



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 GABRIEL MANCERA



“Satisfacción de la calidad en la atención médica en usuarios del programa receta resultible con hipertensión arterial”

P R E S E N T A:
DR. ANDRÉS JIJÓN NAVARRETE

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

DR. VITALIO MONTUY VIDAL, MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA
MÉDICO FAMILIAR, COORDINADOR DE PROGRAMAS MÉDICOS, DIVISIÓN DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN, CMN SXXI

NUMERO DE RESGISTRO: R-2019-3609-002

CIUDAD DE MÈXICO, 2019



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.

LA PRESENTE TESIS FUE APROBADA POR EL COMITÉ DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Vo.Bo

DRA. SUSANA TREJO RUÍZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 28

DR. NAZARIO URIEL ARELLANO ROMERO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 28

Vo.Bo

DR. VITALIO MONTUY VIDAL
ASESOR DE TESIS, MÉDICO DE BASE ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 TURNO MATUTINO

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA
ASESOR DE TESIS, COORDINADOR DE PROGRAMAS MÉDICOS, DIVISIÓN DE
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN, CMN SXXI

DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA"
DIRECCION REGIONAL CENTRO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

**"Satisfacción de la calidad en la atención médica en usuarios del programa receta
resurtible"**

Para obtener el título de especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

Andrés Jijon Navarrete

Médico Residente de 3° año de la especialidad de Medicina Familiar

Matrícula: 97370271

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

Tel: 74 42 08 64 74 **Fax:** sin fax

e-mail: andresjijon@gmail.com

ASESORES:

Dr. Vitalio Montuy Vidal

Médico adscrito al servicio de Urgencias de I Unidad de Medicina Familiar No. 28

Matrícula: 11181931

Lugar de trabajo: Urgencias UMF No. 28

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28

Tel. 55 56 90 11 **Fax:** sin fax.

e-mail: montuyvv@gmail.com

Dra. Ivonne Analí Roy García

Coordinador de Programas Médicos, División de desarrollo de la investigación

Matrícula: 99377372

Lugar de trabajo: División de desarrollo de la investigación.

Adscripción: Centro Médico Nacional Siglo XXI

Tel: 55 22 70 47 60 **Fax:** sin fax

e-mail: ivonne3316@gmail.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 3609 con número de registro 13 CI 09 014 189 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 016 2017061.
H GRAL ZONA 1 CARLOS MC GREGOR

FECHA Miércoles, 30 de enero de 2019.

**DR. VITALIO MONTUY VIDAL
P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

SATISFACCION DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MEDICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA RECETA RESURTIBLE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2019-3609-002

ATENTAMENTE

FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**“Si el fin es formar médicos humanos, los medios
que los forman deben ser humanos”**

Gilberto Amaro Jaramillo

Dedicado a:

A Dios, ya que el ha estado en todos y cada uno de mis pasos.

A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mi una mejor persona.

A mis hermanos Claudio, Jesus, Ramiro y Ana Iris, por impulsarme a ser siempre la mejor versión de mi mismo.

Mi hija Danna, se que llegaras mas lejos.

A Adrián, gracias por existir.

A Luis Antonio, Alice, Diana, Kennia y resto de mis amigos por ser la familia que se elige.

Agradecimientos:

A la Dra. Ivonne Analy Roy García, por dirigir mi trabajo, por su dedicación para este proyecto, por su trato y ejemplo, por darme luz cuando sentía que todas las velas se apagaban... Pero sobre todo, gracias por convertirse en mi tutora de vida.

Al Dr. Vitalio Montuy Vidal, por su tiempo y dedicación.

A la Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano, porque llevare guardadas sus palabras de siempre hacer lo correcto en el momento correcto.

Al Dr. Ernesto Romero Hernández, por su apoyo para organizar las ideas de la presente investigación.

A la Unidad de Medicina Familiar No. 28, por convertirme en uno más de sus orgullosos egresados.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por acurrucarme entre sus alas y enseñarme a volar.

INDICE

1. RESUMEN	10
2. GLOSARIO	12
3. ABREVIATURAS	13
4. INTRODUCCIÓN	14
5. MARCO TEÓRICO	15
5.1 Antecedentes científicos	15
5.2 Satisfacción	18
5.2.1 Satisfacción del paciente	18
5.2.2 Dimensiones de la satisfacción del paciente	20
5.2.3 Enfoques teóricos de la satisfacción	20
5.3 Tipos de recetas utilizadas en el primer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social	22
5.3.1 Receta manual	23
5.3.2 Receta resurtible en México (IMSS)	23
6. JUSTIFICACIÓN	26
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
7.1 Pregunta de investigación	32
8. OBJETIVOS	33
8.1 Objetivo general	33
8.2 Objetivos específicos	33
9. HIPOTESIS DEL TRABAJO	34
10. MATERIAL Y METODOS	35
10.1 Diseño de estudio	35
10.2 Población o universo de trabajo	35
10.3 Muestreo	35
10.4 Criterios de selección	35
10.5 Variables	36
10.6 Método de recolección de datos	40
11. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DE LA INVESTIGACIÓN	43
12. RESULTADOS	44
13. DISCUSIÓN	56
14. CONCLUSIÓN	58
15. ASPECTOS ETICOS	60
16. ANEXOS	61
16.1 Consentimiento informado	61
16.2 Instrumentos (Cuestionario de satisfacción)	63
16.3 Cronograma de actividades	66
17. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	67

1. RESUMEN.

“Satisfacción de la calidad en la atención médica en usuarios del programa receta resurtible con hipertensión arterial”

Jijón-Navarrete Andrés ¹, Montuy-Vidal Vitalio, Roy-García Ivonne Analí ³

¹Unidad de Medicina Familiar No. 28; ² Consulta de Urgencias UMF No. 28, Delegación Sur, CDMX, IMSS; ³ Médico Familiar, Coordinador de Programas Médicos, División de Desarrollo de la Investigación, CMN SXXI.

Introducción: Casi el 50% del tiempo de la consulta de las unidades de primer nivel de atención se dedica a la elaboración de recetas con múltiples medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas¹, el proyecto receta resurtible fue iniciado en el IMSS, en el 2014, con el objetivo de optimizar el uso de la capacidad instalada e impactó en la satisfacción del usuario, otorgándose 3 recetas, dos de las cuales serán surtidas sin visita médica. La satisfacción de los usuarios es un indicador de la calidad de la atención que sirve, entre otras cosas para evaluar programas de salud³. **Pregunta de investigación** ¿Cuál es la satisfacción en la relación medico-paciente en usuarios del programa receta rsurtible con el diagnostico de hipertensión arterial sistémica?

Objetivo General: Evaluar la satisfacción en la relación medico-paciente en usuarios del programa receta resurtible con el diagnostico de hipertensión arterial sistémica.

Material y Métodos: El presente estudio de tipo transversal y descriptivo el cual se llevó a cabo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina familiar No. 28 “Gabriel Macera” adscritos al programa receta resurtible” Delegación 3 Sur en a Ciudad de México. Se incluyó a un total de 400 participantes, a los cuales se les practicó el cuestionario de satisfacción, además de tomarle las cifras tensionales con la técnica apropiada.**Resultados:** Al analizar los resultados de la del presente proyecto se encontró que 372 (93%) se refieren muy satisfechos en la relación medico-paciente, mientras que 25 (6.25%) se encuentra medianamente satisfecho y 3 (0.75%) insatsfechos. Mediante el test de Morinsky-Green se encontró que 343 (85.75%) si tiene apego a tratamiento, y 57 (14.25%) no tiene apego a tratamiento, con la toma de cifras tensionales se encontró que 289 (72%) tiene control hipertensivo y 111(28%) no tiene control hipertensivo. **Conclusiones:** Comparando el obetivo de dicho estudio se observó los factores que mayormente influyen para la satisfacción fueron los referentes a los tiempos en la atención médica, donde entre menor tiempo de traslado o espera

aumentan el grado satisfaccion. Uno de los principales motivos por los cuales algunos participantes contestaron estar medianamente satisfechos fue que el medico no se presentó antes de dar la consulta o no conocer el nombre del medico que otorgó la consulta, y se concluye que la relación medico paciente se debe de conservar en todas y cada una de las visitas, sin omitir el saludo inicial.

Palabras clave: Satisfacción, Receta resurtible, Hipertensión arterial sistémica.

2. GLOSARIO.

Satisfacción del paciente: Es una medida de resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente. Es un indicador de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas.⁷

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria.¹⁵

Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad. Es el conjunto que interviene sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.¹⁵

Receta resurtible: (prescription refill, repeat prescribing, prescripción repetida, prescripción informatizada, prescripción crónica) es la receta que se surtirá el mismo día y dos recetas más posfechadas para los dos siguientes meses las cuales podrá surtir en farmacia sin la necesidad de pasar a valoración médica que se otorga a pacientes con las 10 principales enfermedades crónicas controladas.²

Hipertensión arterial sistémica: Es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ mm/Hg (NOM-030-SSA2-1999). Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.³¹

Apego a tratamiento: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define apego al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación de programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.¹¹

Relación medio-paciente: Es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre. Esta permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud y al médico, cumplir con una de sus funciones sociales más importantes.⁷

3. ABREVIATURAS.

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF	Unidad de Medicina Familiar
RR	Receta resurtible
HAS	Hipertensión arterial sistémica
SU	Satisfacción del usuario
CS	Centro de salud
ENNIV	Encuesta Nacional de Niveles de Vida
NSE	Nivel socioeconómico
SRRM	Sistema de repetición de recetas médicas
CAP	Centro de atención primaria
NOM	Norma oficial mexicana
SSA	Secretaria de salud
PRONASA	Programa nacional de salud
ACC	American College of Cardiology (Colegio Americano de Cardiología)
AHA	American heart association (Asociación americana del corazón)
ECV	Enfermedades cardiovasculares
OPS	Organización panamericana de la salud
JNC	Joint National Committee (Comité Nacional Conjunto)
TA	Tensión arterial
IMC	Índice de masa corporal

4. INTRODUCCIÓN.

Casi el 50% del tiempo de la consulta de las unidades de primer nivel de atención se dedica a la elaboración de recetas con múltiples medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas,¹ de los cuales 25 a 30% de ellos están controlados. El proyecto estratégico de receta resurtible (RR) fue implementado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2013, se inició con el objetivo de optimizar el uso de la capacidad instalada en la consulta de medicina familiar e impacto en la satisfacción del usuario, otorgándose 3 recetas, dos de las cuales serán surtidas sin previa visita médica a pacientes con enfermedades crónicas controladas: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2, artropatías, dorsopatías, dermatopatías, epilepsia, bronquitis, asma, síndrome del colon irritable y enfermedad de la glándula tiroides.²

La satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud es un indicador de la calidad de la atención que sirve, entre otras cosas para evaluar los programas de salud.³

En España, se ha encontrado un 86% de satisfacción.¹ Sin embargo, en otros países ha sido menor, por lo que continuamente se está buscando la mejora en este sistema de prescripción. En México aún no hay datos disponibles.

El presente trabajo es una investigación que nos permitió realizar una evaluación de la satisfacción de los usuarios del programa receta resurtible con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

5. MARCO TEÓRICO.

5.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Bautista, J. C. P., & Lugo, N. S. (2014). Realizó un estudio llamado "Satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida por los pacientes diabéticos en los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo. Donde su objetivo fue medir la satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida en los servicios de salud en la población diabética. Mediante un estudio observacional, transversal, descriptivo de pacientes diabéticos usuarios de los servicios de salud en el primer nivel de atención. Se obtuvo una muestra aleatoria de 1882 pacientes; obteniéndose como resultado que los pacientes se sienten satisfechos con la atención, reciben los medicamentos prescritos, se realizan las anotaciones en su historia clínica y se orienta el manejo de su enfermedad. Se observa que la cantidad de visitas programadas son insuficientes, los exámenes de laboratorio, la exploración de pies y fondo de ojo no es el establecido por la normativa mexicana y es bajo el reconocimiento de signos de gravedad por los pacientes, que no asisten a los grupos de ayuda mutua.⁴

Vuković, M., Gvozdrenović, B. S., Gajić, T., Gajić, B. S., Jakovljević, M., & McCormick, B. P. (2012). Elaboró un estudio con el nombre "Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care". donde su principal objetivo fue validar un cuestionario de satisfacción del paciente y determinar sus dimensiones. Este fue comparativo longitudinal, se incluyen 1314 pacientes adultos, usuarios del servicio médico en el departamento de medicina general del centro de Valjevo en Serbia. La escala multidimensional se utilizó para identificar similitudes y diferencias entre los elementos que componen el cuestionario de satisfacción, este consta de 20 ítems, previamente validado con una alta confiabilidad (alfa de Cronbach de 0.947). Las dimensiones fueron estimadas por un componente principal del análisis para información categórica. En el 2008 se implementa que el paciente tenga un médico de cabecera. En los resultados se obtuvieron dos dimensiones: 1. Reflejo la satisfacción de la paciente centrada en el médico y enfermera (simpatía del paciente hacia el médico, el tiempo que el médico le dedica en la consulta, accesibilidad y aprecio del médico hacia la salud y problemas del paciente, cortesía de las enfermeras e intervenciones terapéuticas, satisfacción con la información otorgada por el médico). 2. La satisfacción del paciente con la puntualidad en el servicio médico (Tiempo que tarda en traslado el paciente, el tiempo que tarda en sala de espera, higiene). El hecho de contar con un médico de cabecera reflejo que en el 2008

que los pacientes presentan mejor grado de satisfacción, refiriendo ser una atención más personal, promoviendo una mejor continuidad en la atención y relación médico paciente.⁵

Por otro lado Traveset, E. L., Mora, R. M., & Sanz, R. T. (2009) realiza un proyecto llamado Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: estrategia para optimizar su utilización. El cual tuvo como objetivo mejorar el cumplimiento de los pacientes con el sistema de medicación repetida y evaluar los motivos de impuntualidad de recoger las recetas y su relación con el incumplimiento terapéutico declarado por el mismo paciente. Este estudio fue cuasi experimental realizado en un Centro de Atención Primaria (CAP) en pacientes con enfermedades crónicas que son impuntuales al recoger las recetas. La intervención se realizó con una sesión informativa-educativa que consiste en una breve entrevista con la farmacéutica del centro de CAP, en donde se educa al paciente en el cumplimiento del sistema de medicación repetida y del tratamiento, se identifican los motivos de impuntualidad y se realiza el test de Morisky-Green. La medición se realiza posterior a la intervención. Como resultados se obtuvo una mejora absoluta en la puntualidad del 17% en el grupo intervención. Las mujeres del grupo intervención fueron más puntuales. Por lo que se concluyó que es posible mejorar el cumplimiento de los pacientes con el sistema de medicación repetida mediante una sencilla intervención informativa-educativa.⁶

Mora, R. M., Aradilla, M. Á. P., & Sanz, R. T. (2007). "Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: la visión del usuario y del profesional sanitario". Donde su principal objetivo fue conocer el grado de satisfacción de los usuarios y médicos que utilizan el sistema de repetición de recetas médicas (SRRM). Este fue un estudio multicéntrico, Transversal, realizado en cuatro centros de atención primaria. Con una muestra de 429 pacientes y 47 médicos usuarios del sistema de repetición de recetas médicas a los cuales se les realizó una encuesta de satisfacción.

Se realizaron 429 encuestas a pacientes con una media de edad de 64.2 años siendo el 52.4% mujeres. El promedio de medicamentos tomados es de 4.4. Con un periodo para recoger la receta de 60 días. El 83.9% (intervalo de confianza) de los encuestados declaró no haber tenido problemas y estar satisfechos con el SRRM, un 23% de los encuestados respondió que mejorarían el SRRM, las propuestas de mejoras más frecuentes fueron: reducir las colas, reducir la validación sanitaria de forma inmediata, omitir las fechas en las recetas. Se detectaron 69 problemas o errores relacionados con el paciente (incumplimiento terapéutico) o con el médico (instrucciones incorrectas, medicamentos no adecuados). El 89.1% recogió las recetas en el plazo fijado, los factores que se asociaron a un mayor cumplimiento fueron la edad (>65 años) y mayor número de medicamentos

por persona. Los 47 médicos encuestados el 98% se mostró satisfecho, considerando al programa como una mejora para la gestión de la consulta. ⁷

Seclén-Palacin, J., & Darras, C. (2005, June). Realizó un estudio llamado “Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000”. Donde sus principales objetivos eran determinar el nivel de satisfacción del usuario (SU) en Centros de salud (CS) y hospitales del MINSA; analizar la relación entre SU y nivel socioeconómico (NSE); e identificar los factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Este estudio fue un análisis secundario de los datos de Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 2000. Fueron entrevistados 376 y 327 usuarios de los CS y hospitales, respectivamente.

Las variables de estudio fueron su nivel socioeconómico y características sociodemográficas y accesibilidad para la atención. Se aplicó estadística descriptiva y multivariada. Obteniendo como resultado que los usuarios de los establecimientos muestran características diferenciadas. La SU fue 68,1% y 62,1% para los CS y hospitales, respectivamente. Los usuarios de menor NSE presentaron mayor satisfacción. La edad, educación, distancia al establecimiento y el tiempo de espera presentan asociaciones con la satisfacción del usuario. Existen factores sociodemográficos, económicos y de accesibilidad para la atención, que muestran relación con la satisfacción del usuario. ⁸

Úbeda, J. S. V., Calvo, C. B., López, T. M., & Marín, P. N. (2005). Elaboró un proyecto denominado “Receta electrónica: de la utopía a la realidad” Donde se valora si la introducción de la prescripción repetida informatizada mediante la utilización de tarjetas de medicación autorizada, mejoran la satisfacción de la atención primaria al liberar espacios en la consulta. Fue un estudio de tipo descriptivo transversal en el cual se incluyen todos los pacientes de un consultorio médico que acuden para la renovación de tratamientos crónicos entre febrero y junio del 2004, comparando con el mismo número de consultas en mismo tiempo establecido en el 2003. Se obtuvo como resultado que la media mensual de consultas en el 2003 fue de 160 pacientes frente a 64 realizadas en el 2004, lo que significa una reducción de la frecuentación para renovación de recetas del 60 por ciento. Por tanto, la introducción de la prescripción repetida reduce significativamente las consultas administrativas para la renovación de recetas de tratamientos crónicos, esto impactando en la satisfacción del paciente. ⁹

Linder-Pelz, S., & Struening, E. L. (1985). Elaboró un estudio denominado “The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit”. *Journal of community health*.

Donde su principal objetivo era probar la hipótesis de la multidimensionalidad de la satisfacción del paciente con una visita a la clínica.

El estudio se efectuó en tres clínicas de atención de primer contacto. Se utilizó un muestreo aleatorio, se evaluó la satisfacción de dos aspectos amplios: (a) la relación médico-paciente y (b) el acceso a y la comodidad de la clínica. Se desarrolló un cuestionario con el método psicométrico de Lemke y Wiersma, Nunnally y Nie. Se realizaron entrevistas después de la consulta médica en un periodo de 8 semanas. Como resultado se obtuvo la sustentación de 3 hipótesis: 1. El análisis identificó tres dimensiones de satisfacción: la conducta del médico, el acceso a la clínica y a la satisfacción general. 2. Se explicó una proporción significativa de la varianza de la satisfacción general por la satisfacción ante la conducta del médico y el acceso. 3. Se obtuvo un alfa de Cronbach en todas las puntuaciones de la escala de satisfacción de 0.6. Los pacientes en este estudio se mostraban más satisfechos con el encuentro que insatisfechos; la mayoría de la insatisfacción fue registrada en relación con la obtención de la cita y el tiempo de espera en la clínica. Los dos principales factores en la satisfacción fueron etiquetados con la conducta del doctor y la satisfacción general.¹⁰

5.2 SATISFACCIÓN

La satisfacción es un término multidimensional, definida por muchos autores y utilizada en diversos estudios,¹¹ no solo de la atención a la salud si no en el ámbito comercial, político, administrativo, psicológico, social, cultural, institucional etc.¹²

Se define satisfacción, según la real academia española, como; **1.**Acción y efecto de satisfacer o satisfacerse. **2.**Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. **3.**Confianza o seguridad del ánimo. **4.**Cumplimiento del deseo o del gusto.¹³

5.2.1 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En los últimos años se ha observado un gran cambio en la atención sanitaria sobre todo en la relación médico-paciente, como consecuencia del enfoque de la sociedad hacia los consumidores. El concepto actual está basado en el cuidado centrado en el paciente en donde se reconoce el papel activo del paciente en la toma de decisiones sobre su salud, con el fin de obtener un bienestar físico y mental, por su satisfacción con el resultado alcanzado.¹²

Desde 1969 Howard y Sheth inician con la definición de satisfacción como ya se mencionó.¹⁴ Posterior a esta definición surgen múltiples definiciones de satisfacción en

relación al cliente, pero no fue hasta en 1983, cuando las organizaciones del consumidor, influyen en el enfoque consumista de la atención sanitaria cuando publica “Los derechos de los pacientes” producida por El Consejo Nacional del consumidor y La guía del paciente en el Servicio Nacional de Salud. ¹¹

En 1982, Linder-Pelz señaló que las investigaciones realizadas hasta ese momento solo estaban centradas en el problema y su propósito era proporcionar soluciones prácticas que pudieran ser utilizadas por los profesionales de la salud. Sin embargo muy pocas investigaciones habían sido sobre construcción de teorías que explicaran la asociación entre la satisfacción, las características del paciente y de los servicios de salud o entre la satisfacción y la conducta posterior del paciente. Por ello encontró la necesidad de trabajar en un modelo explícito de satisfacción con atención de la salud, donde debería en primer lugar definir y entender el concepto de satisfacción antes de explicar por qué ciertos factores la causan y otros son causados por ella, y en segundo lugar identificar los factores determinantes de la satisfacción y la asociación entre las variables. ¹⁸

Ware et al. Hizo una revisión de la literatura de la satisfacción del paciente. Esta revisión, cubrió artículos y reportes publicados desde 1975, lanzando la siguiente pregunta: ¿Qué ha sido estudiado bajo la etiqueta “satisfacción del paciente”? Los críticos llegaron a la conclusión de que los estudios realizados están agrupados de acuerdo a las determinantes estudiadas, encontraron diez diferentes: accesibilidad, disponibilidad de recursos, continuidad del cuidado, eficacia, finanzas, humanidad, información reunida, información proporcionada, alrededores agradables, calidad/competencia. ²

Linder-Pelz (1985) en su artículo sobre la multidimensionalidad de la satisfacción del paciente, propone que “la satisfacción del paciente se podría definir como múltiples evaluaciones de distintos aspectos de la salud que son determinados por las percepciones, actitudes y procesos de comparación del usuario” ¹

Linder-Pelz enfocó una definición de satisfacción del paciente a través del análisis del contenido de los estudios de satisfacción. Cinco variables psicosociales fueron propuestas como posibles determinantes de la satisfacción con atención a la salud, las primeras tres de los cuales equiparan directamente con las tres determinantes de Ware et al (1983): ^{10,11, 18}

5.2.2 DIMENSIONES DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Las 3 principales dimensiones por las que está conformada teóricamente la satisfacción son: ¹¹

- Expectativas
- Percepciones (Creencias)
- Actitudes (Afecto)

Las expectativas hacen más complejo la evaluación de la satisfacción, ya que dependen del nivel socio-cultural y psicológico del paciente. Se identifican 3 categorías de expectativas (Stimson y Webb 1975): ¹¹

- Antecedentes: son expectativas explícitas, resultado del aprendizaje acumulado del proceso de consulta-tratamiento.
- De Interacción: están relacionadas con la relación con el médico por ejemplo el trato, el nivel de información otorgada, esta se considera como el factor más importante para alcanzar las expectativas.
- De acción: divididas en 2; 1. ideales: las acciones que al paciente le gustaría que el médico tomara. 2. Reales: acciones que se toman

Percepciones (creencias): son propensas a cambiar de acuerdo a las experiencias previas. Actualmente las percepciones del paciente son un punto importante tomado en cuenta para la asistencia sanitaria. Los pacientes han pasado a ser coproductores de los cuidados de salud y como tal se considera necesario contar con la opinión del paciente ya que esto incrementa la calidad y la satisfacción de las prestaciones sanitarias. ¹²

Las Actitudes (afecto): la comunicación no verbal es el principal modo de transmisión de emociones y actitudes, el posicionamiento del cuerpo, asentir con la cabeza, el contacto visual, hacen que los pacientes vean al médico de forma más cálida, la confianza, la empatía, la retroalimentación por parte del médico con el paciente, se asocian a una mayor satisfacción en la relación médico-paciente. ¹¹

5.2.3 ENFOQUES TEORICOS DE LA SATISFACCIÓN

Los enfoques teóricos que se han desarrollado en la literatura sobre satisfacción son:

- ✓ **Teorías de la actitud de percepciones-expectativas:** de Fishbein y Ajzen. Las expectativas son creencias, que a una respuesta dada, serán seguidas por algún evento; el evento puede ser positivo o negativo. Así, de acuerdo a los modelos de

valor-expectativa, las creencias y los valores asociados son los determinantes de una actitud. ¹⁸

- ✓ **Teoría de procesos de comparación social de Festinger:** Explica la manera en que las comparaciones sociales afectan la formación y la evaluación de las opiniones. La gente comprueba si sus opiniones son correctas, y evalúan sus habilidades, comparándose con otras personas. La comunicación verbal de los demás se convierte en un factor determinante de las actitudes; por lo tanto, la teoría de los procesos de influencia social, es similar a los procesos de comparación social de Festinger. Parsons y Shils igualmente explicaron la forma comparativa de las evaluaciones. Las personas evalúan los acontecimientos en función de sus “normas morales”. El sistema de valores del individuo es un conjunto de transmisiones culturales de las “ideas normativas”. Así Parsons y Shils refieren que el nivel cultural influyen en la satisfacción individual, así como la influencia social en la formación de actitudes. Thibault y Kelley propusieron que: “la gente evalúa las circunstancias en relación con aquellos que creen que otros alcanzan o en relación con los que ellos mismos han experimentado en el pasado” ¹⁸

- ✓ **Disconfirmación de expectativas:** El enfoque cognitivo basado en el paradigma de la disconfirmación ha sido el de mayor aceptación en la literatura desde sus comienzos (Oliver et al. 1997) ¹⁷

La disconfirmación significa que el resultado del servicio es inferior (o superior) a lo que un consumidor esperaba cuando realiza una decisión de compra, con implicaciones negativas (o positivas) para la experiencia del servicio. ¹⁹

Los clientes conforman sus expectativas respecto al desempeño de las características del producto o servicio antes de realizar la compra. Una vez que se produce dicha compra y se usa el producto o servicio, el cliente o usuario lo clasifica como “mejor que” o “peor que”. ¹⁹

La disconformidad positiva se produce si el producto o servicio es mejor que lo esperado o si es tal y como lo esperaba. La satisfacción del cliente o usuario aumenta si las disconformidades positivas aumentan (Liljander y Strandvik 1995). ¹⁷

- ✓ **Resultado o desempeño percibido:** Propone que la satisfacción del cliente se encuentra directamente relacionada con el desempeño de las características del producto o servicio percibidas por el cliente (Brooks 1995). ¹⁹ Se define el desempeño como el nivel de calidad del producto en relación con el precio que se paga por él que percibe el cliente. ¹⁷

- ✓ **Basado en un proceso múltiple:** Algunas veces los consumidores utilizan múltiples estándares o procesos de comparación que pueden darse como una secuencia simultánea para llegar a valoraciones de satisfacción. ¹⁶
- ✓ **Basado en la atribución causal:** Explica que el cliente o usuario ve resultado de una compra en términos de éxito o fracaso. La causa de la satisfacción se atribuye a factores internos tales como las percepciones del cliente al realizar una compra o utilizar un servicio y a factores externos como la dificultad de realizar la compra u obtener un servicio de calidad (Brooks 1995) ¹⁷ Los clientes o usuarios realizan atribuciones acerca de los errores y virtudes de los servicios o bienes obtenidos, esta atribución produce menor o mayor satisfacción. Por ejemplo, no es lo mismo que un usuario observe un error propio ya sea por mal manejo o mala actitud a que lo atribuya a la empresa. ¹⁶
- ✓ **Basada en la equidad:** Se asume que la satisfacción depende de la comparación de costo-beneficios que hacen que los clientes cuando llevan a cabo una transacción. ¹⁶ De acuerdo con esta teoría, la satisfacción se produce cuando los resultados obtenidos en un proceso están equilibrados, entre lo que un individuo gasta en la transacción y las recompensas o resultados obtenidos. ¹⁹
- ✓ **Basado en modelo cognitivo-afectivo:** El usuario no es visto sólo a partir de sus facultades para procesar información y valorar los atributos funcionales de un bien de consumo y/o servicio, sino también como un ser que busca y experimenta emociones. Primero se dará un procesamiento de la información y luego una respuesta afectiva. Las emociones positivas y negativas afectan directamente a la valoración de la satisfacción. ¹⁷
- ✓ **Basado en acción razonada:** Esta teoría involucra aspectos que se mezclan adquiriendo importancia dependiendo del momento en que se encuentre la investigación, ya que involucra factores como las creencias, dividiéndolas en conductuales cuando son particulares de cada sujeto o normativa, cuando son manifiestas de los grupos de pertenencia: así como las actitudes, las normas subjetivas, la motivación para cumplir esas creencias y normas, y la intención hacia la realización de una conducta. ²⁰

5.3 TIPOS DE RECETAS UTILIZADAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN IMSS

Receta electrónica:

- Individual
- Resurtible
- Transcripción

Receta manual:

- Individual
- Colectiva

5.3.1 RECETA MANUAL (Individual)

Es el formato autorizado sea digital o manuscrito expedido por el médico tratante legalmente capacitado, mediante el cual se prescribe el o los medicamentos necesarios para el tratamiento del paciente y con el cual se surten los medicamentos por parte de las farmacias en las unidades médicas.²⁰

La receta médica bien elaborada es el resultado de una exitosa relación médico-paciente, perspicacia diagnóstica y eficiencia terapéutica del clínico.

El médico debe instruir al paciente de la mejor forma posible dejando en claro el modo de administración, la dosis, frecuencia del fármaco; esto se logrará con una receta clara, legible, estructurada y explicada.²⁰

5.3.2 RECETA RESURTIBLE EN MÉXICO (IMSS)²

La Dirección de prestaciones Médicas como responsable del otorgamiento de servicios de salud a los trabajadores y sus familias afiliados al régimen obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social, incluye dentro de su programa de trabajo 2013-2018, acciones encaminadas a: “Consolidar las estrategias de salud con enfoque preventivo y curativo”.²

Durante el 2012 en el primer nivel de atención se otorgaron 84.2 millones de consultas y se estima que entre el 25 y 30% de los pacientes con hipertensión arterial, diabetes Mellitus y otros padecimientos crónicos están controlados, motivo por el que actualmente se extienden las estrategias de Receta Resurtible a todas las unidades de medicina familiar (1,233 unidades de medicina familiar) con la finalidad de mejorar la atención.²

El objetivo es optimizar la consulta de medicina familiar, prescribiendo recetas resurtible en pacientes con enfermedades crónicas controladas, con el fin de favorecer la atención, desahogo de los servicios de urgencias en 1° y 2° nivel e impacto en la satisfacción del usuario; Así como dar seguimiento a la continuidad de la atención, al fortalecer la vinculación con las unidades hospitalarias. Satisfacer las necesidades de los

derechohabientes y facilitar los procesos de atención, eliminación de trámites burocráticos o procedimientos incómodos o tardados.²

Los beneficios esperados son:

- No interfiere con el presupuesto
- Facilita al derechohabiente el surtir su medicamento sin generar más gasto
- Ampliar la oferta de servicio de consulta en medicina familiar
- Reorganización de la consulta de medicina familiar
- Promover el autocuidado de la salud
- Mejorar la imagen institucional²

Criterios de inclusión para recibir recetas resurtibles²

Consideraciones generales:

- a. Todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, deben de tener conocimiento de que en caso de presentar descontrol o sintomatología de alarma, deberá de acudir en cualquier momento al servicio de urgencias o en horario hábil a su consulta de medicina familiar.
- b. Debe respetarse los criterios de subsecuencia de la consulta determinada por las “Guías de Práctica Clínicas”
- c. No incluir pacientes con medicamentos de transcripción, psicotrópicos, lácteos o antibióticos.²

Las 10 patologías susceptibles de incluir en el proyecto estratégico²

1. Hipertensión arterial
2. Diabetes mellitus tipo 2
3. Artropatías: Osteoartrosis, artrosis degenerativa por región, espondiloartrosis, coxartrosis, gonartrosis, artritis crónica juvenil, artrosis, enfermedades articulares
4. Artropatías: deformante (xifosis, lordosis), espondiloartropatía (espondilitis anquilosante, estenosis espinal), trastornos de disco, espondilosis, síndrome doloroso cervico-dorso.lumbar.
5. Hematopatías crónicas.
6. Epilepsia en niños y adultos
7. Bronquitis crónica
8. Asma bronquial
9. Síndrome de colon irritable
10. Enfermedad de glándula tiroidea²

Consideraciones para permanecer en el plan estratégico con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica ²

- Cifra sistólica menor 130 mmHg
- Cifra diastólica menor de 80 mmHg
- Últimos 6 meses controlados
- Sin comorbilidad agregada

Motivos de cancelación de receta resurtible ²

- Falla en el SIMF.
- Desabasto de medicamentos.
- Falla de impresoras.
- Deficiente cantidad de impresoras.
- Problemas de conexión.
- Vencimiento en vigencia de receta.
- Rotación personal médico.
- Patologías diferentes.
- Sin evidencia de complicación aguda por la hipertensión ²

6. USTIFICACIÓN

La evaluación de la satisfacción se utiliza para tres propósitos principalmente:

1. Comparar los diferentes programas o sistemas de salud; 2. Evaluar la calidad de la atención; 3. Para identificar los aspectos de un servicio que necesitan ser cambiados para mejorar la satisfacción del paciente. ¹²

El programa de receta resurtible se establece en México en el IMSS en el año 2013 con la finalidad de optimizar la consulta de medicina familiar prescribiendo recetas resurtibles a pacientes con enfermedades crónicas controladas, favoreciendo una oportuna atención, un posible desahogo de los servicios de urgencias e impacto en la satisfacción de los usuarios al eliminar trámites burocráticos o procedimientos tardados. ²

Son pocos los estudios realizados que midan la satisfacción del paciente en intervenciones médicas o programas sanitarios. ¹² Se ha encontrado falta de claridad en los resultados de la satisfacción con la receta resurtible, ya que aunque la mayoría de los pacientes se sienten satisfechos, se han detectado más de 69 problemas relacionados con la organización del programa, el médico y con el mismo usuario. ⁷ Aunque parte del objetivo del programa de receta resurtible es crear un impacto en la satisfacción de los usuarios no se han realizado estudios ni existe un instrumento válido y confiable que mida la satisfacción de los pacientes incorporados al programa.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

En México el Programa de receta resurtible se implementa en el 2013 como parte del programa de trabajo 2013-2018, con acciones encaminadas a “consolidar las estrategias de Salud con enfoque preventivo y curativo”. Incluye a las 10 principales patologías crónicas vistas en Atención primaria como son: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, artropatías, dorsopatías, dermatopatías crónicas, epilepsia, bronquitis crónica, asma bronquial, síndrome de colon irritable y enfermedades de la glándula Tiroidea. ²

En España en 1992 la atención primaria se caracterizaba por una elevada demanda en la consulta médica con un número promedio de 40 consultas por médico por día (4 veces mayor que en otras partes del mundo) de estas un 50 por ciento eran por motivos administrativos como la repetición de recetas de los pacientes con enfermedades crónicas por lo que se implementa de manera piloto el programa de repetición repetida con la participación de un equipo de atención primaria de salud, permitiendo evaluaciones periódicas de la terapéutica. ²⁹

En el 2004 Roselló Farrás et al. Realizan una evaluación del seguimiento el consumo de fármacos del programa de prescripción repetida encontrando una reducción mensual en el periodo de febrero a julio de un 55% (de 160 a 72), de este porcentaje el 68.4% correspondía a pensionados, el 31.16 % son trabajadores. En este estudio también se demuestra que con la introducción de la prescripción repetida de receta electrónica ha disminuido un 60% los errores de prescripción. ^{9, 21}

Dinamarca con un 70% de recetas emitidas electrónicamente y Suecia con un 27% son los países más avanzados en estas herramientas. En España que el perfil de los usuarios del programa de prescripción repetida corresponde a una mujer de 65 años la cual es pensionista con un número promedio de 3.5 fármacos ²³ y un periodo de recogida de receta de 60 días. ⁷

En el año 2007, Mora R. et al. Realizan un estudio para medir la satisfacción del usuario de la prescripción repetida y medir la satisfacción del personal médico con este programa; Se encontró que los usuarios se encuentran muy satisfechos aunque consideran que aún existen aspectos por mejorar el programa con respecto a la organización y a la accesibilidad. Los médicos mostraron un 98% de satisfacción ya que opinan que ha sido una mejora para la gestión en salud, opinan también que el programa

no es apto para enfermedades mentales ni para pacientes con mal cumplimiento terapéutico.⁷

En el 2009, Traveset refiere que los pacientes con enfermedades crónicas incluidos en el programa de prescripción repetida que son impuntuales en la recogida de su medicamento, tienen mal apego a tratamiento y mayor descontrol, por lo que implementa una estrategia educativa. El resultado observado fue una mejora en la puntualidad en un 60%, esto quiere decir que es posible mejorar con una breve intervención el cumplimiento terapéutico del paciente, esto mejorando la satisfacción del usuario al no tener complicaciones de su patología.⁶

SISTEMA DE SALUD O PANORAMA DEL SISTEMA DE SALUD

En la Ciudad de México , el IMSS cuenta con 46 Unidades de Medicina Familiar en las cuales se lleva a cabo el programa de Receta resurtible. La Unidad de Medicina Familiar No. 28 cuenta con 30 consultorios en ambos turnos, atendidos por especialistas en Medicina Familiar quienes son los encargados de valorar a los pacientes y prescribir medicamentos en receta tradicional o en receta resurtible según sea el caso.

Proyecto estratégico de receta resurtible para la dotación de medicamentos a pacientes con padecimientos crónicos en la consulta de Medicina Familiar.³⁰

Fortalecimiento de atención integral de medicina familiar, definido como el fortalecimiento de los procesos de la atención primaria a la salud, para integrar la prevención y asistencia médica familiar, con equipos transdisciplinarios que serán coordinados por el médico familiar. Establece que el médico hará uso de la receta resurtible la cual será válida por 3 meses y se podrá utilizar en pacientes con hipertensión arterial (controlada).³¹

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.³² Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Programa de la Secretaría de Salud de enfermedades crónico degenerativas, como uno de sus temas prioritarios en cumplimiento al mandato constitucional que otorga a la población residente en la República Mexicana el derecho a la protección de la salud, y en concordancia con el PRONASA 2007- 2012, en dónde actualmente se cuenta con 81 grupos de ayuda mutua con 2,384 integrantes que pueden ser diabéticos, hipertensos y obesos o tener más de una de estas patologías.³³

Programa de acción de enfermedades cardiovasculares e Hipertensión Arterial cuyo

objetivo es Proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial, sus factores de riesgo; así como las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta y adulta mayor y elevando la calidad de vida en este grupo poblacional.³⁴

Guía de la American College of Cardiology (ACC) y American Heart Association (AHA) creada para prevenir enfermedades cardiovasculares (ECV); mejorar el conocimiento de las personas que tienen estas enfermedades a través de la formación profesional y la investigación; y desarrollar directrices, normas y políticas que promueven el cuidado óptimo del paciente y la salud cardiovascular.³⁵

Octavo Informe del Comité Nacional y Conjunto de los Estados Unidos de América sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial. La unidad de enfermedades crónicas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pone a disposición esta guía, referenciada del Séptimo Informe (JNC 8) del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.³⁶

DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

Uno de los objetivos principales que se plantean en el programa de receta resurtible es medir el grado de satisfacción de los usuarios del sistema², sin embargo, pese a que existen múltiples instrumentos que miden la satisfacción,^{7,5,8,25,28} no se cuenta con uno que la mida específicamente con la receta resurtible en nuestro país.

En el mundo existen pocos estudios los cuales relacionen satisfacción del paciente con el programa de receta resurtible.⁷ Una de las debilidades de los estudios realizados en satisfacción del paciente es utilizar medidas de elementos únicos, se enfocan en las condiciones de hospitalización o sobre la organización en el área de urgencias, la consulta, tiempos de espera y pocos son los enfocados en las intervenciones médicas o en los nuevos programas como el de receta resurtible,⁷ esto ha llevado a no tener una herramienta estandarizada de las técnicas de medición que permita la comparación de los índices de satisfacción en los diferentes contextos.¹¹

La receta normal en el IMSS no debe cumplir ningún criterio para ser entregada, solo el criterio médico el cual decide la terapéutica a seguir en cada paciente de acuerdo a la patología que presenta, se puede canjear dentro de las primeras 72 horas de su expedición y puede incluir medicamentos psicotrópicos, de transcripción, lácteos y antibióticos. En comparación a la receta resurtible la cual es un programa implementado

para las 10 principales patologías crónicas en México, se puede otorgar únicamente a pacientes que se encuentren controlados por un periodo mayor de 6 meses y se expiden 3 recetas, la que se podrá surtir inmediatamente saliendo de la consulta médica y dos recetas post fechadas las cuales pueden ser surtidas durante 7 días posteriores a la fecha no se pueden expedir receta resurtible de medicamentos psicotrópicos, de transcripción, lácteos y antibióticos, al estar registrados en el programa la farmacia debe contar con el tratamiento designado a cada paciente para asegurar su reabastecimiento así como por parte de las asistentes médicas deben programar su cita en 3 meses del paciente para su control por parte del médico familiar.

Este protocolo tiene el objetivo de medir la satisfacción en la relación medico-paciente de los usuarios del programa receta resurtible con el diagnostico de hipertensión arterial sistémica.

DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

El programa de receta resurtible ha sido implementado en el sistema de salud en varios países como España, Estados Unidos de Norteamérica, China, Suiza, Canadá, Gran Bretaña, ^{25,37,38,39,40} utilizándose en diversas patologías crónicas. ^{25,28,41,42,39,40} En México La receta resurtible se implementó en el 2013 con el fin de fortalecer la Atención Integral en Medicina Familiar, utilizándose en las 10 patologías crónicas más frecuentes: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, artropatías, dorsopatías, dermopatías crónicas, epilepsia, asma, bronquitis crónica, síndrome de colon irritable y enfermedades de la glándula tiroides, con el programa se pretende desburocratizar la consulta en la atención primaria y aumentar la satisfacción de los pacientes. ²

DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

MAGNITUD

La frecuencia de la expedición de receta resurtible en México varía en los diferentes Estados, siendo actualmente Baja California quien ocupa el primer lugar al expedir 6mil recetas resurtibles semanalmente, con lo cual logran liberar 11mil espacios de consulta al mes.

En España en el 2004 con la introducción de la prescripción repetida y la receta electrónica hubo una reducción mensual en el periodo de febrero a julio de un 55% (de 160 a 72), de este porcentaje el 68.4% correspondía a pensionistas, el 31.16 % son trabajadores. En este estudio también se demuestra que con la introducción de la

prescripción repetida de receta electrónica ha disminuido un 60% los errores de prescripción.^{9,21}

Dinamarca con un 70% de recetas emitidas electrónicamente y Suecia con un 27% son los países más avanzados en estas herramientas. En España el perfil de los usuarios del programa de Prescripción repetida corresponde a mujeres de 65 años pensionadas con un número promedio de 3.5 fármacos.²³

TRANSCEDENCIA

En estudios realizados en otros países como Europa, Gran Bretaña, Estados Unidos,^{6,7, 23, 37, 41} donde por más de una década han llevado a cabo el programa de prescripción repetida equivalente al de receta resurtible en México, refieren que a mayor satisfacción del paciente habrá mayor apego a tratamiento, ya que al no haber apego a tratamiento existe mayor descontrol de la patología, mayor ingresos hospitalarios a urgencias y mayores complicaciones que pueden llevar a la muerte del paciente, además de generar un mayor costo por paciente a la institución⁶, con un buen apego a tratamiento se logra mayor control de la enfermedad de base, con esto se logra disminuir el riesgo de presentar complicaciones, mejorando la calidad de vida del paciente. Esto representa una importante repercusión económica tanto para el paciente como para la institución. En España con la introducción de su programa de prescripción repetida disminuyó en el 2003 de 130 pacientes por mes a 51 pacientes en un periodo de 6 meses esto corresponde a un 55% obteniendo 2 horas semanales que se dedican a la atención clínica, constituyendo una mejora en la calidad asistencial y obteniendo mayor satisfacción del paciente.⁹

ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.

- a) INSTITUCION: Disponibilidad de citas en atención primaria, abastecimiento adecuado en la farmacia de la institución para cubrir la demanda de la población con enfermedades crónicas y la expedición de tratamientos completos.^{2,7}
- b) USUARIO: Los factores del usuario que influyen en la satisfacción del paciente son: buena relación con su médico, sentir confianza y empatía para exteriorizar dudas y obtener información comprensible, tener un solo médico que siga el proceso de su enfermedad, el costo de la atención médica, eficacia de su tratamiento, presentar efectos adversos al tratamiento, mal apego al tratamiento e incumplimiento en la recogida de sus medicamento mensual.^{12, 4,6,7}
- c) MÉDICO: Cumplimiento y conocimiento de criterios de inclusión al programa de receta resurtible, confianza que inspira el médico que atiende al paciente, Tiempo

limitado en la consulta médica, realización de exploración física completa por parte del médico, conocimiento ⁷ y apego a las guías de práctica clínica para establecer la terapéutica indicada.

ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE.

Son pocos los estudios que relacionan la satisfacción con el programa de receta resurtible en el mundo. ^{24, 40} A pesar de que uno de los objetivos del programa de RR es la satisfacción del paciente no existe en México un estudio el cual mida la satisfacción del programa ni se cuenta con un instrumento de satisfacción válido y confiable enfocado en receta resurtible.

TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER EN ESTE ESTUDIO.

Con el presente estudio se espera medir la satisfacción en la relación médico paciente en los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica en el programa de receta resurtible en la UMF No. 28, Delegación 3 Sur.

CONCEPTOS INDISPENSABLES

SATISFACCION DEL PACIENTE: es una medida de resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente. Es un indicador de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas. ⁷

RECETA RESURTIBLE: (prescription refill, repeat prescribing, prescripción repetida, prescripción informatizada, prescripción crónica) es la receta que se surtirá el mismo día y dos recetas más posfechadas para los dos siguientes meses las cuales podrá surtir en farmacia sin la necesidad de pasar a valoración médica que se otorga a pacientes con las 10 principales enfermedades crónicas controladas. ²

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

7.1 ¿CUAL ES LA SATISFACCIÓN EN LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE EN USUARIOS DEL PROGRAMA RECETA RESURTIBLE CON EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA?

8. OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la satisfacción en la relación medico-paciente en usuarios del programa receta resurtible con el diagnostico de hipertensión arterial sistémica.

8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la frecuencia de expedición de receta resurtible a pacientes hipertensos.
2. Evaluar la satisfacción en relación medico-paciente en los usuarios el programa receta resurtible con diagnostico de hipertensión arterial sistémica.
3. Determinar el apego al tratamiento en estos pacientes mediante el Test de Morisky-Green
4. Conocer las cifras tensionales de estos pacientes y la frecuencia de control hipertensivo.

9. HIPOTESIS DEL TRABAJO

La satisfacción de la calidad en la atención medica en los pacientes con hipertensión arterial usuarios del programa receta resurtible, se espera sea mayor del 60%.

10. MATERIAL Y METODOS

10.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio transversal y descriptivo.

10.2 POBLACIÓN O UNIVERSO DE TRABAJO

Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica que pertenezcan al programa receta resurtible de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera" Delegación 3 Sur en la Ciudad de México.

10.3 MUESTREO

Se utilizó la fórmula para una proporción para el cálculo de tamaño de la muestra, se estimó una frecuencia hipotética del evento (satisfacción en pacientes hipertensos) de 50%, con un IC 95%, obteniéndose un total de 384 participantes.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	1000000
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/- 5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/- %)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	384

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

10.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Usuarios adscritos a la UMF No. 28 con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica incluidos en el programa receta resurtible, a los que se le prescribió su medicamento en este tipo de receta en un rango de edad de 18 a 90 años.
2. Usuarios mayores de edad entre 18 a 90 años de edad que desees participar en el estudio.

3. Usuarios que sepan leer y escribir y contesten la totalidad del cuestionario de satisfacción, si no saben leer se le hará la encuesta de manera verbal ofreciendo las respuestas en cada una de ellas y eligiendo la que ellos consideren mas adecuada.
4. Sin otras comorbilidades agregadas.
5. Sin evidencia de complicaciones agudas por patología crónica de base.
6. Que acepten participar y firmen consentimiento informado.

Criterios de no inclusión

1. Usuarios con otras enfermedades incluidos en el programa receta resurtible, es decir, distinta a la hipertensión arterial sistémica.

Criterios de eliminación

1. Instrumentos llenados de manera incompleta

10.5 VARIABLES

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	OPERACIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
“Mi médico me ayuda”	Posición del paciente respecto a su percepción de ayuda por parte de su médico.	1. (“Nunca”), 2. (“Casi nunca”), 3. (“A veces”), 4. (“Casi siempre”), 5. (“Siempre”)	Cualitativa
“Mi médico tiene suficiente tiempo para mi”	Percepción del paciente acerca de la cantidad de tiempo de atención que recibió	1. (“Nunca”), 2. (“Casi nunca”), 3. (“A veces”), 4. (“Casi siempre”), 5. (“Siempre”)	Cualitativa
“Creo en mi médico”	Confianza del paciente en el médico	1. (“Nunca”), 2. (“Casi nunca”), 3. (“A veces”), 4. (“Casi siempre”), 5. (“Siempre”)	Cualitativa
“Mi médico me	El paciente	1. (“Nunca”),	Cualitativa

entiende”	siente que su médico entiende lo que le quiere decir	2. (“Casi nunca”), 3. (“A veces”), 4. (“Casi siempre”), 5. (“Siempre”)	
“Mi médico se dedica a ayudarme”	Percepción de la dedicación que brinda el médico para ayudar a su paciente.	1. (“Nunca”), 2. (“Casi nunca”), 3. (“A veces”), 4. (“Casi siempre”), 5. (“Siempre”)	Cualitativa
“Mi médico y yo estamos de acuerdo a la naturaleza de mis síntomas”	El médico conversó con el paciente de las causas de sus síntomas	1. (“Nunca”), 2. (“Casi nunca”), 3. (“A veces”), 4. (“Casi siempre”), 5. (“Siempre”)	Cualitativa
“Puedo hablar con mi médico”	Sentimiento del paciente sobre poder decirle lo que desea a su médico	1. (“Nunca”), 2. (“Casi nunca”), 3. (“A veces”), 4. (“Casi siempre”), 5. (“Siempre”)	Cualitativa
“Me siento contento con el tratamiento de mi médico”	Sensación de felicidad del paciente con el tratamiento recibido	1. (“Nunca”), 2. (“Casi nunca”), 3. (“A veces”), 4. (“Casi siempre”), 5. (“Siempre”)	Cualitativa
“Siento a mi médico fácilmente accesible”	El paciente siente que puede llegar a su médico fácilmente tanto en su tiempo de espera y ubicación.	1. (“Nunca”), 2. (“Casi nunca”), 3. (“A veces”), 4. (“Casi siempre”), 5. (“Siempre”)	Cualitativa
Resultado promedio de PDRQ-9	Promedio de los nueve parámetros del cuestionario PDRQ-9	Mayor o igual a 4 Menor a 4 Menor de 4 significa grado de satisfacción bajo Mayor de 4 sugiere grado de satisfacción alto	Cualitativa
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD	Opinión del paciente sobre la calidad de atención recibida.	Excelente Bueno Regular Malo	Cualitativa
SATISFACCIÓN	Punto de vista acerca	Satisfecho	Cualitativa

SORE LA ATENCIÓN	de la satisfacción del paciente sobre la atención recibida.	Medianamente satisfecho. Insatisfecho	
CONTINUIDAD DE USO	Paciente volvería a usar el servicio recibido	Sí No	Cualitativa
MEDICO QUE BRINDO ATENCIÓN	El personal medico que brindo la atención en esta visita	Puede ser el medico fijo, medico suplente o un medico residente	Cualitativa
TIEMPO DE TRASLADO	Duración del traslado que realiza el paciente para llegar a la Unidad de Medicina Familiar	0 a 15 minutos 16 a 30 minutos 31 a 45 minutos > 45 minutos	Cualitativa
TIEMPO DE ESPERA	Duración del tiempo que tuvo que esperar el paciente dentro del centro de salud hasta ser atendido	0 a 5 minutos 6 a 15 minutos 16 a 25 minutos > 25 minutos	Cuantitativa
TIEMPO DE LA ULTIMA ATENCIÓN	Duración de la consulta médica	Menor a 5 minutos 5-15 minutos 16-25 minutos Mayor a 25 Minutos	Cuantitativa
IMAGEN DEL MEDICO	Opinión del paciente sobre la presentación del personal que atiende al paciente.	Excelente Bueno Regular Malo	Cualitativa
PRESENTACIÓN DEL MÉDICO	El médico se presentó ante su paciente y lo saludó	Si No	Cualitativa
NOMBRE DEL MÉDICO	Paciente conocía el nombre del médico que lo atendió con anterioridad a la atención.	Si No	Cualitativa
APEGO A TRATAMIENTO	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí No	Cualitativa
APEGO A TRATAMIENTO	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí No	Cualitativa

APEGO A TRATAMIENTO	Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí No	Cualitativa
APEGO A TRATAMIENTO	Si algun a vez le sienta mal el medicamento, ¿de usted de tomarla?	Sí No	Cualitativa
TA SISTOLICA	Valor máximo de la presión arterial en sístole (cuando el corazón se contrae).	Se tomará con baumanometro por el investigador	Cuantitativa
TA DISTOLICA	Valor mínimo de la presión arterial cuando el corazón está <u>en diástole o entre</u> latidos cardíacos. Depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica.	Se tomará con baumanometro por el investigador	Cuantitativa
CONTROL HIPERTENSIVO	Mediante la toma de presión arterial la cual se hará en tres ocasiones en el mismo brazo la ayuda de un baumanometro, se sacara la presión arterial promedio y se tomara como controlado a todo aquel usuario que tengas cifras tensionales menor de 140/90	Si No	Cualitativa
Peso	El peso equivale a la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo, originada por la acción del campo gravitatorio local sobre la masa del cuerpo	Hará el procedimiento el investigador en las basculas ubicadas en fuera de los consultorios de medicina familiar	Cuantitativa
Talla	Estatura de una persona , medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza	Hará el procedimiento el investigador en los estadiómetros ubicados en fuera de los consultorios de medicina familiar	Cuantitativa
Índice de Masa Corporal (IMC)	Es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. El IMC es	Será calculado por el investigador mediante la formula $\text{peso (kg)} \div \text{altura}^2$	Cuantitativa

	un indicador confiable para valorar estado nutricional.	(metros)	
SEXO	Según genero biológico sexual	Hombre Mujer	Cualitativa
EDAD	Años de vida cumplidos al momento de ingresar al estudio	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa
TIEMPO DE EVOLUCIÓN CON EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	Tiempo expresado en años en el cual cuenta con el diagnostico de Hipertensión Arterial Sistémica	Años que lleva con el diagnostico de hipertensión arterial	Cuantitativa
GRADO DE ESTUDIO	Años de estudio académico que tiene una persona	Grado de estudios en preparación académica	Cuantitativa continua
ESTADO CIVIL	Situación de la persona, determinada por sus relaciones de familia.	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado	Cualitativa

10.6 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

LOGÍSTICA

Posterior a la aprobación por el SIRELCIS se llevo a cabo en la UMF No 28, se solicito:

1. Autorización de la Directora de la UMF No. 28, para llevar a cabo el estudio en dicha unidad en ambos turnos (matutino y vespertino); al obtener la autorización, se solicitó a la farmacia permiso para abordar a los pacientes a la hora de la recogida de su receta (resurtible) posteriormente preguntó al paciente si deseaba colaborar con nuestro estudio y firmando el consentimiento informado para la misma.
2. El cuestionario de satisfacción sé aplicó por el tesista Jijón Navarrete Andrés médico residente de tercer año de la especialidad en medicina Familiar y previamente entrenado para la aplicación del cuestionario. Se entregó el cuestionario al paciente para ser contestado donde también se contaba con ficha de identificación y tiempo de evolución con el diagnostico de Hipertensión Arterial

Sistémica, quedándonos a su lado para explicar en caso de tener alguna duda sobre las pregunta.

3. Una vez obtenido el cuestionario de satisfacción se invitó al paciente a pasar a un modulo de medicina preventiva, donde se tomo la tensión arterial con la técnica adecuada, y se registró en el apartado del cuestionario destinado para esta, el peso y talla se obtuvo directamente del carnet de citas medicas, en caso de no contar con peso y talla actual se pesó en bascula digital ubicada en cada consultorio la cual cuenta con estadiómetro, posterior se registró en el cuestionario.
4. Al término del cuestionario, la información obtenida se ingresó a una base de datos para proceder con el análisis.

RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de satisfacción que se utilizaró en esta investigació constó de una ficha de identificación y un instrumento para la evaluación de la relación médico-paciente, el "Patient-Doctor Relationship Questionnaire" de 9 preguntas (PDRQ-9), adaptado y validado de un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire por Van del Feltz-Cornelis y su grupo ⁴⁴, con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácil de aplicar en atención primaria que evaluase la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Después fue adaptado al castellano por Mingote J. et al. ⁴⁵ en su versión de 13 preguntas y, posteriormente, por Martín Fernández J. y cols. en la versión de 9 preguntas. ⁴⁶

El valor de alfa de Cronbach para esta última versión es de 0.95, similar a lo reportado en las versiones de 13 preguntas. ^{44,45} Sin embargo, el análisis factorial apunta de manera consistente a un solo factor que explica la varianza en un alto porcentaje (75.3%), además de presentar mayor capacidad discriminante que las versiones ya referidas. El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos, y donde: 1 = nunca y 5 = siempre, y entre mayor puntaje tenga el instrumento, mayor es el grado de satisfacción. El instrumento permite cuantificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento.

El instrumento también cuenta con el Test de Morisky-Green para evaluar apego a tratamiento, el cual consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se valoró si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad⁴; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez⁹ en la validación del test para la Hipertensión Arterial.

Cabe mencionar que la recolección de la información se llevó a cabo por el tesista, el cual vistió de civil al momento de realizarlo para no condicionar la respuesta en el cuestionario.

PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para el procesamiento de datos se usó el programa estadístico SPSS. Para las variables en escalas continuas se calculó promedio y desviación estándar, variables con escala categórica números absolutos y porcentajes. Para la comparación de las variables categóricas se usó χ^2 y/o prueba exacta de Fisher y para las numéricas continuas t de Student.

11.RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DE LA INVESTIGACIÓN

11. 1 RECURSOS HUMANOS

- a) Residente de medicina familiar
- b) Investigador principal
- c) Investigador secundario

11.2 RECURSOS TECNOLOGICOS

- a) Computadora personal
- b) Impresora
- c) Sistema de Información en Medicina Familiar
- d) Celular personal
- e) Conexión a internet
- f) Paquete estadístico SPSS v.20, Office

11.3 RECURSOS MATERIALES

- a) Insumos

Articulo	Costo total
Bolígrafos	\$ 25.00
Hojas blancas	400.00
Tóner para impresora	400.00
Uso de internet	800.00

El costo total de la realización de la presente investigación quedó a cargo del medico residente.

12. RESULTADOS

Tabla 1. Características Sociodemográficas y Culturales(n=400)

Edad ^a	Frecuencias
Media	48.11
Mediana	44.00
Moda	38
Desviación estandar	13.319
Percentiles 25	38
75	56
Sexo ^b	Frecuencia (Porcentaje)
Masculino	190 (47.50%)
Femenino	210 (52.50%)
Escolaridad ^b	Frecuencia (Porcentaje)
Sin estudios	1 (0.25%)
Primaria incompleta	4 (1%)
Primaria completa	42 (10.50%)
Secundaria incompleta	58 (14.50%)
Secundaria completa	63 (15.75%)
Preparatoria incompleta	77 (19.25%)
Preparatoria completa	50 (12.50%)
Licenciatura incompleta	40 (10%)
Licenciatura completa	42 (10.50%)
Posgrado o mas	23 (5.75%)
Estado civil ^b	Frecuencia (Porcentaje)
Soltero	21 (5.25%)
Casado	171 (42.75%)
Unión libre	130 (32.50%)
Viudo	33 (8.25%)
Divorciado	45 (11.25%)

^a Los datos son presentados como mediana y RIQ (Percentil 25,Percentil 75)

^b Los datos presentados en frecuencia y porcentaje

La tabla uno muestra las características basales de la población. En este estudio están incluidos 400 participantes, donde la edad media fue de 48.11 años. Al analizar la variable de sexo encontramos que 190 (47.50%) participantes correspondían al sexo masculino y de 210 (52.50%) para el sexo femenino.

La escolaridad de los participantes se dividió desde: sin estudios hasta posgrado encontrando una mayor frecuencia Preparatoria incompleta, secundaria completa y secundaria incompleta encontrando una frecuencia de 77 (19.25%), 63 (15.75%) y 58 (14.50%) respectivamente.

El estado civil se catalogo en soltero, casado, unión libre, viudo y divorciado, encontrando una frecuencia de 21 (5.25%), 171 (42.75%), 130 (32.50%), 33 (8.25%), 45 (11.25%) respectivamente.

Tabla 2. Indicadores antropométricos y estado nutricional (n=400)

Variable			
	Media	Mediana (Percentil25, Percentil 75)	Desviación estandar
Peso (kg) ^a	79.26	81.00 (69.00, 88.75)	12.364
Talla (metro) ^a	1.63	1.62 (1.54, 1.72)	.112
IMC ^a	29.85	29.63 (26.83, 31.96)	3.860
Estado nutricional			
Peso bajo ^b	0 (0%)		
Peso normal ^b	32 (8%)		
Sobrepeso ^b	178 (44.50%)		
Obesidad grado I ^b	159 (39.75%)		
Obesidad grado II ^b	31 (7.75%)		
Obesidad grado III ^b	0 (0%)		

^a Los datos son presentados como mediana y RIQ (Percentil 25,Percentil 75) y desviación estándar

^b Los datos presentados en frecuencia y porcentaje

La tabla dos muestra las características basales de la población en cuanto a indicadores antropométricos y estado nutricional, la media de peso fue de 79.26 kg, con una desviación estándar de 12.364.

La talla de los participantes tuvo una media de 1.63 metros con una desviación estándar de .112

De acuerdo al peso y la talla se determinó el índice de masa corporal (IMC) el cual tuvo una media de 29.85, con una desviación estándar de 3.860. Con el índice de masa corporal se determina el estado nutricional el cual se catalogo en peso bajo, peso normal, sobrepeso, obesidad grado I, obesidad grado II y obesidad grado III encontrando una

frecuencia de 0 (0%), 32 (8%), 178 (44.50%), 159 (39.75%), 31 (7.75%) y 0 (0%) respectivamente.

Tabla 3. Características de la atención medica(n=400)

Medico que brindo la atención	
Medico familiar fijo ^b	368 (92%)
Otro medico ^b	32 (8%)
¿Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión?	
Si ^b	374 (93.50%)
No ^b	26 (6.50%)
¿El medico se presentó antes de iniciar la consulta?	
Si ^b	69 (17.25%)
No ^b	331 (82.75%)
¿Conoce el nombre del médico que le brindo la consulta?	
Si ^b	399 (99.75%)
No ^b	1 (0.25%)
Tiempo de traslado de su domicilio a la Unidad de Medicina Familiar	
De 0 a 15 minutos ^b	138 (34.50%)
De 16 a 30 minutos ^b	203 (50.75%)
De 31 a 45 minutos ^b	55 (13.75%)
Más de 45 minutos ^b	4 (1%)
Tiempo de espera para la atención médica	
De 0 a 5 minutos ^b	30 (7.50%)
De 6 a 15 minutos ^b	157 (39.25%)
De 16 a 25 minutos ^b	164 (41%)
Más de 25 minutos ^b	49 (12.25%)
Duración de la atención médica	
Menos de 5 minutos ^b	2 (0.50%)
De 5 a 15 minutos ^b	280 (70%)
De 16 a 25 minutos ^b	118 (29.50%)
Más de 25 minutos ^b	0 (0%)

^b Los datos presentados en frecuencia y porcentaje

En la tabla tres se analizaron las características de la atención recibida donde 368 (92%) fue atendida por el medico familiar fijo, y 32 (8%) por otro medico; 374 (93.50%) pacientes fueron atendidos antes por el medico que le atendió en esta ocasión, y 26 (6.50%) no fueron atendidos antes por el mismo médico; 331 (82.75%) pacientes comentaron que el medico no se presento antes de iniciar la consulta y 69 (17.25%) dijo que si se presento; 399 (99.75) pacientes refirieron conocer el nombre del médico y 1 (0.25%) dijeron que no conocen el nombre del médico que le brindó la atención medica.

El tiempo de traslado de su domicilio a la unidad de medicina familiar se dividió en de 0 a 15 minutos, de 16 a 30 minutos, de 31 a 45 minutos y más de 45 minutos encontrando una frecuencia de 138 (34.50%), 203 (50.75%), 55 (13.75%) y 4 (1%) respectivamente; en cuanto al tiempo de espera para la atención médica se dividió de 0 a 5 minutos, de 6 a 15 minutos, de 16 a 25 minutos, más de 25 minutos encontrando una frecuencia de 30 (7.50%), 157 (39.25%), 164 (41%) y 49 (12.25%) respectivamente; la duración de la atención médica se dividió en menos de 5 minutos, de 5 a 15 minutos, de 16 a 25 minutos y más de 25 minutos encontrándose una frecuencia de 2 (0.50%), 280 (70%), 118 (29.50%) y 0 (0%) respectivamente.

Tabla 4. Relación médica-paciente durante la atención médica (n=400)

Variable	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Mi medico me ayuda ^b	0 (0%)	0 (0%)	3 (0.75%)	137 (34.25%)	260 (65%)
Mi medico tiene suficiente tiempo para mí ^b	0 (0%)	0 (0%)	61 (15.25%)	236 (59%)	103 (25.75%)
Creo en mi medico ^b	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (7.75%)	369 (92.25%)
Mi medico me entiende ^b	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	92 (23%)	308 (77%)
Mi medico se dedica a ayudarme ^b	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	32 (8%)	368 (92%)
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas ^b	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	34 (8.50%)	366 (91.50%)
Puedo hablar con mi medico ^b	0 (0%)	0 (0%)	4 (1%)	22 (5.50%)	374 (93.50%)
Me siento contento con el tratamiento de mi medico ^b	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (2%)	392 (98%)
Siento a mi médico fácilmente accesible ^b	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	29 (7.25%)	371 (92.75%)

^b Los datos presentados en frecuencia y porcentaje

La tabla cuatro muestra las respuestas obtenidas de los 400 pacientes con el instrumento para la evaluación de la relación medico-paciente, el “ Patient-Doctor Relationship Questionnaire” de 9 preguntas (PDRQ) en donde en la pregunta mi medico me ayuda se encontró respuestas en a veces, casi siempre y siempre con una frecuencia de 3 (0.75%), 137 (34.25%) y 260 (65%) respectivamente; en la pregunta de mi medico tiene suficiente tiempo para mí contestaron en a veces, casi siempre y siempre con una frecuencia de 61 (15.25%), 236 (59%) y 103 (25.75) respectivamente; en la pregunta creo en mi médico respondieron casi siempre y siempre con una frecuencia de 31 (7.75%) y 369 (92.25%) respectivamente; en la pregunta mi medico me entiende respondieron en casi siempre y siempre con una frecuencia de 92 (23%) y 308 (77%) respectivamente; en la pregunta mi

medico se dedica a ayudarme respondieron en casi siempre y siempre con una frecuencia de 32 (8%) y 368 (92%) respectivamente; en la pregunta mi medico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas respondieron casi siempre y siempre con una frecuencia de 34 (8.50%) y 366 (91.50%) respectivamente; en la pregunta puedo hablar con mi médico respondieron a veces, casi siempre y siempre con una frecuencia de 4 (1%), 22 (5.50%) y 374 (93.50%) respectivamente; en la pregunta me siento contento con el tratamiento de mi médico respondieron casi siempre y siempre con una frecuencia de 8 (2%) y 392 (98%) respectivamente; en la pregunta siento a mi médico fácilmente accesible respondieron casi siempre y siempre con una frecuencia de 29 (7.25%) y 371 (92.755) respectivamente.

Tabla 5. Calidad y satisfacción de la atención médica percibida (n=400)

Calidad	
Excelente ^b	87 (21.75%)
Buena ^b	283 (70.75%)
Regular ^b	27 (6.75%)
Mala ^b	3 (0.75%)
Satisfacción	
Muy satisfecho ^b	372 (93%)
Medianamente satisfecho ^b	25 (6.25%)
Insatisfecho ^b	3 (0.75%)
¿Volvería a utilizar el servicio médico recibido?	
Si ^b	400 (100%)
No ^b	0 (0%)

^b Los datos presentados en frecuencia y porcentaje

La tabla cinco muestra las respuestas en cuanto a la atención médica recibida, de acuerdo a la calidad percibida se catalogó en excelente, buena, regular y mala obteniendo una frecuencia de 87 (21.75%), 283 (70.75%), 27 (6.75%) y 3 (0.75%) respectivamente. La satisfacción se dividió en muy satisfecho, medianamente satisfecho e insatisfecho, obteniendo una frecuencia de 372 (93%), 25 (6.25%) y 3 (0.75%) respectivamente. Los 400 pacientes (100%) respondieron que volvería a utilizar el servicio médico recibido.

Tabla 6. Control hipertensivo (n=400)

Control hipertensivo	
Si ^b	289 (72%)
No ^b	111 (28%)

^b Los datos presentados en frecuencia y porcentaje

En la tabla seis muestra el control hipertensivo el cual se analizó de acuerdo a las cifras de tensión arterial, y se encontró control hipertensivo con una frecuencia de 289 (72%), mientras el 111 (28%) no tuvo control hipertensivo.

Tabla 7. Apego a tratamiento (n=400)

Apego a tratamiento	
Si ^b	343 (85.75%)
No ^b	57 (14.25%)

^b Los datos presentados en frecuencia y porcentaje

En la tabla siete muestra el apego a tratamiento que se interrogó mediante el test de Morinsky-Green y se encontró que 343 (85.75%) de los pacientes si tiene apego a tratamiento y 57 (14.25%) no tiene apego a tratamiento.

Tabla 8. Características basales de acuerdo al grado de satisfacción (n=400)

Variable	Grado de satisfacción			X ²
	Muy satisfecho n=372	Medianamente satisfecho n= 25	Insatisfecho n=3	
Características sociodemográficas y culturales				
Edad ^a	44 (38, 56)	50 (43, 56.5)	50 (46,0)	.001
Sexo, n (%) ^b				
Masculino	186 (50%)	4 (16%)	0	.001
Femenino	186 (50%)	21 (84%)	3 (100%)	
Escolaridad, n (%) ^b				
Sin estudios	1 (0.26%)	0 (0%)	0 (0%)	.232
Primaria incompleta	4 (1.07)	0 (0%)	0 (0%)	
Primaria completa	39 (10.48%)	2 (8%)	1 (33.33%)	
Secundaria incompleta	53 (14.24%)	4 (16%)	1 (33.33%)	
Secundaria completa	63 (16.93%)	0 (0%)	0 (0%)	
Preparatoria incompleta	72 (19.35%)	5 (20%)	0 (0%)	
Preparatoria completa	43 (11.55%)	7 (28%)	0 (0%)	
Licenciatura incompleta	38 (10.21%)	2 (8%)	0 (0%)	
Licenciatura completa	37 (9.94%)	5 (20%)	0 (0%)	
Posgrado o mas	22 (5.91%)	0 (0%)	1 (33.33%)	
Estado civil ^b				
Soltero	18 (4.83%)	2 (8%)	1 (33.33%)	.009
Casado	152 (40.86%)	18 (72%)	1 (33.33%)	
Unión libre	129 (34.67%)	1 (4%)	0 (0%)	
Viudo	32 (8.60%)	1 (4%)	0 (0%)	
Divorciado	41 (11.02)	3 (12%)	1 (33.33%)	
Indicador antropométrico				
Estado nutricional, n (%) ^b				
Peso bajo ^b	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	.763
Peso normal ^b	28 (7.52%)	4 (16%)	0 (0%)	
Sobrepeso ^b	165 (44.35%)	11 (44%)	2 (66.66%)	
Obesidad grado I ^b	150 (40.3%)	8 (34%)	1 (33.33%)	
Obesidad grado II ^b	29 (7.79%)	2 (8%)	0 (0%)	
Obesidad grado III ^b	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Acciones del médico				
Medico que brindó la atención ^b				
Medico familiar fijo	341 (91.66%)	24 (96%)	3 (100%)	.650
Otro médico	31 (8.34%)	1 (4%)	0 (0%)	
¿Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión? ^b				
Si	347 (93.27%)	24 (96%)	3 (100%)	.781
No	25 (6.73%)	1 (4%)	0	
¿El medico se presentó antes de iniciar la consulta? ^b				
Si	55 (14.78%)	13 (52%)	1 (33.33%)	.000
No	317 (85.22%)	12 (48%)	2 (66.66%)	

¿Conoce el nombre del médico que le brindo la consulta? ^b				
Si	371 (99.73%)	25 (100%)	3 (100%)	.963
No	1 (0.27%)	0 (0%)	0 (0%)	
Tiempos en la atención medica				
Tiempo de traslado de su domicilio a la unidad de medicina familia ^b				.221
De 0 a 15 minutos	134 (36.02%)	3 (12%)	1 (33.33%)	
De 16 a 30 minutos	182 (48.92%)	19 (76%)	2 (66.66%)	
De 31 a 45 minutos	52 (13.97%)	3 (12%)	0 (0%)	
Más de 45 minutos	4 (1.07%)	0 (0%)	0 (0%)	
Tiempo de espera para la atención médica, n (%) ^b				
De 0 a 5 minutos	26 (6.98%)	4 (16%)	0 (0%)	.616
De 6 a 15 minutos	148 (39.78%)	8 (32%)	1 (33.33%)	
De 16 a 25 minutos	153 (41.12%)	9 (36%)	2 (66.66%)	
Más de 25 minutos	45 (12.09%)	4 (16%)	0 (0%)	
Duración de la atención médica, n (%) ^b				
Menos de 5 minutos	2 (0.53%)	0 (0%)	0 (0%)	.995
De 5 a 15 minutos	260 (69.89%)	18 (72%)	2 (66.66%)	
De 16 a 25 minutos	110 (29.56%)	7 (28%)	1 (33.33%)	
Más de 25 minutos	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Calidad pen la atención medica recibida ^b				
Excelente	87 (23.38%)	0 (0%)	0 (0%)	.000
Buena	283 (76.07%)	0 (0%)	0 (0%)	
Regular	2 (0.53%)	25 (100%)	0 (0%)	
Mala	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	
Control hipertensivo ^b				
Si	270 (72.58%)	16 (64%)	3 (100%)	.364
No	102 (27.42%)	9 (36%)	0 (0%)	
Apego a tratamiento ^b				
Si	331 (88.97%)	11 (44%)	1 (33.33%)	.000
No	41 (11.02%)	14 (56%)	2 (66.66%)	

^a Los datos son presentados como mediana y RIQ (Percentil 25,Percentil 75)

^b Los datos presentados en frecuencia y porcentaje

X² Chi cuadrada

En la tabla 8 podemos ver las poblaciones de pacientes los cuales calificaron la satisfacción en la atención medica en muy satisfecho (372 pacientes), medianamente satisfecho (25 pacientes) e insatisfecho (3 pacientes).

Se puede observar que los pacientes que quedaron muy satisfechos con la atención medica presentaron una media de edad de 44 años, con un percentil 25 de 38 y un percentil 75 de 56 años, comparado con los pacientes que contestaron medianamente

satisfechos presento una media de edad de 50 años, con un percentil 25 de 43 y un percentil 75 de 56.5 años, comparado con los pacientes insatisfechos que tuvieron una media de edad de 50 años, con un percentil 25 de 46 años. (X^2 .001)

El sexo de las poblaciones se comparo obteniendo el genero masculino una frecuencia de 186 (50%) y femenino con una frecuencia de 186 (50%) en pacientes que calificaron muy satisfecho la atención medica, en comparación con el grupo de medianamente satisfechos donde el sexo masculino presento una frecuencia de 4 (16%) y el sexo femenino presento frecuencia de 21 (84%), en los pacientes insatisfechos el sexo masculino tuvo una frecuencia 100% para el sexo femenino. (X^2 .001)

La escolaridad comparada en los tres grupos, los pacientes que contestaron como satisfechos se encontró sin estudios, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, preparatoria incompleta, preparatoria completa, licenciatura incompleta, licenciatura completa y posgrado o más presentaron una frecuencia de 1 (0.26%), 4 (1.07%), 39 (10.48%), 53 (14.24%), 63 (16.93%), 72 (19.35%), 43 (11.55%), 38 (10.21%), 37 (9.94%) y 22 (5.91%) respectivamente; el grupo de los pacientes medianamente satisfechos presentó una escolaridad de primaria completa, secundaria incompleta, preparatoria incompleta, preparatoria completa, licenciatura incompleta y licenciatura completa con una frecuencia de 2 (8%), 4 (16%), 5 (20%), 7 (28%), 2 (8%), y 5 (20%) respectivamente; los pacientes insatisfechos presentaron una escolaridad de primaria completa, secundaria incompleta y posgrado o más con una frecuencia de 1 (33.33%) para cada una. (X^2 .232)

El estado civil de las tres poblaciones comparadas, en el grupo de los pacientes muy satisfechos se clasificó en soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado con una frecuencia de 18 (4.83%), 152 (40.86%), 129 (34.67%), 32 (8.60%) y 41 (11.02%) respectivamente; el grupo de los pacientes medianamente satisfechos se clasificó en soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado con una frecuencia de 2 (8%), 18 (72%), 1 (4%), 1 (4%) y 3 (12%); el grupo de pacientes insatisfechos se clasificó en soltero, casado y divorciado y presentó una frecuencia de 1 (33.33%) para cada uno. (X^2 .009)

Se analizaron acciones del medico comparadas en los tres grupos, el grupo de pacientes muy satisfechos respondió que el medico que brindó la consulta fue el medico familiar fijo con una frecuencia de 341 (91.66%), mientras que 31 pacientes (8.34%) contestaron que fue otro médico; el grupo de medianamente satisfechos contesto que el medico que brindó la atención medica fue el medico familiar fijo y otro medico con una frecuencia de 24 (96%) y 1 (4%) respectivamente; el grupo de insatisfechos contesto que el medico

familiar fijo fue quien le brindo la atención medica con una frecuencia de 3 (100%). (X^2 .650)

Se pregunto a los pacientes de los tres grupos si había sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión y el grupo de muy satisfechos respondió que si con una frecuencia de 347 (93.27%) y que no con una frecuencia de 25 (6.73%); el grupo de medianamente satisfechos respondió que si con una frecuencia de 24 (96%) y que no con una frecuencia de 4 1 (4%), el grupo de pacientes insatisfechos menciona que ya había sido atendido por el mismo medico con una frecuencia de 3 (100%). (X^2 .781)

Se analizó si el médico se presento antes de iniciar la consulta, comparado con los tres grupos el grupo de muy satisfechos respondió que si con una frecuencia de 55 (14.78%) y que no con una frecuencia de 317 (85.22%), el grupo de medianamente satisfechos respondió que si se presento con una frecuencia de 13 (52%) y que no con una frecuencia de 12 (48%), el grupo de insatisfechos respondió que si se presentó con una frecuencia de 1 (33.33%) y que no con una frecuencia de 2 (66.66%). (X^2 .000)

Se le pregunto a los pacientes de los tres grupos si conocían el nombre del médico que le brindó la consulta y el grupo de muy satisfechos respondió que si con una frecuencia de 371 (99.73%) y que no con una frecuencia de 1 (0.27%), el grupo de medianamente satisfechos e insatisfechos respondieron que si con una frecuencia de 25 (100%) y 3 (100%) respectivamente.

El estado nutricional de los tres grupos se calculo de acuerdo al índice de masa corporal, el grupo de pacientes muy satisfechos presento peso normal, sobrepeso, obesidad grado I, obesidad grado II con una frecuencia de 28 (7.52%), 165 (44.35%), 150 (40.3%) y 29 (7.79%) respectivamente; el grupo de medianamente satisfecho tuvo un estado nutricional de peso normal, sobrepeso, obesidad grado I, obesidad grado II con una frecuencia de 4 (16%), 11 (44%), 8 (34%) y 2 (8%) respectivamente; el grupo de insatisfecho tuvo un estado nutricional de sobrepeso y obesidad grado I con una frecuencia de 2 (66.66%) y 1 (33.33%) respectivamente. (X^2 .763)

Los tiempo en la atención medica valoró el tiempo de traslado del domicilio a la unidad de medicina familiar, el tiempo de espera para la consulta y la duración de la consulta. El tiempo de traslado de su domicilio a la unidad de medicina familiar para el grupo de los muy satisfechos se dividió en rangos de tiempo de 0 a 15 minutos, de 16 a 30 minutos, de 31 a 45 minutos y más de 45 minutos, obteniendo una frecuencia de 134 (36.02%), 182 (48.92%), 52 (13.97%) y 4 (1.07%) respectivamente; en el grupo de medianamente

satisfechos los tiempos que contestaron fueron de 0 a 5 minutos, de 16 a 30 minutos y de 31 a 45 minutos obteniendo una frecuencia de 3 (12%), 19 (76%) y 3 (12%); el grupo de insatisfechos registraron rangos de tiempo de 0 a 15 minutos y de 16 a 30 minutos con una frecuencia de 1 (33.33%) y 2 (66.66%) respectivamente. (X^2 .221)

El tiempo de espera para recibir la atención medica en el grupo de muy satisfechos se posiciono en los rangos de tiempo de 0 a 5 minutos, de 6 a 15 minutos, de 16 a 25 minutos y más de 25 minutos, obteniendo una frecuencia de 25 (6.98%), 148 (39.78%), 153 (41.12%) y 45 (12.09%) respectivamente; el grupo de los medianamente satisfechos registró rangos de tiempo de 0 a 5 minutos, de 6 a 15 minutos, de 16 a 25 minutos y más de 25 minutos con una frecuencia de 4 (16%), 8 (32%), 9 (36%) y 4 (16%) respectivamente, el grupo de los insatisfechos registro unos rangos de tiempo de espera para la atención medica de 6 a 15 minutos y de 16 a 25 minutos, con una frecuencia de 1 (33.33%) y 2 (66.66%) respectivamente. (X^2 .616)

La duración de la atención medica se comparo en los tres grupos, el grupo de los pacientes muy satisfechos presento rangos de tiempo de menos de 5 minutos, de 5 a 15 minutos y de 16 a 25 minutos con un frecuencia de 2 (0.53%), 260 (69.89%) y 110 (29.56%) respectivamente, el grupo de medianamente satisfechos tuvo rangos de tiempo de duración de consulta de 5 a 15 minutos y de 16 a 25 minutos con una frecuencia de 18 (72%), 7 (28%) respectivamente, los rangos de tiempo del grupo de pacientes insatisfechos fue de 5 a 15 minutos y de 16 a 25 minutos con una frecuencia de 2 (66.66%) y 1 (33.33%) respectivamente. (X^2 .995)

La calidad en la atención medica se dividió en excelente, buena, regular y mala, en comparación con los tres grupos, el grupo de satisfechos calificó la atención médica como excelente, buena, regular y mala con una frecuencia de 87 (23.38%), 283 (76.07%), 2 (0.5%) y 0 (0%) respectivamente; los 25 pacientes medianamente satisfechos calificó la calidad como regular en un 100%; los 3 pacientes del grupo de insatisfechos calificó la calidad como mala en un 100%. (X^2 .000)

El control hipertensivo se valoro mediante las cifras tensionales y se comparo en los tres grupos, en el grupo de muy satisfechos se encontró control hipertensivo en 270 (72.58%) y 102 (21.42%) no tuvo control hipertensivo; el grupo de medianamente satisfechos presento control hipertensivo con una frecuencia de 16 (64%) mientras que 9 (36%) no presentó control hipertensivo; el grupo de insatisfecho tuvo control hipertensivo con una frecuencia de 3 (100%) (X^2 .364).

El apego al tratamiento en el grupo de los pacientes muy satisfechos se encontró en 331 (88.97%), y 41 (11.02%) no presentó apego a tratamiento; en el grupo de los pacientes medianamente satisfechos 11 (44%) presentó apego a tratamiento y 14 (56%) no presentó apego a tratamiento, en el grupo de insatisfecho se encontró apego a tratamiento en 1 (33.33%), mientras que los pacientes que no tuvieron apego a tratamiento tuvieron una frecuencia de 2 (66.66%). (X^2 .000).

13. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la satisfacción en la relación médico-paciente en usuarios del programa receta resurtible con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

Al analizar los resultados de la del presente proyecto se encontró que 372 (93%) se refieren muy satisfechos en la relación médico-paciente, mientras que 25 (6.25%) se encuentra medianamente satisfecho y 3 (0.75%) insatisfechos.

Mediante el test de Morinsky-Green se encontró que 343 (85.75%) si tiene apego a tratamiento, y 57 (14.25%) no tiene apego a tratamiento, con la toma de cifras tensionales se encontró que 289 (72%) tiene control hipertensivo y 111(28%) no tiene control hipertensivo.

Bautista, J.C.P., & Lugo, N.S. realizó un estudio llamado “Satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida por los pacientes diabéticos en los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo, donde encontró que los pacientes se sienten satisfechos con la atención, reciben los medicamentos prescritos, se realizan las anotaciones en su historia clínica y se orienta sobre el manejo de su enfermedad.⁴ Al analizar los resultados en nuestra población se determinó que los factores que mayormente influyen para la satisfacción fueron los referentes a los tiempos en la atención médica, donde entre menor tiempo de traslado o espera aumentan la satisfacción.

Por otra parte, Secién-Palacin, J., & Darras, C. (2005, June). Realizó un estudio llamado “Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores socio-demográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000” donde se obtuvo que los usuarios de los establecimientos muestran características diferenciadas. La satisfacción de los usuarios fue de 68.1% y 62.1% para los centros de salud y hospitales respectivamente. Los usuarios de menor nivel socioeconómico presentaron mayor satisfacción. La edad, educación, distancia al establecimiento y el tiempo de espera presentan asociaciones con la satisfacción del usuario.⁸ Contrastado con este estudio encontramos que la escolaridad no fue de manera proporcional al grado de satisfacción puesto que el mayor porcentaje de satisfacción se encontró en la población que tiene preparatoria incompleta.

Por otro lado Mora, R. M., Aradilla, M. Á. P., & Sanz, R.T. (2007). Realizaron un estudio denominado “Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: la visión del

usuario y del profesional sanitario". Donde su principal objetivo fue conocer el grado de satisfacción de los usuarios y médicos que utilizan el sistema de repetición de recetas médicas (SRRRM). Encontrando que el 83.9% (intervalo de confianza) de los encuestados declaró no haber tenido problemas y estar satisfechos con el SRRM, un 23% de los encuestados respondió que mejorarían el SRRRM, las propuestas de mejoras más frecuentes fueron: reducir las filas, reducir la validación sanitaria de forma inmediata, omitir las fechas en las recetas; los factores que se asociaron a un mayor cumplimiento fue la edad y mayor número de medicamento por persona. ⁷

Comparando dicha información anteriormente mencionada con el estudio expuesto en este trabajo y comparando ambos programas Sistema de repetición de recetas médicas contra receta resurtible se encontró que el 93% de los encuestados respondió que se encuentra satisfecho con el programa, el 6.25% respondió que se encuentran medianamente satisfechos y el 0.75% se muestra insatisfecho con la calidad de la atención médica recibida; los factores que se asociaron a un mayor grado de satisfacción fueron algunas acciones asociadas al médico como que el médico que brindó la consulta fue el médico familiar fijo, que el médico que brindó la consulta en esa ocasión ya le había brindado antes la atención médica, y conocer el nombre del médico, por otro lado el control hipertensivo y el apego a tratamiento también fueron factores que se asociaron de manera positiva con un mayor grado de satisfacción con una frecuencia de 289 (72%) y 343 (85.75%) respectivamente.

14. CONCLUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue evaluar la satisfacción en la relación medico-paciente en usuarios del programa receta resurtible con el diagnostico de hipertensión arterial sistémica. Al analizar los resultados de otros estudios encontramos que el 83.9% de los encuestados declaro estar satisfecho con el sistema de repetición de recetas medicas que es similar al programa de receta resurtible en México, mientras que en la población analizada en el presente estudio se encontró que 372 (93%) se encuentran muy satisfechos en la relación medico-paciente con el programa receta resurtible.

La fortaleza del estudio se derivan con el plan de análisis estadístico de acuerdo al tipo de variable ya que para las escalas continuas se usó promedio y desviación estándar, variables con escala categórica y números absolutos se usara porcentajes; y para la comparación de las variables categóricas se usó X^2 , otra fortaleza fue el calculo de la muestra ya que se utilizó la fórmula para una proporción para el cálculo de tamaño de la muestra, se estimó una frecuencia hipotética del evento (satisfacción en la relación medico-paciente en usuarios del programa receta resurtible con el diagnostico de hipertensión arterial sistémica) de 50%, con un IC de 95%. La limitación de este proyecto fue el tipo de estudio ya que fue transversal y solo se analizó datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido.

Uno de los principales motivos por los cuales algunos participante contestaron estar medianamente satisfechos fue que el medico no se presentó antes de dar la consulta o no conocer el nombre del medico que otorgo la consulta, porque a pesar de estar satisfechos con el programa receta resurtible la relación medico paciente se debe conservar en todas y cada una de las visitas, sin omitir el saludo inicial.

Como se mencionó anteriormente, el nivel educativo no tuvo una asociación concluyente en este estudio. Cabe señalar que algunos de los motivos por los cuales no fue concluyente fue debido a que la población donde se obtuvo la muestra fue una población urbana, los participantes tenían secundaria completa, preparatoria incompleta y preparatoria completa. Quizás este estudio sirva como parteaguas de nuevos estudios donde se pueda llevar a cabo con una población de participantes donde se aborde el tema de ocupación.

El programa receta resurtible vino a disminuir las consultas con el medico familiar, sin embargo seria viable comparar el grado de satisfacción de los pacientes usuarios del programa receta resurtible contra la receta tradicional, es decir, la que se expide de manera mensual.

15. ASPECTOS ETICOS

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría "I" que dice: "Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo, la investigación no violó ninguna recomendación y está de acuerdo con éstas para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Este proyecto fue sometido a evaluación independiente por el Comité Local de Investigación en Salud y se incluyó que solo participarían aquellos pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado, en atención al principio de autonomía.

Se conservó la privacidad y confidencialidad de la información, manteniéndose el anonimato de las encuestas, los pacientes fueron identificados por número de folio, sin datos que permitan localizarlo, no se contó con datos que identifiquen al médico que trata al paciente, a fin de evitar sanciones o represalias por parte de las autoridades.

Beneficios: El beneficio de este estudio fue conocer si existe una buena relación medico paciente en usuarios del programa receta resurtible con hipertensión arterial sistémica, y de esta manera establecer medidas en los médicos que permitan mejorar la relación con sus pacientes.

Riesgos: Al responder el cuestionario no tuvo molestia, la molestia principal fue la inversión de tiempo que le llevó completarlo.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la obtención de datos del estudio se incluyó solo a aquellos usuarios que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. (Anexo 1)

16. ANEXOS

16.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.</p> <p>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD</p> <p>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>		
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>		
Nombre del estudio:	SATISFACCION DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN USUARIOS DEL PROGRAMA RECETA RESURTIBLE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 28 "Gabriel Mancera" durante el periodo comprendido de Abril a Julio de 2018.	
Número de registro:	R-2019-3609-002	
Justificación y objetivo del estudio:	Usted al igual que 384 personas son invitadas a realizar la encuesta de investigación ya que la Hipertensión Arterial es una enfermedad que puede causar muchas complicaciones o incluso hasta la muerte. Por lo que el objetivo del trabajo es evaluar la satisfacción en la calidad de la atención medico-paciente y si es que cumpla con las indicaciones medicas y su tratamiento. Casi el 50% del tiempo de la consulta de las Unidades de Primer nivel de atención se dedica a la elaboración de recetas con múltiples medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas, de los cuales el 25 a 30% esta controlado, el proyecto receta resurtible fu implementado en el IMSS en el año 2014, se inicio con el objetivo de mejorar el uso de la capacidad instalada en la consulta de medicina familiar, otorgándose 3 recetas, dos de las cuales serán surtidas sin que tenga que ir a consulta con su medico, esta facilidad va dirigida a pacientes con enfermedades crónicas controladas, dentro de las cuales se encuentra la Hipertensión Arterial. En el presente proyecto se desarrollará una investigación que permita realizar una evaluación de que tan contento se encuentran los usuarios del programa receta resurtible con diagnostico de hipertensión arterial sistémica.	
Procedimientos:	Consistirá en contestar un cuestionario el cual tiene 30 preguntas, donde se incluye ficha de identificación, y preguntas de varias opciones, las cuales evalúan que tan contentos se encuentran con la calidad en la atención medico-paciente. No existen riesgos de la aplicación del cuestionario, las molestias en ese caso sería únicamente tomarme unos minutos para contestar las preguntas que se aplicaran; además del cuestionario se le invitara al paciente a pasar a un modulo de medicina preventiva en el cual el tesista mediante la técnica correspondiente le realizará la toma de presión, en dado caso de encontrar la presión elevada por arriba de 140/90 se acompañara al servicio de urgencias de la unidad para realizar las medidas pertinentes para llevar a valores normales las cifras de presión.	
Posibles riesgos y molestias:	Al responder el cuestionario no tendré molestia, la molestia principal será la inversión de tiempo que llevara completarlo.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No tendré un beneficio específico. El beneficio de este estudio permitirá conocer si existe una buena relación medico paciente en usuarios del programa receta resurtible con hipertensión arterial sistémica, y de esta manera establecer medidas en los médicos que permitan mejorar la relación con sus pacientes de acuerdo a los resultados encontrados ya sea mediante cursos o talleres.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Contestare preguntas, se me explicaran los resultados obtenidos sobre la satisfacción en la calidad en la atención y el apego a tratamiento, además de la toma de presión arterial con ello se obtendrá información, una vez obtenida esta información se analizara y graficara, para posterior entregar a la dirección medica y	

que se puedan realizar las medias pertinentes para mejorar la relación con sus pacientes ya sea mediante talleres o cursos que se diseñaran de acuerdo a los resultados encontrados.

Participación o retiro:

Mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del instituto.

Privacidad y confidencialidad:

Al ser una encuesta anónima no será posible mi identificación en este trabajo No se mencionará mi nombre, ni se identificara de otras formas en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo. El manejo de la información será confidencial, no se nombrara al médico tratante, el médico no podrá conocer el grado de satisfacción de cada paciente de manera individual, los datos serán confidenciales y se mantendrán bajo clave, en caso de publicarse los resultados de este estudio no se publicarán el nombre de la Unidad de Medicina Familiar ni otro dato que permita identificar al participante o a su medico tratante.

Beneficio al termino del estudio:

Debido a que se trata solamente de analizar datos de mi cuestionario contestatado, entiendo que los beneficios se tendrán para un futuro, fortaleciendo a la relacion medico-paciente y una mejora en el apego terapeutico (cumplimiento de las indicaciones) de los pacientes con hipertensión arterial sistémica y con ello evitar en medida de lo posible las complicaciones de la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Andrés Jijon Navarrete Médico Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.

Investigador Responsable:

Vitalio Montuy Vidal, Médico adscrito servicio de Urgencias de la UMF N° 28 Matrícula: 11181931, Lugar de trabajo: Urgencias UMF N° 28 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

Tel: 55 56 90 11 Fax: sin fax e-mail: montuyvv@gmail.com

Colaboradores:

Andrés Jijón Navarrete, Médico Residente de Medicina Familiar, segundo año, UMF No. 28, Celular 74 42 08 64 74 , correo electrónico: andresjijon@gmail.com , matrícula: 97370271.

Ivonne Analí Roy García, Celular 55 22 70 47 60, UMF No. 28, Médico Familiar, Profesor Centro de Adiestramiento en Investigación Clínica, CMN SXXI, correo electrónico: ivonne3316@gmail.com, matrícula: 99377372.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Andrés Jijon Navarrete , Médico Residente de Medicina Familiar, tercer año, UMF No. 28, Celular 74 42 08 64 74, correo electrónico: andresjijon@gmail.com, matrícula: 97370271

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

16.2 INSTRUMENTO (CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN)

		Folio: _____
		Fecha: _____
CUESTIONARIO		
<p>Mi nombre es Andrés Jijón Navarrete, medico residente de segundo año en Medicina Familiar y voy a realizarle una encuesta con fines académicos para el estudio</p> <p style="text-align: center;">SA SATISFACCION DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MEDICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA RECETA RESURTIBLE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL</p> <p>Es importante para nosotros, conocer lo que usted piensa de la atención médica que se le otorga. La información que nos proporcione, servirá para mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda por lo que le pido conteste francamente cada una de las siguientes preguntas, tachando en el cuestionario la respuesta. Tiempo aproximado de llenado: 10 minutos. Agradezco de antemano su atención y participación</p>		
¡Este apartado será llenado por el investigador!		
<p style="text-align: center;">TA Sistólica: _____ TA Diastólica: _____ Control hipertensivo _____</p> <p style="text-align: center;">Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____</p>		
Marque con una X lo que usted crea conveniente		
A) Sexo 1. Masculino 2. Femenino		□
B) Edad 1. 18 a 30 años 2. 31 a 50 años 3. 51 a 70 años 4. 71 a 80 años 5. 81 a 90 años		□
C) Tiempo de evolución con el diagnostico de Hipertensión Arterial 1. Menos de un año 2. De 1 año a menos de 5 años 3. De 5 años a menos de 10 años 4. De 10 años a menos de 20 años 5. De 20 años o más		□
D) Grado de estudio 1. Sin estudios 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria completa 8. Licenciatura incompleta 9. Licenciatura completa 10. Posgrado o mas		□

E) Estado civil 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado	<input type="checkbox"/>
F) ¿Qué medico le brindo atención? 1. Medico familiar fijo 2. Medico distinto	<input type="checkbox"/>
G) ¿Cuánto tiempo demora en trasladarse desde su casa a hasta su Unidad de Medicina Familiar? 1. De 0 a 15 minutos 2. De 16 a 30 minutos 3. De 31 a 45 minutos 4. Más de 45 minutos	<input type="checkbox"/>
H) ¿Cuánto tiempo espero hasta ser atendido por el medico? 1. De 0 a 5 minutos 2. De 6 a 15 minutos 3. De 16 a 25 minutos 4. Más de 25 minutos	<input type="checkbox"/>
I) ¿Cuánto tiempo duro la atención medica? 1. Menos de 5 minutos 2. De 5 a 15 minutos 3. De 16 a 25 minutos 4. Más de 25 minutos	<input type="checkbox"/>
J) ¿Ha sido atendido antes por el medico que le atendió en esta ocasión? 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
K) ¿El medico que le atendió se presentó antes de iniciar la consulta? 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
L) ¿Conoce usted el nombre del médico que le brindó la atención? 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
M) Por favor lea las afirmaciones y califique la relación médico-paciente según su opinión durante la atención médica recibida, en la escala del 1 al 5 siendo: (1) Nunca (2) Casi nunca (3) A veces (4) Casi siempre (5) Siempre	<input type="checkbox"/>
O.A.) “Mi medico me ayuda”	<input type="checkbox"/>
O.B.) “Mi medico tiene suficiente tiempo para mi”	<input type="checkbox"/>
O.C.) “Creo en mi medico”	<input type="checkbox"/>

O.D.) "Mi médico me entiende"	<input type="checkbox"/>
O.E.) "Mi médico se dedica a ayudarme"	<input type="checkbox"/>
O.F.) "Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas"	<input type="checkbox"/>
O.G.) "Puedo hablar con mi médico"	<input type="checkbox"/>
O.H.) "Me siento contento con el tratamiento de mi médico"	<input type="checkbox"/>
O.I.) "Siento a mi médico fácilmente accesible"	<input type="checkbox"/>
N) Califique la CALIDAD de la atención médica percibida por usted 1. Excelente 2. Bueno 3. Regular 4. Malo	<input type="checkbox"/>
O) Califique la SATISFACCIÓN de la atención médica percibida por usted 1. Muy satisfecho 2. Medianamente satisfecho 3. Insatisfecho	<input type="checkbox"/>
P) ¿Volvería a utilizar el servicio médico recibido? 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
Q) ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
R) ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
S) Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>
T) Si alguna vez le sienta mal el medicamento, ¿deja usted de tomarla? 1. Si 2. No	<input type="checkbox"/>

¡Gracias por su colaboración!

16.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nombre del proyecto: Satisfacción de la calidad en la atención medica en usuarios del programa receta resurtible con hipertensión arterial
Objetivo: Evaluar la satisfacción en la relación medico-paciente en usuarios del programa receta resurtible con el diagnostico de hipertensión arterial sistémica de la UMF no. 28 del IMSS, ciudad de México.
Alcance del proyecto: Evaluar satisfacción

Descripción	Responsable	Diciembre 2018				Enero 2019				Febrero 2019				Marzo 2019				Abril 2019							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Envió al sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud	Tesista	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación de proyecto y visto bueno por la Dirección de la UMF No. 28	Tesista																								
Solicitar en ARIMAC lista de usuarios con diagnostico de HAS incluidos en el programa receta resurtible	Tesista																								
Aplicación de cuestionarios	Tesista																								
Captura de cuestionarios en base de datos	Tesista																								
Análisis estadístico de base de datos	Tesista																								
Análisis de resultados	Tesista																								
Redacción de documento final	Tesista																								
Impresión de documento final	Tesista																								
Presentación de resultados	Tesista																								

17. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Madrideojos-Mora, Parada Aradilla MA, Sanz RT. Management systems for the renewal of medical prescriptions: the vision of users and health professionals. *Aten Primaria*. 2007 Apr;39(4):195-200.
2. Proyecto estratégico de receta resurtible para la dotación de medicamentos a pacientes con padecimientos crónicos en la consulta de medicina familiar. Dirección de prestaciones médicas, Unidad de Atención Médica, Coordinación de Áreas Médicas, Coordinación de Control de Abasto, IMSS 2013.
3. De Smet PA, Dautzenberg M. Repeat prescribing: scale, problems and quality management in ambulatory care patients. *Drugs*. 2004;64(16):1779-800.
4. Bautista, J. C. P., & Lugo, N. S. (2014). Satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida por los pacientes diabéticos en los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo. México. 2005. *HORIZONTE SANITARIO*,9 (2), 3243.
5. Vuković, M., Gvozdenović, B. S., Gajić, T., Gajić, B. S., Jakovljević, M., & McCormick, B. P. (2012). Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care. *public health*,126 (8), 710-718.
6. Traveset, E. L., Mora, R. M., & Sanz, R. T. (2009). Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: estrategia para optimizar su utilización. *Atención primaria*,41(9), 487-492.
7. Mora, R. M., Aradilla, M. Á. P., & Sanz, R. T. (2007). Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: la visión del usuario y del profesional sanitario. *Atención primaria*, 39(4), 195-200.
8. Seclén-Palacin, J., & Darras, C. (2005, June). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 66, No. 2, pp. 127-141). UNMSM. Facultad de Medicina.
9. Úbeda, J. S. V., Calvo, C. B., López, T. M., & Marín, P.N. (2005). Receta electrónica: de la utopía a la realidad. *Atención primaria*,35 (9), 451-457.
10. Linder-Pelz, S., & Struening, E. L. (1985). The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit. *Journal of community health*, 10 (1), 42-54.
11. Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45 (12), 1829-1843.
12. Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*,114 (Supl 3), 26-33.
13. Diccionario de la real academia española, disponible en <http://lema.rae.es/drae/?val=satisfaccion>.

14. La satisfacción del cliente [base de datos en línea]. Estudio de satisfacción del cliente; [fecha de acceso 10 de Octubre de 2017], URL disponible en: <http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/3966/fichero/1%252.pdf>
15. Morales, V., & Hernández, A. (2004). Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. Revista Digital. Buenos aires.
16. Alcañiz, J. E. B., & Simó, L. A. (2004). Modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción en servicios de ocio y turismo. Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa, (21), 89-120.
17. Velázquez, B. M., & Contrí, G. B. (2011). El efecto de la satisfacción del cliente en la lealtad: aplicación en establecimientos minoristas. Cuadernos de Administración, 24 (42), 101-124
18. Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. Social science & medicine, 16 (5), 577-582
19. Rodríguez, L. R. (2007). La Teoría de la Acción Razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes. Investigación Educativa Duranguense, (7), 66-77.
20. IMSS, 2012. MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. Localizado en la página web: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-002-003_1.pdf
21. Camio, J. O. (2002). Nuevas soluciones tecnológicas al problema de las prescripciones repetidas. Atención primaria, 29 (5), 303-304.27.
22. Southeast Texas Medical Associates. Medication Refill, Maintenance, Reconciliation and Safety. Southeast Texas Medical Associates. SETMA's published policy on medication refills
23. Roselló Farrás, M. D., González Solanellas, M., Pie Barrufet, I., Pérez Lucena, M. J., & Sans Lecussan, F. (1997). Prescripción repetida informatizada: seguimiento del consumo de fármacos y de las tarjetas de medicación autorizada los 3 primeros años. Atención primaria, 2 (5), 251-254.
24. Morningstar, B. A., Sketris, I. S., Kephart, G. C., & Sclar, D. A. (2002). Variation in pharmacy prescription refill adherence measures by type of oral antihyperglycaemic drug
25. Gazmararian, J. A., Kripalani, S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J., & Rask, K. (2006). Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: A focus on health literacy. Journal of general internal medicine, 21(12), 1215-1221. herapy in seniors in Nova Scotia, Canada. Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 27(3), 213-220.
26. Censo de población y vivienda INEGI 2010, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Panorama sociodemográfico.

27. Ciudad de México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales resultados del censo de Población y Vivienda del 2010. INEGI.
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Panorama Sociodemográfico de México. México:2011. Instituto Nacional de Estadística e Informática.
29. Navarro, M. G., Rives, L. M., Vicente, F. B., García, F. M., Gómez, M. L., & Candela, M. P. REVISION DE LA ORGANIZACION DE LA CONSULTA DE LARGO TRATAMIENTO. Revista Española de Salud Pública, 66 (1), 29-37.
30. Aguilar Sánchez L. et al. Proyecto estratégico de Receta Resurtible para la dotación de medicamentos a pacientes con padecimientos crónicos en la consulta de Medicina Familiar Dirección de prestaciones médicas. Unidad de Atención Médica. México Gobierno de la República.
31. Guía de Práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Documento en línea, disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCPHipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf acceso 10 febrero 2015.
32. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Documento en línea, acceso en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html> Acceso el día 10 febrero 2015.
33. Secretaría de Salud ISSEA. Programas prioritarios. Enfermedades crónicas degenerativas. Institutos de servicio de Salud. 2011. Documento en línea disponible en: URL http://www.issea.gob.mx/Prog_ECD.htm Fecha de acceso 11 de enero de 2015.
34. Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial. Secretaría de Salud. México, D.F. 2001.
35. Eckel R.H.et al. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, Circulation June 24, 2014.
36. James P.A. et al, Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). Clinical Review & Education. Special Communication. 2014
37. Krigsman, K., Nilsson, J. L. G., & Ring, L. (2007). Adherence to multiple drug therapies: refill adherence to concomitant use of diabetes and asthma/COPD medication. *Pharmacoepidemiology and drug safety*,16(10), 1120-1128.
38. Law, M. R., Soumerai, S. B., Ross-Degnan, D., & Adams, A. S. (2008). A longitudinal study of medication non adherence and hospitalization risk in

- schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 69 (1), 47-53. I health care costs. *Digestive diseases and sciences*, 53(4), 1020-1024.
39. Vink, N. M., Klungel, O. H., Stolk, R. P., & Denig, P. (2009). Comparison of various measures for assessing medication refill adherence using prescription data. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 18(2), 159-165.
 40. Wong, M., Kong, A. P., So, W. Y., Jiang, J. Y., Chan, J. C., & Griffiths, S. M. (2011). Adherence to oral hypoglycemic agents in 26 782 Chinese patients: a cohort study. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 51(10), 1474-1482.
 41. Kane, S., & Shaya, F. (2008). Medication non-adherence is associated with increased medical
 42. Haupt, D., Weitoff, G. R., & Nilsson, J. L. G. (2009). Refill adherence to oral antihyperglycaemic drugs in Sweden. *Acta diabetologica*, 46 (3), 203-208.
 43. Banegas JR, Jovell A, Abarca B, et.al. Hipertensión arterial y política de salud en España. *Med Clin (Barc)*. 2009;132(6):222–229
 44. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: Development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 115-120
 45. Mingote-Adán J, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Gálvez-Herrer M, Ruiz-Lopez P. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37: 94-100
 46. Martín-Fernández J, Del Cura-González MI, Gómez-Gazcón T, Fernández-López E, Pajares-Carbajal G, Moreno-Jiménez B. Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9). *Aten Primaria* 2010; 42: 196-203.