



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA
H.G.Z./U.M.F. No. 58**

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL PACIENTE ADULTO
MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.M.S.S. No 61.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PRESENTA:
LICÓN OLVERA ALMA ROCIO**

NAUCALPAN EDO. DE MÉXICO

2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL PACIENTE ADULTO
MAYOR DE LA UMF 61 DEL I.M.S.S.**

**PRESENTA
LICÓN OLVERA ALMA ROCIO**

**AUTORIZACIÓN POR
DRA. MARIA DEL CARMEN CARRASCO BECERRIL
PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
ASESOR DEL TEMA DE TESIS.**

**DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADORA DE LA BIBLIOTECA “JOSE LAGUNA”
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**

**DR. MARGARITO DE JESÚS DE LA TORRE LOPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
DEL HGZ/UMF No. 58 DEL I.M.S.S.**

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL PACIENTE ADULTO
MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.M.S.S. No 61**

**PRESENTA:
LICÓN OLVERA ALMA ROCIO**

AUTORIZA:

**DRA MIGUEL ANGEL FÉRNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM**

**DR FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM**

**DR ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM**

NAUCALPAN DE JUAREZ. ESTADO DE MÉXICO.

2007.

INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	7
1 MARCO TEORICO.....	9
1.1 Antecedentes.....	9
1.1.1 Definición.....	12
1.2 Perfil profesional del medico familiar.....	15
1.3 Calidad de la Atención en la visión del adulto mayor.....	18
1.4 Envejecimiento, teoría y clasificación.....	20
1.5 Planteamiento del problema.....	26
1.6 Justificación.....	27
1.7 Objetivos.....	29
1.7.1 Objetivo general.....	29
1.7.2 Objetivos específicos.....	29
2 MATERIAL Y MÉTODOS.....	30
2.1 Tipo de Estudio.....	30
2.2 Diseño del Estudio.....	31
2.3 Población Lugar y Tiempo.....	32
2.4 Muestra.....	32
2.5 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	32
2.6 Variables.....	33
2.7 Definición Conceptual y Operativa de las Variables.....	37
2.8 Diseño Estadístico.....	38
2.9 Instrumento de Recolección de Datos.....	38
2.10 Método de Recolección de Datos.....	39
2.11 Maniobra para Evitar y Controlar Sesgos.....	39
2.12 Prueba Piloto.....	40
2.13 Análisis Estadísticos de los Datos.....	40
2.14 Recursos Humanos, Materiales. Físicos y Financiamiento.....	40
2.16 Aspectos éticos.....	41
3 RESULTADOS.....	42
4 DISCUSIÓN.....	64
5 CONCLUSIONES.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS.....	68

RESUMEN.

El giro reciente hacia un mayor conocimiento y preocupación por el tema de la calidad de la atención médica se debe a que las organizaciones de salud tanto publicas como privadas, lo han enfocado por sus implicaciones, dado que repercute de manera importante en costo-beneficio; ya que frecuentemente ocurre que el paciente presenta inconformidades en el servicio, solicitando cambio de médico en el sector publico o cambiando de medico en forma privada.

Incluyendo en la percepción de la calidad de la atención del paciente diversos factores como el trato del medico, el tiempo de espera, conocimiento del médico hacia el paciente, capacidad de resolver sus problemas, sus dudas, etc. En el I.M.S.S se has establecido diferentes estrategias para mejorar esta calidad y unido a las demás instituciones de salud a través de la Cruzada Nacional por La Calidad De Los Servicios Médicos siendo su objetivo principal elevar el nivel de calidad tanto de los servicios públicos como privados, pero que sobre todo este proceso sea percibido por la población usuaria. Y en especial por los adultos mayores que es el grupo de edad que nos interesa en este estudio.

Objetivo. Identificar la percepción en cuanto a la calidad de la atención que se brinda a los Adultos Mayores derechohabientes en la U.M.F. No 61 del I.M.S.S. turno vespertino al acudir a su consulta médica.

Material y métodos. Fue una investigación de tipo social, descriptiva, transversal, prospectiva y observacional. El tamaño de la muestra estuvo constituida por la totalidad de adultos mayores que son 17,174, obteniendo un tamaño de muestra de 150 pacientes al azar de ambos turnos. Y que se llevo a cabo a través de encuestas realizadas a los pacientes adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

RESULTADOS. De los 150 pacientes encuestados se encontró en cuanto a la percepción de la calidad de la atención de los adultos mayores en relación a la atención médica que se presta en la U.M.F. No 61 del I.M.S.S. fue excelente el 29.3 por ciento, muy bien 41.3, regular 18 por ciento y mal 1.3 por ciento. Conclusión. Se observo que los pacientes mayormente satisfechos tienen una relación directamente proporcional con el grado de satisfacción que obtienen de el medico tratante. Por lo que se concluye que la calidad total de excelencia todavía esta lejos de alcanzarse por que se amerita llevar a cabo acciones necesarias para mejorar y alcanzar a futuro los valores de excelencia que amerita la calidad de la atención medica.

INTRODUCCIÓN.

Actualmente en instituciones del sector salud existe un aumento en el interés por evaluar aspectos relacionados con la calidad de la atención, para lo cual se han venido generado diversas acciones como: círculos de calidad, sistemas de monitoreo y encuestas a usuarios. Siendo la más común actualmente evaluar la perspectiva del usuario y a partir de esta obtener un conjunto de conceptos y opiniones en cuanto a la atención recibida. Y de tal manera obtener información importante que beneficia a la organización prestadora del servicio y a los mismos usuarios directamente, porque nos brinda la posibilidad de dar a conocer sus necesidades y expectativas al respecto, por lo tanto se vuelve el método más rápido y sencillo para evaluar aspectos de la calidad de los servicios recibidos más práctico, a bajo costo.

Y como se debe recordar las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención publicadas, tanto en el ámbito nacional como en el internacional durante los últimos años, se han basado en el modelo desarrollado por Donabedian, donde propone el análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones: estructura, proceso y resultados. Por lo que en base a lo anterior se desprende el análisis de la satisfacción del usuario, vista como un indicador a partir del cual se obtiene la opinión acerca de los aspectos de la estructura, el proceso y el resultado.

En el ámbito sanitario, se puede decir que esta preocupación por la opinión de usuario es reciente, habiéndose dado un giro, desde una práctica egocéntrica, donde la opinión del paciente contaba poco, hasta una manera de trabajar asumiendo conceptos de empresa de servicios, donde la opinión del paciente es clave para orientar el servicio de calidad.¹

La calidad debe basarse en la calidad recibida por el cliente, esto es, la calidad es lo que el cliente dice que es y la calidad de un producto o servicio determinado es lo que el cliente percibe que es.²

Por lo que el averiguar el grado de satisfacción del usuario es uno de los instrumentos más generalizados para valorar el funcionamiento de los servicios prestados. Siendo el objetivo del presente estudio describir la satisfacción del usuario en cuanto a la atención recibida al respecto.

Por lo anteriormente mencionado sería de gran interés medir el grado de satisfacción del grupo de adultos mayores siendo este uno de los más representativos en este momento, debido al crecimiento que representa actualmente este sector de la población y detectando de este modo las deficiencias que se perciben actualmente.

1. MARCO TEORICO.

1.1 ANTECEDENTES. CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

La calidad de la atención, es una antigua necesidad, inquietud y promesa que asume hoy un rol de creciente protagonismo y complejidad³.

Los sistemas de salud, deben responder de manera congruente a las crecientes demandas y necesidades dinámicas, además de adaptar estrategias para satisfacer demandas actuales y anticipar tendencias previsibles.

Ante el crecimiento poblacional elevado, es necesario buscar fórmulas que permitan a los servicios de salud incrementar su cobertura para satisfacer necesidades cuantitativamente crecientes al tiempo que ello se logra de manera más equitativa, eficiente y efectiva, sin olvidar a la vez, los esfuerzos concretos por mejorar la calidad de la misma en igual o mayor proporción.

En relación con las políticas y estrategias enunciadas para consolidar el Sistema Nacional de Salud, destaca la necesidad de mejorar la calidad con que se otorga la prestación de los servicios de salud.

Schmad define el control de la calidad como la actividad que asegura al consumidor un cierto grado de intervención a través de una continuada medición y evaluación de los componentes de las estructuras y resultados. Para ello es necesario establecer unos criterios y normas asequibles que puedan ser realizadas en las actividades.

Es posible distinguir cuatro aspectos relacionados con la calidad de la atención al anciano:

- 1.- El sistema de salud toma en consideración los cuatro componentes principales que intervienen en el proceso de la provisión de servicios de salud:
 - a) La sociedad.
 - b) El servicio específico.
 - c) El equipo profesional.
 - d) La población anciana.

Ejemplos de indicadores son: el alcance del servicio determinado (provisión de servicios con relación al número de usuarios y el tipo de necesidades) la accesibilidad, la coordinación y la integración de los servicios.

2.- La atención profesional y técnica se determina teniendo en cuenta:

- a) El nivel profesional del proveedor de un determinado servicio;
- b) Si los instrumentos viables empleados en el diagnóstico y tratamiento del problema se encuentran al alcance del equipo profesional y están actualizados.
- c) Si se les aplica de acuerdo con las normas y reglas profesionales vigentes.

3.- Las relaciones interpersonales entre el equipo profesional y el anciano definen la atmósfera reinante durante la provisión de servicios, la actitud del equipo profesional con relación al tratamiento del problema y las características de la interacción entre el equipo y el anciano.

4.- El costo de la atención toma en consideración el costo del método empleado respecto de la eficacia del tratamiento o la eficiencia del servicio y su aporte al bienestar del anciano.

Se pueden distinguir también tres dimensiones en la evaluación de la calidad de la atención brindada al anciano:

- La dimensión estructural.
- El proceso de la atención y los resultados de la provisión de los servicios.
- El uso de cada una de las dimensiones mencionadas para evaluar un servicio presenta ventajas y desventajas.

Los indicadores estructurales suelen ser fáciles de medir, el inconveniente es que la presencia de una estructura adecuada en un servicio de atención a los ancianos no garantiza necesariamente una atención adecuada. La evaluación por medio de los indicadores del proceso de la atención comprende la observación del procedimiento y el examen de historias médicas que muchas veces tienen fallas en el registro. Estos indicadores dan una imagen bastante aproximada de los procedimientos y técnicas; sin embargo no siempre existen normas establecidas

sobre el nivel de atención requerido y sobre los procedimientos adecuados en ese proceso de atención.

Las dificultades en la medición de los indicadores estructurales y de procesos pueden superarse mediante la medición directa de los resultados del proceso de atención, pero también estos indicadores tienen algunas desventajas. Por lo general es necesario evaluar los resultados en forma repetida en un lapso de tiempo; por otra parte no siempre se observa una relación directa entre los procedimientos, los tratamientos y los resultados.

Una buena atención a los ancianos no produce necesariamente resultados adecuados y un resultado adecuado a veces puede provenir de hechos que no están relacionados en forma directa con el proceso de la atención

Kane and Kane⁴ sugieren que la definición de calidad para el cuidado de larga estancia incluyen tanto elementos del cuidado y los resultados del cuidado que son importantes y significativos para el paciente anciano.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos define la calidad de la atención como el grado en el cual los servicios salud para individuos y población aumenta la probabilidad en los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional.

Esta última definición refleja el interés en el resultado, involucra los procesos de atención tanto en preferencias y actividades del paciente. Los resultados deben ser medidos para la población anciana en términos de satisfacción del paciente, calidad de vida y sensación subjetiva de bienestar, de mucha importancia para el paciente mayor de 60 años quien puede estar viviendo con una patología crónica o un grado de discapacidad.

La calidad de la atención ha sido evaluada tradicionalmente con el modelo de Donabedian⁴ es decir estructura, procesos y resultados.

Sin embargo para una población de edad los éxitos en los resultados de salud específicos para este grupo no son siempre bien definidos. Ya que la complejidad de los problemas de salud de una población vieja hace difícil definir y controlar los resultados. Por ejemplo los indicadores tradicionales de tasa de mortalidad o tasas de readmisión hospitalaria como tantos otros no funcionan bien con la población

anciana especialmente para determinar calidad en la atención, debido al pronóstico de muchas patologías y a la fragilidad y discapacidades de muchas personas de este grupo de población.

Las medidas generales útiles para atender con calidad a los ancianos incluyen: satisfacción del paciente, sensación de bienestar, nivel de funcionamiento y auto percepción del estado de salud.

Son indicadores cualitativos específicos para esta grupo de población y consideran a la persona como un ser bio-psico-social en esta etapa de la vida³.

1.1.1 Definición.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.⁵ en cuanto a calidad de la atención, señala las siguientes definiciones:

- Como la secuencia de actividades que relacionan al prestador de servicios con el usuario (oportunidad de atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como resultados).
- Calidez en la atención: el trato cordial, atento y con información y con información que se proporciona al usuario del servicio.
- Oportunidad en la atención: ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que debe hacer con la secuencia adecuada.

Existen numerosas definiciones aplicables a la calidad de la atención médica, Ruiz de Chávez⁶, considera como las más congruentes las siguientes:

- “El análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes, asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio mediante una organización institucional establecida. La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de servicios y de la institución. También se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal”.

- “proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos”.

Donabedian^{7,8} ha propuesto una definición considerada la más apropiada en el ámbito de la atención a la salud. Refiriéndola como un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. La define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes, implicando los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma.

1.1.2 EXPECTATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN UNIDADES MÉDICAS

La calidad en la prestación de servicios en unidades médicas, puede enfocarse desde distintos puntos de vista en función de expectativas diferentes en cuanto a su otorgamiento por la institución y sus trabajadores y la recepción por parte del paciente que la requiera.

1.1.3 EXPECTATIVAS DE LA INSTITUCIÓN

La institución o unidad médica que otorga la atención pretende que ésta sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con oportunidad, calidad en la aplicación de las normas y programas que la propia institución emite, dentro de los rangos de productividad esperados, acorde con el presupuesto de costos calculados, con abatimiento de la mortalidad y con ausencia de quejas.⁹

1.1.4 EXPECTATIVAS DEL TRABAJADOR.

El trabajador espera dar atención a los pacientes contando con: instalaciones, equipo e instrumental apropiados; coordinación y apoyo de las diferentes áreas que participan en la atención del paciente; reconocimiento de sus superiores y compañeros por las actividades realizadas, así como remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

1.1.5 EXPECTATIVAS DEL PACIENTE.

Los pacientes que tienen acceso a las instituciones del sector salud esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en funciones de distancia y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; con atención cortesía y oportunidad, en un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, prevacía, comodidad, funcionalidad, orden y aseo; con información suficiente por parte del personal administrativo, médico y enfermería, con recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental de consumo suficiente, disponible, adecuado, funcionando correctamente y en buen estado de conservación. También esperan contar con personal médico, paramédico y administrativo suficiente en calidad y capacidad profesional y técnica para el tipo de nivel de atención que se otorga; con una realización óptima del proceso de la atención, en cuanto a diagnóstico, tratamiento, egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.

1.1.6 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD.

Cuando se trata de evaluar conceptos relativos a la calidad de la atención médica o paramédica, la asignación de juicios de valor en función del cumplimiento de una norma con carácter enunciativo explícito o implícito, lleva inherente la tendencia a la asignación de valores numéricos a elementos de la atención médica eminentemente cualitativos, por lo mismo se corre el riesgo de asignar cifras por arriba o por debajo de la justa en forma inadvertida, sobre todo si se utiliza en

criterio incorrecto. También existe el peligro de asignar un valor arbitrario, superior o inferior en forma prejuiciada.

La evaluación de la calidad de la atención puede ser el punto de partida de una serie de eventos que lleguen al establecimiento del diagnóstico situacional de una unidad o departamento y como consecuencia a la identificación de los problemas que afectan la calidad o eficiencia en las prestaciones de los servicios, hasta la solución que redunde en mejoría de calidad con que se otorgan estos¹⁰.

1.2 PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR.

Está enmarcado en cinco grandes áreas de práctica profesional del médico de familia:

- Área de atención al individuo: la primera responsabilidad del médico de familia es prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Por lo que deberá poseer conocimientos habilidades y actitudes que le capaciten para conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación).

Atendiendo el proceso diagnóstico y terapéutico procurando que el paciente permanezca lo mas cerca posible de su comunidad natural.

- Área de atención a la familia.- el triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar. Por lo que realizará una recopilación de información sobre la estructura y composición familiar, resaltando los antecedentes patológicos familiares y estructurándolos, valorando la trascendencia que sobre los problemas de salud de sus pacientes puedan tener los períodos críticos en el ciclo vital de las familias.
- Área de atención a la comunidad.- la práctica de la medicina familiar incluye la necesidad de su conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como los recursos de la misma, tanto sanitarios como de otros sectores, para poder priorizar las acciones que den respuesta a los problemas locales de mayor importancia. Por lo que esta especialidad de la

profesión médica reguló “promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitaria”.

Tomando en primer lugar su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto. En segundo lugar el médico familiar deberá considerar el derecho de la comunidad a participar en el proceso de atención a la salud y en la definición de problemas comunitarios y promoviendo esta participación cuando no exista o este limitada. En tercer lugar la planificación como fase previa a la acción, cuya incorporación es básica para conseguir que la práctica del médico familiar se centre en los problemas prioritarios y tenga una orientación comunitaria.

- Área de docencia e investigación.- es indispensable que los médicos de familia hagan todo lo posible por realizar actividades incluidas en esta área, ya que ello llevara a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional.
- Área de apoyo.- en esta área el médico de familia debe incluir el trabajo en equipo de atención primaria llevando a cabo un manejo efectivo en todos los integrantes de este nivel de atención. Gestión de recursos y administración sanitaria que es el Sistema Nacional de Salud y constituye el marco laboral mas habitual del médico de familia ya que es la empresa de servicios cuya misión es prestar asistencia sanitaria a la población marcando los lineamientos en cuanto a asistencia, prevención, educación para la salud, etc. los cuales debe llevar a cabo el médico de familia. Los Sistemas de registro e información sanitaria consisten en el establecimiento de protocolos diagnóstico-terapéuticos, el diseño de programas de salud comunitarios o para determinados grupos de riesgo, la selección de actividades docentes y la investigación, solo se harán correctamente si se dispone previamente de la suficiente y adecuada información, por lo que el médico de familia debe saber utilizar aquellos sistemas de información sanitaria que respondan a las necesidades de información de su equipo de atención primaria y a las suyas propias. Garantía de calidad la trascendencia social del trabajo que se realiza en

atención primaria implica que nuestro objetivo no sea solo el de prestar asistencia sanitaria como tal sino que sea asistencia sanitaria de calidad por lo que se precisa del monitoreo y seguimiento de la atención que la población recibe, intentando definitivamente garantizar la calidad de la asistencia.

1.2.1 ÁREAS DE INFLUENCIA DE LA MEDICINA FAMILIAR

1. Clínica.- al reconocer su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto, así como la importancia de la participación de esta en sus problemas sanitarios para mejorar su nivel de salud, utilizando la clínica en la práctica diaria tanto en la atención individual y familiar como en la orientación a la comunidad.

2. Docencia.- por medio de la formación continuada e investigación para mejorar su ejercicio profesional y para elevar el nivel científico de la atención primaria en nuestro país.

3. Recursos.- para optimizar la atención prestada a la población y priorizarlos en su utilización.

4. Información sanitaria.- para la realización adecuada de múltiples actividades de atención primaria.

5,- Garantía de calidad.- que debe marcar la trascendencia del trabajo que realiza.¹¹

1.2.3 Definiciones del médico de familia

El médico familiar o médico de familia es el profesional que ante todo es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite atención médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

El médico general o médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o

especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo o diagnóstico de los pacientes.

El médico general o médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

El médico general o médico de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud u de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

En estas definiciones constan elementos específicos de la medicina familiar como: atención integral y continuada de todo tipo de pacientes, coordinador de recursos sanitarios, orientación a la familia y a la comunidad competencia clínica, elementos todos ellos que obligadamente deben estar presentes el desarrollar el perfil profesional de médico familia ^{12,13.14}.

1.3 CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA VISION DEL ADULTO MAYOR.

De acuerdo a los estimativos de la División de Población de Naciones Unidas (DPNU), el grupo de adultos mayores o ancianos (60 años y más) para América Latina experimentará notables incrementos absolutos y relativos a los años 2000 y 2025, estos aumentos originarán creciente demanda de servicios médicos y sociales para la población adulta mayor. .

El objetivo básico del cuidado integral, es mantenerlos en plena capacidad funcional e independencia en el seno de la familia y la comunidad. De acuerdo a la mayor o menor capacidad del anciano, también dependerá su necesidad de servicios médicos y sociales, debiendo ofertarse desde la ayuda en la atención domiciliaria hasta la institucionalización.

En los países más avanzados del mundo la longevidad se ha duplicado y por primera vez en la historia una gran mayoría de niños están alcanzando la edad anciana; un cambio cuali y cuantitativos que han hecho la vejez accesible a todos. Junto con los cambios cuantitativos que han afectado las estructuras de población, los cambios cualitativos han afectado la experiencia del envejecimiento pero muchos problemas tópicos están siendo solo parcialmente cubiertos por las estrategias y las estructuras actuales llevadas a cabo por las Instituciones de Salud.

El envejecimiento de la población tiene una particular significancia para el sector salud. Los ancianos son en general menos saludables que los miembros jóvenes de la sociedad y por ello tienden a necesitar más los servicios de salud¹⁵.

1.3.1 SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD PARA LOS ANCIANOS

En la planificación de los servicios, las personas de la tercera edad o adultos mayores, deben ser consideradas como un grupo específico, aun cuando muchos de estos servicios pueden y deben ser proporcionados como parte de programas de más amplio alcance. La organización de servicios para los ancianos se fundamenta en el principio básico que guía la conceptualización del llamado “continuo del servicio”. Las diferencias en necesidades se traducen en demandas de servicios específicos que se acostumbra clasificar en:

- a) Servicios para los ancianos relativamente sanos.
- b) Servicios que brinden alternativas para prevenir la internación a largo plazo del anciano y;
- c) Servicios para aquellos cuyas necesidades puedan requerir internación a largo plazo o permanente

De los servicios sociales se destacan: los subsidios económicos, ayuda domiciliaria, comedores, hospedaje o dormitorios-comedores, familias substitutas, hogares asilos o residencias, protección en la vivienda, centros de atención diurna o centros de día y agrupaciones entre otros.

En los servicios de salud debe disponerse de una red de atención médica y odontológica por niveles de complejidad que incluya: Atención Primaria de la

Salud, Atención Geriátrica Ambulatoria, Atención en el Hogar y Atención Hospitalaria. En algunos países con sistemas de salud bien organizados (p. Ej: Gran Bretaña) el geriatra sirve como el coordinador o puerta de entrada de una variedad de servicios de cuidado geriátrico tales como: hospitales geriátricos, unidades de rehabilitación, hospital-día, unidades de corta o larga estancia y servicios de atención domiciliaria. En otros países con sistemas de cuidado geriátrico menos desarrollados estos servicios, cuando al menos están disponibles tienden a ser autónomos y el geriatra juega un papel más de asesor.

1.4 ENVEJECIMIENTO, TEORIA Y CLASIFICACION.

La definición de anciano se divide en tres categorías distintas que son:

- Edad intermedia: abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años y también se denomina presenil, primer envejecimiento o edad crítica. En efecto, en esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que representan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo medidas preventivas. El término edad intermedia está aceptado inclusive por la OMS y con seguridad resultará más agradable a las personas interesadas que otros sinónimos.
- Senectud gradual: es el periodo de los 60 a 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, requieren diagnóstico y tratamientos oportunos.
- Senilidad o vejez declarada: esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y sobre todo de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad. A los mayores de 90 años suele llamárseles longevos, refiriéndose también a algunas características fisiopatológicas generales a esta edad ^{16,17}.

1.4.2 EPIDEMIOLOGIA.

El envejecimiento siempre ha existido; sin embargo el porcentaje de personas que llegaban a edades avanzadas era poco considerable. En los últimos decenios, la disminución de las tasas de fecundidad y de la mortalidad infantil, la lucha contra las enfermedades transmisibles, los progresos de la nutrición y de los niveles de vida han provocado un incremento en la esperanza de vida, lo que se ha traducido en un aumento tanto de la cantidad como de la proporción de ancianos en la mayoría de los países.

Este fenómeno ha conducido a considerables problemas sociales, políticos y económicos, sobre todo en los países altamente desarrollados, pues además de aumentar la proporción de personas de edad avanzada, se ha incrementado el número de los muy ancianos y de los débiles¹⁸.

1.4.3 ENVEJECIMIENTO Y SUS REPERCUSIONES EN LA SALUD

Definiendo en primer lugar al envejecimiento como la acción o efecto de envejecer y a este como hacer vieja a una persona como efecto de los años y el trabajo.¹⁸ mencionaremos en general las repercusiones en diferentes aspectos correspondientes a esta edad.

A pesar de las limitaciones que se presentan en esta edad las tendencias actuales de la mortalidad y la morbilidad varían de manera importante entre países y regiones, aunque con la misma propensión al aumento de la incidencia con la edad, principalmente en las mujeres. En los países desarrollados el 75% de las muertes se debe a enfermedades cardiovasculares y cáncer; las primeras declinan en algunos de estos países y aumentan en gran parte de los países en desarrollo. En relación con la morbilidad, casi todos los estudios de prevalencia confirman que las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, osteoporosis y diabetes son los diagnósticos más comunes. Resultados de estudios de diferentes países coinciden que la población de 60 años y más produjo más egresos hospitalarios y demandó más consultas médicas que cualquier otro grupo de edad.

El perfil de morbilidad y mortalidad de la población envejecida en los países en vías de desarrollo comienza a plantear situaciones complejas, pues además de la enfermedad y la muerte atribuidas a causas infecciosas, los trastornos de tipo crónico-degenerativo se han ubicado también en pocos años, dentro de los primeros lugares.

Tres cambios principales trae consigo el proceso de envejecimiento en la población:

- Aumento de la importancia de los padecimientos crónico-degenerativos y la discapacidad.
- Desplazamiento de la carga principal de muertes y enfermedades de los grupos de edad más jóvenes a los de edad avanzada.
- Sustitución de la mortalidad por la morbilidad, como fenómeno predominante.

En relación con el proceso de salud-enfermedad en las personas de edad avanzada se pueden distinguir las siguientes peculiaridades:

- Mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio (social, económico, físico, psicológico).
- Combinación de los efectos del envejecimiento con la aparición o agravamiento de procesos patológicos.
- Multimorbilidad, es decir, la confluencia de varias enfermedades en un mismo individuo.
- La combinación de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas.
- El aumento de los problemas de incapacidad o invalidez por la aparición de complicaciones o secuelas, como consecuencia de la disminución de la mortalidad, o por procesos patológicos iniciados en etapas más tempranas de la vida.

1.4.4 DIFICULTADES EN LA VALORACIÓN DE ESTADO DE SALUD EN LOS ANCIANOS.

El envejecimiento es un signo y también resultado del desarrollo económico y social. La salud y el bienestar de los ancianos son afectados por muchos aspectos

entremezclados de su ambiente social y material: desde el estilo de vida y la estructura familiar hasta la organización y prestación de asistencia sanitaria, pasando por los sistemas de ayuda económica y social.

Resulta difícil medir la salud de los ancianos, ya que además de los factores mencionados, las mediciones se afectan por definiciones y métodos de valoración, por actitudes culturales ante el envejecimiento y por la disponibilidad de atención de la salud. Los datos más representativos proceden de estadísticas de mortalidad; sin embargo, su validez y utilidad son limitadas.

La búsqueda de indicadores o de criterios de medición de salud tiene por objeto establecer los criterios en que debe orientarse la atención de los ancianos, de manera que se busque no solamente prolongar la vida sino conservar la calidad de vida en donde la importancia de “aumentar vida a los años” será prioritario al de “aumentar años a la vida”.

El conocimiento del estado de salud de las personas de edad avanzada plantea diversas dificultades. Una creencia muy difundida es que los síntomas, achaques o ciertos problemas de salud son inevitables y por lo tanto deben ser considerados “como propios de la edad”. Lo anterior propicia un subregistro de problemas de salud y de morbilidad ya que solo saldrán a la luz si se investigan intencionalmente.

Cabe resaltar que el anciano está sujeto a la aparición de una serie de daños, normalmente mal diagnosticados, clasificados o inadvertidos, como problemas en la locomoción, en el sentido de la vista, del oído y de la masticación, los cuales van a repercutir no sólo en el bienestar físico de la persona sino también en el aspecto psicológico y social.

Otra de las situaciones que dificultan la valoración del estado de salud de los ancianos es la multimorbilidad. El problema estriba en que difícilmente se registran todos los estados patológicos asociados con los ancianos debido a que se desconocen de manera más o menos profunda las manifestaciones de la enfermedad en este grupo de edad; con relativa frecuencia se ven eclipsados los signos y síntomas y se confunden los diagnósticos o bien se menosprecian y no se registran, inclusive en los certificados de defunción. Además las diferencias en

los tipos de asistencia sanitaria y en las formas de diagnosticar dificultan las comparaciones internacionales.

La utilización de los servicios de salud resulta también una medida insuficiente para valorar la situación de salud de los ancianos, sin embargo refleja las repercusiones del problema en términos económicos y sociales.

Con base en este criterio, las deficiencias y las enfermedades crónicas tienen diferentes consecuencias para las distintas personas a diversas edades. El peso de la enfermedad y la incapacidad puede apreciarse mejor por la capacidad que tiene la persona sola, o con ayuda, para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria.

La autonomía es el grado en que varones y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo. La dependencia se ha relacionado con la ayuda utilizada para lograr un nivel específico de funcionamiento. Así una persona con alto grado de autonomía puede ser dependiente en algún aspecto. Para la utilización operativa de estos conceptos la OMS ha recomendado los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Independientemente de la causa que lo provoque, se desprende de lo anterior que lo que está en juego en el anciano es su capacidad funcional, la cual va a afectar sus actividades de la vida diaria y por lo tanto su bienestar psicosocial¹⁹.

1.4.5 MODELOS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA

Son un conjunto de actividades preventivas, asistenciales, terapéuticas, de rehabilitación y capacitación, especialmente preparadas por el equipo de salud para un grupo de pacientes y sus familias que comparten necesidades y problemas médicos, psicológicos y sociales.

La atención gerontológica puede dividirse en función del tiempo: a corto y largo plazos.

- El corto plazo comprende la atención de los problemas agudos y las repercusiones inmediatas. Entre ellos están la hospitalización, la atención aguda en el domicilio y el hospital de día.

- El largo plazo incluye las modalidades de vivienda para ancianos sanos, es decir los servicios creados para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas, sus consecuencias y secuelas, tanto para el paciente como para la familia y dentro de estos se incluyen los hogares protegidos, las guarderías, las residencias para ancianos, los centros de cuidado diurno, los hospitales para enfermos crónicos, el asilo, las unidades de psicogeriatría, y las unidades de evaluación geriátrica.

Así mismo en la comunidad se ha creado una gran cantidad de modalidades donde se concentran personas de edad avanzada para actividades sociales, recreativas, culturales y deportivas.^{20,21,}

1.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se ha observado en las instituciones tanto públicas como privadas del sector salud, que existe un creciente interés por evaluar los aspectos relacionados con la calidad de la atención, para de este modo mejorarla. Tomando en cuenta que la medicina familiar es una especialidad que tiene el perfil adecuado para brindar el primer nivel de atención. Ya que ofrece atención primaria integral y continua al individuo y la familia; reconociendo la enfermedad como el producto de factores biológicos, psicológicos y sociales, pero ante todo reconoce que la familia como base fundamental de la sociedad, es productora fundamental de salud y enfermedad; utilizando este especialista los recursos que se generan en el propio seno familiar, para de este modo lograr el equilibrio entre salud y enfermedad de cada individuo y de los miembros en conjunto.²²

Tomando en cuenta todo lo anterior sabemos que influye sobre el tipo de atención otorgada al derecho habiente y la forma en que éste percibe el servicio, creando por lo tanto diversos tipos de percepción de la atención que puede ir desde una satisfacción total hasta insatisfacción por la atención recibida, encontrando en este sentido una población que va en aumento día con día en estos servicios y que es la población de adultos mayores; grupo de edad que en particular interesa evaluar en este estudio, para saber de que manera perciben ellos la calidad de la atención en la U.M.F. 61 a la que acude esta población de adultos mayores. Por lo que surge la pregunta:

¿Cual es la calidad de la atención que percibe el adulto mayor por parte del médico familiar en la U.M.F. No. 61 del I.M.S.S?

1.6 JUSTIFICACIÓN

En tratados internacionales y nacionales como la declaración de Alma Ata 1978,²³ la Declaración de Sevilla en 2002,²⁴ en el programa nacional de salud se hace hincapié en el compromiso de otorgar el derecho al paciente a recibir atención de la salud con calidad.

Siendo la satisfacción del paciente el resultado del trabajo realizado en los servicios de atención a la salud y un factor decisivo respecto al cumplimiento del tratamiento prescrito, así como acudir a los programas preventivos para mejorar su calidad de vida.

Por lo cual se justifica que la satisfacción obtenida por un grupo determinado de la sociedad como son los adultos mayores se integre como un factor determinante para mejorar su salud, mejorando así su integración como miembros de una familia y no como una carga al núcleo al que pertenecen. Como se consideran en general estos pacientes a si mismos.

Ya que tomando en cuenta el nivel de edad de estos pacientes, su satisfacción depende mucho del trato que obtengan en el momento de acudir a su consulta.

Por lo que esta investigación nos conducirá a obtener información valiosísima sobre que tanto se cubren las expectativas y necesidades de los pacientes durante su atención, para de este modo tener una perspectiva más acerca de todo lo que aún se puede mejorar la atención a este grupo de adultos mayores cada vez más importante y numeroso en nuestro país.

Por lo que resulta importante determinar las diferencia en cuanto a la satisfacción del usuario, en el supuesto de que a más capacitación mejor atención y por lo tanto mayor satisfacción del usuario.

Ya que la baja satisfacción del derecho habiente ocasiona diversas consecuencias en su tratamiento, como mal seguimiento del mismo, por no resolver sus dudas, debido a negación por el prestador del servicio o por miedo a preguntar por parte del mismo paciente entre muchos otros factores.

1.7 OBJETIVOS.

1.7.1 Objetivo general:

- Identificar la percepción en cuanto a la calidad de la atención que se le brinda a los Adultos Mayores derechohabientes en la UMF No.61, al acudir a su consulta médica.

1.7.2 Objetivos específicos:

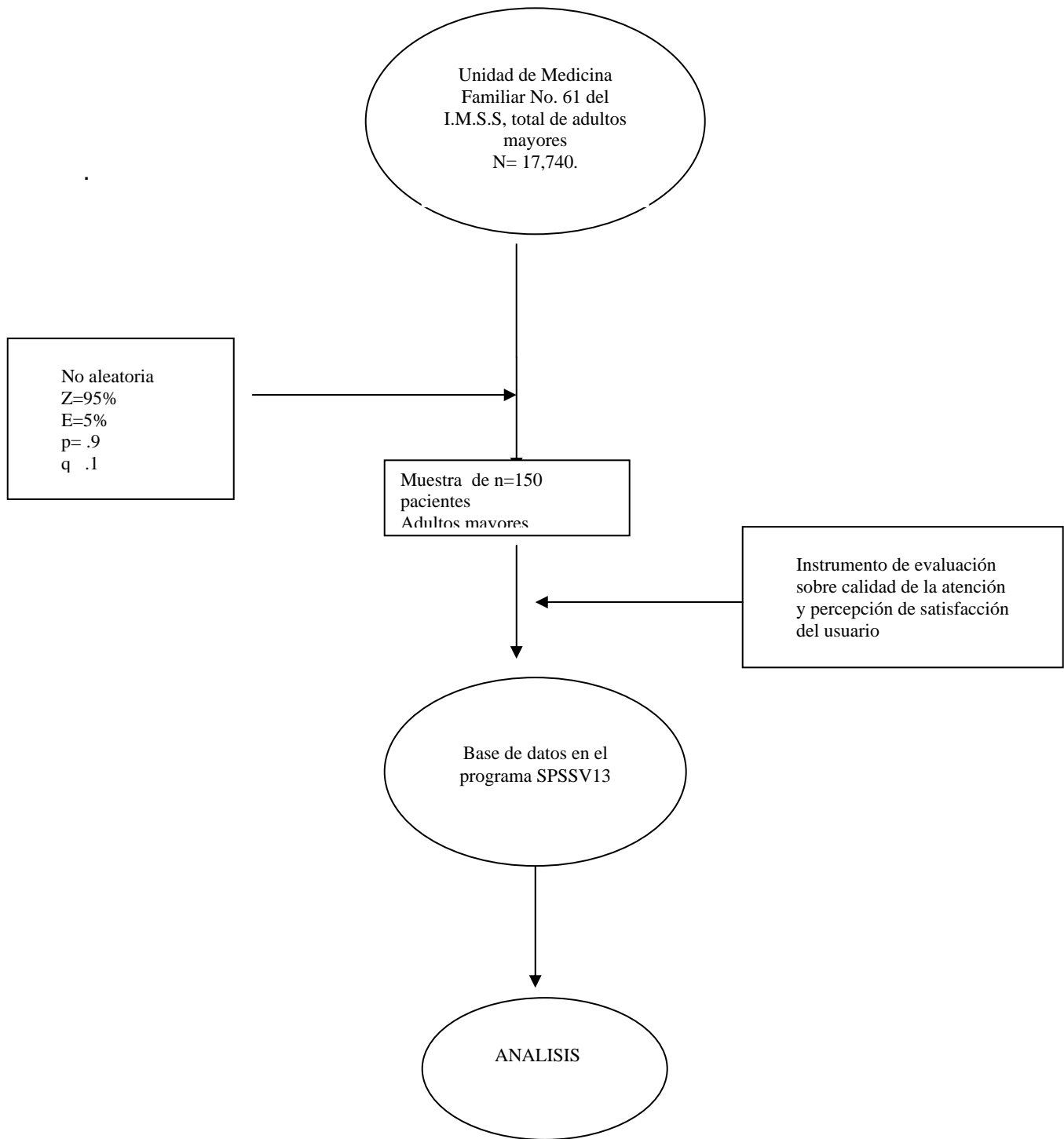
- Identificar la satisfacción de la atención recibida por el adulto mayor en UMF No.61 del IMSS.
- Identificar las principales quejas que manifiesten los pacientes adultos mayores en cuanto a la atención médica recibida.
- Identificar si el tiempo de espera es el adecuado.
- Identificar la percepción de de la satisfacción por sexo.
- Identificar datos socio-demográficos.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

Investigación de tipo social.

2.1 TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, Transversal, Prospectivo y Observacional.

2.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.



2.3 POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO.

Se realizo un estudio con base en una encuesta de percepción de la calidad en la atención por parte del equipo de salud validada por la OMS para identificar la percepción de los derechohabientes adultos mayores de la U.M.F. No.61.

La muestra estuvo constituida por 49 ítems y se realizó en el período de marzo-abril del 2006.

2.4. Muestra:

Estuvo constituida por la totalidad de adultos mayores que son 17,174. será no aleatoria, no representativa, con un nivel de confianza del 95%, error del 5% y $P=.9$, a través de la formula para población mayor de 10,000 habitantes.

Obteniendo un tamaño de muestra de 150.

Tomando de la muestra 150 pacientes al azar.

2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: derechohabientes de la institución, adscritos a la unidad. Con vigencia de derechos actualizada. Mayores de 59 años. Ambos sexos. Que acudan a consulta sin patología discapacitante que les impida contestar la encuesta y que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: que no sean derechohabientes, que no estén adscritos a la unidad. Que no sean mayores de 59 años. Que no reciban consulta, que no deseen contestar la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: que el paciente se niegue a seguir participando. Encuestas incompletas. Pacientes que se den de baja.

2.6. VARIABLES.

Las variables, su tipo, la escala de medición y los valores posibles de respuestas se muestran a continuación:

	Nombre de la variable	Tipo de la variable	Escala de medida	Valores o código
1	Número de folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 al 150
2	Turno de la consulta	Cualitativa	Nominal	1=Matutino 2=Vespertino
3	Edad del paciente	Cualitativa	Nominal	Número total en años de edad
4	Sexo del paciente	Cualitativa	Nominal	1=Masculino 2=Femenino
5	Estado civil del paciente	Cualitativa	Nominal	1=Soltero 2=Casado 3=Viudo 4=Divorciado 5=Unión libre
6	Ocupación del paciente	Cuantitativa	Nominal	1=Ama de casa, 2=Pensionado, 3=Jubilado, 4=Comerciante 5=Empleado ,6=Obrero 7=Chofer, 8=Técnico 9=Profesionista 10=Albañil 11=Artesano 12=Otros.
7	Escolaridad del paciente	Cualitativa	Continua	Número total de años de estudio a partir de 0=analfabeta
8	El médico lo conoce sabe quién es usted	Cuantitativa	Nominal	1= Si 2=No
9	El médico se disculpa si por algún motivo se le hizo esperar	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre
10	El médico le permite que usted le explique su problema	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre
11	El médico muestra interés en usted como persona	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre
12	El médico le explica en que consiste el examen médico	Cuantitativa	Nominal	1=Si 2=No
13	El médico le explica qué encontró durante el examen médico	Cuantitativa	Nominal	1=Si 2=No
14	El médico le interroga	Cualitativa	Nominal	1=SÍ 2=No

	sobre sus dudas			
15	El médico usa palabras que usted puede entender	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
16	El médico le explica todos sus problemas	Cualitativa	Nominal	1=SI 2=No
17	El médico le explica como tomar sus medicamentos	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
18	El médico discute las opciones de tratamiento posibles con usted	Cualitativa	Nominal	0=Sí 1=No
19	El médico se asegura que usted entienda acerca de los resultados de laboratorio	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre
20	El médico permanece el tiempo suficiente con usted	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre
21	El trato de su médico durante la consulta es bueno	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
22	Las habilidades profesionales de su médico durante la consulta, son correctas	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
23	Los médicos encuentran cual es su problema	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
24	El médico es competente, cuando muchos de sus problemas no han sido resueltos	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
25	Los médicos están realmente interesados en usted	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No

26	Los médicos tienen suficiente respeto por los pacientes	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
27	El trato de los médicos fue agradable, cortés y amable	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
28	El médico expresa las cosas claras y sin rodeos	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
29	El médico le explica las cosas claramente	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
30	Si el médico le informa que algo está mal, le hacen esperar mucho tiempo para su cita	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
31	Los médicos atienden todos sus problemas	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre
32	Como percibe usted la atención que le brindan los médicos en este servicio	Cualitativa	Nominal	1=Excelente 2=Muy bien 3=Bien 4=Regular 5=Mal
33	Si tiene cita usted, es atendido puntualmente sin esperar mucho tiempo	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
34	Le informó el médico cuál es su problema	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
35	Después de hablar con el médico, está bien enterado de la situación de su padecimiento	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre
36	¿Está usted seguro(a) de cómo debe seguir las indicaciones de su médico?	Cualitativa	Continua	1=Si 2=No
37	El médico le informa todo lo que deseaba saber sobre su padecimiento	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre

38	Le pareció que el médico se interesó en usted como persona	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
39	Le dio el médico la oportunidad de expresar todo lo que usted deseaba, con respecto a sus problemas	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre
40	Se sintió avergonzado(a) al hablar con su médico	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
41	Se sintió con libertad para hablar con su médico de asuntos privados	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
42	Se sintió realmente comprendido(a) por su médico	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
43	El médico entendió el motivo principal de su consulta	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
44	Le confiaría su vida a este médico	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre
45	Le pareció que el médico sabía lo que estaba haciendo	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
46	El médico le explicó las dudas de su padecimiento	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
47	Le parece fácil seguir las indicaciones del médico	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Siempre 4=Casi siempre
48	Podría ser difícil hacer exactamente lo que el médico le indicó	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
49	Esta usted seguro, que el tratamiento del médico vale la pena a pesar de las molestias que habrá de tener	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No

2.7. Definición conceptual y operativa de las variables.

Tipo de variable: Calidad de la atención definida según la OMS como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción de paciente con el proceso. Con escala de medición cualitativa, nominal.

En la variable adulto mayor se tomaron en cuenta a los pacientes de la UMF 61 comprendidos a partir de los 60 años y más como se clasifican en la cartilla de salud por edad que se maneja en la institución; siendo por lo tanto una variable cuantitativa y ordinal. Tomando en cuenta la importancia que requirió esta variable debido a que el estudio estuvo encaminado al grupo de edad representativo a adultos mayores.

En la variable, tiempo de espera se tomó en cuenta desde el momento en que el paciente llega a la clínica a solicitar su consulta para ese mismo día o a su cita previa, hasta el momento en que se le otorga la consulta (siempre que el paciente permanezca esperando en la clínica) ya que solo se respetara el tiempo continuó en que esperó.

En amabilidad con el paciente, la forma en que el médico se dirigió al paciente durante la consulta, definiendo amabilidad, afecto, interés por el paciente como persona y por su padecimiento.

En el grado de satisfacción se refirió a la satisfacción que obtuvo el paciente en el proceso de la consulta; y se valoro según escala tipo Liker. Tomando en cuenta sobre todo las definiciones de calidad de la atención especificadas, calidez en la

atención, claridad y otorgamiento del servicio en general, conllevando las secuencias de actividades que relacionan al prestador de servicios con el usuario.

2.8. Diseño estadístico

El propósito estadístico de la investigación fue describir y comparar. Se investigó un grupo específico de edad del paciente mayor de 60 años. Se realizó una medición en la unidad de muestreo con mediciones independientes.

Se midieron variables tanto cualitativas como cuantitativas. Se utilizaron escalas continuas, nominales, se investigó una muestra de 150 encuestas.

2.9 Instrumento de recolección de datos.

Se aplicó una encuesta validada por la OMS en cuanto a calidad de la atención y modificada por el investigador basándose en otros instrumentos de evaluación del hospital ABC y Sanatorio Durango ambos de la Ciudad de México.²⁵

El instrumento constó de identificación de número de consultorio y turno, así como datos generales del paciente. A continuación una sección del conocimiento del médico, tiempo de espera, trato del médico hacia el paciente, relación médico paciente, donde se hizo hincapié en investigar la información otorgada al paciente durante el proceso de la consulta, el tiempo otorgado por el médico a la consulta para finalmente analizar la satisfacción en general del paciente.

2.10 Método de recolección de datos

- 1.- Previa autorización de los directivos de la U.M.F. No. 61 del I.M.S.S en la sala de espera de dicha clínica se seleccionaron los pacientes.
- 2.- Se abordó al paciente y se presentó el encuestador, se le explicó el objetivo de la encuesta, se hizo lectura del consentimiento de participación voluntaria y se le preguntó si aceptaba contestar la encuesta.
- 3.- En caso positivo se verificaron los criterios de inclusión y a los que cumplieron con ellos, se les aclaró que podían interrumpir en cualquier momento que les surgiera una duda. Se procedió a la realización del cuestionario guiado. Respondiendo y resolviendo todas las dudas que presentó el paciente durante la aplicación, con una duración aproximada de 7 minutos en promedio y se agradeció por último su participación.
- 4.- Al completar las 5 encuestas por consultorio se pasaba al siguiente, tratando de aplicar el mayor número de encuestas por día. Iniciando con el turno vespertino y al terminar se continuó con el matutino.
- 5.- Una vez terminada la aplicación de encuestas se procedió a crear y diseñar la base de datos en el programa SSPS de Windows. En el cual se almacenó y procesó la información, se compararon los resultados obtenidos en el servicio de consulta externa de dicha clínica.

2.11 Maniobra para evitar y controlar sesgos

Las encuestas fueron aplicadas por el autor de forma guiada, para evitar sesgos de tipo de interpretación equivocada de preguntas. Se les indicó a los encuestados que podían preguntar dudas en cualquier momento de la aplicación del cuestionario, dando explicaciones donde se solicitaron. Fueron aplicadas a cada usuario del consultorio correspondiente.

2.12 Prueba Piloto

Se realizó una prueba piloto que consistió en la aplicación de 20 *encuestas* en pacientes que cumplían con los requisitos de edad. Donde se vio la necesidad de aplicarlas como entrevista dirigida debido a las dudas que surgieron y a la manera de interpretar ciertas preguntas por parte del paciente, ya que en la forma auto-aplicación dejaban muchas preguntas sin contestar, por lo que se *corrigieron* algunas preguntas para facilitar la comprensión de paciente y términos como amabilidad, cortesía, claridad que mostraban dificultad para análisis claro del paciente en algunos casos. Se midió un tiempo promedio 7 minutos por encuesta.

2.13 Análisis estadísticos de los datos

Se utilizaron medidas de estadística descriptiva: promedios, desviación estándar, frecuencia y porcentaje.

Se realizaron pruebas estadísticas para variables cualitativas.

2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento

Humanos: Una persona para la aplicación de encuestas y recolección de datos, un asesor estadístico para procesar la información, dos asesores de tesis.

Materiales: Computadora, Internet, impresora, diskets, cartuchos de tinta, plumas, paquetes de hojas, escritorio, programa SSPS, fotocopias.

Físicos: Las salas de espera de la U.M.F. No. 61 del I.M.S.S. donde se aplicaron las encuestas, oficinas para la recolección y procesamiento de la información.

Financiamiento: El costo total estuvo a cargo del investigador.

2.16 Aspectos éticos.

Este estudio no representó ningún riesgo de daño físico, psicológico o moral en los pacientes que aceptaron participar en el estudio. Se considera que la investigación se apega íntegramente a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial²⁶ así como al reglamento de la Ley General de Salud²⁷ en materia de Investigación para la Salud principalmente en lo concerniente a los artículos:

Titulo segundo: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos:
Capítulo I: artículos 13,14(en todos sus incisos), 16, 17 (inciso II), 18,19 20, 21 (en todos sus incisos) 22 (en todos sus incisos).

Titulo cuarto: De la bioseguridad de las investigaciones de salud, capítulo I, artículos 75, 76, 77, 78, 79, 80, 83.

Titulo quinto: De las comisiones interna en las instituciones de salud, capítulo único, artículos 98,99,100, 101, 102, 103, 104.

Titulo sexto: De la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud, Capítulo único, artículos 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120.

3. RESULTADOS.

Se aplicaron un total de 170 encuestas de las cuales se eliminaron 20 por cumplir con alguno de los criterios de eliminación, quedando un total de 150 encuestas, 75 por cada turno.

En la pregunta edad del paciente se encuentra una mínima de 60 y una máxima de 82, con una media de 68.75 y una desviación estándar de 6.20. como se muestra en la tabla número 1.

En escolaridad del paciente se encuentra una mínima de 0 (tomando este como analfabeta y el 1 como primer año de primaria), y una máxima de 18 años de estudio con una media de 5.75 y una desviación estándar de 4.11. como se muestra en la tabla número 1.

En cuanto al sexo del paciente en los dos turnos el porcentaje femenino es mayor dando un 60.7 % del total y masculinos 39.3%. como se ilustra en la figura número 1.

En la respuesta estado civil del paciente se reporta un 56.7% casados, siguiendo con un 28% viudos, 8.7% solteros, divorciados y en unión libre 3.3% respectivamente. Como se ilustra en la figura número 2.

En cuanto a ocupación del paciente el 50% son amas de casa, pensionados 16.7%, obreros 8%, encontrando profesionistas solo en el 2.7% del total. Ilustrado en la figura número 3.

En cuanto a si el médico lo conoce y sabe quien es Usted se obtuvo 88.7% respuesta positiva y el 11.3% negativa. Como se ilustra en la figura número 4.

En cuanto a si el médico se disculpa si por algún motivo, se le hizo esperar, se obtuvo un 52% en la respuesta siempre, nunca 19.3%, casi siempre 16% y casi nunca 12.7%. Ilustrado en la figura número 5.

En la variable, el médico le permite que usted le explique su problema se encontró siempre en un 90%, casi siempre 7.3%, nunca 2% y casi nunca .7%, figura número 6.

El médico muestra interés en usted como persona 81.3% siempre, 12% casi siempre, nunca y casi nunca 3.3% respectivamente.

El médico le explica en que consiste el examen médico 90.7% sí y el 9.3% no.

El médico le explica qué encontró durante el examen siempre 76.7%, casi siempre 14% y nunca y casi nunca 4.7% respectivamente.

El médico le interroga sobre sus dudas 83.3% sí y 16.7% no. Como se ilustra en la figura número 7.

El médico usa palabras que usted puede entender 89.3% sí y el 10.7% opino que no. Ilustrado en la figura número 8.

El médico le explica todos sus problemas, la respuesta fue sí 86.7% y no 13.7%.

El médico le explica como tomar sus medicamentos se encontró 98% sí y un 2% no.

El médico discute las opciones de tratamiento posibles con usted se reporto 71.3% si y el 28.7% restante no.

El médico se asegura que usted entienda acerca de los resultados de laboratorio, el 66% opinó que siempre, el 18.7% casi siempre, el 8% casi nunca y el 7.3% restante opino que nunca.

A la pregunta el médico permanece el tiempo suficiente con usted, se reporta el 80% con siempre, el 12% casi siempre, nunca el 4.7% y casi nunca el 3.3%. Como se ilustra en la figura número 9.

El trato de su médico durante la consulta es bueno, se encontró que el 94% opinó que sí y el 6% opinó que no. Como se ilustra en la figura número 10.

En la variable las habilidades profesionales de su médico durante la consulta son correctas, respondieron sí en un 92.7% y no en un 7.3%.

En la pregunta los médico encuentran cual es su problema, la respuesta siempre obtuvo un porcentaje del 66.7%, casi siempre 25.3%, nunca y casi nunca un porcentaje del 4% respectivamente.

El médico es competente, cuando muchos de sus problemas no han sido resueltos, el 88.7% opino que sí y el 11.3% que no.

En la pregunta los médicos están realmente interesados en usted, la respuesta sí dio un porcentaje del 92.7% y la respuesta no fue del 7.3%.

En si los médicos tienen suficiente respeto por los pacientes encontramos que el 94% opinó que sí y el 6% opinó que no.

El trato de su médico durante la consulta fue agradable, cortés y amable, el 94.7% respondió que sí y el 5.3% respondió que no. Como se ilustra en la figura número 11.

En la pregunta, el médico expresa las cosas claras y sin rodeos, las respuestas fueron siempre en un 70%, casi siempre 19.3% y nunca y casi nunca en un 5.3%.

En si el médico le explica las cosas claramente, el 93.3% respondió que sí y el 6.7% que no.

Si el médico le informa que algo está mal, le hace esperar mucho tiempo para su cita, se obtuvo no en un 68.7% y sí en un 31.3%.

Los médicos atienden todos sus problemas, respondieron siempre un 60%, casi siempre 28.7%, casi nunca 8% y nunca 3.3%.

En la pregunta como percibe usted la atención que le brindan los médicos en este servicio la respuesta bien obtuvo el 41.3%, muy bien 29.3%, excelente 18%, regular 10% y mal 1.3%. Como se ilustra en la figura número 12.

Si tiene cita, usted es atendido puntualmente sin esperar mucho tiempo, se obtuvo siempre 48%, casi siempre 24%, nunca 16.7% y casi nunca 11.3%.

En si el médico le informo cual es su problema, el 90.7% respondió que sí y el 9.3% respondió que no. Ilustrado en la figura número 13.

Después de hablar con el médico, está bien enterado de la situación de su padecimiento, respondieron siempre en un 71.3%, casi siempre 16%, casi nunca 8.7% y nunca en un 4%.

En la variable está usted seguro(a) de cómo seguir las indicaciones de su médico, las respuestas obtenidas fueron: sí en un 90% y no en un 10%.

El médico le informa todo lo que deseaba saber sobre su padecimiento, 69.3% opina que siempre, 23.3% casi siempre, casi nunca 4.7% y nunca 2.7%. Como se ilustra en la figura número 14.

Le pareció que el médico se interesó en usted como persona, respondieron que sí el 86% y no el 14% restante.

Le dio el médico la oportunidad de expresar todo lo que usted deseaba, con respecto a sus problemas, en esta pregunta se encontró que la respuesta siempre ocupó el 73.3%, casi siempre 16%, casi nunca 6.7% y nunca 4%.

Se sintió avergonzada(o) al hablar con su médico, se obtuvo no en el 86% y sí en el 14% restante.

A la pregunta se sintió con libertad para hablar con su médico de asuntos privados, la respuesta no obtuvo el porcentaje mas alto con 83.3% y sí el 16.7%.

En si se sintió realmente comprendido(a) por su médico, el 90.7% respondió que sí y el 9.3% respondió que no.

El médico entendió el motivo principal de su consulta, se obtuvo sí en el 94% y no en el 6%.

En la variable confiaría su vida a este médico, respondieron siempre el 69.3%, casi siempre 12%, nunca 11.3% y casi nunca 7.3%. Ilustrado en la figura número 15.

Le pareció que el médico sabia lo que estaba haciendo, 94% respondió que sí y el 6% restante que no.

En la pregunta el médico le explicó las dudas de su padecimiento, los resultados obtenidos fueron sí en un 92.7% y no en el 7.3% restante. Como se muestra en la figura número 16.

La variable respecto si le parece fácil seguir las indicaciones de su médico, la respuesta siempre obtuvo el 75.3%, casi siempre 16%, casi nunca 4.7% y nunca con el 4% restante.

Podría ser difícil hacer exactamente lo que el médico le indicó, se encontró que el 66% respondió que no y el 34% que sí.

En la última pregunta que cuestiona está usted seguro, que el tratamiento del médico vale la pena a pesar de las molestias que habrá de tener, las respuestas fueron sí con un 94% y no con el 6% restante. Ilustrado en la figura número 17.

GRAFICAS Y TABLAS.

Tabla No.1

Frecuencia de encuestados según la edad y escolaridad, en la U.M.F. 61 del I.M.S.S.

Abril del 2006.

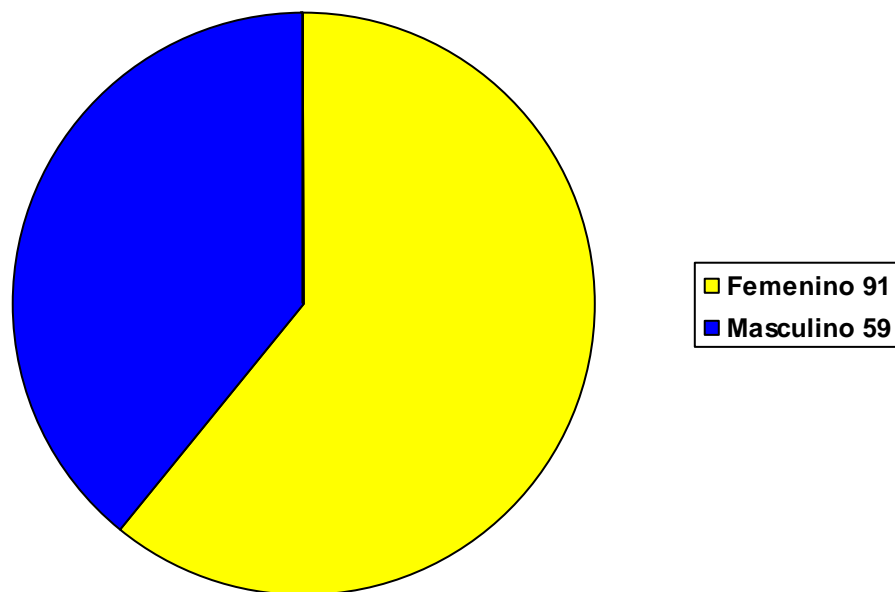
	Edad del paciente	Escolaridad del paciente
Mínima	60	0
Máxima	82	18
Media	68.75	5.75
Desviación estándar	6.20	4.11

n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F. 61 del I.M.S.S."

FIGURA 1

Frecuencia de encuestados según el sexo, en la U.M.F. 61 del I.M.S.S.
Abril del 2006.

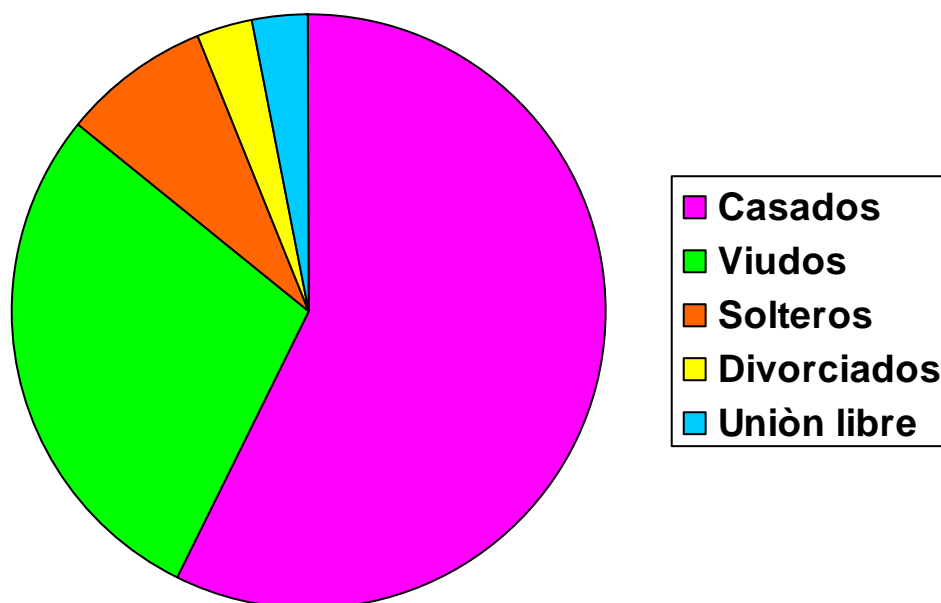


n=150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F. 61 del I.M.S.S."

FIGURA 2

Frecuencia de encuestados de acuerdo al estado civil, en la U.M.F. 61 del I.M.S.S. Abril del 2006.

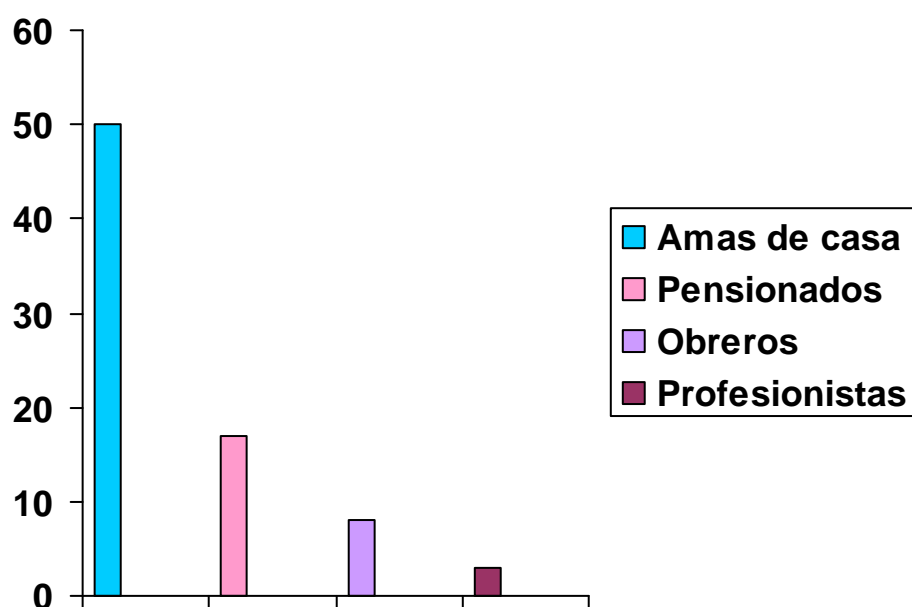


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F. 61 del I.M.S.S."

FIGURA 3

Distribución de los encuestados según la ocupación, en la U.M.F. 61 del I.M.S.S. Abril del 2006.

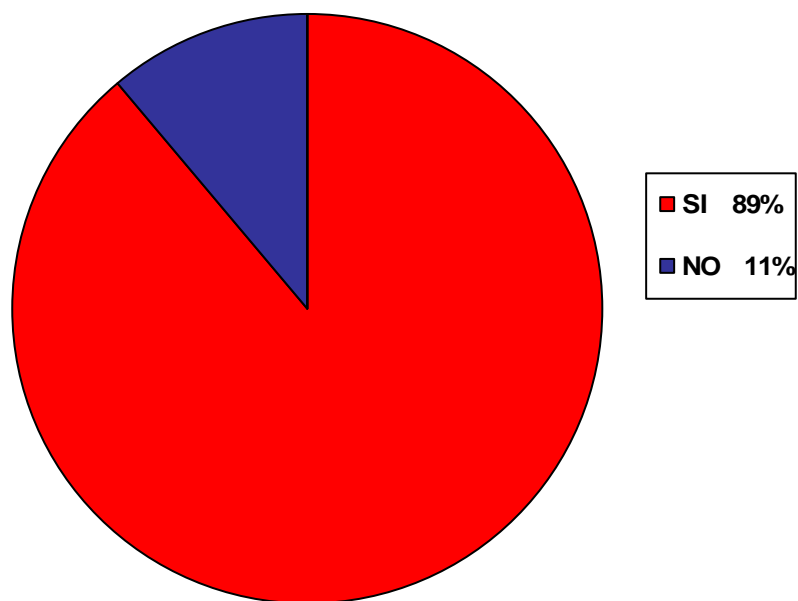


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F. 61 del I.M.S.S."

FIGURA No. 4

Porcentaje de respuestas a ¿si el mètico lo conoce y sabe quien es usted?en la UMF No 61 del IMSS Abril 2006.

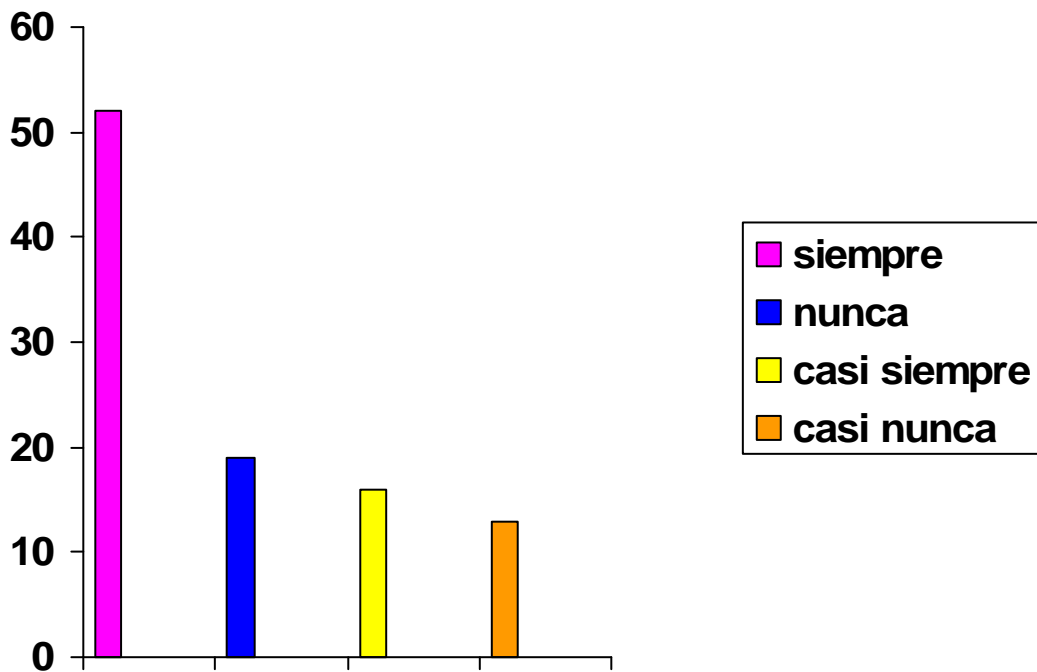


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F. 61 del I.M.S.S."

FIGURA No. 5

Porcentaje de respuestas a ¿si el médico se disculpa si por algún motivo se le hizo esperar? en la UMF 61 del IMSS abril 2006



n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F. 61 del I.M.S.S."

Figura No.6

Porcentaje de respuestas a ¿el médico le permite que usted le explique su problema? en la UMF 61 del IMSS abril 2006

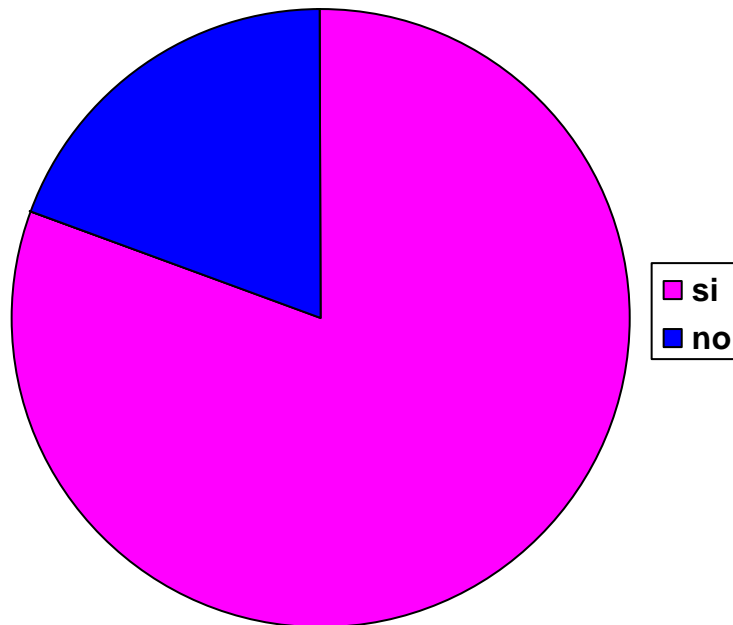


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

Figura No. 7

**Porcentaje de respuestas a si ¿el
médico le interroga sobre sus
dudas?en la UMF 61 del IMSS abril
de 2006**

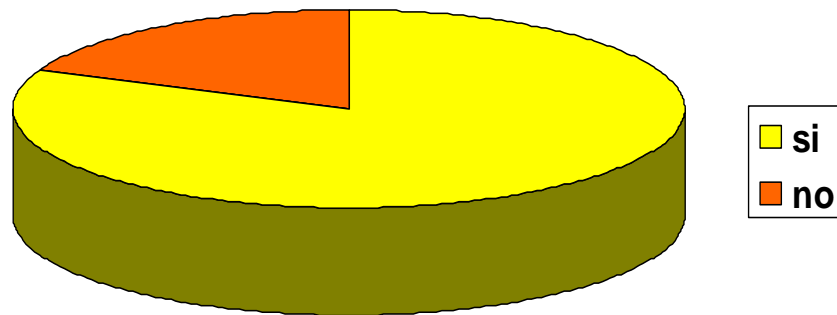


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

Figura No. 8

**Porcentaje de respuestas a ¿el
médico usa palabras que usted
puede entender?**

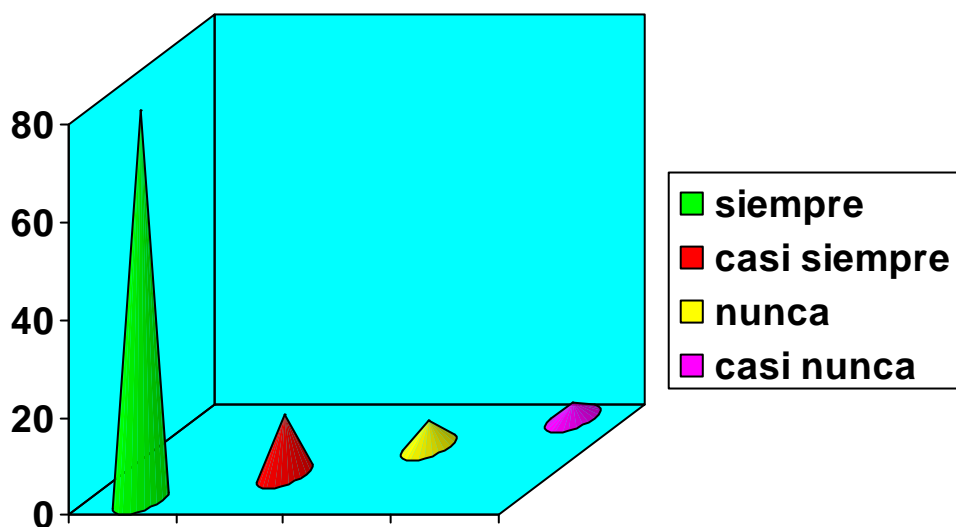


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

Figura No.9

Porcentaje de respuestas a ¿el médico permanece el tiempo suficiente con usted? en la UMF 61 del IMSS abril 2006

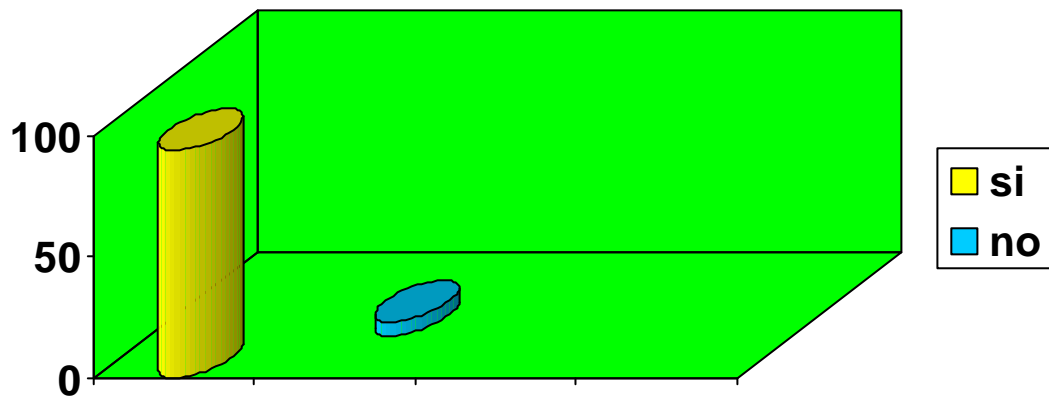


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

Figura No.10

Porcentajes de respuestas a ¿su médico durante la consulta es bueno? en la UMF 61 del IMSS abril 2006

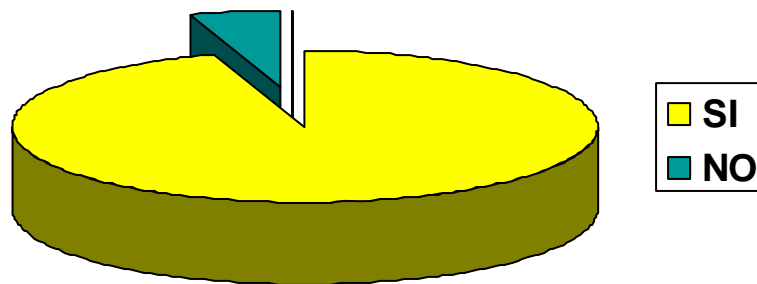


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

Figura No.11

Porcentajes de respuestas a ¿el trato de los médicos fue agradable, cortés y amable? en la UMF 61 del IMSS abril 2006

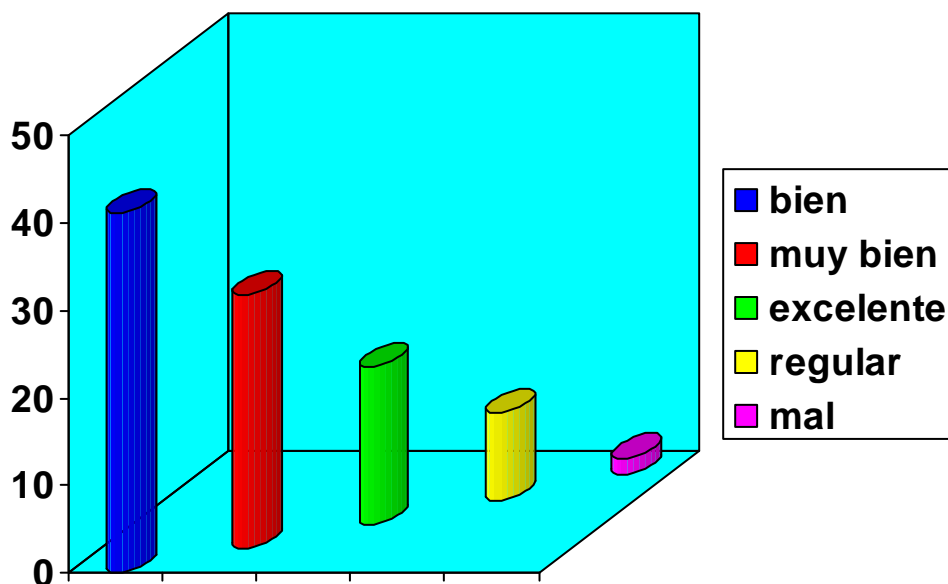


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S

Figura No. 12

**Porcentajes de respuesta a ¿como
percibe usted la atencion que le brindan
los medicos en este servicio?en la UMF
61 del IMSS abril 2006**

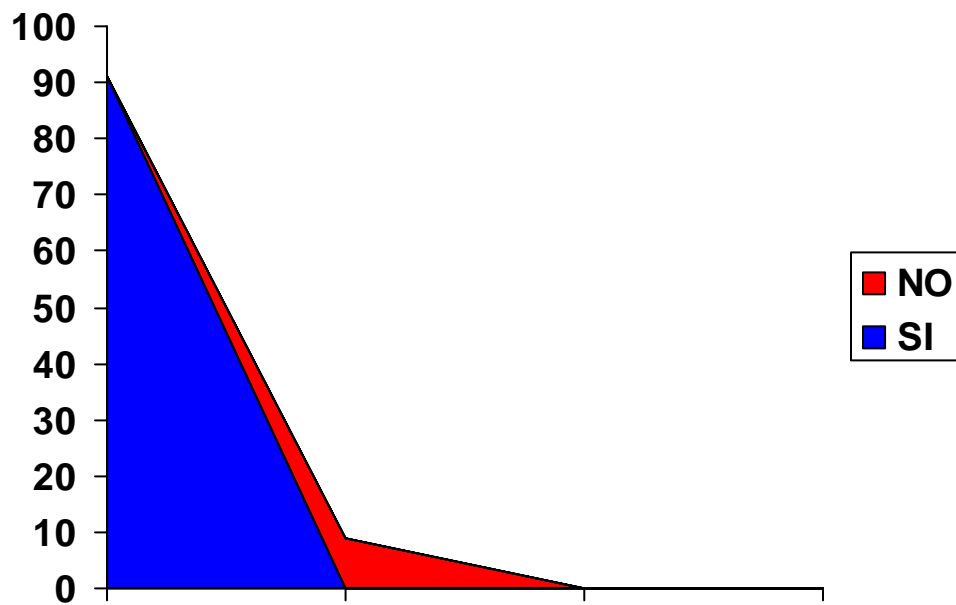


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

Figura No. 13

Porcentajes de respuesta a ¿el médico le informo cual es su problema? en la UMF 61 del IMSS abril 2006

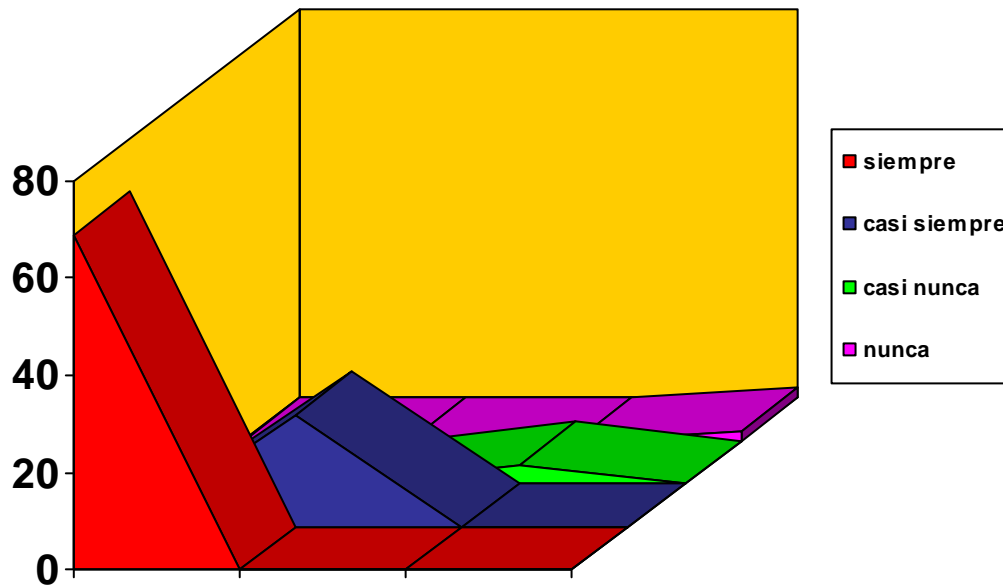


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

Figura No. 14

Porcentaje de respuestas a ¿el médico le informó todo lo que deseaba saber sobre su padecimiento? en la UMF 61 del IMSS abril 2006

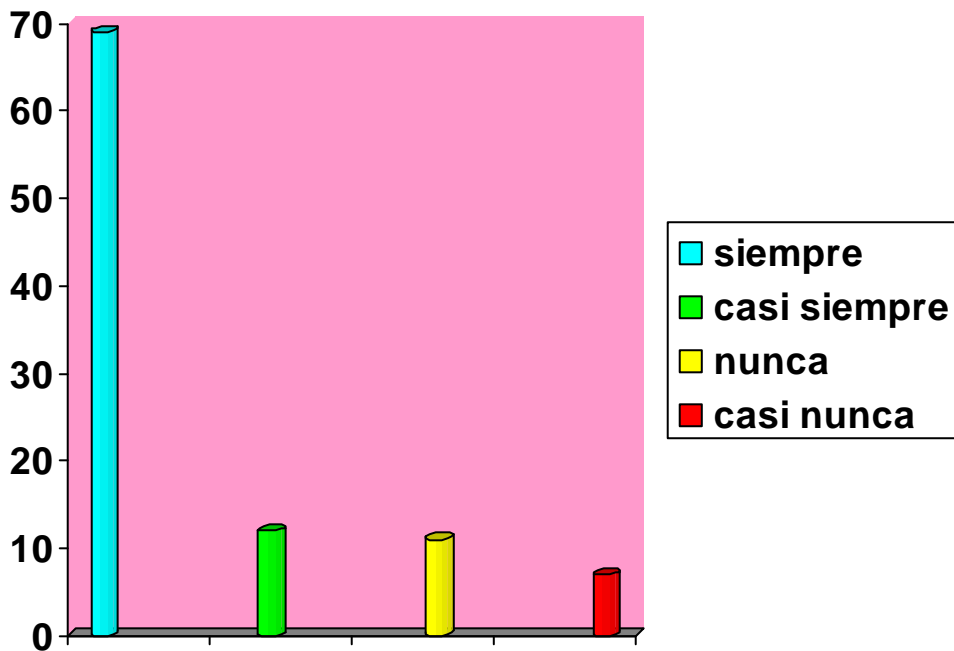


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

Figura No.15

**Porcentaje de respuestas a ¿Confiaría su vida a este medico? en la UMF 61 del IMSS
abril 2006**

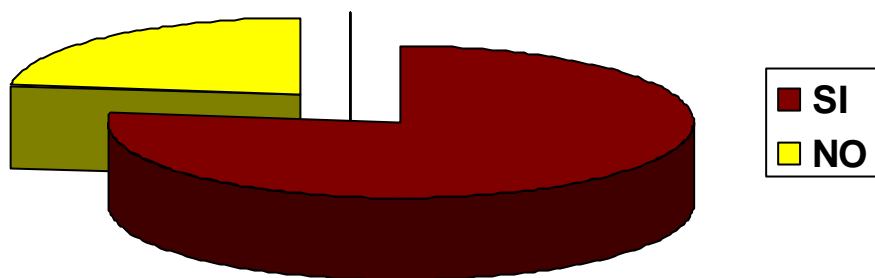


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

Figura No. 16

Porcentaje de respuestas a ¿el médico le explica las dudas de su padecimiento? en la UMF 61 del IMSS abril 2006

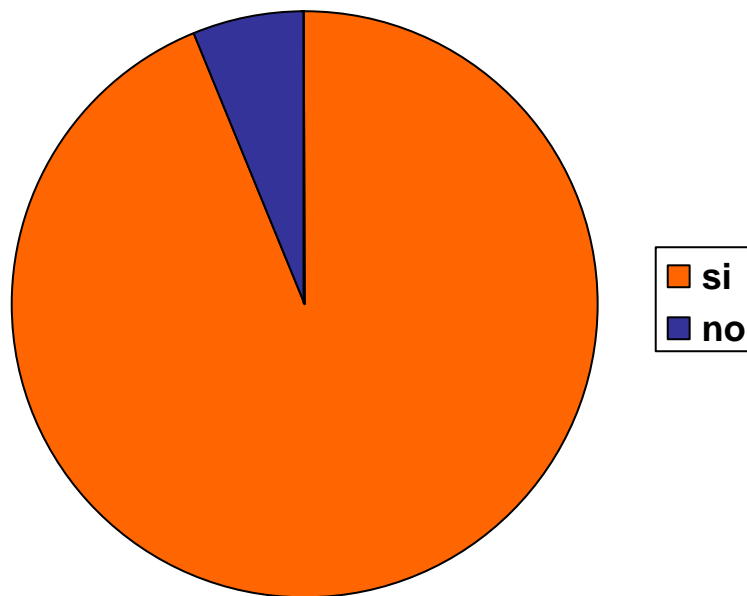


n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

Figura No. 17

Porcentaje de respuestas a ¿vale la pena el tratamiento a pesar de las molestias? en la UMF 61 del IMSS abril 2006



n= 150 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Percepción de la Calidad de la Atención en el Paciente Adulto Mayor en la U.M.F.61 del I.M.S.S.

4. DISCUSION

En la presente investigación se encontró que la opinión en general de los adultos mayores es altamente satisfactoria en cuanto a la calidad de atención prestada por el servicio médico.

Este tipo de estudio permite obtener una retroalimentación de cómo es percibida por el usuario y proveedores de salud la atención proporcionada; dando la oportunidad de realizar cambios para lograr una mejoría en la calidad de la atención médica.

Ya que la satisfacción del usuario es la parte fundamental de la calidad de la atención médica, influyendo en el apego a los servicios de salud, garantizando la efectividad de las acciones preventivas a la población en general como la orientación y tratamiento oportuno de los problemas de salud.

Es importante resaltar la relación médico-paciente tomando en cuenta algunos factores que el personal médico minimiza como: la relación interpersonal, un lenguaje claro sin tecnicismos, que le permita al profesional de la salud un acercamiento para conocer datos del individuo y su familia y por lo tanto de sus familiares y de esa forma realmente llevar a cabo la Medicina Familiar en sí.

Se obtuvo información útil para experiencias posteriores que apoyen y sirvan para una mejor toma de decisiones con el fin de prevenir y corregir problemas en relación a la atención médica en el primer nivel de atención.

5. Conclusiones

En el presente estudio se analizaron los datos obtenidos en cuanto a la percepción de la calidad de la atención de los pacientes adultos mayores en relación a la atención médica que se presta en la U.M.F. No 61 del I.M.S.S. que obtuvo un grado de excelencia del 29.3 por ciento, muy bien del 41.3 por ciento, regular un 18 por ciento, mal 1.3 por ciento, el médico lo conoce y sabe quien es usted se registro fue alto con un sí en el 89 por ciento, permanece el tiempo suficiente con usted siempre 80 por ciento, casi siempre 12 por ciento, nunca 4.7 por ciento, casi nunca 3.3 por ciento, y definiendo si el trato del médico fue cortés y amable se encontró si en el 94.7 por ciento y no 5.3 por ciento. Por lo anterior se concluye que la excelente calidad de la atención médica está aún lejos de ser alcanzada en esta unidad ya que solo algunos parámetros obtuvieron el nivel de excelencia y otros no. Por lo que se sugiere que se refuercen las acciones médico integrales con un reconocimiento de las autoridades de esta unidad, brindando todas las facilidades para continuar generando excelencia. Haciendo hincapié en que es lo que se necesita para mejorar la calidad de atención prestada a los derechohabientes en esta Unidad de Medicina Familiar.

Por lo que se deberá poner mayor énfasis en la asesoría y supervisión del personal involucrado para facilitar el otorgamiento de la excelencia en la atención médica a los pacientes adultos mayores, debido a que este grupo de edad va en crecimiento poblacional, por lo que será de gran utilidad condensar controles periódicos en donde se identifiquen los avances que se logra en este grupo de edad, en cuanto a la percepción de la calidad de la atención.

Con las medidas antes mencionadas será posible llegar en esta unidad a una atención médica de excelente calidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Retamal GA, Monge JV. Valoración de la calidad percibida de los usuarios de las zonas Básicas de Salud de la cuenca. Atención primaria 1999; 24(9): 507-513.
- 2.- Moliner TMA., Moliner TJ. La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: Un enfoque de marketing. Atención primaria 1996; 17(6): 400-407.
- 3.- Ruelas B.E. Transiciones indispensables. Salud Pública de México 1990; 23(2): 108.
- 4.- Kane and Kane, Donabedian, referido en Calidad en la atención del anciano. En Malagón Londoño "Garantía de calidad en Salud" editorial Panamericana. Colombia 2001:299-301
- 5.- 4.24, 4.25 y 4.26 citados en Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México 1993:106.
- 6.-Ruiz C.M. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud. Salud Pública de México 1990; 32:156-169.
- 7.-Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública de México 1990; 32(2): 116.
- 8.-Donabedian A. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. La prensa médica mexicana; México 1984. 19(2):20-31
- 9.- Ruelas B.E. Calidad, productividad y costos. Salud Pública México 1993; 35(2) 299-300.
- 10.- Aguirre H. Evaluación y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Salud Pública 1991; 33(6); 623-624.
- 11.- Gallo V, R.Altisent T. Perfil profesional del médico familiar citado en Atención Primaria 1999; 23(4); 236-248.
- 12.- Conn H.F . Medicina Familiar. En papel del médico familiar Ed Interamericana México 1974, (4): 40-41.
- 13.- Irugoyen C.A. Fundamentos de Medicina Familiar 7ª edición. Medicina Familiar Mexicana 2000:114-149.
- 14.- Conn H.F . Medicina Familiar. En papel del médico familiar Ed Interamericana México 1974, (4):40-41.
- 15.-Londoño P.F .Calidad en la atención del anciano. En Malagón Londoño "Garantía de calidad en salud" Ed. Panamericana. Colombia 2001:299-301.
- 16.- Langanica SR. Geriatria y Gerontología. Aspectos generales del envejecimiento. Editorial Interamericana, México 1985:25-72
- 17.- Ortiz de la Huerta D, Morales Virgen JJ. Epidemiología. En Rodríguez GR. Geriatria. Ed. Mac Graw Gill Interamericana. México 2000: 3-6.
- 18.- Declaración de Sevilla 1ª cumbre. Iberoamericana de Medicina Familiar. Mayo de 2002.

- 19.-Mejía Montero J.L. La Familia. En Rodríguez GR. Geriátría Editorial Mac Graw Gill Interamericana. México 2000: 8.
- 20.-Mejía Montero J.L. Modelos de Atención Gerontológica. En Rodríguez GR. Geriátría Ed Mac Graw Gill Interamericana México 2000: 19.
- 21.- Rodríguez GR. Geriátría. Proceso de envejecimiento. Editorial Mac Graw Gill Interamericana México 2000:23.
- 22.-Congreso Nacional de Medicina Familiar especialidad fundamental para la consolidación de todo el Sistema Nacional de Salud (editorial) Gaceta de la Facultad de Medicina. UNAM, marzo 1994:3-6.
- 23.-Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional en cuidados primarios de la salud, Alma Ata USSR, Septiembre 1978:6-72.
- 24.-Informe Millis, Taylor R. B. Medicina de Familia. Editores asociados. 1999 :apéndice.
- 25.-Ruelas BE. Hacia una estrategia de garantía de calidad. Salud pública de México.1992;34:29-45
- 26.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Medica Mundial en Helsinki Finlandia, junio 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo Escocia, octubre 2000.
- 27.-Secretaria de Salud. Ley General de Salud [publicación online] México 2002, Disponible en: URI:[http://www. Salud.gob.mx/marco_juridico/ley_gral/index-indice.htm](http://www.Salud.gob.mx/marco_juridico/ley_gral/index-indice.htm)

ANEXOS

ACTIVIDAD PROGRAMADA
ACTIVIDAD REALIZADA

CRONOGRAMA

NOV 04	DIC 04	ENE 05	FEB 05	MAR 05	ABR 05	MAY 05	JUN 05	JUL 05	AGO 05	SEP 05	OCT 05	NOV 05	DIC 05	MAR 06	ABR 06		NOV 04	DIC 04	ENE 05	FEB 05	MAR 05	ABR 05	
X	X				X												OBSERVACIÓN Y SELECCIÓN DEL TEMA MARCO TEORICO.	X	X				X
						X	X										MATERIAL Y METODOS.						
								X	X														
										X	X			X	X		REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DE ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO						
														X	X		ORGANIZACIÓN Y PRESENTACION DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DISCUSIÓN DE LOS DATOS						
																	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO						
																	INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL						
																	INFORME HGZ No. 58						
																	INFORME CMN SIGLOXX1						
																	CORRECCIONES IMPRESIÓN FINAL						
																	DIFUSIÓN DE RESULTADOS Y						

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

FOLIO _____

Consentimiento para la participación de la encuesta "Evaluación de la calidad de la atención en el paciente adulto mayor". El presente cuestionario tiene como propósito medir la satisfacción en cuanto a calidad de la atención se refiere otorgada en la U.M.F. No. 61 del I.M.S.S. esta investigación tiene autorización para realizarse en esta unidad médica y la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria. Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. Del mismo modo, si usted se siente en algún momento herido, lastimado ó agredido en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así su valiosa colaboración.

La información obtenida será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona la mencionada unidad médica.

El cuestionario consta de 42 preguntas y se contesta aproximadamente en 15 minutos, no existen respuesta buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted contestar el cuestionario? SI _____ No _____

EVALUACION DE LA PERCEPCIÓN DE LA ATENCION EN LA U. M. F. No 61

Consultorio _____ Día: _____
Turno: Matutino _____ Vespertino _____ Mes: _____
Año _____

Con motivo de evaluar la calidad de la atención médica, le pedimos el favor de responder el siguiente cuestionario.

Edad _____ años Sexo: M _____ F _____
Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión Libre _____
Ocupación. _____
Último grado de estudios. _____

- 1.- ¿El médico lo conoce, sabe quien es usted?
Si _____ No _____
- 2.- ¿El médico se disculpa si por algún motivo, se le hizo esperar?
Nunca _____ Casi nunca _____ Siempre _____ Casi siempre _____
- 3.- ¿El médico le permite que usted le explique su problema?
Nunca _____ Casi nunca _____ Siempre _____ Casi siempre _____
- 4.- ¿El médico muestra interés en usted como persona?
Nunca _____ Casi nunca _____ Siempre _____ Casi siempre _____
- 5.- ¿El médico le explica en que consiste el examen médico?
Si _____ No _____
- 6.- ¿El médico le explica que encontró durante el examen?
Nunca _____ Casi nunca _____ Siempre _____ Casi siempre _____
- 7.- ¿El médico le interroga sobre sus dudas?
Si _____ No _____
- 8.- ¿El médico usa palabras que usted puede entender?
Si _____ No _____
- 9.- ¿El médico le explica todos sus problemas?
Si _____ No _____
- 10.- ¿El médico le explica como tomar sus medicamentos?
Si _____ No _____
- 11.- ¿El médico discute las opciones de tratamiento posibles con usted?
Si _____ No _____
- 12.- ¿El médico se asegura que usted entienda acerca de los resultados de laboratorio?
Nunca _____ Casi nunca _____ Siempre _____ Casi siempre _____
- 13.- ¿El médico permanece el tiempo suficiente con usted?
Nunca _____ Casi nunca _____ Siempre _____ Casi siempre _____
- 14.- ¿El trato de su médico durante la consulta es bueno?
Si _____ No _____

- 15.-¿Las habilidades profesionales de su médico durante la consulta, son correctas?
Si_____ No_____
- 16.-¿Los médicos encuentran cual es su problema?
Nunca_____ Casi nunca_____ Siempre_____ Casi siempre_____
- 17.-¿El médico es competente, cuando muchos de sus problemas no han sido resueltos?
Si_____ No_____
- 18.-¿Los médicos están realmente interesados en usted?
Si_____ No_____
- 19.-¿Los médicos tiene suficiente respeto por los pacientes?
Si_____ No_____
- 20.-¿El trato de los médicos fue agradable, cortés y amable?
Si_____ No_____
- 21.-¿El médico expresa las cosas claras y sin rodeos?
Nunca_____ Casi nunca_____ Siempre_____ Casi siempre_____
- 22.-¿El médico le explica las cosas claramente?
Si_____ No_____
- 23.-¿Si el médico le informa que algo está mal, le hacen esperar mucho tiempo para su cita?
Si_____ No_____
- 24.-¿Los médicos atienden todos sus problemas?
Nunca_____ Casi nunca_____ Siempre_____ Casi siempre_____
- 25.-¿Cómo percibe usted la atención que le brindan los médicos en este servicio?
Excelente_____ Muy bien_____ Bien_____ Regular_____ Mal_____ Muy mal_____
- 26.-¿Si tiene cita usted, es atendido puntualmente sin esperar mucho tiempo?
Nunca_____ Casi nunca_____ Siempre_____ Casi siempre_____
- 27.-¿Le informo el médico cual es su problema?
Si_____ No_____
- 28.-¿Después de hablar con el médico, está bien enterado de la situación de su padecimiento?
Nunca_____ Casi nunca_____ Siempre_____ Casi siempre_____

- 29.-¿Esta usted seguro(a) de cómo debe seguir las indicaciones de su médico?
Si _____ No _____
- 30.-¿El médico le informa todo lo que deseaba saber sobre su padecimiento?
Nunca _____ Casi nunca _____ Siempre _____ Casi siempre _____
- 31.-¿Le pareció que el médico se interesó en usted como persona?
Si _____ No _____
- 32.-¿Le dio el médico la oportunidad de expresar todo lo que usted deseaba, con respecto a sus problemas?
Nunca _____ Casi nunca _____ Siempre _____ Casi siempre _____
- 33.¿Se sintió avergonzada(o) al hablar con su médico?
Si _____ No _____
- 34.-¿Se sintió con libertad para hablar con su médico de asunto privados?
Si _____ No _____
- 35.-¿Se sintió realmente comprendido(a) por su médico?
Si _____ No _____
- 36.-¿El médico entendió el motivo principal de su consulta?
Si _____ No _____
- 37.-¿Le confiaría su vida a este médico?
Nunca _____ Casi nunca _____ Siempre _____ Casi siempre _____
- 38.-¿Le pareció que el médico sabía lo que estaba haciendo?
Si _____ No _____
- 39.-¿El médico le explicó las dudas de su padecimiento?
Si _____ No _____
- 40.-¿Le parece fácil seguir las indicaciones del médico?
Nunca _____ Casi nunca _____ Siempre _____ Casi siempre _____
- 41.-¿Podría ser difícil hacer exactamente lo que el médico le indicó?
Si _____ No _____
- 42.-¿Esta usted seguro, que el tratamiento del médico vale la pena a pesar de las molestias que habrá de tener?
Si _____ No _____