



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



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE**

**MEXICO Y MUNICIPIOS**

**HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL**

**“SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA  
POR EL MÉDICO FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL  
NEZAHUALCÓYOTL”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. FLORES QUIROZ YOSETH GUADALUPE**

**Ciudad Netzahualcóyotl, Estado de México 22 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

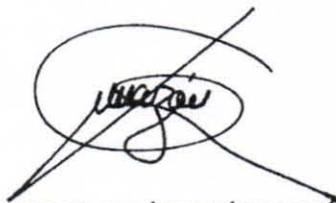
**“SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ATENCIÓN MÉDICA  
RECIBIDA POR EL MÉDICO FAMILIAR EN EL HOSPITAL  
REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DR. YOSETH GUADALUPE FLORES QUIROZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

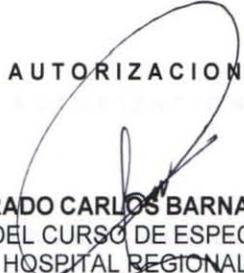
**“SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA  
POR EL MÉDICO FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL  
NEZAHUALCÓYOTL”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

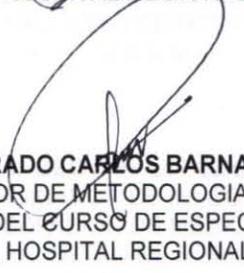
**PRESENTA:**

**DR. YOSETH GUADALUPE FLORES QUIROZ.**

**AUTORIZACIONES**



**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO.**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO.**  
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



**DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ.**  
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO.**  
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INOVACION EDUCATIVA  
EN SALUD

## INDICE

1. Marco teórico.....	pág.1
1.1 Medicina familiar: aspectos básico.....	pág.3
1.2 El especialista en medicina familiar y las otras especialidades.....	pág.4
1.3 Medicina familiar en México.....	pág.9
1.4 Satisfacción en el área de salud.....	pág.15
2. Justificación.....	pág.23
3. Planteamiento del problema.....	pág.24
4. Objetivos.....	pág.25
4.1 Objetivo general.....	pág.25
4.2 Objetivos específicos.....	pág.25
5. Metodología.....	pág.25
5.1 Tipo de estudio.....	pág.25
5.2 Población lugar y tiempo.....	pág.25
5.3 Muestra.....	pág.26
5.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	pág.26
5.5 Variables, definición conceptual y operativa.....	pág.27
5.6 Método de recolección de datos.....	pág.28
5.7 Recursos humanos.....	pág.29
5.8 Recursos materiales.....	pág.29
5.9 Recursos financieros.....	pág.29

5.10 Análisis de información.....	pág.29
6. Consideraciones éticas.....	pág.30
6.1 Declaración de Helsinki recomendaciones para guiar a los médicos en la Investigación biomédica en seres humanos.....	pág.30
6.2 Principios básicos para toda investigación médica.....	pág.31
7. Resultados .....	pág.33
8. Análisis de resultados .....	pág.36
9. Conclusiones.....	pág.37
10. Bibliografía.....	

## 1. MARCO TEORICO

La Atención Primaria en Salud (APS) sigue siendo el componente esencial del sistema de salud, haciendo parte del desarrollo social, económico y político de cada país. Asumir para mantenerla, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”. En 1978 la conferencia de OMS-Unicef de Alma-Ata definió la APS como: atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.<sup>1</sup>

No por ende entonces la principal función de un Sistema de Salud no es únicamente garantizar el derecho al enfermo a ser diagnosticado y tratado sino pretender que no se enferme y que mantenga sano. La salud es un derecho fundamental humano y para conseguirlo se requiere del apoyo y coordinación de diferentes sectores gubernamentales y sociales.<sup>1</sup>

Para ello dentro de las actividades de la APS están la educación sanitaria, la provisión de alimentos, la nutrición adecuada, la salubridad del agua, el saneamiento básico, los cuidados maternos infantiles, la inmunización, la prevención y control de las enfermedades endémicas, el tratamiento básico y el abastecimiento de fármacos. Sin embargo todo se ve mermado por los aspectos socioeconómicos del propio país, ya que defenderá del sistema de salud integrar al equipo de Atención Primaria en Salud, la cual es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la APS en el seno de una comunidad determinada. Aunque el profesional médico

tiene un papel fundamental no es el único protagonista de la actividad sanitaria. No existen modelos universales que describan su composición.<sup>1,2</sup>

La especialidad en Medicina Familiar (MF) nace en los años sesenta inicialmente en Norte-américa como respuesta al fraccionamiento del ser humano, la despersonalización de la atención médica y la alta dependencia de la tecnología en un modelo de salud predominantemente curativo. Desde entonces se ha ido extendiendo en los cinco continentes, y en algunos países, constituyéndose en la base de todo sistema de salud. La MF es una especialidad que como disciplina clínica, funciona al más alto nivel de complejidad. Es la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia combinando las ciencias del comportamiento con las ciencias tradicionales clínicas y biológicas ofreciendo un cuidado integral, humanizado y continuo sin importar la edad, el sexo ni la enfermedad u órgano comprometido.<sup>4</sup> Las características principales de la MF son la prevención, la detección y el tratamiento precoces de las enfermedades, al igual que la perpetuación de la salud. La MF maneja un enfoque sistémico basado en la teoría general de los sistemas formulada por Ludwig von Bertalanffy en la que se muestra como todos los niveles son sistemas contenidos en supra sistemas más complejos y a su vez compuestos por subsistemas. Este enfoque sistémico ofrece una visión más panorámica del individuo como sistema, contenido en un supra sistema inmediato que es la familia, que a su vez forma parte de un mayor supra sistema que es la comunidad, etc. Pero además es el primer contacto para ejercer las acciones de la APS, ambos son los elementos esenciales que constituyen la puerta de entrada al Sistema de Salud. En este nivel el Médico Familiar resolverá entre el 80 y 90% de los problemas de salud. Pero es necesario contar con los recursos necesarios propios y de apoyo especializado. Cada contacto con el paciente es aprovechado por el MF para realizar actividades de educación o prevención, el Médico Familiar es un gestor de recursos y tiene la capacidad para delimitar cuánto, cómo y dónde ha de gastarse en la atención de un problema de salud determinado y para un paciente concreto. Es eficiente en el manejo de los recursos del Sistema de Salud conservando el equilibrio costo-

beneficio, sin exponer la excelente calidad que esta sería la pretensión correcta en un sistema de salud.<sup>4,5</sup>

## 1.1 MEDICINA FAMILIAR: ASPECTOS BÁSICOS

Según la Academia Americana de Médicos de Familia, "La Medicina Familiar es la especialidad que brinda atención médica continua e integral para el individuo y la familia. Es la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca a todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas y órganos y cada entidad de la enfermedad". La Medicina Familiar (MF) es la efectora de la Atención Primaria (AP) y al igual que la mayoría de las demás especialidades médicas, posee un cuerpo de conocimientos propio, así como instrumentos y habilidades que le permiten diferenciarse en el objeto de su práctica. El médico de familia es el profesional responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo desde la Atención Primaria, puerta de entrada al sistema sanitario que busca atención médica a través de sus servicios o coordinando el uso apropiado de estos con otros niveles de atención teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población, como los recursos disponibles en la comunidad a la que sirve.<sup>6</sup>

La MF hace hincapié en la responsabilidad permanente de la atención de la salud a través del primer contacto y la evaluación inicial a través de la atención continua de problemas crónicos. Prevención y detección precoz de la enfermedad son características esenciales de esta disciplina. Coordinación e integración de todos los servicios de salud necesarios con la menor cantidad de fragmentación y las habilidades para manejar la mayoría de los problemas, permiten a los médicos de la familia proporcionar una atención rentable de la salud.<sup>6</sup>

En México la medicina familiar ha carecido hasta hoy de un enfoque global. La permanencia del modelo biomédico curativo instaurado tanto en las instituciones de salud públicas como privadas, da origen a una medicina familiar desdibujada, incomprendida, injustificable y altamente costosa para los servicios de salud. Cabe

mencionar que este modelo ha funcionado en otros países, pero en México enfrenta graves contradicciones que ponen en riesgo su propia existencia.

El médico familiar está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial. Su práctica no está limitada siquiera a lo estrictamente definido como problema de salud, el compromiso no tiene un punto final definido; no termina con la curación de una enfermedad, la finalización de un curso de tratamiento, o la incurabilidad de un padecimiento, la Medicina Familiar se define a sí misma en términos de relaciones, lo que la hace única en los principales campos de la medicina clínica.<sup>7</sup>

La medicina de familia se afirma como especialidad moderna en su afán por recuperar el personalismo en la actuación médica. El médico familiar frecuentemente utiliza herramientas básicas que le permiten durante la consulta identificar oportunamente conductas, acciones, síntomas que orienten hacia alguna patología primaria o secundaria, y sobre todo mejorar el entorno del paciente y su familia para su beneficio. Si queremos conocer sobre un país o una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno. La familia como agrupación social constituye el medio ambiente donde crecen y se desarrollan la casi totalidad de nuestros pacientes, y donde se va a gestar la salud o enfermedad.<sup>6,7</sup>

## 1.2 EL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y LAS OTRAS ESPECIALIDADES

La Medicina Familiar prepara especialistas con un perfil amplio de actividades para responder a los desafíos que debe encarar un profesional en el nivel primario de salud y, en consecuencia, los habilita para responder a funciones tan diversas como:<sup>6,7</sup>

- Prestar atención médica a niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y gestantes, de manera integral e integrada, involucrando a su familia y comunidad.
- Resolver más del 80.% de la consulta en AP, incluyendo: el mantenimiento de salud, patologías en su etapa inicial, control de patologías crónicas, además de problemas del comportamiento, en base a la Medicina Basada en Evidencias.
- Brindar atención y consejería a familias en riesgo o que ameriten esta intervención.
- Manejo de urgencias en Atención Primaria.
- Ejecutar acciones administrativas de acuerdo a la organización de salud pública.
- Participar activamente brindando información necesaria a la población y educación para la salud del individuo, la familia y la comunidad a través de la promoción de salud y prevención de la enfermedad.
- Aplicar el método científico para el diagnóstico y abordaje de los problemas de salud del individuo, su familia y comunidad.
- Desarrollar un modelo de Atención Primaria orientada a la comunidad.

Aunque pudiera plantearse que existen grandes semejanzas entre este perfil y el propio de cualquier profesional generalista bien formado por una Facultad de Medicina, es preciso puntualizar que la diferencia no está sólo en lo que dichos prestadores realizan, sino fundamentalmente en como lo hacen. Así, se sobreentiende que cuando un especialista en MF realiza las acciones anteriormente planteadas, las ejecuta con un estilo diferente al de los

profesionales generalistas sin formación de post-grado y a los de otras especialidades. Algunas de estas diferencias se basan en que sus prestaciones están impregnadas de características como las siguientes.<sup>6</sup>

- Da respuesta a valores necesidades y expectativas del paciente (centrada en la persona).
- Brinda provisión de atención médica personal en un contexto de intimidad.
- Se adapta a necesidades y conveniencias cambiantes del paciente.
- Realiza visitas domiciliarias.
- Formula planteamientos bio-psico-sociales apropiados al sufrimiento del paciente y a las situaciones de su enfermedad, teniendo en cuenta el contexto familiar (planteamiento familiar).
- Asesora y guía a los pacientes en la complejidad creciente del laberinto de la asistencia médica.

El médico familiar frecuentemente utiliza herramientas básicas que le permiten durante la consulta identificar oportunamente conductas, acciones, síntomas que orienten hacia alguna patología primaria o secundaria, y sobre todo mejorar el entorno del paciente y su familia para su beneficio.<sup>7</sup>

Si queremos conocer sobre un país o una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno. La familia como agrupación social constituye el medio ambiente donde crecen y se desarrollan la casi totalidad de nuestros pacientes, y donde se va a gestar la salud o enfermedad, ya sean problemas biológicos y/o psicosociales.<sup>7</sup>

Las diversas herramientas validadas con las que cuenta esta especialidad médica son diversas y a su vez día a día se enfrenta a nuevos retos. Una de las herramientas fundamentales del médico familiar, que es necesario mencionar es

el estudio de salud familiar (ESF), el cual es un instrumento indispensable para el estudio integral del paciente y su familia. Forma parte importante del cuerpo de conocimientos y competencia de esta especialidad, ya que ninguna otra especialidad médica ni otra profesión tiene la capacidad de realizarlo.<sup>7</sup>

El estudio de salud familiar es un tipo de investigación que toma a la familia como unidad de análisis para generar conocimientos sobre la relación de este grupo social con la salud de sus integrantes y de la población en su conjunto. Pretende reflejar las múltiples y complejas interacciones entre la sociedad, la familia y la salud, así como entre las políticas sanitarias, los sistemas de atención de salud y las necesidades familiares.<sup>6</sup>

La familia comparte una historia de naturaleza biológica, psicológica, y sociocultural que le da una identidad propia, íntima e irrepetible; lo que hace del ESF un proceso en el cual la perspectiva temporal y ética ocupa un lugar destacado debido a la obligada referencia a la estructura familiar, al componente genético, a la historia de vida familiar y su significado.<sup>6</sup>

Debe incluir ficha de identificación, genograma estructural, la zona geográfica de residencia familiar, la fecha de inicio del estudio, el número de sesiones con la familia según el consenso de medicina familiar para la elaboración de ESF, deben ser mínimo de 6 meses o hasta 10 sesiones. Se debe incluir el motivo de consulta precisando los motivos de esta expresados por el paciente y su familia, tomando en cuenta la actitud del paciente al momento de la consulta. La justificación del ESF, analizando la relación entre el motivo de consulta, la situación actual y la necesidad del estudio, desde la perspectiva del médico familiar, considerando la semiología y la exploración física del paciente. La Historia de la Familia, en este apartado se narrarán las motivaciones para formar la pareja y la familia hasta el momento actual, se consideran la ascendencia de la pareja, el inicio del noviazgo, expectativas y aspiraciones, convenios, empleos, nacimientos, cambios de residencia, lo que incluye valores, reglas y satisfacciones durante el desarrollo de

la familia, así como el cumplimiento de las expectativas individuales, de pareja y familiares. Continuar con la estructura familiar (la cual incluye tipología familiar, ciclo vital familiar, funciones familiares básicas, dinámica familiar). Factores de riesgo, diagnóstico familiar biopsicosocial integral y factores de protección. El pronóstico y nuestro plan de manejo integral, para poder llevar una evolución y seguimiento, terminando con los anexos y la bibliografía.<sup>7</sup>

La familia es una unidad micro social totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. La trascendencia de algunas herramientas se identifica fundamentalmente en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.<sup>5</sup>

Por tanto la familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Ciclo vital, conformación, estructura, desarrollo, dinámica familiar etc. Otras herramientas para evaluar los diferentes aspectos del paciente y los integrantes de su familia, y que son utilizadas dentro del ESF para abordar distintas áreas son el FACES, APGAR Familiar, eventos críticos de Holmes, Círculo familiar entre otros.

Existen muchos otros instrumentos sin embargo todos han sido utilizados, probados y validados en el ámbito de la Medicina Familiar en lengua castellana. La aplicación de instrumentos de evaluación psicosocial en el ámbito clínico requiere de un análisis crítico de la literatura científica que los respalda, considerando su grado de desarrollo a través de investigaciones empíricas así como la evaluación de su fiabilidad y validez tanto en el idioma original como en español; este análisis propicia la clara comprensión de los alcances y limitaciones del instrumento. Los médicos familiares y el equipo de salud deben tomar en cuenta estas consideraciones cuando decidan aplicar otros instrumentos de este tipo.<sup>7</sup>

La especialidad de medicina familiar ha tenido un éxito a nivel mundial y demostrado por países de primer mundo, con sus características propias y con su

área de conocimientos y ha contribuido en el mantenimiento del equilibrio entre generalistas y especialistas, indispensable para lograr una buena, completa, ordenada y económica atención médica.<sup>8</sup>

### 1.3 MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO

En México, la especialidad surgió en 1971 a partir de una iniciativa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y como consecuencia, entre otros motivos, de la reestructuración del sistema médico familiar. En 1974, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) le otorgó el reconocimiento académico. En 1980 se sumaron como instituciones formadoras de especialistas la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En el año 2013 habían egresado 21,655 médicos especialistas en medicina familiar del IMSS y 132 del ISSSTE; de ellos, 13,255 habían presentado su examen de certificación ante el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, pero a ese año sólo 2,746 mantenían vigente su certificación.<sup>8</sup>

Aunado a esto está creación a partir de marzo de 2002 se desarrolla en el IMSS el primer curso de especialización en medicina familiar en una modalidad semipresencial, con duración de tres años, dirigido a médicos de base con antigüedad institucional entre 3 y 20 años y que cuenten con un consultorio con población asignada.

Un aspecto importante es que el desarrollo del curso de especialidad con esta modalidad semipresencial, se lleva a cabo sin que el médico abandone sus labores asistenciales habituales como médico familiar ni su responsabilidad con la población derechohabiente asignada.

El curso se inició en 57 sedes con 960 alumnos, de los cuales concluyeron el ciclo académico respectivo 43 sedes y 332 alumnos. La deserción se debió a problemas administrativos, principalmente a la falta de becas durante el periodo de rotación hospitalaria, situación que fue corregida para el siguiente ciclo (2003 a

2004), en el cual hubo 50 sedes y 296 alumnos. Para el ciclo 2004 a 2005 se incluyeron 77 sedes con 560 alumnos, para un total de 1188 alumnos en los tres grados académicos.<sup>8</sup>

El programa considera una rotación de ahora de seis meses por servicio hospitalario del segundo nivel de atención en cada uno de los tres años del programa, así como la realización de actividades clínicas complementarias (guardias). Durante ese lapso los médicos están becados por tiempo completo para cumplir con las actividades clínico hospitalarias, enfocadas al manejo del paciente ambulatorio, a la atención integral del paciente y su familia, así como a ciertas actividades domiciliarias, es decir, adecuadas al perfil buscado. Durante esta rotación los alumnos pasan la visita hospitalaria con el tutor, participan en las interconsultas de la especialidad por la que rotan y la mayor parte de la jornada laboral atiende al paciente ambulatorio con el médico tutor en la consulta de la especialidad correspondiente.<sup>9</sup>

Todo esto fue y es pensando en la formación de especialistas en Medicina Familiar, fundamentalmente para incrementar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, así como para asegurar una prestación médica humanista y de calidad. A pesar de la gran cantidad de médicos especialistas formados para el primer nivel de atención, existe aún médicos generales que realizan funciones de médico familiar en el primer nivel, por lo que el 01 de marzo del 2007 en relación al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) se firmó un convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México para instrumentar un curso de especialidad en medicina familiar dirigido a los médicos generales del Instituto en una modalidad semipresencial que garantice la formación en la especialidad y dar continuidad en la prestación del servicio del primer nivel, y permita efectuar actividades académicas y clínicas formativas sustentadas en el desarrollo de habilidades clínicas acordes con el perfil esperado.

Es así como a partir de marzo de 2007 se desarrolla en el ISSEMyM el primer curso de especialización en medicina familiar en una modalidad semipresencial, con duración de tres años, dirigido a médicos de generales y trabajadores ya

pertenecientes al instituto con antigüedad institucional y que cuenten con un consultorio con población asignada.<sup>9</sup>

Las actividades que efectúa en la rotación hospitalaria y durante su permanencia en las unidades de medicina familiar, combinan las actividades clínicas y laborales en el servicio y/o unidad respectiva y las actividades académicas del programa por cumplir. Abarcando en el área de investigación presentar el informe final de un trabajo de tesis que le permita graduarse como especialista y obtener el diploma del ISSEMyM y de la Universidad Nacional Autónoma de México, que está avalando dicho curso, denominado cursó de Especialización para Médicos Generales (CEMFMG), en el entendido que solo existen en México dos alternativas de formación de Médicos Familiares, el ya mencionado y la residencia de forma tradicional. Los principios epistemológicos y metodológicos en que se basa el plan de estudios son:

1.- El médico casi no se separa de su práctica profesional y actividad laboral cotidiana para el desarrollo de las actividades académicas y clínicas del programa ya que durante seis meses de cada uno de los tres años del programa, permanece en su consultorio y con su población asignada, en su designación de Médico General, con las actividades correspondientes al que marque el propio instituto, todo esto observada y puesta en práctica desde el 2001 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y ahora en convenio con otras instituciones como es el propio ISSEMyM, Hospital General de México, Secretaría de Salud del Estado de México, lo que le permite vincular su experiencia profesional con las actividades académicas y clínicas del programa.

Se hace énfasis en el análisis y discusión de casos clínicos reales, observados durante su estancia laboral cotidiana y relacionada con el contenido temático del curso, en cada uno de los módulos del programa. El aprendizaje grupal a través del análisis de los casos clínicos reales brinda la oportunidad de cuestionar, indagar y criticar la propia experiencia, así como la práctica profesional, de esta manera el médico está en posibilidad de ir perfeccionándola, esto mediante revisión de notas medicas incluidas en el expediente clínico por tutores ya con

formación en la medicina familiar y talleres de autoimagen obtenidas de su actividad en la consulta y análisis de la misma con un terapeuta o psicólogo.<sup>9</sup>

Además de los anterior, el médico va adquiriendo una metodología de trabajo enfocada al desarrollo de la aptitud clínica, basada en la prevención, el enfoque de riesgo, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, la solicitud pertinente de exámenes paraclínicos, las medidas de seguimiento, la elaboración conjunta del pronóstico y el análisis de iatrogenias por omisión y por comisión, y la atención familiar y comunitaria de los problemas de salud de la población derechohabiente.

La conjunción del análisis de los casos clínicos reales, con el consecuente desarrollo de la aptitud clínica, el desarrollo de habilidades en lectura crítica de textos teóricos, el desarrollo de habilidades de investigación a través de investigación bibliográfica y de lectura crítica de trabajos de investigación, hace posible que se dé una síntesis de aptitudes clínicas (prácticas) y metodológicas, ya debidamente comprobadas y depuradas por el órgano encargado de dar aval universitario, como es la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), realizando anualmente supervisión en dos ocasiones para vigilar la metodología y adecuado desarrollo del programa.<sup>9</sup>

Se proponen estrategias participativas para el desarrollo de cada uno de los módulos, vinculando la atención intramuros con actividades en aula y comunitarias. En cada uno de los módulos se propone la realización de atención a familias con casos problema, las cuales son asignadas y supervisadas por el tutor, además de investigación bibliográfica relacionada con la metodología de medicina basada en evidencia para el abordaje de casos de diagnóstico y manejo difíciles.

Con el plan de estudios se pretende reducir al máximo la separación teoría-práctica, así como vincular la atención individual, familiar y comunitaria. Este programa relaciona con mayor profundidad, a diferencia del programa tradicional de la especialidad, la relación teoría-práctica, ya que el médico-residente parte de sus problemas reales en la prestación del servicio médico, llegando a tener una

práctica problematizadora que le posibilita irse planteando preguntas acerca de cómo abordar y mejorar la salud de su población adscrita.<sup>9</sup>

Se pretende desarrollar habilidades clínicas específicas en el manejo de las familias y en la atención de los problemas de salud más frecuentes en la población asignada al médico. La metodología de la atención integral de la salud familiar debe ser dominada por el médico al finalizar el curso, para ello se van abordando contenidos de aspectos sociales y psicológicos relacionados con la salud familiar, así como contenidos de psicoterapia grupal y terapia breve, dirigidos principalmente a familias problema.

Se vincula estrechamente la asistencia, docencia e investigación en cada uno de los tres años de duración del programa, lo cual quiere decir que se debe realizar investigación documental, descriptiva o comparativa en cada uno de los módulos del programa, con orientación del tutor y vinculados a su actividad laboral y práctica del consultorio con el fin de considerar ésta como parte del proceso de la atención médica y como un camino que permite problematizar los temas por investigar y dar respuestas cada vez más amplias.

Otra parte de la formación es el diagnóstico poblacional y de morbilidad de cada consultorio para el desarrollo de actividades académicas y clínicas. Los trabajos por desarrollar en cada uno de los tres años aumentan de complejidad y extensión a medida que se avanza en el curso, de modo que un alumno de tercer año será apto para elaborar programas académicos dirigidos a la población derechohabiente y a sus compañeros de trabajo, así como investigar los problemas de salud relevantes en su medio laboral y brindar una atención integral para incrementar la salud familiar. El contenido temático del curso es similar al de posgrado que se desarrolla con actividades de tiempo completo. El referente temático para este curso es el propuesto por el Plan Único de Especialidades Médicas; la diferencia sustancial es que se hace mayor énfasis en la metodología del autoaprendizaje y de la investigación que en el contenido propiamente dicho.

El contenido temático del programa es abordado mediante casos clínicos reales o problematizados, ya sea con los atendidos en la consulta de medicina familiar o en la consulta de especialidades durante la rotación hospitalaria. Estas actividades académicas se efectúan en jornadas sabatinas.<sup>9</sup>

Las actividades del alumno durante la rotación hospitalaria abarcan el paso de visita al paciente hospitalizado en conjunto con el médico tutor, la realización de interconsultas a otras especialidades y a pacientes en el servicio de urgencias y, primordialmente, el otorgamiento de la consulta externa de la especialidad por la que está rotando. Estas actividades, que pueden considerarse asistenciales, son complementadas con la revisión de casos de la consulta, así como con investigación reciente de los tratamientos y abordajes individuales y familiares que faciliten llegar a buenos resultados. Las actividades clínicas hospitalarias durante los seis meses en cada año del programa, son reforzadas con actividades complementarias en los servicios de urgencias y en tococirugía, donde el alumno, otorga consulta de urgencias, paso de visita al paciente encamado en observación y valoración obstétrica de la paciente en trabajo de parto, así como la atención de partos.

La Universidad Nacional Autónoma de México reconoce a la mayoría de las sedes con esta modalidad de formación denominado cursó de Especialización para Médicos Generales (CEMFMG). Las actividades de supervisión a las sedes las lleva cabo un Comité Mixto ISSEMyM-UNAM para identificar obstáculos y fortalezas para el desarrollo del curso, como se había mencionado dos veces por año

La evaluación es formativa y se enfoca a que el alumno y el tutor corrijan las deficiencias identificadas en el desarrollo del curso, y está dirigida más al perfeccionamiento de las habilidades desarrolladas que a la asignación numérica del resultado.

La metodología del análisis y discusión de los casos clínicos está orientada al desarrollo de aptitudes fundamentales de la medicina familiar; prevención, enfoque

de riesgo, diagnóstico, tratamiento, medidas de seguimiento, análisis de iatrogenias, relación médico-paciente, seguimiento del paciente y criterios de derivación a otro nivel de atención.

#### 1.4 SATISFACCION EN EL ÁREA DE SALUD.

La Organización Mundial de la Salud, señala que un Sistema de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población. Para hacerlo, requiere de personal, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como de orientación y dirección. Un buen Sistema de Salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible, es por ello que merece ser evaluado desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares.<sup>10</sup>

Entonces la razón de ser del Sistema Nacional de Salud es el bienestar de la población y su estado saludable. Una sociedad en la que sus miembros viven enfermos, física o mentalmente, tiene menos bienes relacionales, baja de productividad, aumento de gastos y mengua en el rendimiento económico, pero sobre todo presenta la disminución del bienestar subjetivo, la satisfacción y la felicidad. De ahí que, el estudio de la relación entre la atención médica, que busca restaurar, mantener y/o fomentar los estados saludables y la evaluación que las personas realizan sobre su propia circunstancia en el encuentro con las instituciones de salud, sea de interés para comprender algunas de las necesidades de ciertos grupos de población.

En acuerdo con la Ley General de Salud en el capítulo II, referente a la atención médica. La define al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos de dicha solución los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud. Además determina la Ley General de Salud las actividades de atención médica, las cuales son:<sup>10</sup>

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad.

IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

La calidad en la atención de salud es un tema que adquiere cada vez más relevancia debido a la libertad con que opinan los usuarios acerca de los diferentes servicios recibidos por las instituciones proveedoras de los mismos. Esta situación está condicionada por los retos organizacionales y la creciente presión social determinada por la toma de conciencia de una sociedad más informada de sus derechos, es un hecho los principios de equidad que forman parte de la definición de la calidad en los servicios de salud. Los siete pilares de la calidad son:

1.- Eficacia: la capacidad del cuidado, asumiendo su forma más perfecta de contribuir a la mejoría en las condiciones de salud.

2.- Efectividad: en cuanto a que las mejorías posibles en las condiciones de salud son de hecho obtenidas.

3.- Eficiencia: la capacidad de obtener la mayoría posible en las condiciones de salud al menor costo posible.

4.- Optimización: la más favorable relación entre costos y beneficios.

5.- Aceptabilidad: conformidad con las preferencias del paciente en lo que concierne a la accesibilidad, relación-médico, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado.

6.- Legitimidad: Conformidad con preferencias sociales en relación a todo lo anteriormente mencionado.

7.- Equidad: igualdad en la distribución del cuidado y de sus efectos sobre la salud.

La calidad de los servicios de salud puede ser juzgada en tres diferentes planos: a) en la visión de los prestadores de servicios, b) en la visión de los usuarios y c) en la de las prioridades consideradas por la sociedad en general. La garantía de la calidad en la salud tiene como finalidad el monitoreo del desempeño clínico buscando mantener y mejorar su calidad.<sup>12</sup>

Los problemas de garantía de calidad en salud se dan simultáneamente en las tres dimensiones en que tal acto puede ser desdoblado; en el trabajo técnico, en la relación interpersonal y en las comodidades que rodean al cuidado.

La evaluación de la calidad de la atención médica desde el punto de vista de los prestadores de servicio (médicos), es una vieja necesidad, inquietud y promesa que asume un rol creciente de protagonismo y complejidad para su estudio, además es una preocupación en el campo tanto de la medicina institucional como privada.

Es importante que se tenga conocimiento real del prestador del servicio y evaluar su satisfacción o insatisfacción con la calidad que presta al usuario, para así proponer ciertas estrategias de grupo o individuales para lograr su objetivo, y poder satisfacer sus necesidades del servicio donde labora, ya que proporciona información útil para cualquier unidad de atención médica.<sup>12</sup>

La calidad en la prestación de los servicios de salud se ha convertido en México, como en otros países, en uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud. Esta calidad, definida previamente como el máximo beneficio en salud que se puede lograr con el conocimiento adecuado y la aplicación apropiada de la tecnología, es importante en sí misma pero también por sus posibles consecuencias en diferentes niveles. La calidad adecuada permite disminuir los costos de la atención, las quejas, la utilización de los servicios de salud y las listas de espera, entre otros. Las consecuencias directas para los pacientes podrían ser la disminución de las probabilidades de las complicaciones, el control adecuado de las enfermedades agudas o crónicas, el incremento en la satisfacción y el mejoramiento de la opinión acerca de la institución prestadora de servicios.

El interés en la calidad de la atención médica en México tiene su origen no solo en el malestar expresado por los propios usuarios de los servicios institucionales, sino también en el deseo de disminuir las desigualdades más graves del sistema de salud.<sup>13</sup>

La satisfacción del usuario es por tanto como el grado de concordancia entre las expectativas del usuario sobre la atención demandada y la percepción de la atención recibida. La satisfacción del usuario es un concepto multidimensional que evalúa de manera individual distintos aspectos relacionados con el cuidado de la salud. Otros la definen como una respuesta emocional de los usuarios de atención médica sobre aspectos sobresalientes relacionados con la atención recibida y señalan que la satisfacción es un indicador confiable para evaluar la calidad de la atención. El usuario considera como características típicas de la atención médica a la eficacia, el respeto al paciente, los familiares y el cuidado con que se presenten los servicios. La eficacia es el grado en que la atención para el paciente ha logrado el resultado esperado, esta forma de expectativa es difícil de conseguir ante de la diversidad de exigencias, expectativas y logros de la atención repetida.

Es así como la satisfacción del usuario implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio; está subordinada a numerosos factores

como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y a la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud.<sup>13, 14</sup>

Para el Sistema de Salud el abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobre todo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos le ofrecen un servicio que no solo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad. Al respecto se menciona que en los momentos actuales se es competitivo como organización o como persona si se está, entre los que, de acuerdo a criterios del mercado, proporcionan mayor satisfacción al cliente, de tal forma que la calidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente desde una perspectiva de los usuarios y trabajadores de los servicios de salud, que los enfoques gerenciales denominan usuarios externos e internos respectivamente.<sup>15</sup>

Asimismo la satisfacción del usuario es uno de los resultados más importante de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento. La satisfacción del cliente puede influir en:

- El hecho que el usuario procure o no procure atención.
- El lugar al cual acuda para recibir atención.
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios.

- El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

Según la calidad de servicio o satisfacción del usuario es más difícil de medir, no se puede almacenar, es complicada de inspeccionar, no se puede anticipar un resultado, no tiene vida, solo duración muy corta, se ofrecen bajo demanda, depende mucho de las personas de menores sueldos; todo esto hace que la calidad de un servicio sea juzgada por el cliente en el instante en que lo está recibiendo. Los principales factores que determinan la satisfacción del usuario son el comportamiento, actitud y habilidad del empleado en proporcionar el servicio, el tiempo de espera y el utilizado para ofrecer el servicio; y, los errores involuntarios cometidos durante la prestación del mismo.<sup>13, 14</sup>

En lo que respecta a las actitudes se espera que el servidor sea amistoso, atento, responsable, educado, amable, cortés, etc. Su apariencia se ve influenciada por el uso de vestimenta apropiada, la limpieza y el aspecto general de su persona. En cuanto al comportamiento, debe ofrecer respuesta rápida, dar explicaciones claras, mostrar respeto al cliente, utilizar un lenguaje adecuado y saber escuchar con atención al cliente.

La satisfacción del usuario depende no solo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Normalmente los usuarios en los establecimientos de salud, por lo general, aceptan la atención de salud sin quejarse y hasta expresan satisfacción por ella cuando participan en las encuestas. La satisfacción del usuario expresada en

entrevistas y encuestas, no significa necesariamente que la calidad es buena; puede significar que las expectativas son bajas.

Asimismo, es posible que el paciente diga estar satisfecho porque quiere complacer al entrevistador, porque teme que no se le presten servicios en el futuro debido a las normas culturales en contra de las quejas ó porque responden positivamente a la palabra "satisfecho".

Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas, pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención. Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que constituye buena calidad; en respuesta a tales exigencias, ha habido casos de médicos que han recetado medicamentos innecesarios para satisfacerlos.

El orientar a los usuarios e informar al público respecto a lo que constituye la atención apropiada es un aspecto importante en la prestación de servicios de buena calidad.

Los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Aún en los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajo como el 5% deben tomarse en cuenta seriamente.

Asimismo, cuando se asume la responsabilidad de analizar información planteada como queja, hay que ser conscientes de las acepciones aceptadas para este término:

- Expresión del dolor.
- Manifestación de disconformidad, disgusto o descontento.
- Motivo de queja.
- Recurso a interponer por la parte interesada en contra de algo.

- Querrela.

Por tal motivo las quejas se deben analizar con detenimiento pues ayudan a detectar insuficiencias, fallas de calidad o errores de organización. Se considera además que los reclamos son la punta del iceberg del conjunto de quejas de los usuarios, ya que el ciudadano teme que las críticas a los profesionales o a las instituciones sanitarias, particularmente en situación de hospitalización, puedan dar lugar a represalias. Las quejas no solo se deben contestar con prontitud y veracidad, sino también entrevistarse con la persona que reivindica para conocer de primera mano la razón de la protesta y contribuir así a su posible remedio.<sup>10, 15</sup>

Además de debe tener en cuenta los cambios implementados en el sector salud por las políticas neoliberales de la globalización se hace urgente plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud para competir en el libre mercado, estos cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes de las instituciones de salud y así garantizar su lealtad con la institución y por ende la supervivencia de la misma. Hacer énfasis en las tres dimensiones de la calidad en los servicios de salud: La dimensión técnico científica con lo cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo-beneficio, la dimensión administrativa referida a las relaciones prestadores-consumidores que se relacionan en los procesos de atención de que dispone la organización, y se hace un especial énfasis a la dimensión humana tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad siendo la parte fundamental de la atención en salud ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biopsicosocial.<sup>17</sup>

## 2. JUSTIFICACION

En México la medicina familiar ha carecido hasta hoy de un enfoque global. La permanencia del modelo biomédico curativo instaurado tanto en las instituciones de salud públicas como privadas, da origen a una medicina familiar desdibujada, incomprendida, injustificable y altamente costosa para los servicios de salud. Cabe mencionar que este modelo ha funcionado en otros países, pero en México enfrenta graves contradicciones que ponen en riesgo su propia existencia.<sup>8</sup>

El médico familiar está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial. Su práctica no está limitada siquiera a lo estrictamente definido como problema de salud, el compromiso no tiene un punto final definido; no termina con la curación de una enfermedad, la finalización de un curso de tratamiento, o la incurabilidad de un padecimiento, la Medicina Familiar se define a sí misma en términos de relaciones, lo que la hace única en los principales campos de la medicina clínica, puesto que si queremos conocer sobre un país o una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno. La familia como agrupación social constituye el medio ambiente donde crecen y se desarrollan la casi totalidad de nuestros pacientes, y donde se va a gestar la salud o enfermedad, ya sean problemas biológicos y/o psicosociales, por eso sigue el énfasis de contemplar a la Medicina Familiar como el estandarte de la atención primaria, del primer nivel de atención y del mejor recursos para realizar la actividad preventiva prevenible para toda enfermedad y no de solo realizar la atención con la enfermedad ya establecida, que genera mayor gastos de recursos, de ahí la importancia de este estudio.<sup>5</sup>

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas, hacer énfasis en la prevención, exige cooperación entre los profesionales de la medicina y el paciente; tratar al individuo como un todo, enfatizando que se debe tratar a la persona enferma y no a la condición patológica; mantener una relación cercana y continua entre el médico y el paciente. Si tenemos en cuenta, que la mala práctica ocurre como consecuencia de la falta de atención a los preceptos que determinan una atención médica de calidad y que se incurre en responsabilidad profesional o institucional, como consecuencia de la falta de apego a los preceptos de calidad y seguridad del paciente.

Es por ello que la OMS en su informe mundial del 2008 titulado "La Atención Primaria, más necesaria que nunca", nos dice que el logro de la estrategia de Atención Primaria (AP) tiene dos ejes fundamentales que son los recursos humanos y la transformación del sistema. No es posible un cambio del paradigma biomédico al biopsicosocial sin recursos preparados para realizar todas las actividades inherentes a la estrategia y justamente la Medicina Familiar es la disciplina especialista y efectora de la AP.

La importancia de esta especialidad con el enfoque biopsicosocial que debe imperar siempre en todo profesional de salud y llevado a cabo mayormente en centros de atención primaria, con la epidemiología y características propias de este nivel de atención. Logrando generar un nivel resolutivo mucho mayor en AP, con énfasis en el mantenimiento de la salud, abordaje sistematizado de las primeras fases de la enfermedad y evitar su avance hacia etapas en las que los otros niveles de atención tengan poco por hacer.

Por eso, hoy más que nunca, se requiere la difusión del perfil y la importancia del médico familiar en todo sistema de salud. De ahí que se plante la siguiente interrogante: ¿Cuál es la satisfacción del paciente con la atención médica recibida por el médico familiar en el Hospital Regional Nezahualcóyotl?

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la satisfacción del paciente con la atención médica que le brinda el médico familiar en la consulta externa del Hospital Regional Nezahuacoyotl, ISSEMyM.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los datos sociodemográficos de la población como son la edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y numero de consulta.
- Identificar que paciente de tipo asegurado o beneficiario acude más frecuente a la consulta externa del Hospital Regional Nezahualcóyotl.
- Identificar qué tipo de consulta es más frecuente de forma inicial o subsecuente.
- Determinar el grado de satisfacción del paciente que acude a consulta externa.

## 5. MATERIAL Y METODOS

### 5.1 Tipo de estudio.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, trasversal y retrospectivo.

### 5.2 Población, Lugar y Tiempo.

La población a estudiar fueron un total de 380 pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Regional de Nezahualcóyotl, ISSEMyM. Durante el periodo del 03 de abril al 31 de Agosto 2016.

### 5.3 Muestra

No Probabilístico, se incluyó pacientes al azar que acudían a la consulta externa del Hospital Regional de Nezahualcóyotl, durante el periodo de estudio.

### 5.4 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación.

#### Criterios de Inclusión

- Paciente vigente y derechohabiente del ISSEMyM.
- Pacientes que acudan al Servicio de la Consulta externa por consulta de Medicina Familiar.
- Ser mayores de 18 años.
- Se incluye a ambos sexos
- Haber llenado previamente el consentimiento informado.

#### Criterios de Exclusión

- Que solo sean solo acompañantes.
- No firmar consentimiento informado.
- Personas con discapacidad años.

#### Criterios de Eliminación

- Mal llenado del cuestionario

### 5.5 Variables: Definición, Conceptual y Operativa de las variables.

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION	FUENTE	ANALISIS Y CONTROL
EDAD	CUANTITATIVA	TIEMPO EN AÑOS QUE HA VIVIDO UNA PERSONA	NUMERICA CONTINUA	1) 18 A 25 2) 26 A 35 3) 36 A 45 4) 46 A 55 5) Más de 55 años	CUESTIONARIO	PORCENTAJE
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	NOMINAL	1) Casado 2) Soltero 3) Viudo 4) Divorciado	CUESTIONARIO	PORCENTAJE
OCUPACION	CUALITATIVA	Hace referencia lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.	NOMINAL	1) Policía 2) Maestro 3) Empleado 4) Pensionado 5) Hogar 6) Estudiante 7) Otro	CUESTIONARIO	GRAFICOS
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar	NOMINAL	1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato	CUESTIONARIO	PORCENTAJE

		estudios.		4)Licenciatura		
SATISFACCION PACIENTE	CUALITATIVA	El grado concordancia entre las expectativas del usuario sobre la atención demandada y la percepción de atención recibida.	NOMINAL	1)Satisfecho  2) No Satisfecho	CUESTIONARIO	PORCENTAJE
MEDICO FAMILIAR	CUALITATIVA	Profesional responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite atención médica y puede implicar para ello otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.	NOMINAL	1)Si  2)No	CUESTIONARIO	GRAFICAS

## 5.6 Método de recolección de datos

Para investigar la satisfacción del usuario en relación a la atención otorgada por el médico familiar, se utilizó la encuesta de Salud y Desarrollo GCI, Grupo Consultor de Infraestructuras, S.A., sociedad española. Explora la satisfacción del usuario respecto a la atención médica recibida por el profesional médico. Consta de 11 ítems relacionados con la capacidad técnica, la relación interpersonal y los aspectos accesorios de la atención. La opinión fue estratificada mediante una escala Likert con cinco categorías, desde mucho (valor uno) hasta nada (valor cinco). La respuesta se calificó como mucho (1), bastante (2), regular (3), poco (4) y nada (5). La calificación global de la encuesta con 11 - 3 2 puntos es

satisfactorio y de 33 - 55 puntos no satisfactorio. La encuesta se encuentra complementada con aspectos generales en donde aparecen los datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad, estado civil, tipo de paciente, tipo de consulta y ocupación. Esto se llevó a cabo dentro de las instalaciones y en área de consulta externa del Hospital Regional de Nezahualcóyotl, ISSEMyM, se invitó a los pacientes identificados que acudían a consulta a participar en el estudio de investigación de forma individualizada, las que aceptaron se les dio a firmar primero las hojas de consentimiento informado y posteriormente se les aplicó el cuestionario y datos sociodemográficos básicos, y posteriormente de acuerdo a los criterios de exclusión y selección, vaciar la información en el programa Microsoft Excel.

#### 5.7. Recursos Humanos

Para la realización de este estudio se necesitó:

- Investigador principal

#### 5.8 Recursos Materiales

- Una computadora portátil
- Copias de consentimiento informado y encuestas
- Instalaciones del Hospital Regional de Nezahualcóyotl.

#### 5.9. Recursos Financieros

Los recursos financieros corrieron a cargo del investigador principal.

#### 5.10. Análisis de la información

Toda vez que se obtuvieron los datos almacenados en el programa señalado, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentaje y frecuencias), y de tendencia central (media). La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

### 6.1 DECLARACIÓN DE HELSINKI

#### RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

#### A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

## 6.2 PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

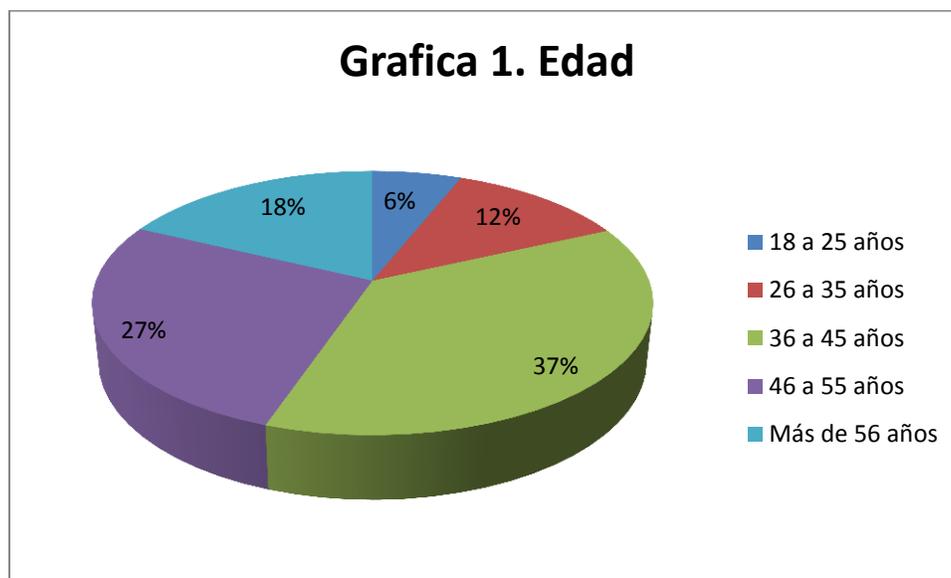
Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si cociente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

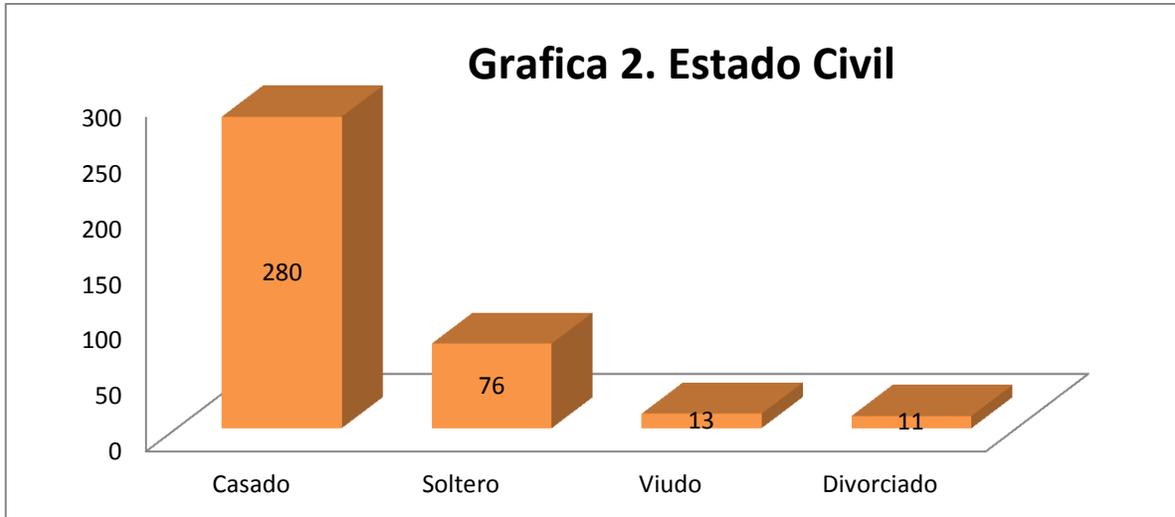
## 7. RESULTADOS

Se estudiaron 380 pacientes, de los cuales fueron 278 mujeres y 102 hombres. De los cuales en el grupo de edad de 18 a 25 años de edad se presentaron 23 pacientes (6%), en el de 26 a 35 años de edad 46 pacientes (12%), de 36 a 45 años de edad 141 pacientes (37%), con edad de 46 a 55 años de edad 102 pacientes (27%) y finalmente con más de 56 años de edad 68 pacientes (18%). Grafica 1



Cedula de evaluación de satisfacción de consulta por el médico familiar

En el estado civil de los pacientes se observa que casados son 280 pacientes (73%), en el aspecto de solteros fueron 76 pacientes (20%), con viudez fueron 13 pacientes (4%) y finalmente divorciados 11 pacientes (3%). Gráfica 2.



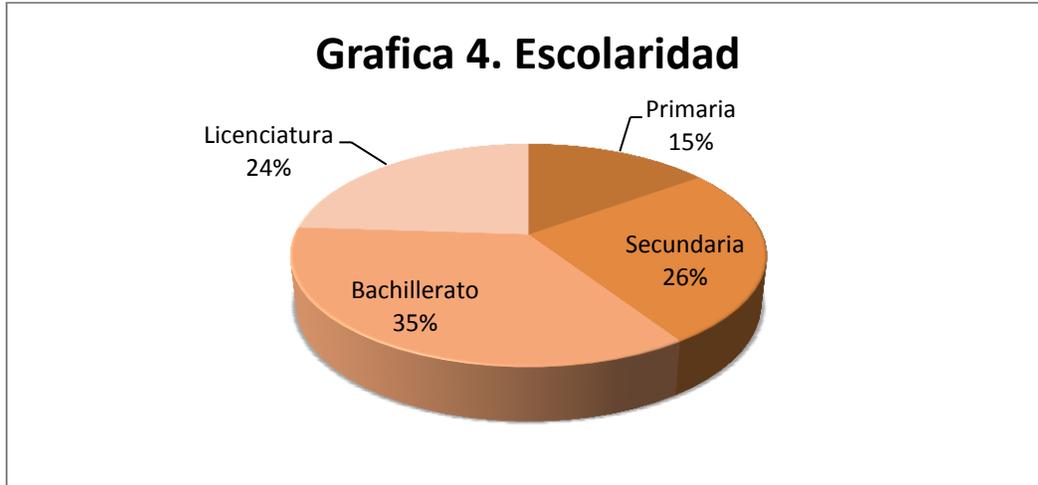
Cedula de evaluación de satisfacción de consulta por el médico familiar

Dentro del apartado de su ocupación 71 pacientes eran policías (19%), maestros o pertenecientes a la docencia 86 pacientes (22%), pacientes en categoría de empleados 102 pacientes (27%), Pensionados 38 pacientes (10%), con ocupación en el hogar 43 pacientes (11%), estudiantes 29 pacientes (8%) y finalmente en el apartado de otro 11 pacientes (3%), como son Psicóloga, en el área de la salud, estilista, comerciante y chofer. Gráfica 3



Cedula de evaluación de satisfacción de consulta por el médico familiar

En cuanto a la escolaridad como analfabeta no se encuentro ningún paciente, con primaria 57 pacientes (15%), con el grado de secundaria 98 pacientes (26%), con bachillerato 134 pacientes (35%) y con un grado de licenciatura 91 pacientes (24%). Gráfica 4



Cedula de evaluación de satisfacción de consulta por el médico familiar

También se observó en cuando al tipo de paciente que acude a consulta como asegurado en forma directa fueron 198 pacientes (52%) y 182 pacientes (48%) se encontraron como beneficiarios. En el tipo de consulta solicitada por los pacientes fueron de primera vez 89 consultas (23%) y de consultas subsecuentes fueron 291 (77%). Y finalmente como resultado del grado de satisfacción, fueron 254 pacientes (67%) como satisfechos y con 126 pacientes (33%) como insatisfechos. Gráfica 5.



Cedula de evaluación de satisfacción de consulta por el médico familiar

## 8. ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio se abordó en grupos de edad, con una predominancia de 36 a 45 años de edad y sumado al rango de 46 a 55 años, se abordaría la sumatoria de este grupo de investigación, comparada con el estudio realizado por la Dra. Liz Hamui Sutton y Dra. Ruth Fuentes García, el estudio de satisfacción con la atención médica, el cual aborda mayormente el estudio de satisfacción en el área médica, puesto que contempla varios hospitales y sobre todo está formado por una población mayor, sin embargo si refiere que el grupo de edad más numeroso fue el de las personas entre 35 y 64 años de edad, denominados adultos maduros, el cual se asemeja al presente sin dejar de considerar la gran población del estudio de la Dra. Liz Hamui Sutton. En el aspecto social del estado civil, predominó casado con el 73%, por la ocupación se encontró la predominancia de acuerdo a los derechohabientes del instituto empleados relacionados al municipio, policías y magisterio, concordando con el estudio del Maestro Juan Antonio Córdova Hernández, satisfacción del usuario en la clínica de Medicina Familiar de Casa Blanca, ISSSTE. Con relación al estado civil, los casados (o en unión libre) fueron los que más acudieron a la consulta 81%, los derechohabientes que más demandaron el servicio de la consulta (52%) fueron predominantemente los trabajadores (cotizantes de la seguridad social). en cuanto a la escolaridad de los usuarios en comparación con el estudio del Maestro Juan Antonio Córdova Hernández se registró mayormente el nivel básico de estudios primaria y secundaria con el 42%, y el presente estudio la mayoría fueron de un grado medio; bachillerato con el 35%, sin embargo la sumatoria de los resultados con la escolaridad de primaria y secundaria suman 41%, lo cual coincide.

Finalmente el grado de satisfacción fue del 67% y el de insatisfacción del 33%, correspondería al estudio de la Dra. la Dra. Liz Hamui Sutton y Dra. Ruth Fuentes García, el estudio de satisfacción con la atención médica encuentra en sus grupos un grado de satisfacción marcado con el 63% y 37% respectivamente, y del estudio del Maestro Juan Antonio Córdova Hernández. Se encontró que 81% de los usuarios percibieron la atención recibida como “buena”.

## 9. CONCLUSIONES

Los sistemas de salud buscan, en el ámbito de la calidad, la mejora continua y los resultados óptimos en la atención de los pacientes y sus familias, así como mejorar su costo y efectividad. Sin embargo, se reconoce que existe una amplia variación tanto en los procesos como en los resultados. El otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, con competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, debe permitir satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y con costos razonables, pero ello implica estar en constante comunicación con el derechohabiente, pero la parte administrativa debe evaluar su calidad no solo en los recursos invertidos o en ahorro de presupuestos o simplemente tomando solo en cuenta los números de atención, conocidos como metas o productividad, debe integrar la parte humana, la satisfacción que si bien es subjetiva, es necesaria lograrla si es vista la misma institución como una empresa que da, promueve y otorga servicios de salud, que es la base de su propuesta de “venta” y por lo mismo debe apostar a un diseño metodológico de planeación y mejora con su equipo profesional médico y de mayor capacitación especializada, siendo más selectos incluso en el reclutamiento de su personal teniendo en mente que el propósito de contribuir a integrar una base conceptual y metodológica denominada calidad efectiva, se debe iniciar proponiendo un concepto centrado en el paciente, obtenido a través del acercamiento y discusión con profesionales y pacientes para conocer cuál es su visión de una atención médica de calidad.

## 10. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mora Silvia, Beltrán F. Dairo. ¿Es el Médico Familiar el especialista con mejor perfil para la Atención Primaria en Salud y el más idóneo para Liderar sus equipos de atención? *Medicina*. 2012; 34 (2): 162- 166.
- 2.- Ruelas E. Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia. Fundación Mexicana para la Salud. 2004.
- 3.- González Medecigo Lorena Elizabeth, Gallardo Díaz Guadalupe. Calidad de la Atención Médica: La diferencia entre la Vida o la Muerte. *Revista Digital Universitaria*. 2012; 13 (8): pp 1-15.
- 4.- Martínez Barbosa Xóchitl. Inicios de la historia de la medicina en México: influencias y relaciones con el extranjero. *Bol. Mex. Fil Med*. 2011; 14 (1): pp 17-22.
- 5.- Varela Rueda Carlos, Reyes Morales Hortensia, Albavera Hernández Cidronio. La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gac Med Mex*. 2016; 152: 135-140.
- 6.- Ramiro Orlando Abril, Cuba Fuentes María Sofía. An introduction to family medicine. *Acta Med Per*. 2013; 30 (1): 31- 36.
- 7.- Román López Carlos Alfonso, Angulo Valenzuela Reyna Anahy. El médico familiar y sus herramientas. *Revista Médica MD*. 2015; 6 (4): 295- 299.
- 8.- Garza Aguilar Javier. Reflexiones sobre la calidad de la carrera de Medicina en México. *Gac Med Méx*. 2005; 141 (2): 129- 141.
- 9.- Fernández Ortega Miguel Ángel Dr. Formación de especialistas en Medicina Familiar en México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. 2014.

- 10.- Hamui Sutton Liz, Fuentes García Ruth, Aguirre Hernández. Un estudio de Satisfacción con la Atención Médica. Facultad de Medicina, UNAM. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. 2013.
- 11.- Urriago Cerquera María Lucero. Calidad de la atención en Salud: Percepción de los Usuarios. Hospital Universitario del Valle, 2010.
- 12.- Córdova Hernández Juan Antonio, Nanguce López Marlene, Romeo Pliego Heberto. Satisfacción del Usuario en la Clínica de Medicina Familiar de Casa Blanca, ISSSTE. Revista Salud Quintana Roo. 2013; 6 (25): 7- 10.
- 13.- Safari, Etno Consulting. La satisfacción/ insatisfacción de los usuarios de los sistemas de salud desde sus expectativas y experiencias en México. 2010.
- 14.- Fernández, M. A. "El impacto de la enfermedad en la familia", México: Revista Facultad Medicina. 2004; 47 (6): 251-254.
- 15.- Aguirre Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica, expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública México 2008; 32: 170-180.
- 16.- Colunga López M., Aguayo A. Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. Rev. Cubana Salud Pública. 2007; 33 (3): 1- 10.
- 17.- Ramírez de la Roche O, López Serrano A, Barragán Solís A, Arce Arrieta E. Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México. Rev. Med. Inst. Mex Seguro Social 2006; 44 (1): 39-45 39.