacidad de adjudicarse roles en un clima de respeto mutuo, as3 como asumir responsabilidades individuales y grupales. De estas 3ltimas resaltan la responsabilidad consigo mismo y con los dem3s, tener esp3ritu de autocr3tica, ser proactivo, asumir el sentido de responsabilidad para cumplir con los objetivos propuestos, la capacidad de autodeterminaci3n, el optimismo, la iniciativa, la tenacidad, la creatividad y la inquietud por superarse.

Trabajar en equipo resulta ser una herramienta valiosa, para diversas actividades realizadas por el ser humano, ya que su 3nico prop3sito es lograr fines exitosos. Implica poner en pr3ctica una serie de estrategias y metodolog3as para lograr las metas propuestas.

Esto trae consigo diversos beneficios a sus integrantes: disminuye la carga de trabajo, se obtienen mejores resultados a plazos m3s cortos, se desarrolla el respeto y la capacidad de escuchar, permite organizarse de una manera eficiente, mejora la calidad de los servicios y disminuye el riesgo al fracaso.

Por su sola presencia y por la presi3n oral que ejerce una equipo que trabaja como tal, desempeña entre otras funciones un poderoso papel de educador. En un equipo los intereses particulares deben subordinarse a los intereses colectivos. No es lo mismo equipo de trabajo que trabajo en equipo. Trabajar en equipo y crear armon3a dentro del mismo es un arte. Todos los equipos son gruidos, pero no todos los grupos trabajan como equipo.

Entonces un equipo de salud es un grupo de profesionales de la salud, con disciplinas afines que interact3an entre s3, y cuya misi3n es contribuir y fomentar el bienestar f3sico y mental de los pacientes bajo su cuidado y de sus familias, siempre tomando en cuenta el entorno en el que 3stas se desenvuelven.

Para que el equipo de salud alcance el éxito en cualquier proyecto, es necesario que uno de sus integrantes coordine las actividades y motive a los demás, para que se convengan plenamente de su labor para alcanzar la meta establecida.

Conforme al criterio establecido en el IMSS , los integrantes del equipo de salud son: el especialista en medicina familiar, la asistente médica, la trabajadora social, la nutricionista-dietista, la enfermera, el estomatólogo, el jefe de los servicios de medicina familiar y el director de la unidad médica.

El especialista en medicina familiar es el indicado para dirigir las actividades del equipo de salud ya que, además de aplicar los conocimientos y experiencia adquirida durante su formación, cuenta con la capacidad para desarrollar ciertas características entre las que destaca el liderazgo. Pero ¿qué es el liderazgo?

Liderazgo es la habilidad de dirigir a las personas para alcanzar las metas deseadas. Para ser un buen líder se requiere tener carisma, inteligencia, poder de convencimiento, sensibilidad, integridad, arrojo, imparcialidad, iniciativa y buen juicio para convencer a un grupo de personas. Así mismo se debe fomentar la comunicación entre los integrantes del equipo para que se conozcan e interrelacionen.

La comunicación tanto formal como informal, juega un papel vital dentro del equipo. Es muy importante que todos cuenten con la misma información y que se les permita expresar libremente su opinión y sus puntos de vista.

El líder debe ser capaz de observar las conductas o actitudes negativas que no son evidentes para todos y que pueden afectar el buen desempeño del grupo. Para ello se requiere organizar sesiones de trabajo en donde se analicen dichas conductas y así garantizar la consecución de la meta establecida. Por otro lado debe permitir a los integrantes del grupo planear sus propias estrategias para que todos los integrantes participen en el proyecto. También debe de procurar, a pesar de ser una difícil tarea, que se den las condiciones más adecuadas para conseguir que los miembros del equipo trabajen en armonía.

## **HIPÓTESIS.**

El presente estudio no requiere hipótesis por ser de tipo descriptivo.

## **SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.**

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional en la UMF 20 del IMSS en la Ciudad de México.

### **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

Se aplicó una encuesta para evaluar la calidad de atención otorgada por el equipo de salud, que en este caso estará integrado por el médico familiar, asistente médico y personal de farmacia.

La encuesta que se aplicó al paciente consta de una ficha de identificación que evalúa sexo, edad, escolaridad, turno de atención, ocupación y tiempo de ser derechohabiente del IMSS. Posteriormente se aplicaron 16 reactivos que estuvieron divididos de la siguiente manera: 7 para el médico familiar, 6 para la asistente médico y 3 para el personal de farmacia en donde se realizaron preguntas concretas acerca de la amabilidad con la que se atiende, la confianza que se brinda de parte del equipo de salud, calidad de la comunicación entre el prestador de servicios y el paciente, eficiencia para prestar el servicio, trato con calidad y calidez y resolución de dudas antes, durante y después de la visita a la UMF.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO.**

Transversal, descriptivo, observacional.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Derechohabientes mayores de 18 años que acudan a la consulta externa de MF y sean usuarios de la farmacia de la unidad.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes que no estén en condiciones de contestar la encuesta por algún problema de morbilidad.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Que no contesten completa la encuesta.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Se realizó el cálculo del tamaño de muestra mediante la fórmula de muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica:

$$N=4z_{\alpha}^2 P(1-P)/W^2$$

Con una prevalencia del 0.50%; amplitud 0.10%; nivel de confianza 95%; margen de error 0.5%; más el 20% de cálculo por pérdidas.

Se obtuvo como resultado un total de 460 pacientes adscritos a la UMF 20 IMSS, sometidos a los criterios de inclusión descritos en el presente trabajo.

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

### **LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN:**

- Definición conceptual: Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.
- Definición operacional: Se realiza mediante aplicación de instrumento exprofeso que consta de 16 ítems divididas en evaluación de la calidad del médico, asistente y personal de mostrador de farmacia.
- Escala de medición: cualitativa dicotómica

### **EQUIPO DE SALUD:**

#### **MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

- Definición conceptual: profesional de la salud dedicado a consulta mediante tres pilares básicos: continuidad, prevención e integralidad.
- Definición operacional: se evalúa mediante aplicación de instrumento exprofeso de 7 ítems que incluye amabilidad, escuchar con atención, confianza en la consulta, comunicación clara y directa, tomar en cuenta la opinión del paciente.
- Escala de medición: dicotómica cualitativa.

#### **ASISTENTE MÉDICO**

- Definición conceptual: persona que asiste al médico en la atención de pacientes en cuanto a recepción y organización de agenda de consulta.
- Definición operacional: se evalúa mediante aplicación de instrumento exprofeso de 6 ítems que incluye amabilidad de atención, saludo al llegar, solución de dudas, agenda de citas, obtención de peso y talla del paciente, satisfacción del usuario.
- Escala de medición: dicotómica cualitativa.

#### **PERSONAL DE MOSTRADOR DE FARMACIA**

- Definición conceptual: Personas dedicadas a atención del paciente para surtimiento de las recetas, otorgadas por el médico.
- Definición operacional: se evalúa mediante aplicación de instrumento exprofeso de 3 ítems que incluye atención con cortesía, solución de dudas, satisfacción del paciente.
- Escala de medición: dicotómica cualitativa.

### **CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS:**

#### **EDAD:**

- Definición conceptual: tiempo en años desde la edad de nacimiento hasta el día de la encuesta.
- Definición operacional: tiempo en años que la persona ha vivido desde su nacimiento, referido por el mismo.

- Escala de medición: Numérico

#### SEXO:

- Definición conceptual: conjunto de características somáticas, morfológicas, funcionales y psíquicas que distinguen, entre individuos de la misma especie, el macho de la hembra.
- Definición operacional: género masculino o femenino de cada paciente aparente o referido por el mismo.
- Escala de medición: dicotómica. Masculino y femenino

#### OCUPACIÓN:

- Definición conceptual: Actividad remunerada o no, que dedica el paciente para sobrevivir.
- Definición operacional: Actividad referida por él mismo que realiza para subsistir.
- Escala de medición: Politómica.

#### ESCOLARIDAD:

- Definición conceptual: nivel de instrucción o escolaridad del usuario (a).
- Definición operacional: último año aprobado referido por el mismo.
- Escala de medición: politómica.

#### TURNO DE ATENCIÓN

- Definición conceptual: Momento del día laboral en que el paciente recibe atención médica.
- Definición operacional: Momento del día en que el paciente recibe atención, referido por él mismo.
- Escala de medición: Dicotómica. Matutino, Vespertino

#### TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA AL IMSS.

- Definición conceptual: Tiempo en años que el paciente ha recibido atención en la UMF 20, IMSS.
- Definición operacional: tiempo en años que el paciente ha recibido atención desde su afiliación al IMSS, referido por el mismo.
- Escala de medición: Numérica

## ANÁLISIS Y RESULTADOS

De los 462 usuarios estudiados encontramos que el 64.7% (299) fueron del sexo femenino; en cuanto a la edad se obtuvo un promedio de 47.13 años, con edad mínima de 20 años y máxima de 90 años, Desviación estándar de 17.9, el rango de edad que predominó fue de 60 y más años, mediana de 47 años y moda de 20 años; la escolaridad que predominó fue de secundaria con el 27.5% (127); ocupación principal de No profesionista con el 38.5% (178); el tiempo de ser derechohabiente que más se encontró fue de hasta 10 años con un 47.4% (219).

Tabla 1

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS ESTUDIADOS**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>		<b>N: 462</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>	Masculino	163	35.3
	Femenino	299	64.7
<b>EDAD (años)</b>	20-29	95	20.6
	30-40	88	19
	41-50	71	15.4
	51-60	77	16.7
	60 y +	131	28.4
<b>ESCOLARIDAD</b>	Primaria	119	25.8
	Secundaria	127	27.5
	Preparatoria	90	19.5
	Técnico	32	6.9
	Profesional	74	16
	Analfabeta	20	4.3
<b>OCUPACIÓN</b>	Profesionista	57	12.3
	No profesionista	178	38.5
	Hogar	162	35.1
	Pensionado/Jubilado	65	14.1
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>	Matutino	248	53.7
	Vespertino	214	46.3
<b>TIEMPO DE SER DERECHOHABIENTE</b>	1 m - 10 a	219	47.4
	11 a - 20 a	121	26.2
	21 a - 30 a	66	14.3
	31 a - 40 a	56	12.1

La satisfacción del usuario por parte del médico familiar está dada principalmente en la amabilidad que se brinda durante la consulta (90.3) y en donde menos hay satisfacción del usuario es en tomar en cuenta la opinión del paciente (84%). Por otra parte, la asistente médico brinda mejor atención en pesar y medir al paciente (97.4%), mientras que en donde menos satisfacción ofrece al usuario es brindar servicio con amabilidad (81.2%). El personal de farmacia, tiene su mejor porcentaje en atender con cortesía (65.8%) y en donde menos satisfecho deja al usuario es en resolver dudas (60%). Tablas 2, 3 y 4

**TABLA 2. ÁREAS DE EVALUACION DEL SERVICIO DE MEDICO FAMILIAR.**

<b>MÉDICO FAMILIAR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SERVICIO MEDICO CON AMABILIDAD</b>		
SI	417	90.3
NO	45	9.7
<b>DA CONFIANZA PARA PREGUNTAR</b>		
SI	411	89
NO	51	11
<b>ESCUCHA CON ATENCIÓN</b>		
SI	407	88.1
NO	55	11.9
<b>EXPLICA CON TÉRMINOS COMPENSIBLES</b>		
SI	397	85.9
NO	65	14.1
<b>INFORMA DEL DX, TX, PX Y EVOLUCIÓN</b>		
SI	394	85.3
NO	68	14.7
<b>TOMA EN CUENTA OPINIÓN DEL PACIENTE</b>		
SI	388	84
NO	74	16
<b>HACE RECOMENDACIONES DE SALUD</b>		
SI	403	87.2
NO	59	12.8

**TABLA 3. ÁREAS DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE ASISTENTE MEDICO.**

<b>ASISTENTE MÉDICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SERVICIO CON AMABILIDAD</b>		
SI	375	81.2
NO	87	18.8
<b>SALUDA CUANDO LLEGA PACIENTE</b>		
SI	382	82.7
NO	80	17.3
<b>RESUELVE DUDAS</b>		
SI	379	82
NO	83	18
<b>CITA MÉDICA CON PACIENTE SATISFECHO</b>		
SI	409	88.5
NO	53	11.5
<b>PESA Y MIDE</b>		
SI	450	97.4
NO	12	2.6
<b>PACIENTE SATISFECHO CON SERVICIO DE ASISTENTE MÉDICO</b>		
SI	374	81
NO	88	19

**TABLA 4. ÁREAS DE EVALUACION DEL SERVICIO DE FARMACIA**

<b>PERSONAL DE FARMACIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
SERVICIO CON CORTESÍA		
SI	304	65.8
NO	158	34.2
RESUELVE DUDAS		
SI	277	60
NO	185	40
PACIENTE SATISFECHO CON SERVICIO DEL PERSONAL DE FARMACIA		
SI	306	66.2
NO	156	33.8

El mayor porcentaje de satisfacción se dio en la atención del médico familiar y el menor porcentaje se dio con el personal de ventanilla de farmacia. Tabla 3

**TABLA 5. SATISFACCIÓN GENERAL POR SERVICIO DE LA UMF**

<b>SERVICIO</b>	<b>% PROMEDIO DE SATISFACCIÓN</b>
Médico Familiar	87.11
Asistente médico	85.46
Personal de ventanilla de farmacia	64

De la relación descriptiva que se analizó entre las características de usuarios y las diferentes áreas estudiadas se encontró que la satisfacción EN los servicios evaluados en forma general está principalmente entre los pacientes con edad de 60 y más, del sexo femenino, ocupación no profesional, turno de atención matutino y hasta 10 años de ser derechohabiente. (tablas 6 a la 21)

**TABLA 6. MEDICO ATIENDE CON AMABILIDAD**

EDAD	SI		NO	
	N=417	%	N=45	%
20-29	85	20.38	10	22.22
30-40	76	18.2	12	26.66
41-50	67	16.06	4	8.88
51 – 60	68	16.30	9	20
60 y más	121	29.01	10	22.22
<b>SEXO</b>				
MASCULINO	148	35.49	15	33.33
FEMENINO	269	64.50	30	66.66
<b>OCUPACIÓN</b>				
PROFESIONISTA	52	12.47	5	11.11
NO PROFESIONISTA	157	37.64	21	46.66
HOGAR	150	35.97	12	26.66
PENSIONADO/JUBILADO	58	13.90	7	15.55
<b>ESCOLARIDAD</b>				
PRIMARIA	111	26.6	8	17.8
SECUNDARIA	115	27.6	12	26.7
PREPARATORIA	77	18.5	13	28.9
TÉCNICO	29	7	3	6.7
PROFESIONAL	66	15.8	8	17.8
ANALFABETA	19	4.6	1	4.3
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
MATUTINO	225	54	23	51.1
VESPERTINO	192	46	22	48.9
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
1m - 10 a	198	47.5	21	46.7
11 a – 20 a	113	27.1	8	17.8
21 a – 30 a	57	13.7	9	20
31 a – 40 a	49	11.8	7	15.6

**TABLA 7. MEDICO DA CONFIANZA PARA PREGUNTAR**

EDAD	SI		NO	
	N=411	%	N=51	%
<b>20-29</b>	81	19.70	14	27.45
<b>30-40</b>	78	18.97	10	19.60
<b>41-50</b>	63	15.32	8	15.68
<b>51-60</b>	67	16.30	10	19.60
<b>60Y +</b>	122	29.68	9	17.64
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	148	36	15	29.41
<b>FEMENINO</b>	263	63.99	36	70.58
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	52	12.65	5	9.80
<b>NO PROFESIONISTA</b>	153	37.22	25	49.01
<b>HOGAR</b>	147	35.76	15	29.41
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	59	14.35	6	11.76
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	111	27	8	15.7
<b>SECUNDARIA</b>	112	27.3	15	29.4
<b>PREPARATORIA</b>	74	18	16	31.4
<b>TÉCNICO</b>	29	7.1	3	5.9
<b>PROFESIONAL</b>	66	16.1	8	15.7
<b>ANALFABETA</b>	19	4.6	1	2
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	220	53.5	28	54.9
<b>VESPERTINO</b>	191	46.5	23	45.1
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1m - 10 a</b>	194	47.2	25	49
<b>11 a – 20 a</b>	109	26.5	12	23.5
<b>21 a – 30 a</b>	59	14.4	7	13.7
<b>31 a – 40 a</b>	49	11.9	7	13.7

**TABLA 8. MEDICO ESCUCHA CON ATENCIÓN**

EDAD	SI		NO	
	N=407	%	N=55	%
<b>20-29</b>	78	19.16	17	30.90
<b>30-40</b>	81	19.90	7	12.72
<b>41-50</b>	64	15.72	7	12.72
<b>51-60</b>	67	16.46	10	18.18
<b>60Y +</b>	117	28.74	14	25.45
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	147	36.11	16	29.09
<b>FEMENINO</b>	260	63.88	39	70.90
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	53	13.02	4	7.27
<b>NO PROFESIONISTA</b>	155	38.08	23	41.81
<b>HOGAR</b>	141	34.64	21	38.18
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	58	14.25	7	12.72
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	110	27	9	16.4
<b>SECUNDARIA</b>	111	27.3	16	29.1
<b>PREPARATORIA</b>	71	17.4	19	34.5
<b>TÉCNICO</b>	30	7.4	2	3.6
<b>PROFESIONAL</b>	67	16.5	7	12.7
<b>ANALFABETA</b>	18	4.4	2	3.6
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	216	53.1	32	58.2
<b>VESPERTINO</b>	191	46.9	23	41.8
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1m - 10 a</b>	188	46.2	31	56.4
<b>11 a – 20 a</b>	111	27.3	10	18.2
<b>21 a – 30 a</b>	62	15.2	4	7.3
<b>31 a – 40 a</b>	46	11.3	10	18.2

**TABLA 9. MEDICO EXPLICA CON TÉRMINOS COMPRESIBLES**

EDAD	SI		NO	
	N=397	%	N=65	%
<b>20-29</b>	75	18.89	20	30.76
<b>30-40</b>	77	19.39	11	16.92
<b>41-50</b>	62	15.61	9	13.84
<b>51-60</b>	68	17.12	9	13.84
<b>60Y +</b>	115	28.96	16	24.61
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	143	36.02	20	30.76
<b>FEMENINO</b>	254	63.97	45	69.23
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	47	11.83	10	15.38
<b>NO PROFESIONISTA</b>	153	38.53	25	38.46
<b>HOGAR</b>	141	35.51	21	32.30
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	56	14.10	9	13.84
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	107	27	12	18.5
<b>SECUNDARIA</b>	111	28	16	24.6
<b>PREPARATORIA</b>	72	18.1	18	27.7
<b>TÉCNICO</b>	26	6.5	6	9.2
<b>PROFESIONAL</b>	62	15.6	12	18.5
<b>ANALFABETA</b>	19	4.8	1	1.5
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	211	53.1	37	56.9
<b>VESPERTINO</b>	186	46.9	28	43.1
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1m - 10 a</b>	183	46.1	36	55.4
<b>11 a – 20 a</b>	109	27.5	12	18.5
<b>21 a – 30 a</b>	57	14.4	9	13.8
<b>31 a – 40 a</b>	48	12.1	8	12.3

**TABLA 10. MEDICO EXPLICA DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO**

EDAD	SI		NO	
	N=394	%	N=68	%
<b>20-29</b>	77	19.54	18	26.47
<b>30-40</b>	76	19.28	12	17.64
<b>41-50</b>	63	15.98	8	11.76
<b>51-60</b>	63	15.98	14	20.58
<b>60Y +</b>	115	29.18	16	23.52
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	141	35.78	22	32.35
<b>FEMENINO</b>	253	64.21	46	67.64
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	47	11.92	10	14.70
<b>NO PROFESIONISTA</b>	147	37.30	31	45.58
<b>HOGAR</b>	143	36.29	19	27.94
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	57	14.46	8	11.76
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	108	27.4	11	16.2
<b>SECUNDARIA</b>	110	27.9	17	25
<b>PREPARATORIA</b>	69	17.5	21	30.9
<b>TÉCNICO</b>	29	7.4	3	4.4
<b>PROFESIONAL</b>	59	15	15	22.1
<b>ANALFABETA</b>	19	4.8	1	1.5
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	208	52.8	40	58.8
<b>VESPERTINO</b>	186	47.2	28	41.2
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1m - 10 a</b>	182	46.2	37	54.4
<b>11 a – 20 a</b>	108	27.4	13	19.1
<b>21 a – 30 a</b>	55	14	11	16.2
<b>31 a – 40 a</b>	49	12.4	7	10.3

**TABLA 11. MEDICO TOMA EN CUENTA LA OPINIÓN DEL PACIENTE**

EDAD	SI		NO	
	N=388	%	N=74	%
<b>20-29</b>	74	19.07	21	28.37
<b>30-40</b>	73	18.81	15	20.27
<b>41-50</b>	62	15.97	9	12.16
<b>51-60</b>	63	16.23	14	18.91
<b>60Y +</b>	116	29.89	15	20.27
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	142	36.59	21	28.37
<b>FEMENINO</b>	246	63.40	53	71.62
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	48	12.37	9	12.16
<b>NO PROFESIONISTA</b>	147	37.88	31	41.89
<b>HOGAR</b>	135	34.79	27	36.48
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	58	14.94	7	9.45
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	110	27	9	16.4
<b>SECUNDARIA</b>	111	27.3	16	29.1
<b>PREPARATORIA</b>	71	17.4	19	34.5
<b>TÉCNICO</b>	30	7.4	2	3.6
<b>PROFESIONAL</b>	67	16.5	7	12.7
<b>ANALFABETA</b>	18	4.4	2	3.6
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	201	51.8	47	63.5
<b>VESPERTINO</b>	187	48.2	27	36.5
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1m - 10 a</b>	174	44.8	45	60.8
<b>11 a – 20 a</b>	111	28.6	10	13.5
<b>21 a – 30 a</b>	58	14.9	8	10.8
<b>31 a – 40 a</b>	45	11.6	11	14.9

**TABLA 12. MÉDICO HACE RECOMENDACIONES DE SALUD.**

EDAD	SI		NO	
	N=403	%	N=59	%
20-29	75	18.61	20	33.89
30-40	76	18.85	12	20.33
41-50	66	16.37	5	8.47
51-60	65	16.12	12	20.33
60Y +	121	30.02	10	16.94
<b>SEXO</b>				
MASCULINO	143	35.48	20	33.89
FEMENINO	260	64.51	39	66.10
<b>OCUPACIÓN</b>				
PROFESIONISTA	47	11.66	10	16.94
NO PROFESIONISTA	152	37.71	26	44.06
HOGAR	147	36.47	15	25.42
PENSIONADO/JUBILADO	57	14.14	8	13.55
<b>ESCOLARIDAD</b>				
PRIMARIA	113	28	6	10.2
SECUNDARIA	112	27.8	15	25.4
PREPARATORIA	71	17.6	19	32.2
TÉCNICO	30	7.4	2	3.4
PROFESIONAL	58	14.4	16	27.1
ANALFABETA	19	4.7	1	1.7
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
MATUTINO	222	55.1	26	44.1
VESPERTINO	181	44.9	33	55.9
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
1m - 10 a	183	45.4	36	61
11 a - 20 a	107	26.6	14	23.7
21 a - 30 a	62	15.4	4	6.8
31 a - 40 a	51	12.7	5	8.5

**TABLA 13. ASISTENTE MÉDICO DA SERVICIO CON AMABILIDAD**

EDAD	SI		NO	
	N=375	%	N=87	%
<b>20-29</b>	62	16.53	33	37.93
<b>30-40</b>	63	16.8	25	28.73
<b>41-50</b>	64	17.06	7	8.04
<b>51-60</b>	66	17.6	11	12.64
<b>60Y +</b>	120	32	11	12.64
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	137	36.53	26	29.88
<b>FEMENINO</b>	238	63.46	61	70.11
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	46	12.26	11	12.64
<b>NO PROFESIONISTA</b>	139	37.06	39	44.82
<b>HOGAR</b>	131	34.93	31	35.63
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	59	15.73	6	6.89
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	109	29.1	10	11.5
<b>SECUNDARIA</b>	105	28	22	25.3
<b>PREPARATORIA</b>	61	16.3	29	33.3
<b>TÉCNICO</b>	24	6.4	8	9.2
<b>PROFESIONAL</b>	56	14.9	18	20.7
<b>ANALFABETA</b>	20	5.3	0	0
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	202	53.9	46	52.9
<b>VESPERTINO</b>	173	46.1	41	47.1
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1m - 10 a</b>	166	44.3	53	60.9
<b>11 a – 20 a</b>	101	26.9	20	23
<b>21 a – 30 a</b>	56	14.9	10	11.5
<b>31 a – 40 a</b>	52	13.9	4	4.6

**TABLA 14. ASISTENTE MEDICO SALUDA CUANDO LLEGA PACIENTE**

EDAD	SI		NO	
	N=382	%	N=80	%
<b>20-29</b>	67	17.53	28	35
<b>30-40</b>	65	17.01	23	28.75
<b>41-50</b>	62	16.23	9	11.25
<b>51-60</b>	69	18.06	8	10
<b>60Y +</b>	119	31.15	12	15
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	139	36.38	24	30
<b>FEMENINO</b>	243	63.61	56	70
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	45	11.78	12	15
<b>NO PROFESIONISTA</b>	142	37.12	36	45
<b>HOGAR</b>	136	35.60	26	32.5
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	59	15.44	6	7.5
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	112	29.3	7	8.8
<b>SECUNDARIA</b>	103	27	24	30
<b>PREPARATORIA</b>	70	18.3	20	25
<b>TÉCNICO</b>	25	6.5	7	8.8
<b>PROFESIONAL</b>	55	14.4	19	23.8
<b>ANALFABETA</b>	17	4.5	3	3.8
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	205	53.7	43	53.8
<b>VESPERTINO</b>	177	46.3	37	46.2
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1m - 10 a</b>	167	43.7	52	65
<b>11 a – 20 a</b>	109	28.5	12	15
<b>21 a – 30 a</b>	57	14.9	9	11.2
<b>31 a – 40 a</b>	49	12.8	7	8.8

**TABLA 15. ASISTENTE MÉDICO RESUELVE DUDAS**

EDAD	SI		NO	
	N=379	%	N=83	%
<b>20-29</b>	70	18.46	25	30.12
<b>30-40</b>	66	17.41	22	26.50
<b>41-50</b>	62	16.35	9	10.84
<b>51-60</b>	65	17.15	12	14.45
<b>60Y +</b>	116	30.60	15	18.07
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	139	36.67	24	28.91
<b>FEMENINO</b>	240	63.32	59	71.08
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	49	12.92	8	9.63
<b>NO PROFESIONISTA</b>	141	37.20	37	44.57
<b>HOGAR</b>	132	34.82	30	36.14
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	57	15.03	8	9.63
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	109	28.8	10	12
<b>SECUNDARIA</b>	100	26.4	27	32.5
<b>PREPARATORIA</b>	66	17.4	24	28.9
<b>TÉCNICO</b>	26	6.9	6	7.2
<b>PROFESIONAL</b>	59	15.6	15	18.1
<b>ANALFABETA</b>	19	5	1	1.2
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	200	52.8	48	57.8
<b>VESPERTINO</b>	179	47.2	35	42.2
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1m - 10 a</b>	170	44.9	49	59
<b>11 a – 20 a</b>	101	26.6	20	24.1
<b>21 a – 30 a</b>	57	15	9	10.8
<b>31 a – 40 a</b>	51	13.5	5	6

**TABLA 16. PACIENTE QUEDA SATISFECHO CON CITA MÉDICA**

EDAD	SI		NO	
	N=409	%	N=53	%
<b>20-29</b>	78	19.07	17	32.07
<b>30-40</b>	73	17.84	15	28.30
<b>41-50</b>	65	15.89	6	11.32
<b>51-60</b>	67	16.38	10	18.86
<b>60Y +</b>	126	30.80	53	100
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	146	35.69	17	32.07
<b>FEMENINO</b>	263	64.30	36	67.92
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	50	12.22	7	13.20
<b>NO PROFESIONISTA</b>	154	37.65	24	45.28
<b>HOGAR</b>	145	35.45	17	32.07
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	60	14.66	5	9.43
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	114	27.9	5	9.4
<b>SECUNDARIA</b>	108	26.4	19	35.8
<b>PREPARATORIA</b>	80	19.6	10	18.9
<b>TÉCNICO</b>	26	6.4	6	11.3
<b>PROFESIONAL</b>	63	15.4	11	20.8
<b>ANALFABETA</b>	18	4.4	2	3.8
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	212	51.8	36	67.9
<b>VESPERTINO</b>	197	48.2	17	32.1
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1m - 10 a</b>	188	46	31	58.5
<b>11 a – 20 a</b>	107	26.2	14	26.4
<b>21 a – 30 a</b>	59	14.4	7	13.2
<b>31 a – 40 a</b>	55	13.4	1	1.9

**TABLA 17. ASISTENTE MEDICO PESA Y MIDE**

EDAD	SI		NO	
	N=450	%	N=12	%
<b>20-29</b>	92	20.44	3	25
<b>30-40</b>	83	18.44	5	41.66
<b>41-50</b>	71	15.77	0	0
<b>51-60</b>	74	16.44	3	25
<b>60Y +</b>	130	28.88	1	8.33
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	160	35.55	3	25
<b>FEMENINO</b>	290	64.44	9	75
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	56	12.44	1	8.33
<b>NO PROFESIONISTA</b>	173	38.44	5	41.66
<b>HOGAR</b>	158	35.11	4	33.33
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	63	14	2	16.66
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	118	26.2	1	8.3
<b>SECUNDARIA</b>	122	27.1	5	41.7
<b>PREPARATORIA</b>	87	19.3	3	25
<b>TÉCNICO</b>	32	7.1	0	0
<b>PROFESIONAL</b>	71	15.8	3	25
<b>ANALFABETA</b>	20	4.4	0	0
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	242	53.8	6	50
<b>VESPERTINO</b>	208	46.2	6	50
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1m - 10 a</b>	212	47.1	7	58.3
<b>11 a – 20 a</b>	117	26	4	33.3
<b>21 a – 30 a</b>	65	14.4	1	8.3
<b>31 a – 40 a</b>	56	12.4	0	0

**TABLA 18. PACIENTE SATISFECHO CON ASISTENTE MÉDICO**

EDAD	SI		NO	
	N=374	%	N=88	%
20-29	64	17.11	31	35.22
30-40	63	16.84	25	28.40
41-50	64	17.11	7	22.58
51-60	66	17.64	11	12.5
60Y +	117	31.28	14	15.90
<b>SEXO</b>				
MASCULINO	137	36.63	26	29.54
FEMENINO	237	63.36	62	70.45
<b>ESCOLARIDAD</b>				
PRIMARIA	110	29.4	9	10.2
SECUNDARIA	103	27.5	24	27.3
PREPARATORIA	61	16.3	29	33
TÉCNICO	24	6.4	8	9.1
PROFESIONAL	56	15	18	20.5
ANALFABETA	20	5.3	0	0
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
MATUTINO	201	53.7	47	53.4
VESPERTINO	173	46.3	41	46.6
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
1 m -10 a	166	44.4	53	60.2
11 a – 20 a	99	26.5	22	25
21 a – 30 a	56	15	10	11.4
31 a – 40 a	53	14.2	3	3.4
<b>OCUPACIÓN</b>				
PROFESIONISTA	46	12.29	11	12.5
NO PROFESIONISTA	140	37.43	38	43.18
HOGAR	130	34.75	32	36.36
PENSIONADO/JUBILADO	58	15.50	7	7.95

**TABLA 19. PERSONAL DE FARMACIA ATIENDE CON CORTESÍA**

EDAD	SI		NO	
	N=304	%	N=158	%
<b>20-29</b>	66	21.71	29	18.35
<b>30-40</b>	50	16.44	38	24.05
<b>41-50</b>	47	15.46	24	15.18
<b>51-60</b>	49	16.11	28	17.72
<b>60Y +</b>	92	30.26	39	24.68
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	101	33.22	62	39.24
<b>FEMENINO</b>	203	66.77	96	60.75
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	31	10.2	26	16.5
<b>NO PROFESIONISTA</b>	112	36.8	66	41.8
<b>HOGAR</b>	112	36.8	50	31.6
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	49	16.1	16	10.1
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	85	28	34	21.5
<b>SECUNDARIA</b>	92	30.3	35	22.2
<b>PREPARATORIA</b>	47	15.5	43	27.2
<b>TÉCNICO</b>	16	5.3	16	10.1
<b>PROFESIONAL</b>	45	14.8	29	18.4
<b>ANALFABETA</b>	19	6.2	1	0.6
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	176	57.9	72	45.6
<b>VESPERTINO</b>	128	42.1	86	54.4
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1 m -10 a</b>	140	46.1	79	50
<b>11 a – 20 a</b>	84	27.6	37	23.4
<b>21 a – 30 a</b>	41	13.5	25	15.8
<b>31 a – 40 a</b>	39	12.8	17	10.8

**TABLA 20. PERSONAL DE FARMACIA RESUELVE DUDAS**

EDAD	SI		NO	
	N=277	%	N=185	%
<b>20-29</b>	57	20.57	38	20.87
<b>30-40</b>	52	18.77	36	19.45
<b>41-50</b>	42	15.16	29	15.67
<b>51-60</b>	43	15.52	34	18.37
<b>60Y +</b>	83	29.96	48	25.94
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	96	34.65	67	36.21
<b>FEMENINO</b>	181	65.34	118	63.78
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	27	9.7	30	16.2
<b>NO PROFESIONISTA</b>	101	36.5	77	41.6
<b>HOGAR</b>	100	36.1	62	33.5
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	49	17.7	16	8.6
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	75	27.1	44	23.8
<b>SECUNDARIA</b>	85	30.7	42	22.7
<b>PREPARATORIA</b>	44	15.9	46	24.9
<b>TÉCNICO</b>	17	6.1	15	8.1
<b>PROFESIONAL</b>	39	14.1	35	18.9
<b>ANALFABETA</b>	17	6.1	3	1.6
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	153	55.2	95	51.4
<b>VESPERTINO</b>	124	44.8	90	48.6
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1 m -10 a</b>	132	47.7	87	47
<b>11 a – 20 a</b>	69	24.9	52	28.1
<b>21 a – 30 a</b>	40	14.4	26	14.1
<b>31 a – 40 a</b>	36	13	20	10.8

**TABLA 21. PACIENTE SATISFECHO CON PERSONAL DE FARMACIA**

EDAD	SI		NO	
	N=306	%	N=156	%
<b>20-29</b>	62	20.26	33	21.15
<b>30-40</b>	52	16.99	36	23.07
<b>41-50</b>	48	15.68	23	14.74
<b>51-60</b>	48	15.68	29	18.58
<b>60Y +</b>	96	31.37	35	22.43
<b>SEXO</b>				
<b>MASCULINO</b>	103	33.66	60	38.46
<b>FEMENINO</b>	203	66.33	96	61.53
<b>OCUPACIÓN</b>				
<b>PROFESIONISTA</b>	32	10.5	25	16
<b>NO PROFESIONISTA</b>	108	35.3	70	44.9
<b>HOGAR</b>	113	36.9	49	31.4
<b>PENSIONADO/JUBILADO</b>	53	17.3	12	7.7
<b>ESCOLARIDAD</b>				
<b>PRIMARIA</b>	85	27.8	34	21.8
<b>SECUNDARIA</b>	95	31	32	20.5
<b>PREPARATORIA</b>	46	15	44	28.2
<b>TÉCNICO</b>	16	5.2	16	10.3
<b>PROFESIONAL</b>	46	15	28	17.9
<b>ANALFABETA</b>	18	5.9	2	1.3
<b>TURNO DE ATENCIÓN</b>				
<b>MATUTINO</b>	177	57.8	71	45.5
<b>VESPERTINO</b>	129	42.2	85	54.5
<b>TIEMPO DE DERECHOHABIENCIA</b>				
<b>1 m -10 a</b>	142	46.4	77	49.4
<b>11 a – 20 a</b>	82	26.8	39	25
<b>21 a – 30 a</b>	39	12.7	27	17.3
<b>31 a – 40 a</b>	43	14.1	13	8.3

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, el médico familiar es el área en donde más satisfecha están los usuarios siendo aproximadamente el noventa por ciento. La atención con amabilidad es en donde mejor se desenvuelve el médico, problema que suelen tener algunos otros servidores públicos incluso en el IMSS es una queja recurrente, sin embargo a decir de los pacientes, esta actitud ha ido mejorando en los últimos años. Podría deberse a que cada vez son más médicos especialistas en medicina familiar que atienden al paciente del primer nivel en forma integral.

Las asistentes médicas, pieza clave en el equipo de salud, tienen su principal área de oportunidad en la atención con amabilidad, saludar al paciente cuando este llega al consultorio, y solución de dudas de ámbito administrativo. Estos tres rubros tienen que ver con atención al cliente, se necesita capacitación en dicho ámbito ya que nuestro “cliente” es el paciente que acude a la UMF, en ocasiones sin gozar de bienestar físico y moral. Aún así el nivel de satisfacción fue de más del ochenta por ciento.

El personal de farmacia, es el servicio que salió menos favorecido en las encuestas realizadas. A decir de los usuarios, el trato es demasiado impersonal y en ocasiones resulta insuficiente para cumplir con los estándares de calidad normados dentro del servicio. Una parte de las veces en que los usuarios quedan satisfechos con la farmacia es debido a que se les surte su receta completa, sin embargo el servicio que brinda el personal de ventanilla puede considerarse como regular al tener poco más del sesenta por ciento de satisfacción; esto no debería suceder ya que el hecho de cumplir con las actividades de profesigramas no están separadas de realizarlas con amabilidad y calidez.

En el presente estudio se demuestra que las funciones de recepción y atención médica obtienen una evaluación por lo general satisfactoria por parte del usuario, similar a la informada por Hernández Leyva<sup>(19)</sup>. El trato bueno a muy bueno en la apreciación general del usuario (85.3 %) fue superior al informado por Zurita en la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud (56 %) y similar al indicado por Román Pérez (88 %)<sup>(15)</sup>. La mejora en la calidad de atención de los servicios de salud requiere el análisis de la satisfacción no sólo del usuario, sino también de los prestadores de servicios, ya que Fernández y colaboradores indican que 25.8 % de éstos no está satisfecho con su actividad laboral y entre ellos el grupo de médicos debido a la carga de trabajo.<sup>(15)</sup>

Finalmente, la satisfacción de nuestros usuarios es igual que la de nivel nacional, reportado en la última encuesta realizada por el IMSS de hasta un 79% de satisfacción, podemos observar que el presente estudio la media de satisfacción general del usuario en su visita a la unidad médica fue de hasta un 78.85%<sup>(13)</sup>. Sin embargo, no se debe soslayar las expectativas del derechohabiente y los problemas actuales del Instituto, para lo cual será necesario —como se ha mencionado en los párrafos anteriores— evaluar los enfoques del

usuario, del prestador de servicios y de la institución, realizando una estrategia de mejora continua de la calidad que involucre a todos los integrantes del equipo multidisciplinario de la salud, lo cual ha demostrado que reduce las demandas insatisfechas hasta en 90%<sup>(27,28)</sup> o más teniendo en cuenta los factores indicados por los resultados de este estudio que influyen en las expectativas del paciente para mejorar la prestación de los servicios, como trato amable del asistente médico, ampliación del cuadro básico de medicamentos de acuerdo a las necesidades de los usuarios en cada unidad, mejor infraestructura, mayor limpieza, menos ruidos, citas por teléfono, entre otros.

Se obtuvo la percepción de tres categorías que brindan atención al usuario, sin embargo es necesario continuar con la búsqueda de la calidad de atención en todo el equipo de salud que incluya a enfermería, trabajo social, nutrición, laboratorio, rayos X, odontología e incluso al personal de intendencia y vigilancia ya que de todos estos depende que la visita a la UMF del usuario sea de calidad integral. Otros autores señalan que, además, es necesario evaluar las necesidades personales y situacionales al momento de la solicitud de atención del derechohabiente, las experiencias previas del servicio, las recomendaciones de los expertos (familiares y profesionales), el impacto de las comunidades (fuentes de información sobre la gestión de prestaciones de salud), la cultura y educación y la infraestructura de las unidades médicas<sup>(15)</sup>; datos que no se analizaron en este estudio. De esta manera, se abordarán los tres componentes de calidad propuestos por Donabedian, realizando una evaluación integral como lo propone Martínez y colaboradores<sup>(15)</sup>, resultados con los que se podrá efectuar un diagnóstico situacional y de salud para elaborar un plan de trabajo con estrategias que permitan mejorar las relaciones interpersonales, los aspectos técnicos y los relacionados con la comodidad, así como la solución a los problemas del demandante y, finalmente, su satisfacción.

En las áreas de oportunidad donde hay que poner más empeño es en trato al usuario “escuchar con atención”, “explicar con términos comprensibles”, “informar a detalle acerca del padecimiento y evolución”. Estos números rojos podrían deberse principalmente a la carga de trabajo y falta de estrategias de organización por parte de los prestadores de servicios.

Las unidades de primer nivel requiere seguir participando en mejorar los objetivos de sus sistemas para estar mejor diseñados que permitan lograr las metas mencionadas de calidad en la atención y contribuir a edificar una respuesta comunitaria encaminada a la conservación y restauración de la salud<sup>(14)</sup>.

## CONCLUSIONES

La población encuestada que en general está satisfecha con la atención en la UMF fue del sexo femenino, con edad de 60 y mas años, escolaridad secundaria, ocupación no profesional, turno de atención matutino y tiempo de derechohabencia de hasta 10 años.

El nivel de la calidad de atención otorgada por los **médicos especialistas en medicina familiar** de la UMF 20 es adecuadas en el **87.11%**.

El nivel de la calidad de atención otorgada por las **asistentes médicas** fue adecuada en el **85.46%**.

El nivel de calidad de atención del **personal de farmacia** fue suficiente con un **64%**.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda una transformación del equipo de salud en donde:

- a) la atención sea basada en sistemas de apoyo en la toma de decisiones, atención en equipo y con sistemas de información;
- b) haya nuevas habilidades para el equipo de salud, de comunicación entre si y el usuario, desarrollo profesional con énfasis en ciencias de calidad y desarrollo de habilidades en educación para la salud;
- c) líderes en atención de primer nivel para desarrollar el potencial como servidores públicos con el perfil que la sociedad demanda;
- d) también haya incentivos económicos y no económicos a los profesionales, de esta manera se obtiene un compromiso de parte del equipo de salud;
- e) se tenga colaboración integral del equipo de salud

Además podríamos aportar ideas para transformar los sistemas para ofrecer un nuevo modelo de atención que este centrado en pacientes y que sea basado en los conocimientos de servicios de calidad.

Por último es posible crear una nueva relación entre proveedores de la salud y la población colocando al paciente como centro de atención, poniendo al equipo de salud como socio, asesor y defensor de los intereses del paciente, cerciorándose que este último ha entendido el proceso salud enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AGUIRRE G., H.G. Evaluación de la calidad de la atención médica. ¿Una tarea para médicos? *Cirugía y cirujanos*, 2007; 003(75); 149-150
2. AGUIRRE G., H.G. Sistema ISO 9000 ó Evaluación de la calidad de la atención médica. *Cirugía y Cirujanos*, 2008 002(76); 187-196
3. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. Estándares para la certificación de Hospitales. Comisión para la certificación de establecimientos de atención médica. Sistema Nacional de Certificación de establecimientos de atención médica. Versión 2011. Vigencia a partir del 1 de Enero 2001.
4. RIVERO S. O. Certificación de Hospitales. 2005; 17(3); 47-55
5. Reforma del Sistema Nacional de Salud. S.S.A. México. 1995.
6. ROONEY W. A. L., Van Ostenberg. P. R. Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la Evaluación y Administración de la Calidad de los Servicios de Salud. *El proyecto de garantía de calidad*. 1999; 25(2); 85-92
7. Patterson, C.H. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Infection control and Hospital Epidemiology*. 1995. 12(3) 26-30
8. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. (AMFEM) Escuelas verificadas y acreditadas. [www.amfem.edu.mx/esc.acr.html](http://www.amfem.edu.mx/esc.acr.html)
9. Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales. S.S.A./CSG. *Diario Oficial de la Federación*. 1999; 110-125
10. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales. Acta de Instalación SSA./CSG 1999; 75-92
11. Criterios para la Certificación de Hospitales. S.S.A./CSG *Diario Oficial de la Federación*. 1999; 58-69
12. Convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la evaluación para la Certificación de Hospitales, *Diario Oficial de la Federación*. 21/1999.
13. IMSS. Encuesta Nacional de Calidad del IMSS [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)
14. MUÑOZ H., GARCIA P. Perspectivas en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 8 (3). 145-151.
15. GUZMAN M.A., RAMOS-CORDOBA L.F., CASTAÑED-SANCHEZ, O., *Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar*, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (1): 39-45 39

## ANEXOS.

### 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ TURNO DE ATENCIÓN \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ TIEMPO DE SE DERECHOHABIENTE IMSS \_\_\_\_\_

#### MÉDICO

El servicio médico que se le brinda, ha sido en forma amable? SI ( ) NO ( )

El médico le da confianza para preguntar sobre dudas del padecimiento?

SI ( ) NO ( )

Su médico escucha con atención?

SI ( ) NO ( )

Cuando usted tiene dudas, su médico ha tratado explicarle con términos comprensibles?

SI ( ) NO ( )

El médico le informa acerca del diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico de su enfermedad?

SI ( ) NO ( )

El médico toma en cuenta su opinión como paciente para las decisiones en la consulta?

SI ( ) NO ( )

El médico le hace recomendaciones sobre cómo mejorar y conservar su salud?

SI ( ) NO ( )

#### ASISTENTE MÉDICO

La asistente médica lo atiende con amabilidad? SI ( ) NO ( )

La asistente médico le saluda cuando usted llega al consultorio médico?

SI ( ) NO ( )

La asistente médica le resuelve sus dudas en la medida de lo posible?

SI ( ) NO ( )

La asistente médica hace lo posible por darle una cita médica que a usted lo deje satisfecho?

SI ( ) NO ( )

La asistente médico lo pesa y mide?

SI ( ) NO ( )

Esta usted satisfecho con el servicio de la asistente médico?

SI ( ) NO ( )

#### FARMACIA

El personal de farmacia le atiende con cortesía? SI ( ) NO ( )

El personal de farmacia le resuelve dudas de la entrega de medicamentos?

SI ( ) NO ( )

Esta usted satisfecho con el servicio del personal de farmacia?

SI ( ) NO ( )



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

	<b>Dr. Jesus A. Soto Romero</b> <b>Num. Matrícula: 99356606</b> <b>NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE</b>
<b>NOMBRE Y FIRMA</b>	<b>Dr. Jesús Antonio Soto Romero</b> <b>NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>

**Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:** 08:00 a 15:00 hrs., de lunes a viernes al teléfono 53331100 extensión 15320 , en la Coordinación de Educación de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, Distrito federal, IMSS.

**Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.**

	<b>NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO 1</b>
	<b>NOMBRE Y FIRMA DE TESIGO 2</b>