



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20**

**PERCEPCION DE LA SATISFACCION EN LA ATENCION MÈDICA  
EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. RODRIGO AMARO AGUILAR**

**TUTORA:**

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

**ASESOR METODOLÓGICO:**

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

**GENERACIÓN 2009-2012  
MÉXICO D.F.**





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.

**TUTORA:**

---

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR UMF NO. 20**

**ASESOR METODOLOGICO:**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR UMF NO.20**

**Vo. Bo.**

---

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,  
MAESTRA EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF 20**

## Agradecimientos.

*A Dios y a mi familia por su apoyo, comprensión, ejemplo y motivación durante toda mi vida y la carrera.*

*A mis asesoras por explicarme y guiarme durante todo el proceso, haciendo que lograra comprender los pasos, no solo de la tesis, sino también durante la especialidad.*

*A todos mis compañeros durante la residencia por ser una fuente constante de apoyo, aprendizaje, alegría y volverse de compañeros a verdaderos amigos.*

*A Ana y América por ayudarme y ser una continúa fuente de apoyo, estar ahí durante todo el proceso de investigación de la tesis y animarme cuando parecía que ya no podíamos más.*

*A Elizabeth por escucharme, darme apoyo, quererme por quién soy y estar conmigo cuando más lo necesitaba y enseñarme lo importante que es mantenerme fiel a mis principios.*

## **Índice.**

TITULO.	I
RESUMEN.	II
ANTECEDENTES.	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	6
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.	6
JUSTIFICACIÓN.	7
HIPOTESIS.	8
SUJETO, MATERIAL Y METODOS.	9
RESULTADOS.	16
CONCLUSIONES.	24
DISCUSIÓN.	25
RECOMENDACIONES.	29
BIBLIOGRAFIA.	30
ANEXOS.	32

**PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN  
MÉDICA  
EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCION**



## PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Amaro-Aguilar R<sup>1</sup>, Aguirre-García MC<sup>2</sup>, Vega-Mendoza S<sup>3</sup>.

1. Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar.
2. Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 20, IMSS
3. Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 20, IMSS

**INTRODUCCION:** La calidad de la atención médica es un tema de gran interés actual y la percepción de la satisfacción en los pacientes para una adecuada retroalimentación y mejora continua. **OBJETIVO:** Determinar cuál es la percepción en la satisfacción de la atención médica en los pacientes de la UMF 20. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó estudio descriptivo a derechohabientes del IMSS UMF 20, mediante aplicación del GPAQ (General Practice Assesment Questionary) que destaca la comunicación y actitud durante la atención médica. **RESULTADOS:** La percepción de satisfacción en comunicación y actitud fue buena (90.2% y 85.7% respectivamente). Acerca de la comunicación el ser explorado fue del 60.2% y en actitud medica el 59.3% considero ser informado del diagnóstico y tratamiento. Las características observadas con buena percepción de atención médica en comunicación y actitud fue sexo femenino (51.39% y 50.93%), intervalo de edad de 30 a 39 años (35.77% y 36.6%), ocasión de consulta subsecuente (84.38% y 83.55%), escolaridad preparatoria (34.51% y 34.48%), jefe de familia obrero especialista (47.36% y 45.36%), instrucción de la madre secundaria incompleta o técnico inferior (36.27% y 35.54%), ingresos salario quincenal o mensual (82.87% y 83.29%), vivienda espacios reducidos con buenas condiciones sanitarias (62.72% y 63.13%), usuarios trabajadores (49.12% y 49.34%), tiempo de espera 16 a 30 minutos (80.6% y 80.64%), sin necesidad de incapacidad (91.94% y 91.78%). **CONCLUSIONES:** La atención médica percibida por los pacientes es considerada en general como buena, sin embargo queda por valorar otros aspectos en los servicios de consulta externa.

**Palabras clave:** Calidad de la atención, atención médica, primer nivel, satisfacción, comunicación, actitud.

## **PERCEPTIONS OF SATISFACTION IN HEALTH CARE IN A PRIMARY CARE.**

Amaro-Aguilar R<sup>1</sup>, Aguirre-García MC<sup>2</sup>, Vega-Mendoza S<sup>3</sup>.

1. Resident Physician of the Course in Specialization Family Medicine
2. Family Physician, Family Medicine Unit No. 20, IMSS
3. Family Physician, Family Medicine Unit No. 20, IMSS

**INTRODUCTION:** The quality of health care is a topic of great current interest and the perception of patient satisfaction for adequate feedback and continuous improvement. **OBJETIVE:** To determine what is the perception on the satisfaction of care for patients of the UMF 20. **MATERIAL AND METHODS:** Descriptive study of IMSS UMF 20 by applying the GPAQ (General Practice Assessment Questionary) which highlights communication and attitude during medical care. **RESULTS:** The perception of satisfaction in communication and attitude was good (90.2% and 85.7% respectively). About communication being explored was 60.2% and 59.3% in medical attitude consider to be informed of the diagnosis and treatment. The characteristics observed with good perception of health care communication and attitude was female (51.39% and 50.93%), age range 30 to 39 years (35.77% and 36.6%) chance of subsequent consultation (84.38% and 83.55% ), high school education (34.51% and 34.48%), head of household labor specialist (47.36% and 45.36%), mother's education incomplete middle school (36.27% and 35.54%), fortnightly or monthly wage income (82.87% and 83.29%), housing spaces with good sanitary conditions (62.72% and 63.13%), users employees (49.12% and 49.34%), time to wait 16 to 30 minutes (80.6% and 80.64%), without disability (91.94% and 91.78%). **CONCLUSIONS:** The medical care received by patients is generally considered good, however it remains to evaluate other areas in outpatient services.

**Keywords:** Quality of care, health care, first level, satisfaction, communication, attitude.

## **Antecedentes.**

Si bien el tema de la calidad de vida o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge en la década de los 90, que se mantiene hasta la actualidad. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, lo que pone de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término.

En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación del equipo de salud con el paciente ha ido quitando la calidad relacional que antes era soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud.

El diagnóstico y el tratamiento a nivel biomédico exclusivamente y el uso de complicados procedimientos tecnológicos han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

La prevalencia de enfermedades crónicas para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.

Se ha definido a la Calidad de la Atención como la atención que puede proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas que acompañan el proceso en todas sus partes, centrándose en términos de los atributos de los proveedores y su comportamiento.

La Organización Mundial de la Salud la define como el logro de un alto nivel de excelencia profesional y de satisfacción del paciente, la existencia de mínimos riesgos y el uso eficiente de los recursos. (1)

La relación médico-paciente se define como un conjunto completo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos, que se dan como supuestos de los encuentros clínicos. (2)

Esta es la base fundamental de un buen acto médico, ya que tiene connotaciones humanas, éticas, filosóficas, sociales y legales. No se limita solo al vínculo médico-enfermedad, ya que se incorporan sentimientos, principios y vivencias del paciente y del profesional. Se establece un compromiso mayor, una relación persona a persona con todo lo que esto involucra, tanto en términos de su efecto placebo como de su capacidad para tranquilizar, alentar la esperanza y favorecer la catarsis. (3)

El médico no solo tiene que identificar el diagnóstico nosológico, sino las expectativas del paciente y, si son excesivas, acotarlas. En esta exploración tiene que formarse una idea de sus deseos, temores, preferencias, aprehensiones, valores y principios. Atender los síntomas que obligan al enfermo a buscar ayuda, pero también los que no, además realizar un diagnóstico de la competencia del paciente, a modo de involucrarlo en las decisiones y de confiar en su capacidad para contender con la enfermedad. Obviamente es más fácil atenerse al modelo reduccionista, en el que la atención es un servicio más y por eso hay mucha resistencia a abandonar ciertos patrones que caracterizaron a la medicina de antes. (4)

La actitud del médico ha variado a través del tiempo. Drey y Hulka han propuesto una tipología de cuatro modelos posibles de esta relación que varían según la manera en que se vinculan los tres elementos presentes en la atención médica: el médico, el paciente y el problema: el paternalista caracterizado por

ser el médico quien dispensa favores a un enfermo que no tenía derecho a reclamo; luego fue el médico que prestaba atención por obligación, se reconoce en esta etapa cierta posibilidad a reclamos del paciente; posteriormente se aceptan la autonomía y los derechos del paciente, así como el respeto por sus creencias y valores; recientemente se instalan de forma progresiva la presentación consumista, relación entre quien presta un servicio y el que lo contrata; presentando una amplia gama de estas diferentes actitudes, una confusión en cuanto al verdadero rol del médico y del paciente. (5)

Si bien la preocupación sobre la calidad de la atención médica no es nueva, en los últimos años se ha acrecentado el interés. Muchos factores han influido para que se llegara a esta situación, como la convergencia de intereses entre administradores y profesionales de la salud, no siempre coincidentes entre si. Los primeros están preocupados por el incremento de los costos y la utilización de los servicios por parte de la población. Actualmente los administradores están empeñados en buscar la satisfacción del paciente, usuario o cliente.

En los últimos años ha aumentado el interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica médica (la imposibilidad de abarcar todos los conocimientos) y del incremento de las competencias profesionales y económicas. (6)

La calidad de un servicio se mide no sólo por un factor, lo complejo de lograr la calidad en un servicio de salud es precisamente las múltiples variables que influyen para lograr la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicio. Entre estos aspectos se encuentran la puntualidad del servicio, la oportunidad en la atención del paciente, la amabilidad del personal de salud y asistentes, la limpieza del lugar, la infraestructura ofrecida, la presentación del personal, el nivel del trato humano, la capacidad técnico médica, el nivel de información sobre la enfermedad, etc. Los pacientes y sus familiares evalúan la calidad de

un servicio médico como un todo, si algo falla, las expectativas de los usuarios no son satisfechas y por lo tanto existirá la inconformidad.

El grado de exigencia actual de los pacientes y sus familiares se ha incrementado, los usuarios de los servicios médicos han mejorado su nivel de información y han incrementado sus expectativas. Desafortunadamente las fuentes de información de los pacientes no siempre son las mejores y muchos de los pacientes y familiares reciben sin crítica alguna, la información de medios de comunicación masiva que por ganar audiencia desprestigian y menosprecian acciones médicas o desinforman al público sobre lo que realmente son sus derechos, no mencionan sus obligaciones y evidencian complicaciones médicas como verdaderos atentados contra su bienestar y salud. Esto va en contra del pensamiento de la calidad y afectan seriamente la imagen del personal de salud, generando día a día una barrera en la relación médico paciente.

En el trabajo cotidiano pensamos que estamos haciendo las cosas con calidad, que la mayoría de nuestros pacientes están satisfechos con el servicio y que los problemas que pudiesen presentarse en realidad no son importantes. (7)

A pesar de que la calidad de la atención médica ha sido un problema que causa gran preocupación en los niveles de la medicina institucional y privada, no han existido programas oficiales de aplicación general y en forma permanente para garantizarla. Sin embargo, al revisar y analizar los esfuerzos independientes que se han llevado a cabo en las diferentes instituciones del Sector Salud, se encuentra un número importante de trabajos y publicaciones que enfocan aspectos muy variados en relación con este tema. (8)

En la evaluación de la calidad, se debe de tomar en cuenta el desempeño de las subunidades de la organización y su personal, así como el acceso a la atención y la asignación de recursos. Ya que los pacientes son socios en la producción de la atención y a su vez contribuyen a la definición de calidad, pues depositan sus

valores y expectativas acerca del proceso interpersonal, se convierten en los definidores primarios de los que significa la calidad.

Una de las formas más habituales de participación de los usuarios en la evaluación de un servicio sanitario se consigue mediante el desarrollo de instrumentos de acopio de información, como las encuestas de satisfacción. Éstas permiten que los usuarios valoren tanto el servicio recibido como muchos de sus componentes o características concretas. Los datos obtenidos se pueden analizar y sistematizar, identificando los elementos mejor y peor valorados por los usuarios, lo cual es de gran utilidad para la evaluación de la política pública sanitaria y de los servicios que, a través de ella, se ponen en marcha. De esta manera, se pueden introducir mejoras en la gestión de forma que se ofrezca un servicio que sea y se perciba de mayor calidad, lo que abundará en el incremento de la satisfacción de los pacientes y por lo tanto en el mejoramiento de los servicios sanitarios y la salud pública. (9)

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo.

Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo; documenta el desempeño laboral de los diferentes niveles y contribuye en la mejoría en la calidad de la atención, mediante el establecimiento de estándares de desempeño; a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad del usuario para hacer juicios de valor acerca de los aspectos técnicos de la atención. (10)

### **Planteamiento del problema.**

Dado que la UMF No. 20 es una unidad de atención de primer nivel, se enfrenta a un gran número de pacientes de primera vez o la gran población con padecimientos crónicos degenerativos a los cuales tiene que llevar su control. Dado que ya se ha mencionado, gran parte del adecuado control es por la percepción de la calidad y secundario a esta, el apego al tratamiento para sus diversos padecimientos, es de vital importancia el conocer cual es la percepción de la calidad de atención por parte de nuestra población.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la satisfacción de la atención médica en los pacientes de la UMF 20?

### **Objetivos del estudio.**

- Objetivo general:
  - Determinar el tipo de satisfacción durante la atención médica en pacientes de la UMF 20.
  
- Objetivos específicos:
  - Identificar las características sociodemográficas de la población que acude a la UMF 20.
  - Determinar el tipo de satisfacción durante la atención medica en relación a la comunicación y actitud del médico.
  - Identificar la satisfacción de la atención medica de acuerdo a edad, sexo, estrato socioeconómico, escolaridad, tipo de usuario, expedición o no de incapacidad y tiempo de espera.



### **Justificación.**

Es una práctica común en las sociedades occidentales evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios. (8)

El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene al menos una triple justificación: por un lado se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente en la evaluación, planificación y redefinición de la política sanitaria. Por otro lado, en muchos ámbitos existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio, aportando información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción del usuario habla de la calidad del servicio conjugando tanto sus necesidades como sus expectativas. Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está demostrado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud. (9)

Dado que la Unidad de Medicina Familiar Numero 20 es de las primeras en captar y dar tratamiento de manera constante a múltiples pacientes, la gran mayoría con padecimientos crónico degenerativos, es de vital importancia conocer la percepción de la calidad de atención medica para la continua mejora y asegurar así el apego al tratamiento de nuestros pacientes.

**Hipótesis de trabajo:**

No requiere por tratarse de un estudio exploratorio

## **Sujetos, material y métodos.**

- **Características del lugar donde se realizara:** Unidad de Medicina Familiar No. 20. Calzada Vallejo No. 675, Colonia Magdalena de las Salinas C.P. 07760, Delegación Gustavo A. Madero. Es una clínica de primer nivel que ofrece servicios de Consulta Externa, Visitas a Domicilio, Atención Medica Continua, Farmacia, Medicina Preventiva, Laboratorio, Salud en el Trabajo, Trabajo Social, Planificación Familiar, Nutrición y Dietética, Vigencia de Derechos y Adscripción del Asegurado y sus Beneficiarios, Modulo de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente, a las colonias Acueducto De Guadalupe, Arboledas De Cuauhtepc El Alto, Compositores Mexicanos, Cuauhtepc De Madero, Cuauhtepc El Alto, Defensores De La Republica, Colonia Del Bosque, Joyas De Nieve, Juventino Rosas, La Forestal, La Patera, La Patera Vallejo, La Ponderosa, Lindavista Vallejo, Loma De La Palma, Lomas De Cuauhtepc, Lomas De San Miguel, Magdalena De Las Salinas, Malacates, Joyas De Nieve, Juventino Rosas, La Forestal, Nueva Vallejo, Panamericana, Progreso Nacional, Progreso Nacional Ampliación, San Miguel Del Rosario, Solidaridad Nacional, Valle De Madero, Vallejo, Vallejo Residencial, Zona Escolar, Zona Escolar Oriente; todas ellas de la delegación Gustavo A. Madero. Los pacientes acuden por sus propios medios o después de ser tratados en unidades de 2º o 3er nivel para su control.
- **Encuesta o instrumento de evaluación:** se utilizara el cuestionario GPAQ (General Practice Assesment Questionary), que evalúa los aspectos valorados por los pacientes. Se centra en la evaluación acerca de la accesibilidad, seguimiento, aspectos interpersonales de la consulta. Se utilizara la sección que destaca las habilidades, comunicación y atributos de la relación interpersonal. Utiliza preguntas tipo escala de Likert. Se realizó la traducción al español del cuestionario y posterior a esta, una revisión realizada por un traductor titulado. Para la evaluación,

utiliza porcentajes en una escala de 0 a 100 y utiliza la siguiente formula.  
Cada respuesta tiene un puntaje ponderado que va de 1 a 6.

$$\text{Puntuación} = \frac{(\text{Puntuación media de preguntas} - \text{valor mas bajo posible} \times 100)}{(\text{Puntaje máximo de respuestas})}$$

El cuestionario se aplicará por el médico residente responsable del estudio

- **Diseño:** Observacional.

#### **Tipo de estudio.**

- Por control de maniobra: observacional.
- Por la captación de información: prospectivo.
- Por la medición del fenómeno en el tiempo: transversal.
- Por la presencia de un grupo control: descriptivo.
- Por la dirección del análisis: transversal o encuesta.
- Ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: Abierto.

#### **Grupo de estudio.**

- Criterios de inclusión:
  - Población usuaria de la UMF 20 que acudan al servicio de consulta externa.
  - Mayores de 18 años.
  - Que acepten participar en el estudio.

- Criterios de exclusión:
  - Pacientes que por algún motivo médico o no médico no puedan contestar el cuestionario
  - Pacientes que no hayan finalizado la consulta médica.
  
- Criterios de eliminación:
  - Población no derechohabiente de la UMF No. 20.
  - Pacientes que no hayan contestado de manera adecuada el cuestionario.

**Tipo y tamaño de la muestra.**

Muestreo no probabilístico, sistematizado de acuerdo a numero de consultorios y turno.

Se realizó calculo de tamaño de la muestra utilizando la formula cuando se conoce el tamaño de la población.

La Unidad de Medicina Familiar No. 20 tiene una población adscrita de 91,540 derechohabientes, de entre 20 a 85 años y más, entre hombres y mujeres, hasta el 30 de Junio de 2010. Se tomo este total como universo de estudio para el cálculo de muestra.

Edad	Hombres	Mujeres	Total
20-24	2909	3476	6385
25-29	3674	4244	7918
30-34	3971	4903	8874
35-39	4516	5327	9843
40-44	3830	4751	8581
45-49	3446	4398	7844
50-54	3035	4279	7314
55-59	2641	3821	6462
60-64	2699	3694	6393
65-69	2558	3193	5751
70-74	2267	2584	4851
75-79	1951	2136	4087
80-84	1504	1472	2976
85+	2277	1984	4261
<b>Total</b>	<b>41278</b>	<b>50262</b>	<b>91540</b>

$$n = N / 1 + N \delta^2$$

$$n = 91,540 / 1 + 91,540 (0.05)^2$$

$$n = 91,540 / 1 + 91,540 (0.0025)$$

$$n = 91,540 / 91,541 (0.0025)$$

$$n = 91,540 / 228.8525$$

$$n = 399.99$$

$$n = 400$$

Calculando el 10% más de la muestra para compensar cuestionarios incompletos, para un total de 440 cuestionarios.

### Variables de estudio.

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	Se va obtener a partir de la pregunta de la edad hasta el momento de la consulta agrupando en los siguientes grupos de edad: 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-69 años 70-79 años 80 años y mas	Cualitativa nominal
Sexo	Características biológicas propias de cada genero	Se registra en base al aspecto fenotípico, con las siguientes característica: Masculino Femenino	Nominal
Estrato socioeconómico	Lugar que ocupa un individuo en la sociedad de acuerdo al conjunto de recursos económicos con los que cuenta	Utilizando el método Graffar, de acuerdo al puntaje obtenido: clase alta 04-06, clase medio alta 07-09,	Ordinal categórica

		clase media media 10-12, pobreza relativa 13-16, pobreza crítica 17-20	
Escolaridad	Grado máximo de estudios realizados por el paciente	Por pregunta directa: 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universidad 6. Postgrado	Ordinal categórica
Tipo usuario	Persona con derecho a utilizar el servicio, por ser el trabajador que cotiza o ser el beneficiario y por quien.	Por pregunta directa: 1. Trabajador 2. Beneficiario cónyuge 3. Beneficiario padres 4. Beneficiario hijo 5. Seguro 6. Estudiante 7. Pensionado facultativo	Categórica
Percepción del requerimiento de incapacidad	La creencia del trabajador activo de ameritar incapacidad por el motivo de consulta	Es la respuesta emitida por el paciente a la pregunta directa: Si No	Categoría dicotómica
Expedición de incapacidad	Es el certificado médico expedido por el médico familiar	Es la respuesta emitida por el paciente a la pregunta directa: Si No	Categórica dicotómica
Tiempo de espera	Tiempo transcurrido desde la llegada del usuario a la unidad hasta el momento de la entrevista	Se va a obtener a partir de la pregunta del tiempo transcurrido de espera hasta el momento de la consulta. 1. Menos de 15 minutos 2. De 16 a 30 minutos 3. De 31 a 60 minutos 4. Más de 60 minutos	Cuantitativa de razón.
Percepción de la	Es el cumplimiento de las	<b>Actitud. Se</b>	Dicotómica.

satisfacción de la atención médica	expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido; valorado por la actitud y la comunicación	considera satisfecho al obtener con la formula descrita un porcentaje mayor al 60% y no satisfecho al obtener con la formula descrita un porcentaje menor de 59%. <b>Comunicación.</b> . Se considera satisfecho al obtener con la formula descrita un porcentaje mayor al 60% y no satisfecho al obtener con la formula descrita un porcentaje menor de 59%.	
------------------------------------	---	---	--

### **Descripción general del estudio.**

Se realizara un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, abierto a pacientes derechohabientes del IMSS UMF 20, perteneciente a la Delegación 1 del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante la realización de encuestas GPAQ (General Practice Assesment Questionary) que acudan al servicio de Medicina Familiar para determinar la satisfacción de la atención médica .

Previo consentimiento informado, se les solicitará a los usuarios de la consulta externa de medicina familiar durante el mes de junio de 2011, contestar el instrumento de calidad de la atención que consta de aspectos sociodemográficos y características de solicitud de la consulta, anexándose el cuestionario GPAQ. Al termino se verificara que este completo y dándole las gracias a los usuarios por su participación.



### **Análisis de datos.**

Se realizara estadística descriptiva frecuencias y porcentajes para variables cuantitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas utilizando el programa SPSS versión 19.

### **Recursos humanos, físicos, financieros.**

- Recursos humanos.
  - Médico residente de tercer año de especialidad de Medicina Familiar.
  - Asesores.
  
- Recursos físicos.
  - Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
  - Hojas blancas.
  - Cuestionarios.
  - Lápices.
  - Goma.
  - Tabla con clip.
  - Computadora.
  - USB.
  - Paquetería especializada (Excel, SPSS).
  - Impresora.
  
- Recursos financieros.
  - No requiere solicitud de financiamiento, los gastos correrán por cuenta del investigador.

## Resultados.

Durante junio de 2011 se realizaron 440 encuestas a pacientes de la consulta externa de la UMF 20 encontrando los siguientes resultados.

### Perfil sociodemográfico de los pacientes.

El predominio observado fue sexo femenino con 51.6% (n = 227), intervalo de edad de 30 a 39 años con 35.5% (n = 156), escolaridad preparatoria con 33.9% (n = 149), ocupación del jefe de la familia obrero especialista con 45% (n = 198), nivel socioeconómico por escala de Graffar clase media media con 42.5% (n = 187).

**Cuadro 1. Perfil sociodemográfico de los derechohabientes de la consulta externa de la UMF 20.**

Variables	N	%
<b>Sexo</b>		
• Femenino	227	51,6
• Masculino	213	48,4
<b>Intervalo de edad</b>		
• 20 a 29	41	9,3
• 30 a 39	156	35,5
• 40 a 49	51	11,6
• 50 a 59	106	24,1
• 60 a 69	55	12,5
• 70 a 79	24	5,5
• 80 y mas	7	1,6
<b>Escolaridad</b>		
• Analfabeta	12	2,7
• Primaria	78	17,7
• Secundaria	147	33,4
• Preparatoria	149	33,9
• Universidad	54	12,3
<b>Ocupación del jefe de familia</b>		
• Universidad o gerente	13	3,0
• Profesionista técnico comerciante	114	25,9
• Empleado sin profesión técnica	91	20,7
• Obrero especialista	198	45,0
• Obrero no especializado	24	5,5
<b>Nivel socioeconómico por escala de Graffar</b>		
• Clase media alta	64	14,5
• Clase media media	187	42,5
• Pobreza relativa	180	40,9
• Pobreza crítica	9	2,0

### Características de la consulta externa.

El predominio en ocasión de la consulta fue subsecuente con 84.5% (n = 372), en derechohabencia fue trabajador con 49.8% (n = 219), en tiempo de espera fue 16 a 30 minutos con 78.9% (n = 347), en percepción de necesidad de incapacidad fue no necesaria con 91.1% (n = 401).

**Cuadro 2. Características en la consulta externa de los derechohabientes de la UMF 20.**

<b>Variables.</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Ocasión de la consulta</i></b>		
• Primera vez	68	15,5
• Subsecuente	372	84,5
<b><i>Derechohabencia</i></b>		
• Trabajador	219	49,8
• Cónyuge	142	32,3
• Padre	5	1,1
• Hijo	50	11,4
• Seguro facultativo	2	,5
• Pensionado	22	5,0
<b><i>Tiempo de espera</i></b>		
• Menos 15 min	42	9,5
• De 16 a 30 min	347	78,9
• De 31 a 60 min	31	7,0
• Mas 60 min	20	4,5
<b><i>Percepción de necesidad de incapacidad</i></b>		
• Si	39	8,9
• No	401	91,1

## Percepción de la satisfacción en la calidad de la atención medica en la consulta externa.

El predominio observado en si el médico pregunto acerca de los síntomas fue Bien con 56.8% (n = 250), en si escucho al paciente fue Bien con 56.4% (n = 248), en si exploro al paciente fue Bien con 60.2% (n =265), en si involucro al paciente en su tratamiento fue Bien con 59.8% (n = 263), en si explico el padecimiento y el tratamiento fue Bien con 59.3% (n = 261), en el tiempo con el médico fue Bien con 55.9% (n = 246), en paciencia del médico fue Bien con 57.5% (n = 253), y en actitud y preocupación del médico fue Bien con 55.7% (n = 245).

**Cuadro 3. Percepción de la calidad de atención en la consulta externa de la UMF 20.**

Variables.	n	%
<b>Pregunto síntomas</b>		
• Muy poco	1	,2
• Poco	18	4,1
• Suficiente	147	33,4
• Bien	250	56,8
• Muy bien	20	4,5
<b>Escucho al paciente</b>		
• Muy poco	1	,2
• Poco	18	4,1
• Suficiente	147	33,4
• Bien	248	56,4
• Muy bien	21	4,8
<b>Exploro al paciente</b>		
• Muy poco	3	,7
• Poco	14	3,2
• Suficiente	134	30,5
• Bien	265	60,2
• Muy bien	20	4,5
<b>Involucro al paciente en el tratamiento</b>		
• Poco	13	3,0
• Suficiente	136	30,9
• Bien	263	59,8
• Muy bien	24	5,5
• Excelente	4	,9
<b>Explico el padecimiento y el tratamiento</b>		
• Muy poco	2	,5
• Poco	22	5,0
• Suficiente	124	28,2
• Bien	261	59,3
• Muy bien	27	6,1
<b>El tiempo con el médico le pareció</b>		
• Muy poco	1	,2
• Poco	19	4,3
• Suficiente	157	35,7
• Bien	246	55,9
• Muy bien	14	3,2
<b>La paciencia del médico fue</b>		
• Muy poco	4	,9
• Poco	12	2,7
• Suficiente	149	33,9
• Bien	253	57,5
• Muy bien	18	4,1

<b>La actitud y la preocupación del médico fue</b>		
• Muy poco	4	,9
• Poco	21	4,8
• Suficiente	145	33,0
• Bien	245	55,7
• Muy bien	20	4,5

### **Percepción de la satisfacción en la comunicación en la atención medica.**

El predominio observado fue afirmativo con 90.2% (n = 397).

**Cuadro 4. Percepción de calidad de la comunicación en la consulta externa por los derechohabientes de la UMF**

<b>20</b>		
Variable	N	%
• Si	397	90,2
• No	43	9,8

### **Percepción de la satisfacción en la actitud en la consulta externa.**

El predominio observado fue afirmativo con 85.7% (n = 377).

**Cuadro 5. Percepción de calidad de la actitud en la consulta externa por los derechohabientes de la UMF 20.**

Variable	N	%
Si	377	85,7
No	63	14,3

## Percepción de la satisfacción en la comunicación durante la atención médica y características de los pacientes.

Los usuarios que percibieron una buena satisfacción en la comunicación fueron del sexo femenino con 51.39% (n = 204), el intervalo de edad fue 30 a 39 años con 35.77% (n = 142), en ocasión de consulta fue subsecuente con 84.38% (n = 335), en escolaridad fue preparatoria con 34.51% (n = 137), en profesión del jefe de familia fue obrero especialista 47.36% (n = 188), en instrucción de la madre fue secundaria incompleta o técnico inferior con 36.27% (n = 144), en fuente de ingresos fue salario quincenal o mensual con 82.87% (n = 329), en vivienda fue espacios reducidos con buenas condiciones sanitarias con 62.72% (n = 249), en derechohabiencia fue trabajador con 49.12% (n = 195), en tiempo de espera fue de 16 a 30 minutos con 80.6% (n = 320) y en necesidad de incapacidad fue No con 91.94% (n = 365).

**Cuadro 6. Percepción de la comunicación por características de la consulta externa de la UMF 20.**  
Satisfacción en comunicación médica

Variables	Si		No	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
• Femenino	204	51.39	23	53.49
• Masculino	193	48.61	20	46.51
<b>Intervalo de edad</b>				
• 20 a 29	34	8.56	7	16.28
• 30 a 39	142	35.77	14	32.56
• 40 a 49	47	11.84	4	9.30
• 50 a 59	94	23.68	12	27.9
• 60 a 69	52	13.10	3	6.98
• 70 a 79	21	5.29	3	6.98
• 80 y mas	7	1.76	0	0.00
<b>Ocasión</b>				
• Primera vez	62	15.62	6	13.95
• Subsecuente	335	84.38	37	86.05
<b>Escolaridad</b>				
• Analfabeta	11	2.77	1	2.32
• Primaria	73	18.39	5	11.63
• Secundaria	131	33.00	16	37.21
• Preparatoria	137	34.51	12	27.91
• Universidad	45	11.33	9	20.93
<b>Profesión del jefe de familia</b>				
• Universidad o gerente	9	2.27	4	9.30
• Profesionista técnico comerciante	101	25.44	13	30.23
• Empleado sin profesión técnica	77	19.39	14	32.56
• Obrero especialista	188	47.36	10	23.26
• Obrero no especializado	22	5.54	2	4.65
<b>Instrucción de la madre</b>				
• Universidad o equivalente	25	6.30	3	6.98

• Secundaria completa - técnica superior	136	34.26	22	51.16
• Secundaria incompleta - técnico inferior	144	36.27	13	30.23
• Primaria completa	74	18.64	3	6.98
• Primaria incompleta o analfabeta	18	4.53	2	4.65
<b>Fuente de ingresos</b>				
• Empresa privada negocio	4	1.01	0	0.00
• Salario quincenal - mensual	329	82.87	35	81.40
• Salario diario - semanal	64	16.12	8	18.60
<b>Vivienda</b>				
• Amplia lujosa buenas condiciones	1	0.25	0	0.00
• Amplia buenas condiciones	114	28.72	21	48.84
• Espacios reducidos buenas condiciones	249	62.72	19	44.19
• Reducida deficientes condiciones	33	8.31	3	6.97
<b>Derechohabencia</b>				
• Trabajador	195	49.12	24	55.81
• Cónyuge	131	33.00	11	25.58
• Padre	5	1.26	0	0.00
• Hijo	45	11.33	5	11.63
• Seguro facultativo	1	0.25	1	2.33
• Pensionado	20	5.04	2	4.65
<b>Tiempo de espera</b>				
• Menos 15 min	40	10.08	2	4.65
• De 16 a 30 min	320	80.60	27	62.79
• De 31 a 60 min	25	6.30	6	13.96
• Mas 60 min	12	3.02	8	18.60
<b>Necesidad de incapacidad</b>				
• Si	32	8.06	7	16.28
• No	365	91.94	36	83.72

### Percepción de la actitud por características de la consulta externa.

Los usuarios que percibieron una buena satisfacción en la actitud fueron del sexo femenino con 50.93% (n = 192), el intervalo de edad fue 30 a 39 años con 36.6% (n = 138), en ocasión de consulta fue subsecuente con 83.55% (315), en escolaridad fue preparatoria con 34.48% (n = 130), en profesión del jefe de familia fue obrero especialista con 45.36% (n = 171), en instrucción de la madre fue secundaria incompleta o técnica inferior con 35.54% (n = 134), en fuente de ingresos fue salario quincenal o mensual con 83.29% (n = 314), en vivienda fue espacios reducidos con buenas condiciones sanitarias con 63.13% (n = 238), en derechohabiencia fue trabajador con 49.34% (n = 186), en tiempo de espera fue de 16 a 30 minutos con 80.64% (n = 304), y en necesidad de incapacidad fue No con 91.78% (n = 346).

**Cuadro 7. Percepción de la actitud por características de la consulta externa de la UMF 20.**  
Satisfacción en la Actitud médica

Variables	Si		No	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
• Femenino	192	50.93	35	55.56
• Masculino	185	49.07	28	44.44
<b>Intervalo de edad</b>				
• 20 a 29	30	7.96	11	17.46
• 30 a 39	138	36.60	18	28.57
• 40 a 49	45	11.94	6	9.52
• 50 a 59	90	23.87	16	25.40
• 60 a 69	47	12.47	8	12.70
• 70 a 79	20	5.30	4	6.35
• 80 y mas	7	1.86	0	0.00
<b>Ocasión</b>				
• Primera vez	62	16.45	6	9.52
• Subsecuente	315	83.55	57	90.48
<b>Escolaridad</b>				
• Analfabeta	11	2.92	1	1.59
• Primaria	68	18.04	10	15.87
• Secundaria	123	32.62	24	38.09
• Preparatoria	130	34.48	19	30.16
• Universidad	45	11.94	9	14.29
<b>Profesión del jefe de familia</b>				
• Universidad o gerente	9	2.39	4	6.35
• Profesionista técnico comerciante	101	26.79	13	20.63
• Empleado sin profesión técnica	75	19.89	16	25.40
• Obrero especialista	171	45.36	27	42.86
• Obrero no especializado	21	5.57	3	4.76
<b>Instrucción de la madre</b>				
• Universidad o equivalente	24	6.37	4	6.35



• Secundaria completa - técnica superior	133	35.28	25	39.68
• Secundaria incompleta - técnico inferior	134	35.54	23	36.51
• Primaria completa	69	18.30	8	12.70
• Primaria incompleta o analfabeta	17	4.51	3	4.76
<b>Fuente de ingresos</b>				
• Empresa privada negocio	4	1.06	0	0.00
• Salario quincenal – mensual	314	83.29	50	79.37
• Salario diario – semanal	59	15.65	13	20.63
<b>Vivienda</b>				
• Amplia lujosa buenas condiciones	0	0.00	1	1.59
• Amplia buenas condiciones	110	29.18	25	39.68
• Espacios reducidos buenas condiciones	238	63.13	30	47.62
• Reducida deficientes condiciones	29	7.69	7	11.11
<b>Derechohabencia</b>				
• Trabajador	186	49.34	33	52.38
• Cónyuge	124	32.89	18	28.57
• Padre	5	1.33	0	0.00
• Hijo	43	11.41	7	11.11
• Seguro facultativo	1	0.26	1	1.59
• Pensionado	18	4.77	4	6.35
<b>Tiempo de espera</b>				
• Menos 15 min	39	10.34	3	4.76
• De 16 a 30 min	304	80.64	43	68.25
• De 31 a 60 min	26	6.90	5	7.94
• Mas 60 min	8	2.12	12	19.05
<b>Necesidad de incapacidad</b>				
• Si	31	8.22	8	12.70
• No	346	91.78	55	87.30

## **Conclusiones.**

El porcentaje de pacientes que se refieren satisfechos con respecto a la percepción de comunicación y actitud fue alto (90.2% y 85.7% respectivamente).

En las preguntas acerca del trato del médico (pregunto acerca de sus síntomas, escucho al paciente, exploro al paciente, involucro en el tratamiento, explico el padecimiento y el tratamiento, el tiempo con el médico fue, tuvo paciencia y mostro actitud y preocupación) los pacientes lo refirieron bien, en más del 50%.

Sobre las características observadas en relación con satisfacción en la percepción de comunicación y actitud fue sexo femenino (51.39% y 50.93%), el intervalo de edad fue 30 a 39 años (35.77% y 36.6%), la ocasión de consulta fue subsecuente (84.38% y 83.55%), en escolaridad fue preparatoria (34.51% y 34.48%), en profesión del jefe de familia fue obrero especialista (47.36% y 45.36%), en instrucción de la madre fue secundaria incompleta o técnico inferior (36.27% y 35.54%), en fuente de ingresos fue salario quincenal o mensual (82.87% y 83.29%), en vivienda fue espacios reducidos con buenas condiciones sanitarias (62.72% y 63.13%), en derechohabiencia fue trabajador (49.12% y 49.34%), en tiempo de espera fue de 16 a 30 minutos (80.6% y 80.64%), y en necesidad de incapacidad fue No (91.94% y 91.78%).

## **Discusión.**

La prevalencia observada en las características de la población en este estudio (sexo femenino, intervalo de edad de 30 a 39 años, escolaridad preparatoria, profesión del jefe de familia obrero especialista, instrucción de la madre secundaria incompleta, fuente de ingresos salario quincenal o mensual, vivienda con espacios reducidos y con buenas condiciones sanitarias, tipo de usuario trabajador) fue comparable con los resultados de Población, Hogares y Vivienda en 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (11)

El porcentaje de pacientes que refieren buena percepción de comunicación y calidad fue alto (90.2% y 85.7% respectivamente), sin que se encontrara asociación significativa con las características del perfil sociodemográfico de la población usuaria. Esto nos demuestra que los factores principales para la percepción de calidad en cada paciente son las características personales del trato de cada médico.

Los pacientes que tienen acceso a las instituciones de salud esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancia y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; con atención, cortesía y oportunidad, con un ambiente agradable. También esperan contar con personal médico y administrativo suficiente en capacidad y capacitación profesional y técnica, con una realización optima del proceso de atención (12). Al parecer nuestra población de estudio no refiere algún problema de atención médica durante la consulta externa solicitada, ya que casi el cien por ciento está bien, pero podría mejorar a ser excelente, reforzando o mejorando más las actitudes y la comunicación durante los servicios; podría estar en relación con el tipo de relación médico-paciente (paternalista e instrumental) institucional, que aunque no se analizo, mientras se otorgue todo lo que solicite el paciente, todo está bien.

Muchas de las opiniones positivas sobre los médicos de familia y centros de salud actuales se basaron en la comparación con los antiguos médicos que actuaban con el modelo paternalista y como mencionamos aun persisten como autoritarios, distantes, recios a dar explicaciones. En general, los médicos de familia también resultan mejor valorados, menos distantes socialmente que los otros médicos especialistas y al ser el médico de primer contacto se tiene que tomar en cuenta la comunicación y actitud de acuerdo a cada paciente-familia sin caer a extremos de muy deliberativo o permisivo hasta autoritario causando conflicto con la población asignada y ser etiquetado como muy bueno o muy malo en estos aspectos.

Tras acudir con su médico, el paciente valora de manera positiva los siguientes aspectos: que muestre motivación, interés por el paciente, calidad humana, trabajo en equipo, que conozca y tome en cuenta el contexto personal y familiar, que realice seguimiento del tratamiento, que sea empático, que inspire confianza, que establezca una relación y trato personal, que pida la opinión al paciente y sus acompañantes, que mire, que escuche, que sea eficiente sobre los problemas de salud, que no retenga en exceso antes de derivar al especialista, que explore, que informe, que mantenga una continuidad en el seguimiento de los problemas, que sea accesible, que tenga conocimientos, que no utilice estudiantes o sustitutos. Valoran de forma negativa que no mire, no salude, no explore, que ante un problema informe poco y derive al especialista, que muestre prisa o recete con rapidez. (4) En nuestro estudio encontramos las mismas características mencionadas por los pacientes, en cuanto a la comunicación fue muy importante para determinar una buena calidad de atención.

Al centrarse en la enfermedad que atiende, el médico refuerza la distancia existente entre él y su paciente. Interroga, explora, determina un diagnóstico y prescribe, sin involucrar en forma profunda al paciente dentro de este proceso.

Esto ocurre cuando el médico adquiere una estructura autoritaria, en detrimento de la calidad de la atención que les brinda. (13)

El predominio de actitudes biomédicas en los médicos puede ponerse en relación con el desarrollo y refuerzo de actitudes instrumentales y de pasividad en los pacientes. El desarrollo de actitudes humanistas en el médico puede facilitar el desarrollo y refuerzo de actitudes humanistas en los propios pacientes.

En el estudio de Gattinara B.C *et al* (14) se encontraron asociaciones entre la percepción de las capacidades diagnósticas y la percepción de la calidad de la comunicación que establece el personal de salud con los pacientes. Parece por tanto que, si el paciente no es escuchado por el prestador de servicios (médico) que lo atiende, y si no comprende las indicaciones recibidas, se inclinará probablemente a considerar que el personal de salud no está capacitado para reconocer su enfermedad: la calidad del nivel de comunicación (desde el primer contacto hasta la última consulta) influye en la percepción que la gente tiene sobre la capacidad diagnóstica de los trabajadores de salud. De esta manera puede ocurrir que aunque se dé un diagnóstico y tratamiento correcto, el paciente no lo interprete así, por la mala calidad en comunicación y actitud del médico, viendo de mala manera a éste y al instituto, llegando a afectando negativamente a su propia salud.

Por el caso contrario, aunque los pacientes valoran de manera muy importante el tiempo de espera para poder pasar a su consulta, (15) si se muestra una adecuada comunicación y actitud hacia el paciente, sus dolencias, preocupaciones y familiares o acompañantes, se sentirán satisfechos y si tomamos en cuenta que si se continúa una comunicación adecuada tras citas subsecuentes, se conseguiría que los pacientes sean participantes activos de su proceso salud-enfermedad, lográndose que el tiempo en el consultorio sea percibido como bien invertido (16, 17).

Albertson *et al* encontraron que realizar un cuestionario sencillo acerca de las preocupaciones del paciente antes de la consulta programada lograba aumentar el reconocimiento del médico y la percepción de calidad en la consulta médica (18), aunque la recabación de información fue realizada posterior a la consulta otorgada en nuestros pacientes, no se descarta que pueda ser aplicada antes de recibir el servicio solicitado, pero esto predispone tanto al médico como al paciente a realizar una adecuada relación médico-paciente, lo cual puede llevar a sesgos en los resultados obtenidos.

Existen diversos cuestionarios para la medición de la calidad de la atención, en donde se ha encontrado la importancia de la interacción del médico con el paciente (19). La Universidad de Cambridge desarrollo el cuestionario GPAQ (General Practice Assesment Questionary) que muestra gran utilidad, y que se ha estado actualizando de manera constante, y que pregunta de manera sencilla en una sección acerca de la calidad en comunicación y actitud del médico, por lo que fue utilizado en este estudio, sin embargo solo examina una parte de la satisfacción en la atención médica, por lo que podemos aplicar otros tipos de estudios para hacer una evaluación global de las necesidades del paciente, sin olvidar la satisfacción de los médicos y su equipo de salud. (20, 21)

Se ha observado una adecuada respuesta por parte de los pacientes en estas apreciaciones, dado que les parece de buen agrado que se tome en cuenta su opinión, mostrando que forman parte activa del proceso de retroalimentación y mejora continua, sugiriendo la realización periódica de estas encuestas de atención.

### **Recomendaciones.**

El cuestionario GPAQ (General Practice Assesment Questionary) se ha utilizado en otros países como medio de autoevaluación, en la que los médicos libremente realizan las encuestas a sus pacientes como una medida de retroalimentación a su trabajo cotidiano. En su forma íntegra, examina la calidad percibida por los pacientes en acceso a servicios, competencia técnica del personal, habilidades de comunicación, atributos en actitud y organización en los servicios de salud.

Se sugieren otros aplicar otros cuestionarios para la calidad de la atención donde se evalúan diversos aspectos de la atención médica, desde administrativos hasta en relación médico-paciente, donde no solo se analicen la actitud y la comunicación del médico.

Después de este trabajo se muestra que sería una adecuada herramienta para la medición rutinaria de la percepción de calidad en la atención medica, logrando observar cuales son los consultorios que muestren problemáticas y lograr identificar estas y realizar soluciones a corto y a largo plazo, además que fomenta el papel de los pacientes como parte del instituto y como medidores de la calidad de los servicios, con aplicación periódica para obtener datos que sirvan para la retroalimentación desde individual (médico-paciente) hasta de todo el sistema administrativo de las unidades de primer nivel, entrando como estrategias de mejora continua.

## Bibliografía.

1. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. Enferm.*, v. 9, n. 2, dic. 2003
2. Burbinsky B, Naser M. Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. *Arch Argent Ped* 1999. 97 (1): 43-46
3. Lifshitz A. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. *Acta Medica Grupo Ángeles*. 2003. 1 (1): 59-66
4. Girón M, Bevia B, Medina E, Simón-Palero M. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Rev. Esp Salud Pública* 2002.5 (76):561-575
5. Campero-Cuenca L. Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México. *Sal Pub Mex*. 1990;32:192-204
6. Fernández Busso, Nélica. Calidad de la atención médica. Fascículo N° 1, Programa de Educación a Distancia "Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud". [http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/ARCAL/documentos/calidad\\_salud.pdf](http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/ARCAL/documentos/calidad_salud.pdf)
7. Vázquez D. I. M. El médico de urgencias: Líder de su propia existencia. *Rev Mex Urg*, 2002; 1 (1)
8. Bases Para La Evaluación De La Calidad De La Atención En Las Unidades Médicas Del Sector Salud· Manuel Ruiz De Chávez, M.C. *Sal Pub Mex* 1990; Vol. 32(2):156-169
9. Serrano-del Rosal R, Loriente-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Sal Pub Mex* 2008; 50:162-172.
10. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Sal Pub Mex* 1998; 40:3-12.
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Población, Hogares y Vivienda. <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>



12. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narvaez G, Calvo-Ríos JM, et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Sal Pub Mex.* 1990;32:156-169
13. Campero-Cuenca L. Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en la consulta externa: El caso de Oaxaca. *Rev Sal Pub Mex* 1990. 32(02):192-204
14. Gattibara B. C, Ibacache J, Puente C. T, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los Servicios de Salud Públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cad. Saúde Publ Rio de Janeiro*, 1995.11(3):425-438
15. Anderson R.T, Camacho F. T, Balkrishnan R. Willing to wait? The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research* 2007, 7:31
16. Camacho F. T, Anderson R., Safrit A, Jones A. S, Hoffmann P. The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *N C Med J.* 2006 Nov-Dec;67(6):409-13.
17. Gross D. A, Zyzanski S. J, Borawski E. A, Cebul R. D, Stange K. C. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract*, 1998;47(2):133-7.
18. Albertson G, Lin C. T, Schilling L, Cyran E, Anderson S, Anderson R. J. Impact of a simple intervention to increase primary care provider recognition of patient referral concerns. *Am J Manag Care.* 2002;8(4):375-81.
19. Seibert J. H, Strohmeier J. M, Carey R. G. Evaluating the physician office visit: in pursuit of a valid and reliable measure of quality improvement efforts. *J Ambul Care Manage.* 1996;19(1):17-37.
20. General Practice Assessment Questionary. GPAQ. University of Cambridge. <http://www.gpaq.info/>
21. Ramsay J, Campbell J, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Family Practice* 2000; 17: 372-379

## **Anexos.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**"Cuestionario para la evaluación de la relación médico paciente en la consulta de Medicina Familiar"**

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de conocer su opinión sobre el servicio prestado en el área de Consulta; mismo que no tendrá repercusión sobre la atención médica posterior, ya que este cuestionario es anónimo, por favor conteste con la mayor sinceridad posible. Gracias.

Fecha	/ /
1. ¿Qué edad tiene usted?	Años
2. Sexo:	Femenino Masculino

3. Numero de consultorio correspondiente	
--	--

4. Turno correspondiente	Matutino	Vespertino
5. Es primera vez que viene a este consultorio	Primera vez	Subsecuente

6. ¿Qué escolaridad tiene?	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad
7. ¿Cuál es la profesión del jefe de familia?	Universidad, gerente, ejecutivo de grandes empresas	Profesionista técnico, mediano comerciante	Empleado sin profesión técnica definida, universidad trunca	Obrero especializado : taxista, tractorista, etc.	Obrero no especializado, servicio domestico
8. ¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre?	Universitaria o equivalente	Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa	Secundaria incompleta o técnico inferior	Educación primaria completa	Educación primaria incompleta, analfabeta
9. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos?	Fortuna heredada o adquirida repentinamente	Provenientes de una empresa privada, negocio, honorarios profesionales	Sueldo quincenal o mensual	Salario diario o semanal	Ingresos de origen público o privado (subsidios)
10. ¿Cuáles son las condiciones de la vivienda?	Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias	Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias	Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias	Vivienda con espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias	Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

11. Usted es asegurado bajo el régimen:	Trabajador	Beneficiario cónyuge	Beneficiario padre(s)	Beneficiario hijo	Seguro facultativo	Estudiante	Pensionado
---	------------	----------------------	-----------------------	-------------------	--------------------	------------	------------

12. El tiempo de espera fue:	Menos de 15 minutos	De 16 a 31 minutos	De 31 a 60 minutos	Más de 60 minutos
------------------------------	---------------------	--------------------	--------------------	-------------------

13. ¿Usted sentía que necesitaba incapacidad?	Si	No
14. ¿Le dieron incapacidad?	Si	No

Tomando en cuenta la última atención en el servicio de Consulta Externa...

15. El médico, ¿qué tan profundamente pregunto sobre sus síntomas y su sentir?	Muy poco	Poco	Suficiente	Bien	Muy bien	Excelente
16. El médico, ¿Que tanto escuchó lo que usted comentó?	Muy poco	Poco	Suficiente	Bien	Muy bien	Excelente
17. ¿Qué tan a gusto se siente usted cuando el médico lo revisa?	Muy poco	Poco	Suficiente	Bien	Muy bien	Excelente
18. El médico, ¿Que tanto lo involucró en las decisiones de su tratamiento?	Muy a disgusto	A disgusto	Razonablem ente a gusto	A gusto	Muy a gusto	Excelente
19. La explicación que el médico hizo de su padecimiento o el tratamiento que necesita fue:	Muy pobre	Pobre	Suficiente	Buena	Muy buena	Excelente
20. El tiempo que el médico pasó con usted fue	Muy poco	Poco	Suficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
21. La paciencia que tuvo el médico ante sus preguntas o preocupaciones fue...	Muy poco	Poco	Suficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
22. La actitud y preocupación de su médico fue	Muy poco	Poco	Suficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.**

México D.F. a            de            del 2011.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Percepción de la calidad de atención en la relación médico paciente en el primer nivel de atención".

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita conocer la satisfacción que el usuario percibe al utilizar el servicio de la consulta familiar de la UMF No.20 del I.M.S.S.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

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

---

Nombre y firma del paciente

---

Dr. Rodrigo Amaro Aguilar 99354845  
R3 Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 5516911517