



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Medicina y Psicología
División de Estudios de Posgrado e Investigación**



**“FACTORES ASOCIADOS AL ÍNDICE DE TRATO DIGNO EN
USUARIOS DEL PROGRAMA UNIFILA DE LA UMF NO. 27”**

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

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

*DOMINGO A. PALACIO DÍAZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR*

INVESTIGADOR METODOLOGICO:

*DR. ADRIÁN JESÚS GUTIÉRREZ LÓPEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR*

Tijuana, Baja California. Febrero 2020.

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES.

INVESTIGADOR PRINCIPAL Y TESISISTA:

Dr. Domingo Alfonso Palacio Díaz
Médico Residente de Medicina Familiar.
Matrícula: 98025710.
Adscripción: UMF No. 27, Tijuana.
Instituto: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
Teléfono celular: (664) 2190954.
Correo electrónico: drdomingo.palacio@gmail.com
Dirección: Boulevard Díaz Ordaz S/N Km. 11.5 La Mesa Tijuana, B.C.

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Adrián Jesús Gutiérrez López
Matrícula: 98020732
Categoría: Jefe de Consulta UMF No. 27
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
Teléfono: (664) 2945475
Correo electrónico: adriangutierrezl@imss.gob.mx

INVESTIGADOR COLABORADOR Y ASESOR TEMATICO:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Médico especialista en Medicina Familiar.
Matrícula: 98020718
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 33
Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
Teléfono celular: (664) 3298837
Correo electrónico: dra.bermudez@hotmail.com

Lugar donde se llevó a cabo: Unidad de Medicina Familiar No. 27, IMSS, Tijuana, Baja California

Índice

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 1 |
| MARCO TEÓRICO..... | 3 |
| ANTECEDENTES | 10 |
| JUSTIFICACIÓN | 13 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| OBJETIVOS | 16 |
| HIPÓTESIS | 17 |
| MATERIAL Y MÉTODOS..... | 18 |
| Diseño del estudio..... | 18 |
| Población de estudio..... | 18 |
| Periodo de estudio | 18 |
| Lugar de estudio | 18 |
| Selección y tamaño de la muestra | 18 |
| Criterios de selección..... | 19 |
| Análisis de datos..... | 21 |
| Definición y operacionalización de las variables | 22 |
| Aspectos éticos..... | 25 |
| Recursos humanos, físicos y materiales, financiamiento y factibilidad | 25 |
| RESULTADOS..... | 27 |
| DICUSIÓN..... | 39 |
| CONCLUSIONES..... | 41 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 43 |
| ANEXO 1. HERRAMIENTA: ÍNDICE DE TRATO DIGNO (VALIDACIÓN EN 2003 POR IMSS E ISSSTE) | 43 |
| ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTOS..... | 48 |
| ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS ADICIONALES | 50 |

RESUMEN

“FACTORES ASOCIADOS AL ÍNDICE DE TRATO DIGNO EN USUARIOS DEL PROGRAMA UNIFILA DE LA UMF NO. 27”

Palacio-Díaz DA, Gutiérrez-López AJ, Bermúdez-Villalpando VI

INTRODUCCIÓN: El Trato Digno mide el grado de satisfacción del usuario por la oportunidad en la atención, información proporcionada por el médico, los medicamentos surtidos y el trato brindado por el personal en la unidad médica, en unidades de salud de Primer Nivel de Atención en áreas urbanas y rurales. La atención primaria a la salud es la vía de entrada más importante al Sistema Nacional de Salud y el hecho de que sea factor de satisfacción de quienes acceden a ella es un indicador de la calidad con que se otorga este servicio en las diversas instituciones que lo integran.

OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores asociados al índice de trato digno en usuarios del programa UNIFILA de la UMF No. 27.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y transversal. Se realizará en pacientes mayores de 18 años, derechohabientes de la UMF No. 27 que sean usuarios del programa UNIFILA, con un tamaño muestral de 888 pacientes. Se aplicará el cuestionario “Índice de Trato Digno” validado en México a los usuarios en la consulta externa de UNIFILA y su asociación con variables clínicas, sociodemográficas y sociomédicas. Se analizarán los resultados con razones de momios y modelos para análisis de variables de conteo. Se utilizarán porcentajes y frecuencias para variables cualitativas, media y desviación estándar para variables cuantitativas. Se considerará $p < 0.05$ como significativa. Los datos obtenidos se analizarán con Stata versión 15. Previa aceptación por el Comité Local de Investigación y autorización del Director Médico.

RESULTADOS: Durante el análisis estadístico y asociación de variables se encontró que para el indicador de oportunidad de la atención, el haber recibido atención en el turno vespertino se relacionó con mayores momios de respuesta

positiva en comparación a haber recibido atención en el turno matutino con un OR de 1.87 ($p= 0.003$). Los motivos de consulta infecciosos, ginecológicos, de riesgo de trabajo, y los de la categoría “otros”, se relacionaron con menores momios de respuesta positiva en comparación a la categoría de enfermedades crónicodegenerativas con un OR de 0.5 ($p= 0.031$), 0.45 ($p= 0.041$), 0.34 ($p= 0.004$), 0.31 ($p= 0.001$) respectivamente. El tiempo de espera se relacionó de manera negativa con los momios de respuesta positiva de oportunidad de atención con un OR de 0.995 ($p=0.012$). Para el indicador de información proporcionada al paciente, el haber sido atendido en el turno vespertino se relacionó de manera positiva con el número de respuestas positivas en comparación al haber sido atendido en el turno matutino con un coeficiente beta de 0.31 ($p=0.003$). El haber sido atendido por motivos englobados en la categoría “otros” se relacionó de manera negativa con el número de respuestas positivas en comparación a la categoría de enfermedades crónicodegenerativas, con un coeficiente beta de -0.46 ($p=0.005$). Respecto al indicador de trato recibido, el pertenecer al género femenino se relacionó con mayores momios de respuesta positiva en comparación a pertenecer al género masculino, con un OR de 1.83 ($p=0.008$) y el haber recibido una consulta subsecuente también se relacionó de manera estadísticamente significativa ($p<0.001$) con mayores momios de respuesta positiva en comparación a haber recibido consulta de primera vez. En el índice de trato digno, el cual integra los tres indicadores de trato digno, solo turno y motivo de consulta fueron las únicas que mostraron una relación estadísticamente significativa.

PALABRAS CLAVE: Índice de trato digno, Unifila.

MARCO TEÓRICO

La calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que la salud no es una excepción. A pesar de todos los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por la sociedad, la deficiencia de calidad o de garantía de la calidad es una constante que representa un reto para la sociedad misma, pero sobre todo, para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos que repercutan en su progreso sanitario y social (1).

La calidad de la atención médica se define como otorgar atención oportuna al usuario, conforme a los conocimientos y principios médicos vigentes, para satisfacer las necesidades de salud y las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución. Respecto al análisis de los conceptos que integran esta definición, se precisan así los términos (1):

Atención oportuna: es otorgar atención en el momento en que el paciente lo requiera.

Conforme a los conocimientos médicos vigentes: mediante la disponibilidad de personal de salud capacitado, a partir de un proceso de actualización permanente (1).

En contraparte, la ausencia de calidad se manifiesta de múltiples maneras: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos, quejas médicas, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios y lo peor, pérdidas humanas (2).

El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la estrategia que hasta el momento ha demostrado mejores resultados a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Los países que invierten más en atención primaria tienen menores gastos y mejores niveles de salud poblacional (2).

La atención primaria a la salud (APS) es la vía de entrada más importante al Sistema Nacional de Salud y el hecho de que sea factor de satisfacción de quienes acceden a ella es un indicador de la calidad con que se otorga este servicio en las diversas instituciones que lo integran (3).

Se considera que los sistemas de atención a usuarios, en especial en el caso de la salud, representan un nicho de oportunidades de mejora ya que en los diversos espacios de contacto de los pacientes con los prestadores de servicios, puede generarse un número importante de casos de insatisfacción, ya sea con el tiempo de espera, con el trato recibido o con el diferimiento de la atención especializada, la cual puede llegar a retrasarse de dos a tres meses e incluso en algunos casos, por mayor tiempo (3).

La satisfacción de los usuarios se constituye como uno de los componentes más importantes a la hora de medir la calidad de los servicios sanitarios (4).

Definir la satisfacción del paciente puede llegar a ser complejo, ya que se trata de un concepto multidimensional. No obstante, en una primera aproximación se podría señalar que incluye diferentes matices y componentes que varían en función del tipo de nivel asistencial (APS, hospitalización, urgencias, etc.) (4).

A la complejidad de la definición de satisfacción hay que añadir la labilidad del sujeto de análisis, que incluye la falta de conocimiento científico y técnico; el estado físico y mental del paciente, que puede influir o incapacitar (en algunos casos) para emitir juicios objetivos; el rápido proceso institucional (enfermería, laboratorio, interconsultas con diferentes especialistas) que evita que el paciente pueda tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que está ocurriendo; y la dificultad en definir lo que él mismo considera calidad (4).

En sus inicios, los estudios sobre la satisfacción asumían un enfoque exclusivamente cognitivo, entendiendo esta como una evaluación de comparación entre las expectativas concebidas y el resultado percibido. Sin embargo, esta idea se ha ampliado con posterioridad al señalar que comprende además elementos estrechamente ligados con el componente afectivo. Por ello, actualmente, se

considera que la satisfacción presenta un carácter dual cognitivo y afectivo, y se define como «un estado emocional susceptible de ser medido, que surge del acto de comparar las expectativas con los resultados» (5).

La satisfacción del usuario incluye: accesibilidad a los servicios; oportunidad para la atención; amabilidad en el trato del médico; proceso de la atención realizado sin obstáculos; suficiente personal de salud debidamente capacitado; disponibilidad de equipo, material y medicamentos que se requieran; solución del problema de salud; información suficiente y oportuna sobre el plan de estudio y tratamiento, de sus resultados y del pronóstico; comodidad durante el proceso de atención, incluida limpieza, climatización, control del ruido, iluminación adecuada y ausencia de malos olores y de fauna nociva (5).

Estudiar la satisfacción de los pacientes con su sistema sanitario es importante por varios motivos: 1) Permite evaluar y conocer la calidad percibida por los pacientes. 2) Permite comparar diferentes sistemas sanitarios en términos de satisfacción (público y privado, distintas regiones, países, etc.). 3) Permite identificar qué aspectos pueden ser mejorados desde la perspectiva de los pacientes. 4) Permite conocer los aspectos que generan desencanto con el sistema sanitario en la sociedad y que pueden llevar a que los ciudadanos dejen de prestarle su apoyo. 5) Porque un elevado grado de satisfacción del paciente suele ir ligado a un elevado grado de cumplimiento de los tratamientos marcados y, por tanto, a su éxito (6).

Algunos autores afirman que la satisfacción del paciente dependerá de la conducta del médico, de la disponibilidad de los cuidados, de la continuidad/conveniencia de los cuidados y de la accesibilidad a los mismos. Otros autores, Wolf et al tienen en cuenta tres dimensiones: cognitiva-comunicacional, afectiva, y técnico-instrumental. Estas tres dimensiones son coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de medida de la satisfacción. Otro autor, Donabedian (1996) agrupó en tres categorías los componentes fundamentales del servicio susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal y componente del entorno y sus comodidades. Este modelo, junto con las aportaciones realizadas por autores como Berry y Parasuraman, apunta a un conjunto de variables (SERVQUAL) que

posibilitan una aproximación fiel y discriminada a las debilidades y fortalezas del servicio que se evalúa (7).

Existe abundante literatura que se ha enfocado en la satisfacción de los pacientes; sin embargo, la literatura sobre trato como un aspecto fundamental del desempeño de los sistemas de salud es escasa. Esto ha provocado que no exista una metodología probada para la medición del trato en el contexto de la evaluación de los sistemas de salud. La OMS ha utilizado dos estrategias diferentes para su evaluación: la evaluación por expertos y la encuesta poblacional.

Más allá de los procedimientos metodológicos utilizados para la obtención de los datos necesarios para la medición del nivel de trato, es importante puntualizar que este objetivo del sistema involucra a ocho componentes, cada uno de ellos tratando de evaluar diferentes dominios del complejo concepto de trato. De estos ocho elementos, cuatro se relacionan directamente con el respeto a derechos básicos y universales de los individuos y los otros cuatro se basan en una visión que enfoca al usuario como un cliente del sistema.

Los elementos relacionados con el respeto a derechos básicos y universales de los individuos se describen a continuación:

- Trato digno. Se define como el derecho de quien demanda servicios de salud a ser tratado como persona con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información. Pueden identificarse algunos subelementos en la conformación del trato digno:

- Libertad de tránsito y movimiento.
- Ser tratado con respeto por el personal médico y no médico con el cual se tiene relación durante la prestación del servicio.
- Derecho a disfrutar de privacidad durante la exploración.

- Comunicación. Es el derecho de los usuarios a resolver todas sus dudas, recibiendo información suficiente, de calidad y oportuna sobre su padecimiento y las diferentes opciones de tratamiento. Originalmente estas acciones se contemplaban en el área de trato digno pero diversas reuniones de expertos coincidieron en que

la comunicación era un elemento tan importante que merecía ser considerada como un dominio independiente.

- Autonomía. Se define como libertad para auto dirigirse. Bajo el contexto de la evaluación del sistema se integra por cuatro derechos fundamentales:

- El derecho a participar en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento.
- Que se le solicite consentimiento informado para realizar tratamiento o pruebas diagnósticas.
- El derecho de los individuos a rehusar el tratamiento.

- Confidencialidad. Se refiere al derecho que posee el individuo para decidir quién puede tener acceso a la información relacionada con su salud. Se parte del principio de que el bienestar del usuario es el objetivo primordial de su relación con el sistema y que la filtración de información puede perjudicarlo. Puede desagregarse en dos aspectos básicos:

- Llevar a cabo las consultas de manera que se proteja la privacidad de los usuarios.
- Garantizar la confidencialidad de la información relacionada con el paciente.

Los otros cuatro elementos en la medición del trato se describen a continuación:

- Atención pronta u oportuna. Quiere decir atención inmediata en casos de urgencia y espera razonable en los casos que no lo sean. En términos prácticos podría entenderse como el objetivo de que los tiempos de espera no generen molestias adicionales a las del proceso patológico que ha desencadenado la búsqueda de atención. Como el trato adecuado no sólo evalúa interacciones clínicas sino al sistema como un todo, la atención pronta no sólo se relaciona con los tiempos de espera en sala de espera sino con el tiempo transcurrido desde que el usuario decide buscar atención hasta que efectivamente la recibe. Bajo este punto de vista, la atención pronta se asocia con conceptos como accesibilidad y disponibilidad.

- Calidad de las comodidades básicas. Se relaciona con las condiciones de la infraestructura básica y con un entorno agradable durante la estancia en las instalaciones donde se recibirá atención.

- Instalaciones limpias.
 - Amueblado adecuado.
 - Ventilación apropiada.
 - Alimentación saludable y apetecible.
- Acceso a redes durante la hospitalización. Los procedimientos estándares durante la hospitalización deben permitir:
 - Visitas regulares de amigos y familiares.
 - Provisión de alimentos y otros consumibles si no son proporcionados por el hospital.
 - Prácticas religiosas siempre y cuando no alteren el funcionamiento del hospital o afecten a otros individuos.
 - Capacidad de elección del proveedor del servicio. El sistema debería otorgar al usuario la capacidad de elegir la institución donde desea ser atendido y el médico tratante. En algunos casos puede haber preferencia por el sexo o edad del médico y, en otros, una mala experiencia previa puede condicionar el deseo de cambiar al médico que usualmente se consulta. Si la capacidad para efectuar estas modificaciones es escasa puede disminuirse la sensación de bienestar de los usuarios lo que se manifiesta en la búsqueda de atención en servicios privados por personas que cuentan con seguridad social (8).

Para el cálculo del índice se requiere llevar a cabo las siguientes fases.

1. Recabar la información necesaria a partir de encuestas que tengan el nivel de representatividad deseado. Estas encuestas pueden ser de base poblacional o llevarse a cabo en el ambiente donde se lleva a cabo la interacción entre el proveedor y el usuario. Es importante incluir en estas encuestas reactivos de tipo analógico donde se puedan emitir calificaciones de carácter numérico para la evaluación de cada uno de los dominios; esto, independientemente de la aplicación de otro tipo de ítems que se consideren necesarios.
2. A fin de controlar el efecto que tienen las expectativas de los usuarios en las calificaciones en escala ordinal, deben incluirse viñetas que permitan definir el nivel de dichas expectativas. Las viñetas son breves historias que describen situaciones

modelo para cada uno de los dominios y que deben ser calificadas de igual manera que las preguntas principales de medición. Estas viñetas se incorporan en un modelo multivariado final de tipo Probit Ordinal, el cual permite cambiar las calificaciones ordinales en una escala continua.

3. Estimar las calificaciones respectivas para cada uno de los dominios del Índice de Trato. Esto no sólo es un paso intermedio para el cálculo del índice, sino que por sí mismo se constituye en una evaluación de las fortalezas y debilidades del sistema.

4. Calcular el promedio ponderado de las calificaciones otorgadas a cada uno de los dominios. Los pesos relativos adjudicados a los diferentes elementos son los propuestos por la OMS y no son necesariamente los más adecuados al contexto de nuestro país. Es posible que dichos pesos sean sujetos a ajustes conforme la implementación del índice se fortalezca y se constituyan redes de evaluación en materia del desempeño de los sistemas. Puede generarse un promedio aritmético, el cual sume que todos los dominios tienen el mismo peso, o bien, usar los pesos relativos propuestos por la OMS, o bien, determinar la importancia atribuida en nuestro contexto a cada uno de los dominios.

5. Una vez calculado un Índice de Trato estatal, es sumamente deseable calcular este índice al menos en las desagregaciones siguientes:

- I. Rural – urbano
- II. Por género
- III. En 3 niveles socioeconómicos, por lo menos.
- IV. Por ámbito de atención (ambulatoria, hospitalaria)
- V. Por proveedor de servicios o al menos por condición de aseguramiento.
- VI. Por nivel de escolaridad (8).

ANTECEDENTES

Según algunos estudios, los niveles de satisfacción de usuario en atenciones ambulatorias oscilan entre 60% y 82%, según el público estudiado, servicio o establecimiento proveedor de la atención, motivo de consulta, momento de entrevista y método utilizado (9).

En 2014 en Europa, Sánchez-Piedra et al, realizaron un estudio de encuestas telefónicas a los usuarios de atención primaria en cada país del consorcio EU primecare (Alemania, España, Estonia, Finlandia, Hungría, Italia y Lituania). Su objetivo era describir y analizar los determinantes asociados con la satisfacción del paciente en la atención primaria en Europa. Se tomaron 3020 pacientes y el cuestionario incluyó variables sociodemográficas, estado de salud, uso y satisfacción con el servicio de atención primaria. El principal hallazgo fue el alto nivel de satisfacción con la atención primaria en el 76,8% los participantes. Se observó que la edad, visitas a un especialista, tener un médico asignado a la atención primaria y medición de parámetros de control está asociado con una mejor percepción de la atención recibida (10).

En España, en 2015, Pérez-Romero et al, realizaron un estudio transversal a partir de los microdatos del cuestionario de adultos de la Encuesta Europea de Salud en España 2009 (EES 2009). El número de personas encuestadas fue 22.188. El objetivo era analizar los factores sociodemográficos asociados con una satisfacción excelente con la atención proporcionada por el médico de familia y su variación geográfica en los sujetos que habían consultado al médico de atención primaria durante los últimos 12 meses. Se observó que aproximadamente uno de cada 3 usuarios de la APS consideró que la atención proporcionada había sido excelente, mientras que el 6,7% se mostró insatisfecho. Esta valoración estuvo estrechamente relacionada con la edad, el nivel de salud autopercebida, la salud mental, los ingresos hospitalarios previos, el estatus de enfermedad crónica y las limitaciones en las actividades diarias (5).

En China en el 2016, Li et al, realizaron un estudio transversal donde se buscaba evaluar la satisfacción del paciente que había recibido atención ambulatoria y

hospitalaria entre proveedores de atención primaria y hospitales secundarios/terciarios, así como examinar su asociación con las características sociodemográficas y el tipo de institución, según los datos de encuestas autoinformadas. En total, se reclutaron 993 pacientes ambulatorios y 925 pacientes hospitalizados con edad ≥ 15 años. Observaron que la satisfacción del paciente con atención ambulatoria y hospitalaria se asoció significativamente con el tipo de establecimiento de atención médica en Jilin, China. La búsqueda de atención ambulatoria en los centros de salud comunitarios (CHC) se asoció significativamente con una mayor proporción de satisfacción del paciente. Los pacientes de los hospitales del condado y terciarios se quejaron de los largos tiempos de espera, las malas actitudes de los trabajadores de salud, los altos gastos del tratamiento y su satisfacción general hacia la atención ambulatoria fue menor. En términos de atención hospitalaria, los pacientes estaban más satisfechos con los gastos de tratamiento en CHC en comparación con los hospitales del condado (11).

En Perú, en 2011, Cuba-Fuentes et al, llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal en un establecimiento de salud de primer nivel. Su propósito era evaluar el cumplimiento de la estrategia de atención primaria y el grado de satisfacción de los usuarios en un establecimiento de salud de primer nivel. Se aplicaron 2 encuestas a 240 usuarios escogidos al azar. Se midió el grado de satisfacción con respecto a la estructura, los procesos y los resultados del establecimiento, y el cumplimiento de tres atributos de la atención primaria: primer contacto, integralidad y continuidad. Se observó que el 61,7% de los usuarios mostró satisfacción media y 23,3% satisfacción alta. Los usuarios estaban satisfechos o muy satisfechos en 5 parámetros: accesibilidad geográfica (99,8%), infraestructura (66,6%), horarios de atención (61%), resolución de problemas (52,5%) y exámenes auxiliares (51,3%). El 47% mostró satisfacción media con la atención recibida. El grado más bajo de satisfacción se encontró con los tiempos de espera para atenciones programadas (29,1%) y de emergencia (7,5%) (2).

En 2013 en Villa Hermosa, Tabasco, Córdova Hernández et al, realizaron un estudio descriptivo transversal donde se aplicó un cuestionario autoadministrado a una

muestra de 380 usuarios de CMF de Casa Blanca del ISSSTE de esa misma ciudad. Su objetivo era conocer la satisfacción del usuario mediante el conocimiento de sus características personales, de la oportunidad de atención relacionado con el tiempo de espera, percepción sobre la atención brindada y de los servicios (calidad de la atención médica), además de la percepción sobre entrega y surtimiento completo de los medicamentos. Se observó que la satisfacción de los usuarios está determinada por la oportunidad en la atención (menos tiempos de espera que cualquier unidad médica similar), la calidad percibida está asociada al tratamiento interpersonal (buen trato, privacidad, responsabilidad e interés del personal) así como a la valoración de la limpieza de la clínica, y al surtido de medicamentos (entrega de medicación completa a tres de cada cuatro usuarios) (12).

Mohammed Senitan et al en 2018 realizaron una revisión sistemática con el objetivo de explorar la satisfacción de los pacientes que utilizaron los centros de atención primaria del Ministerio de Salud de Arabia Saudita, con un enfoque en su comunicación con los médicos. Los estudios seleccionados se evaluaron en función de los cinco dominios principales (comunicación, conducta relacional, habilidades técnicas, cualidades personales y disponibilidad / accesibilidad) que determinan la relación médico-paciente. Encontraron que la satisfacción general informada en los estudios incluidos varió del 50% a más del 90%. En ocho estudios, el total de satisfacción fue superior al 75%. En general, los puntajes de la satisfacción del paciente en el dominio de comunicación oscilaron entre 50% y 89.5%. 3 de los 10 estudios encontraron que el 82% de los pacientes informaron que el personal de recepción los trató bien, 84% de los pacientes estuvieron de acuerdo en que sus médicos los trataron con respeto, mientras que el 62% de los pacientes estuvieron de acuerdo en que sus médicos no escucharon sus quejas. Ocho estudios informaron el dominio de disponibilidad y accesibilidad, convirtiéndolo en el dominio más frecuentemente reportado en esta revisión, informaron que la mayoría de los pacientes estaban satisfechos con las horas de trabajo del centro de atención primaria, los médicos y las enfermeras, que fueron calificadas como aceptables o buenas (13).

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que, en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública; e incluso se ha considerado, desde hace poco más de una década, uno de los ejes de evaluación de servicios de salud.

El otorgar prioridad máxima al usuario es clave para mejorar la calidad de los servicios de la salud. Los planificadores, administradores y prestadores de servicios pueden crear y ofrecer servicio que cumpla con los estándares médicos y traten a los usuarios como desean ser tratados.

El enfoque al usuario es crucial para la orientación porque esta provee la base para la toma de decisiones informada, lo cual es esencial en la prestación de los servicios de buena calidad.

Con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social en sus unidades médicas, incrementar la accesibilidad y oportunidad para la atención de los derechohabientes que acuden a consulta en las Unidades de Medicina Familiar, la Dirección General del IMSS y la Secretaría General del SNTSS, dentro del marco legal, institucional y control, implementa y desarrollan el programa Unifila: Paciente sin Cita, el 1 de Marzo de 2016. Esto con el objetivo principal de disminuir el tiempo de espera para paciente sin cita (espontáneos) en Unidades de Medicina Familiar, mediante la reorganización de la agenda y otorgando la opción al paciente sin cita de ser referido al primer consultorio disponible.

Es necesario evaluar el grado de satisfacción de estos usuarios, así como los factores asociados a este, para así corroborar el adecuado funcionamiento del programa e identificar problemas en la provisión de los servicios que puedan requerir medidas correctivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sector salud atraviesa una etapa de gran conflicto en todo el mundo. Los recursos parecerían no alcanzar a cubrir adecuadamente las necesidades de atención de la población y, sin embargo, son utilizados en el marco de un modelo de organización sectorial fuertemente cargado de irracionalidad en el que resalta la sobreprestación de servicios en ciertos ámbitos de la comunidad y la falta de cobertura en otros (6).

En la actualidad las instituciones públicas de atención a la salud y de seguridad social enfrentan problemas de suficiencia de recursos financieros y humanos para realizar sus actividades; para ejemplificar lo anterior en lo que se refiere a la distribución del gasto en salud, llama la atención que del total de este, 15% se destina a las necesidades de salud de 40% de la población que está social y económicamente marginada, y en comparación se destina 48% del mismo para atender a 10% de la población que tiene poder de compra (6).

La satisfacción del consumidor y la contención de costos aparecen como componentes críticos de una reforma sectorial. Sin embargo, los mismos pueden estar inversamente relacionados si los mercados de bienes y servicios demandados por el sector salud son librados a su propia dinámica. Contener costos en el presente contexto organizacional puede implicar reducir prestaciones o la calidad de las mismas. Aumentar la satisfacción del consumidor puede significar el incremento de los gastos en escenarios de mercados en los que la “oferta crea su propia demanda” (6).

Teniendo esto en cuenta, es frecuente la queja del tiempo de espera y el tiempo insuficiente de atención que el paciente recibe por parte del médico para establecer una comunicación y empatía adecuada. En este aspecto, los médicos que laboran en muchas entidades prestadoras de salud en nuestro país son exigidos a rendir mayor producción, con menos recurso; descuidando la calidad. Por consiguiente, la tendencia a una relación médico-paciente de trato muy superficial y de poca confianza. Por lo que en muchas ocasiones podemos encontrar al paciente insatisfecho y no llega a expresarse.

Con base a la problemática expuesta, la pregunta que se pretende contestar en el presente trabajo de investigación es:

¿Cuáles son los factores asociados al índice de trato digno en usuarios del programa Unifila de la UMF no. 27?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores sociodemográficos, clínicos, y sociomédicos asociados al índice de trato digno recibido por usuarios del programa Unifila de la UMF no. 27.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer los factores sociodemográficos de los usuarios de Unifila de la UMF no. 27: edad, género, escolaridad, ocupación, ingreso monetario mensual.
2. Conocer los factores clínicos de los usuarios de Unifila de la UMF no. 27: consulta de enfermedades crónico degenerativas, consulta de enfermedades infecciosas, consulta de control prenatal, consulta de enfermedades ginecológicas, consulta de enfermedades dermatológicas, riesgos de trabajo y otras causas de consulta.
3. Conocer los factores sociomédicos de los usuarios de Unifila de la UMF no. 27: tipo de consulta (primera vez o subsecuente) y tipo de aseguramiento (asegurado o beneficiario).
4. Determinar los factores sociodemográficos, clínicos, y sociomédicos asociados al indicador de trato digno de *oportunidad de la atención* en los usuarios del programa Unifila de la UMF no. 27.
5. Determinar los factores sociodemográficos, clínicos, y sociomédicos asociados al indicador de trato digno de *información proporcionada al paciente por el médico* en usuarios del programa Unifila de la UMF no. 27.
6. Determinar los factores sociodemográficos, clínicos, y sociomédicos asociados al indicador de trato digno de *trato recibido por el personal de la unidad* en usuarios del programa Unifila de la UMF no. 27.
7. Evaluar el índice de trato de digno (considerando los 3 indicadores en conjunto) recibido por usuarios de Unifila de la UMF no. 27.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo (Hi):

El índice de trato digno de los usuarios del programa UNIFILA de la UMF no. 27 del IMSS de Tijuana, Baja California se asocia con los siguientes factores sociodemográficos, clínicos y sociomédicos: edad, género, escolaridad, ocupación, ingreso monetario mensual, motivo de consulta, tipo de consulta (primera vez o subsecuente) y tipo de aseguramiento (asegurado o beneficiario).

Hipótesis nula (H0):

El índice de trato digno de los usuarios del programa UNIFILA de la UMF no. 27 del IMSS de Tijuana, Baja California no se asocia con los factores sociodemográficos, clínicos y sociomédicos mencionados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Observacional, analítico y transversal.

Tipo de estudio: Encuestas.

Tipo de investigación: Servicio de Salud.

Universo de trabajo: Pacientes usuarios del programa UNIFILA de la UMF No. 27 de Tijuana, BC.

Población de estudio: Pacientes usuarios del programa UNIFILA mayores de 18 años, derechohabientes de la UMF No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Tijuana, Baja California.

Periodo de estudio: El estudio se realizó en el periodo comprendido entre Diciembre 2019 a Febrero 2020.

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Tijuana, Baja California.

Selección y tamaño de la muestra: Fórmula de tamaño de la muestra para una proporción. Población infinita.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio; en este caso, se refiere a la prevalencia de usuarios que consideran que reciben trato digno. A nivel nacional, **86%** de los usuarios manifestaron estar muy satisfechos o satisfechos con la atención médica que reciben en el IMSS (14).

$q = 1 - p$. Complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio. ($q = 0.14$)

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar. ($\delta \pm 2.5 \% = 0.025$)

$Z\alpha$ = Percentil de la distribución normal asociado al nivel de confianza deseado para el estudio. Aceptando una confianza de 95%. ($Z\alpha = 1.96$)

Despeje de la fórmula:

$$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2} = \frac{(1.96)^2(0.86)(0.14)}{(0.025)^2} = \frac{(3.8416)(0.86)(0.14)}{0.000625} = \frac{0.46252864}{0.000625} = 740$$

Tamaño de la muestra = 740 + 20% por pérdidas de datos= **888 pacientes.**

Tipo de muestreo: No probabilístico, por casos consecutivos.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión.

1. Pacientes derechohabientes usuarios del programa Unifila de la UMF no. 27 del IMSS de Tijuana B.C.
2. Personas mayores de 18 años.
3. Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

1. Que no sepan leer y escribir.
2. Pacientes que al momento del estudio no se encuentren vigentes en sus derechos institucionales.

Criterios de eliminación.

1. Encuestas incompletas.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se llevó a cabo un estudio transversal, analítico y observacional en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en la Ciudad de Tijuana, Baja California, en el periodo matutino y vespertino, durante el periodo comprendido entre Diciembre 2019 y Febrero 2020. Previa aceptación del Comité Local de Investigación para su aprobación y autorización del Director Médico de la UMF No. 27 para su desarrollo operativo. Se incluyeron 888 pacientes en total, los cuales debieron cumplir con los criterios de inclusión. Se requirió autorización mediante carta de consentimiento informado (anexo 3). Posteriormente, se les aplicó el cuestionario “índice de trato digno”, el cual ya ha sido validado por el IMSS e ISSSTE en el año de 2003. Este cuestionario es un instrumento que evalúa la percepción que un paciente tiene acerca del trato recibido, considerando a su vez 3 indicadores de trato digno: oportunidad en la atención, información proporcionada al paciente por el médico, y trato recibido por el personal de la unidad (15).

Todas las actividades fueron realizadas por el investigador colaborador y supervisadas por el investigador responsable. Los paciente mayores de 18 años fueron abordados mediante entrevistas de salida a usuarios del programa UNIFILA de los servicios de salud en la sala de espera de la UMF No. 27, se les explicó que el cuestionario en cuestión consta de 10 preguntas sencillas, de fácil comprensión y aplicación, la primera pregunta valora la satisfacción por la oportunidad de la atención, las siguientes preguntas valoran la satisfacción por la información entre el médico y los usuarios, y las ultimas 4 preguntas valoran la satisfacción del trato recibido(15).

Se midieron variables sociodemográficas tales como edad, la cual se calculó al preguntar la fecha de nacimiento y se expresó en años cumplidos; el género, que se obtuvo según las características fenotípicas de cada sujeto de estudio, y se dividió en femenino y masculino; la escolaridad, considerada como el último nivel educativo completo de la persona y la cual se clasificó como analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato y profesional; la ocupación, que correspondió a la actividad laboral que realizaba el participante en el momento de la entrevista, y se clasificó en hogar, empleado, pensionado, comerciante o profesional; y el ingreso monetario mensual.

Otras variables medidas fueron el tipo de consulta (primera vez y subsecuente); tipo de aseguramiento, que se refiere a si el paciente es el asegurado o el beneficiario; motivo de consulta, el cual corresponde a las principales patologías que se presentan en la consulta externa de medicina familiar como son enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades infecciosas, consulta de control prenatal, enfermedades ginecológicas, enfermedades dermatológicas, riesgos de trabajo y otras causas de consulta; tiempo de espera, que corresponde al promedio de los minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención y el momento en que inicia la atención por el médico, se clasificara en menor a 30 min, de 31 a 60 min, de 61 a 120 min y mayor a 120 min.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Stata versión 15. Los datos recolectados se integraron en hojas de recolección de datos, y se realizó una revisión general para detectar posibles errores de captura. Se realizó un análisis exploratorio con estadística descriptiva, calculando medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo al tipo de variable, así como métodos gráficos.

Para evaluar la asociación entre las características de los participantes y los indicadores de oportunidad de la atención y de trato recibido por el personal de la unidad se utilizaron de manera inicial razones de momios, dicotomizando los indicadores en las categorías de *trato adecuado* y *trato inadecuado*, considerando las respuestas a los incisos a y b como trato adecuado. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis bivariado en el que se estimó un modelo de regresión logística simple para cada variable explicativa de interés y cada uno de los dos desenlaces. Posteriormente, se estimó un modelo de regresión logística múltiple para cada uno de estos dos desenlaces, modelos en los que se incluyeron todas aquellas variables que mostraron una relación significativa ($p < 0.2$) en el análisis bivariado. Con un abordaje *stepwise*, se seleccionaron las variables

Para evaluar la asociación entre las características de los participantes y el indicador de información proporcionada al paciente por el médico, así como entre las

características de los participantes y el índice de trato digno, se utilizó un modelo de regresión lineal. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis bivariado en el que se evaluó la relación entre cada una de las variables explicativas y cada uno de estos dos desenlaces mediante modelos de regresión lineal simple. Posteriormente, se estimó un modelo de regresión lineal múltiple para cada uno de estos dos desenlaces, modelos en los que se incluyeron todas aquellas variables que mostraron una relación significativa ($p < 0.2$) en el análisis univariado. Para los modelos multivariados se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo.

Definición y operacionalización de las variables

Variabes dependientes: Índice de trato digno, así como cada uno de sus tres indicadores: oportunidad de la atención, información proporcionada al paciente por el médico, y trato recibido por el personal de la unidad.

Variabes independientes: Edad, género, escolaridad, ocupación, tipo de consulta, ingreso monetario mensual, aseguramiento, motivo de consulta, tiempo de espera.

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente

| Variable dependiente | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición | Indicador |
|----------------------------|--|--|---------------------|---|
| Oportunidad en la atención | Medida en que el tiempo de espera cumple con las expectativas del usuario. | Conformidad expresa con el tiempo de espera, medida a través de la respuesta a la pregunta 3 de la herramienta de índice de trato digno. | Cualitativa ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Muy satisfecho 2. Satisfecho 3. Más o menos satisfecho 4. Insatisfecho 5. Muy insatisfecho |

| | | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|--|
| Información proporcionada al paciente por el médico | Medida en la que la información sobre la enfermedad que es proporcionada al paciente es adecuada para permitirle entender su diagnóstico y tratamiento, y aclarar sus dudas al respecto. | Número de preguntas con respuesta positiva (trato adecuado) de las preguntas 4 a 8 de la herramienta de trato digno. De acuerdo a las recomendaciones de la Secretaría de Salud, se considerará como respuesta positiva (trato adecuado) el inciso a (preguntas 4 a 7) y los incisos a y b (pregunta 8). | Cuantitativa discreta, de conteo | <ol style="list-style-type: none"> 1. 0 preguntas positivas 2. 1 pregunta positiva 3. 2 preguntas positivas 4. 3 preguntas positivas 5. 4 preguntas positivas 6. 5 preguntas positivas |
| Trato recibido por el personal de la unidad | Calidad del trato humano percibido por el paciente durante la atención médica por parte de los diversos elementos responsables de la atención | Conformidad expresa a través de la respuesta a la pregunta 9 de la herramienta de trato digno, categorizada en 5 niveles | Cualitativa ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Muy bueno 2. Bueno 3. Regular 4. Malo 5. Muy malo 6. No contestó |
| Índice de trato digno | El derecho de quien demanda servicios de salud a ser tratado como persona con todos las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información. Abarca en conjunto los rubros de oportunidad de la atención, información proporcionada al paciente por el médico, y trato recibido por el personal de la unidad | El índice de trato digno se considerará de acuerdo al número de respuestas positivas (trato adecuado) referidas por el entrevistado, de acuerdo a las consideraciones de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, utilizando el instrumento propuesto por la Secretaría de Salud. De acuerdo a esto, se considerará como respuesta positiva (trato adecuado) las respuestas del inciso a) para las preguntas 4 a 7, y las respuestas de los incisos a) y b) a las preguntas 3, 8, y 9 (ver Anexo 1). | Cuantitativa, discreta, de conteo | <ol style="list-style-type: none"> 1. 0 respuestas positivas. 2. 1 respuesta positiva. 3. 2 respuestas positivas. 4. 3 respuestas positivas. 5. 4 respuestas positivas. 6. 5 respuestas positivas. 7. 6 respuestas positivas. 8. 7 respuestas positivas. |

VARIABLES INDEPENDIENTES

| Variable independiente | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición | Indicador |
|------------------------|---|--|---------------------------------|---|
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona a partir de su nacimiento. | Número de años cumplidos referidos por el entrevistado, categorizado en rangos de edades. | Cualitativa ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1. 18 a 25 años 2. 26 a 35 años 3. 36 a 45 años 4. 46 a 55 años 5. 56 a 65 años 6. 66 y más años |
| Género | Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad | Se definirá el género a partir de las características fenotípicas del sujeto en estudio al momento de la | Cualitativa nominal, dicotómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer |

| | | | | |
|------------------------|--|---|---------------------------------|--|
| | considera apropiados para los hombres y las mujeres. | recolección de datos. | | |
| Escolaridad | Grado de educación formal alcanzado por una persona a través de cursos en un establecimiento educativo. | Último nivel de estudios referido por el entrevistado | Cualitativa ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Profesionista |
| Ocupación | Actividad laboral a la que se dedica una persona, generalmente con el objetivo de recibir un estímulo económico. | Ocupación referida por el entrevistado al momento de la entrevista, categorizada según el tipo de ocupación | Cualitativa nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hogar 2. Empleado 3. Pensionado 4. Comerciante 5. Profesional |
| Tipo de consulta | Tipo de servicio otorgado al usuario por el médico del programa Unifila. | Categorización de la consulta recibida de acuerdo a si es de primera vez o subsecuente | Cualitativa nominal, dicotómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Primera vez 2. Subsecuente |
| Nivel de ingreso | Cantidad monetaria recibida por una persona en un determinado tiempo a cambio de un bien o servicio. | Ingreso mensual en pesos referido por el entrevistado, categorizado en 6 categorías. | Cualitativa ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Más de 100 mil pesos 2. Entre 45 y 50 mil pesos 3. Entre 21 y 40 mil pesos 4. Entre 9 y 20 mil pesos 5. Entre 4,500 y 8 mil pesos 6. Menores a 4 mil pesos |
| Aseguramiento en salud | Contrato de seguro que cubra al entrevistado, al que denominamos asegurado, por daños que pueda sufrir en salud. | Tipo de aseguramiento del entrevistado, en referencia a si es la persona asegurada, o un beneficiario | Cualitativa nominal, dicotómica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurado 2. Beneficiario |
| Motivo de consulta | Es la expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al profesional de salud. | Motivo de consulta referido por el entrevistado, categorizado según el servicio médico requerido | Cualitativa nominal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades crónicodegenerativas, 2. Enfermedades infecciosas. 3. Control prenatal. 4. Enfermedades ginecológicas. 5. Enfermedades dermatológicas. 6. Riesgos de trabajo. 7. Otras causas de consulta. |
| Tiempo de espera | Cantidad de tiempo transcurrida entre la solicitud del servicio de salud por parte del usuario, y el momento en que recibe la atención | Tiempo de espera referido por el entrevistado, dividido en 4 categorías. | Cualitativa ordinal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menor a 30 min 2. De 31 a 60 min 3. De 61 a 120 min 4. Mayor a 120 min |

Aspectos éticos

Este trabajo respeta los aspectos éticos contenidos en la Declaración de Helsinki; así como con la carta de Ottawa emitida en 1986 con la formulación del marco teórico de la promoción de la salud (16).

En la carta de Ottawa se describe: “La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo; la salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud” (17).

El principio de autonomía se respetó ya que las personas entrevistadas decidieron libremente si participan o no mediante la aceptación con el consentimiento informado y pudieron auto excluirse en el momento que ellos decidan.

Se utilizaron como método de estudio sólo realización de encuestas. El proyecto estuvo apegado a lo establecido por el Comité de Investigación Local y Coordinación de Educación e Investigación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como la autorización por el Director de la UMF No. 27. El riesgo del estudio es clasificación I, ya que éste estudio es una investigación sin riesgo.

Recursos humanos, físicos y materiales, financiamiento y factibilidad

Fue posible realizar el estudio, se contó con los recursos humanos, físicos y materiales necesarios para ello, así como con dos investigadores dispuestos a realizar el proyecto, corriendo el financiamiento a cargo de las mismas.

Recursos humanos

- *Dr. Domingo A Palacio Díaz.* Investigador Principal y tesista, quien realizó el protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción del escrito final.

- *Dr. Adrián Jesús Gutiérrez López.* Investigador colaborador y responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.
- *Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando.* Investigador colaborador y responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.

Recursos materiales y financieros

- Se contó con los recursos materiales para realizar el estudio.
- No requirió de financiamiento, los gastos generados fueron provistos por el investigador principal.

Factibilidad

- Fue posible realizarse por contar con todos los recursos.

Bioseguridad

- Este estudio no presentó riesgos de bioseguridad.

RESULTADOS

Se logró captar a un total de 888 pacientes para este estudio, los cuales fueron usuarios del programa Unifila de la UMF No. 27 del IMSS, en Tijuana, Baja California, en el periodo comprendido entre diciembre 2019 y febrero 2020, y que cumplieron con los criterios de selección. En la **Tabla 1** se muestran las características sociodemográficas de estos 888 participantes. Hubo un predominio de mujeres (63.3%). Las edades más comunes fueron entre 18 y 55 años (87.2% de la muestra), con solo un 11.7% con edades de 56 a 65 años, y solo un 1.1% mayores de 65 años. El nivel de escolaridad más común fue secundaria (41%), seguido por bachillerato (25%), primaria (23%), profesionista (10.4%) y con solo 6 personas (0.7%) con analfabetismo. Poco más de la mitad (52%) de los participantes estaban empleados, y otra proporción importante (31.1%) eran trabajadores del hogar. Por último, más de la mitad de los participantes se abstuvo de compartir su ingreso mensual. De los que contestaron, la mayor proporción se situó en los ingresos de 9 a 20 mil y de 4 a 8 mil pesos mensuales. Los resultados anteriores se muestran de manera gráfica en las **Figuras 1 a 4**.

Tabla 1. Características sociodemográficas

| Variable | Valores | N | Porcentaje |
|-------------|---------------|-----|------------|
| Género | Femenino | 562 | 63.3% |
| | Masculino | 326 | 36.7% |
| Edad | 18-25 | 164 | 18.5% |
| | 26-35 | 220 | 24.8% |
| | 36-45 | 204 | 23% |
| | 46-55 | 186 | 20.9% |
| | 56-65 | 104 | 11.7% |
| | >65 | 10 | 1.1% |
| Escolaridad | Analfabeta | 6 | 0.7% |
| | Primaria | 204 | 23% |
| | Secundaria | 364 | 41% |
| | Bachillerato | 222 | 25% |
| | Profesionista | 92 | 10.4% |
| Ocupación | Hogar | 276 | 31.1% |
| | Empleado | 462 | 52% |
| | Pensionado | 30 | 3.4% |

| | | | |
|-----------------|-------------|-----|-------|
| | Comerciante | 44 | 5% |
| | Profesional | 76 | 8.6% |
| Ingreso mensual | 21-40 mil | 58 | 6.5% |
| | 9-20 mil | 170 | 19.1% |
| | 4-8 mil | 160 | 18% |
| | <4 mil | 14 | 1.6% |
| | No contestó | 486 | 54.7% |
| Total | | 888 | 100% |

Figura 1. Distribución de edad

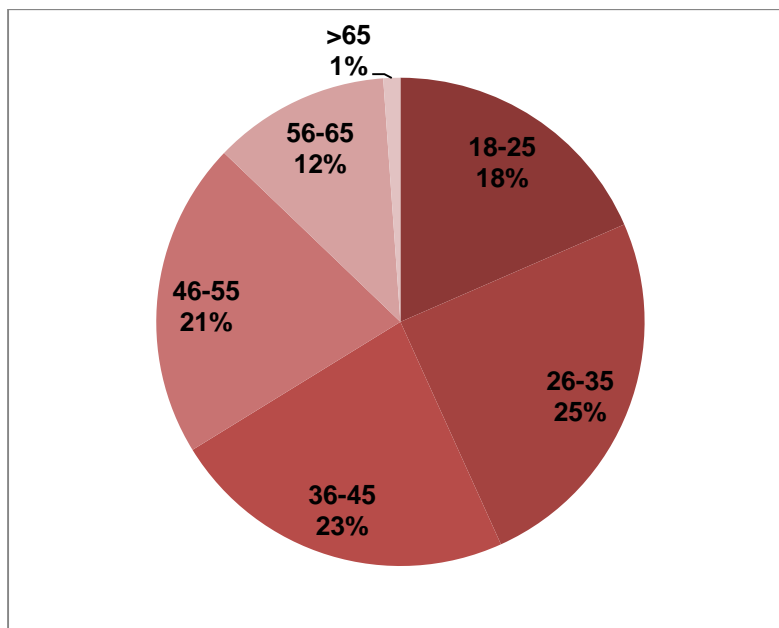


Figura 2. Distribución de escolaridad

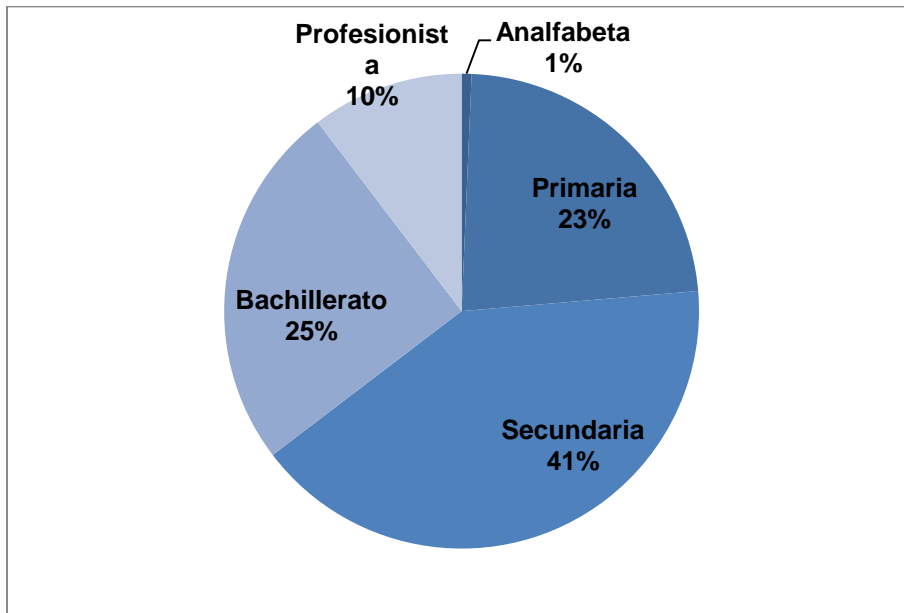


Figura 3. Distribución de ocupación

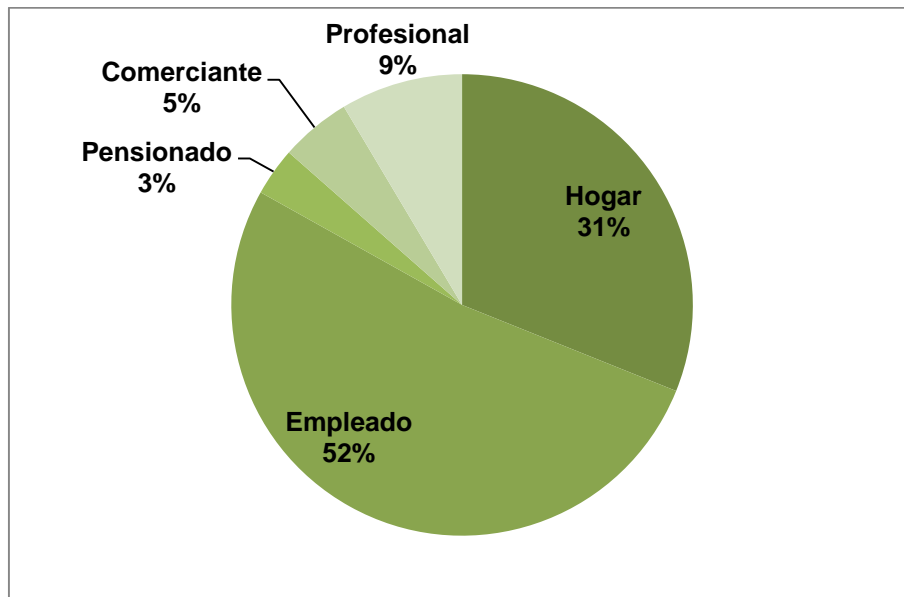
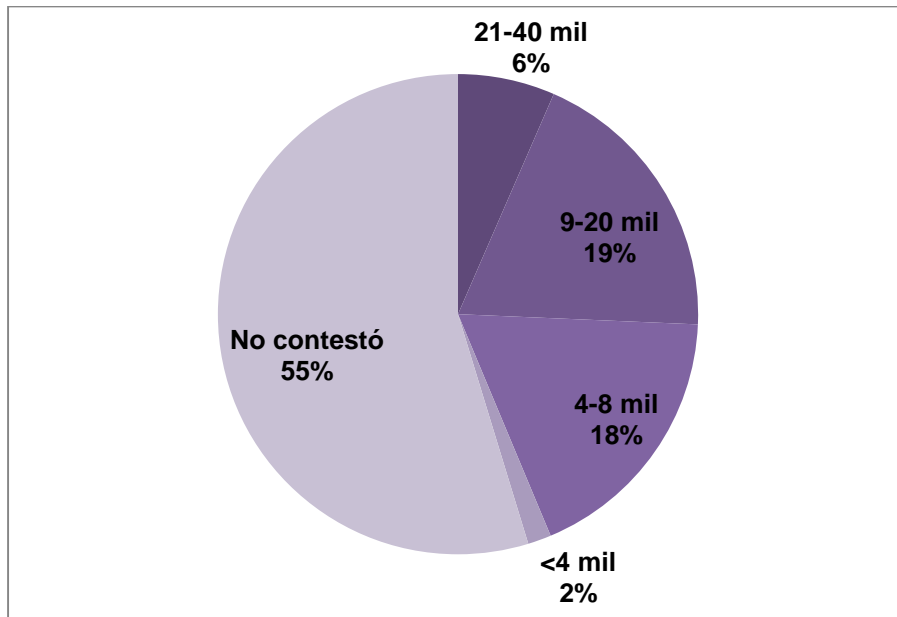


Figura 4. Distribución de ingreso mensual



En la **Tabla 2** se muestran las características sociomédicas de los participantes. Hubo un ligero predominio de participantes del turno matutino (53.4%) respecto al turno vespertino (46.6%), así como de consultas de primera vez (54.1%) respecto a consultas subsecuentes (45.9%). Casi dos tercios (65.3%) de los participantes eran los asegurados, y solo un 34.7% eran beneficiarios.

Tabla 2. Características sociomédicas

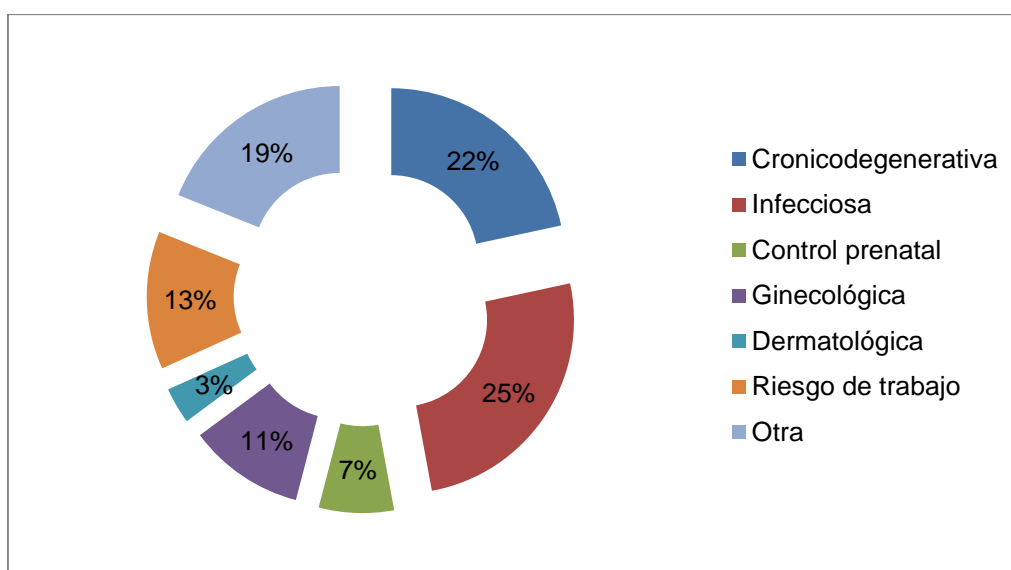
| Variable | Valores | N | Porcentaje |
|-----------------------|--------------|-----|------------|
| Turno | Matutino | 474 | 53.4% |
| | Vespertino | 414 | 46.6% |
| Tipo de consulta | Primera vez | 480 | 54.1% |
| | Subsecuente | 408 | 45.9% |
| Tipo de aseguramiento | Asegurado | 580 | 65.3% |
| | Beneficiario | 308 | 34.7% |

Los motivos de consulta de los participantes se muestran en la **Tabla 3** y en la **Figura 5**. El motivo de consulta más común fue por enfermedades infecciosas (25.5%), seguidas de cerca por las crónicodegenerativas (21.65%), y la categoría de “otras” (18.9%).

Tabla 3. Motivos de consulta

| Motivo de consulta | N | Porcentaje |
|----------------------|-----|------------|
| Crónicodegenerativas | 192 | 21.6% |
| Infecciosa | 226 | 25.5% |
| Control prenatal | 62 | 7% |
| Ginecológica | 96 | 10.8% |
| Dermatológica | 30 | 3.4% |
| Riesgo de trabajo | 114 | 12.8% |
| Otra | 168 | 18.9% |

Figura 5. Distribución de los motivos de consulta

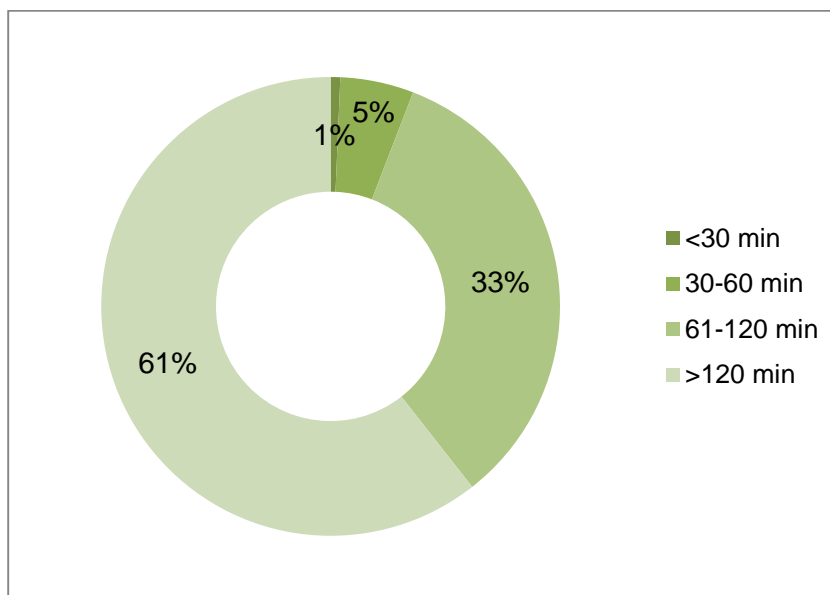


El tiempo de espera referido por los participantes se muestra en la **Tabla 4** y en la **Figura 6**. La gran mayoría de los participantes (60.6%) refirió un tiempo de espera mayor a 120 minutos, mientras que menos del 6% refirió un tiempo de espera menos a una hora. La media del tiempo de espera fueron 152.9 minutos, con una desviación estándar de 53.6.

Tabla 4. Tiempo de espera

| Tiempo de espera | N | Porcentaje |
|------------------|-----|------------|
| <30 min | 6 | 0.7% |
| 30-60 min | 46 | 5.2% |
| 61-120 min | 298 | 33.6% |
| >120 min | 538 | 60.6% |

Figura 6. Distribución del tiempo de espera



Respecto a los tres indicadores que se consideraron para la construcción del Índice de trato digno (oportunidad de la atención, información proporcionada al paciente, y trato recibido por parte del personal de salud), se muestran los resultados en la **Tabla 5**. En general, la mayoría de los pacientes refirió niveles elevados (es decir, que indican trato digno) para cada uno de los tres indicadores, con un 65% de los pacientes habiendo referido los niveles *muy satisfecho* o *satisfecho* para oportunidad de la atención, un 82.6% habiendo referido 4 o 5 respuestas positivas acerca de la información proporcionada al paciente, y un 75.7% de los participantes habiendo referido un trato *muy bueno* o *bueno* por parte del personal de salud de la institución. Estos resultados se muestran también de manera gráfica en las **Figuras 7 a 9**.

Tabla 5. Indicadores de trato digno

| Indicador | Nivel | N | Porcentaje |
|--|------------------------|----------|-------------------|
| Oportunidad de atención | Muy satisfecho | 112 | 12.6% |
| | Satisfecho | 468 | 52.7% |
| | Más o menos satisfecho | 228 | 25.7% |
| | Insatisfecho | 70 | 7.9% |
| | Muy insatisfecho | 10 | 1.1% |
| Información proporcionada al paciente (número de respuestas positivas) | 0 | 12 | 1.4% |
| | 1 | 16 | 1.8% |
| | 2 | 48 | 5.4% |
| | 3 | 78 | 8.8% |
| | 4 | 176 | 19.8% |
| | 5 | 558 | 62.8% |
| Trato recibido por el personal | Muy buen | 198 | 22.3% |
| | Bueno | 474 | 53.4% |
| | Regular | 174 | 19.6% |
| | Malo | 40 | 4.5% |
| | Muy malo | 2 | 0.2% |

Figura 7. Indicador “oportunidad de la atención”

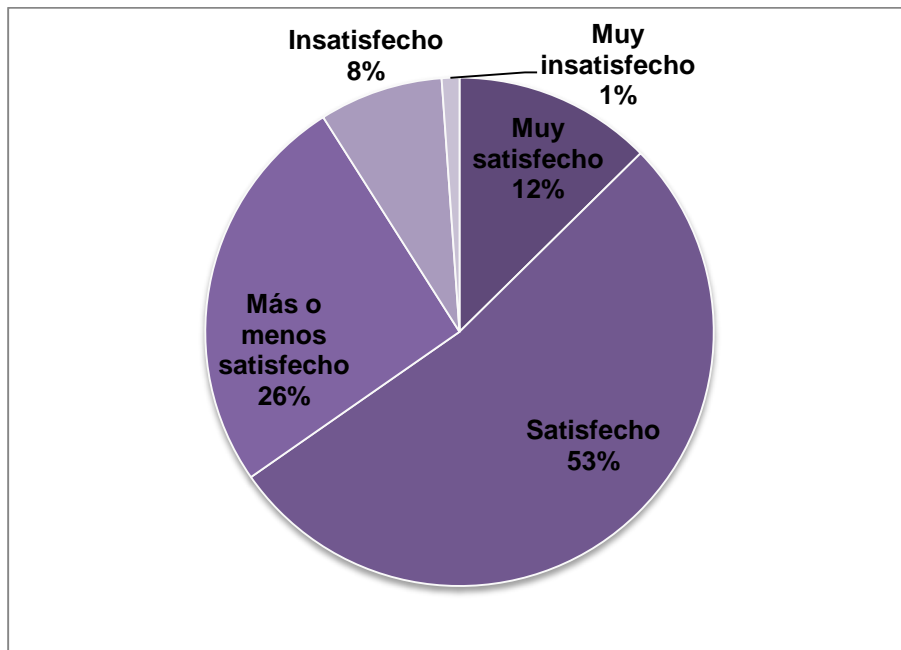


Figura 8. Indicador “información proporcionada al paciente” (número de respuestas positivas)

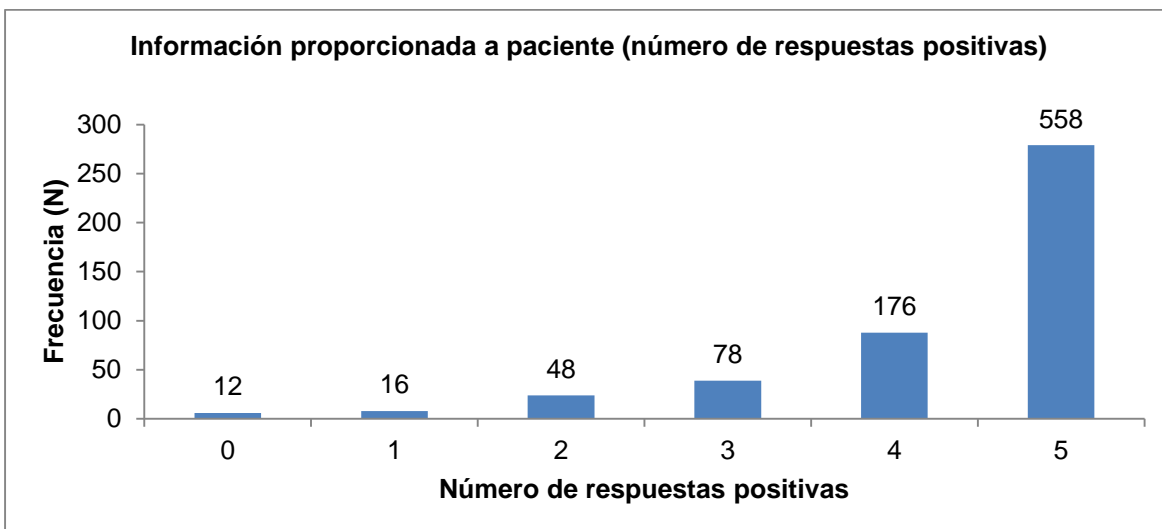
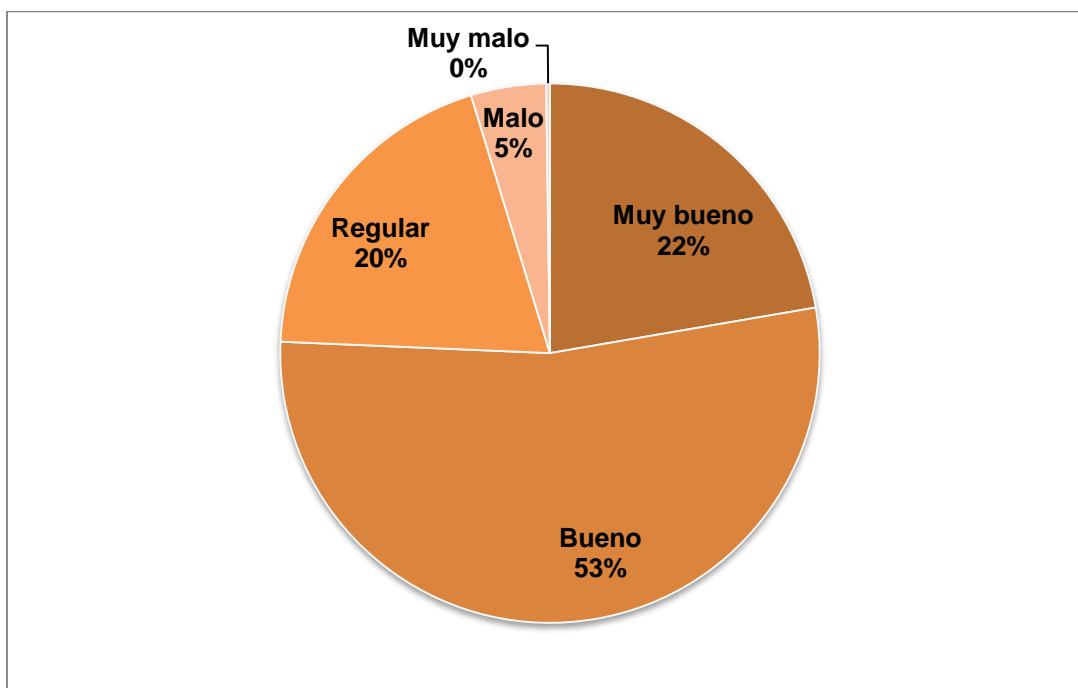


Figura 9. Indicador “trato recibido por el personal de salud”

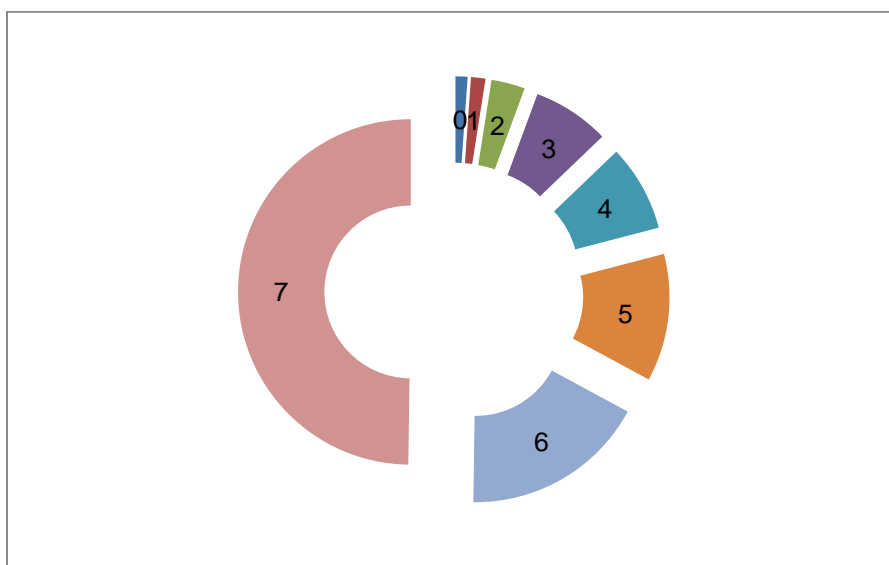


Por su parte, la distribución del Índice de trato digno, considerado como el número de respuestas positivas a las 7 preguntas del cuestionario, se muestra en la **Tabla 6** y en la **Figura 10**. Un 79% de los participantes refirió al menos 5 respuestas positivas (que indican trato digno) del total de 7 preguntas.

Tabla 6. Índice de trato digno (número de respuestas positivas)

| Índice de trato digno (número de respuestas positivas) | N | Porcentaje |
|--|-----|------------|
| 0 | 10 | 1.1% |
| 1 | 12 | 1.4% |
| 2 | 28 | 3.2% |
| 3 | 64 | 7.2% |
| 4 | 72 | 8.1% |
| 5 | 106 | 11.9% |
| 6 | 154 | 17.3% |
| 7 | 442 | 49.8% |

Figura 10. Número de respuestas positivas



Con respecto a la relación entre las características del paciente y cada uno de los tres indicadores de trato digno (oportunidad de la atención, información proporcionada al paciente, y trato recibido por el personal), se muestran en la **Tabla 7** los resultados de los modelos de regresión múltiple. Para los indicadores de oportunidad de la atención y de trato recibido por parte del personal, los resultados de la tabla son razones de momios de modelos de regresión logística. Para el indicador de información proporcionada al paciente, se trata de coeficientes de regresión lineal múltiple. En esta tabla se muestran solamente las variables

explicativas (características de los pacientes) que mostraron relación con al menos uno de los indicadores en el análisis bivariado.

Para el indicador de oportunidad de la atención, el haber recibido atención en el turno vespertino se relacionó con mayores momios de respuesta positiva (trato digno) en comparación a haber recibido atención en el turno matutino, y esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.003$). Por otro lado, los motivos de consulta infecciosos, ginecológicos, de riesgo de trabajo, y los de la categoría “otros”, se relacionaron de manera estadísticamente significativa ($p<0.05$) con menores momios de respuesta positiva (trato digno) en comparación a la categoría de referencia (enfermedades crónicas degenerativas). Por último, el tiempo de espera se relacionó de manera negativa y estadísticamente significativa ($p=0.012$) con los momios de respuesta positiva. El resto de las características del paciente no mostró relación con este desenlace.

Para el indicador de información proporcionada al paciente, el haber sido atendido en el turno vespertino se relacionó de manera positiva (coeficiente= 0.31) y significativa ($p=0.003$) con el número de respuestas positivas (lo cual indica mejor trato) en comparación al haber sido atendido en el turno matutino. Por otro lado, el haber sido atendido por motivos englobados en la categoría “otros” se relacionó de manera negativa (coeficiente=-0.46) y estadísticamente significativa ($p=0.005$) con el número de respuestas positivas en comparación a la categoría de referencia (enfermedades crónicas degenerativas). El resto de las características del paciente no mostró relación con este desenlace.

Respecto al indicador de trato recibido por el personal, el pertenecer al género femenino se relacionó de manera estadísticamente significativa ($p=0.008$) con mayores momios de respuesta positiva (trato digno) en comparación a pertenecer al género masculino. El haber recibido una consulta subsecuente también se relacionó de manera estadísticamente significativa ($p<0.001$) con mayores momios de respuesta positiva (trato digno) en comparación a haber recibido consulta de primera vez).

Tabla 7. Relación entre características del paciente y cada uno de los tres indicadores

| Variable | Valores | Oportunidad de la atención* | Valor p | Información proporcionada al paciente** | Valor p | Trato recibido por el personal* | Valor p |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|---|--------------|---------------------------------|------------------|
| Género | Masculino | -- | | -- | | Referencia | |
| | Femenino | -- | | -- | | 1.83 | 0.008 |
| Turno | Matutino | Referencia | | Referencia | | -- | |
| | Vespertino | 1.87 | 0.003 | 0.31 | 0.003 | -- | |
| Tipo de consulta | Primera vez | -- | | -- | | Referencia | |
| | Subsecuente | -- | | -- | | 2.31 | <0.001 |
| Motivo de consulta | Crónico degenerativas | Referencia | | Referencia | | -- | |
| | Infecciosa | 0.5 | 0.031 | -0.13 | 0.397 | -- | |
| | Control prenatal | 0.65 | 0.365 | 0.03 | 0.878 | -- | |
| | Ginecológica | 0.45 | 0.041 | -0.12 | 0.547 | -- | |
| | Dermatológica | 1.66 | 0.531 | 0.29 | 0.335 | -- | |
| | Riesgo de trabajo | 0.34 | 0.004 | -0.32 | 0.081 | -- | |
| | Otra | 0.31 | 0.001 | -0.46 | 0.005 | -- | |
| Tiempo de espera (en minutos) | | 0.995 | 0.012 | -- | | -- | |

*Se muestran razones de momios de un modelo de regresión logística múltiple.

**Se muestran coeficientes de regresión de un modelo de regresión lineal múltiple.

--No hubo relación estadísticamente significativa entre la variable explicativa y el indicador correspondiente, y esa variable no forma parte del modelo de regresión correspondiente.

Por último, se muestra el efecto del turno y del motivo de consulta en el Índice de trato digno, el cual integra los tres indicadores de trato digno (oportunidad de la atención, información proporcionada al paciente, y trato recibido por parte del personal) en una sola medida, la cual corresponde al número de respuestas positivas (es decir, respuestas que indican un trato digno) del cuestionario de trato digno. Las dos variables mencionadas, turno y motivo de consulta, fueron las únicas que mostraron una relación estadísticamente significativa con este índice en el modelo final de regresión lineal múltiple.

Figura 11

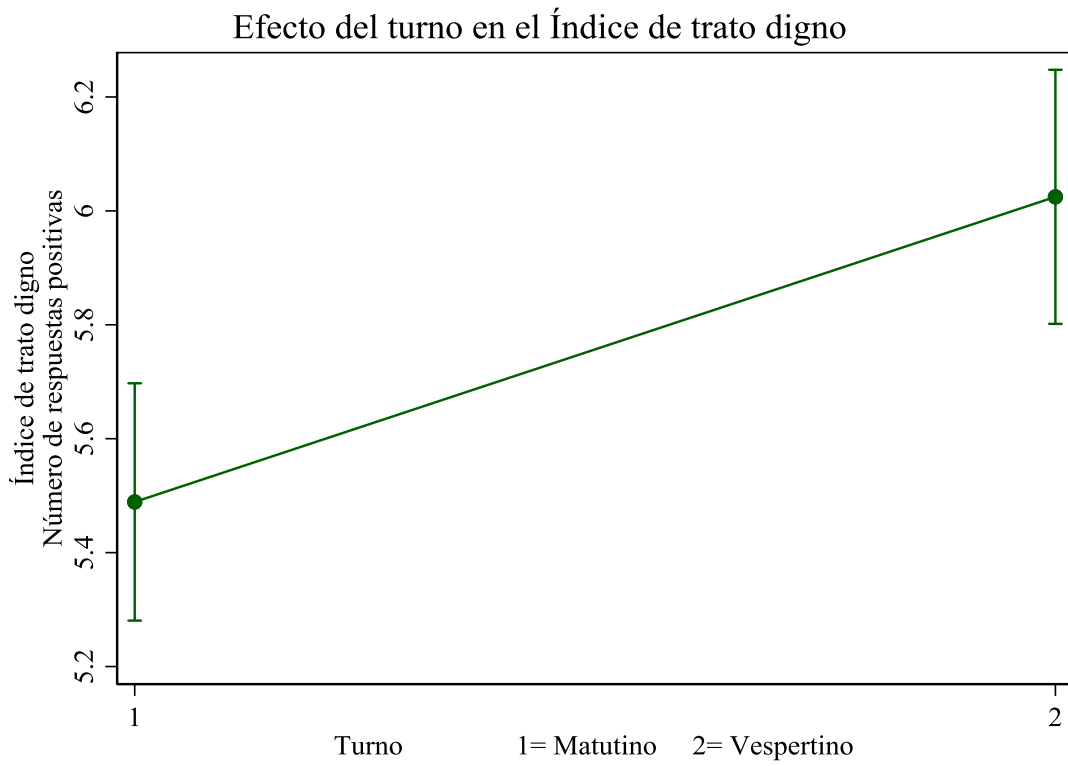
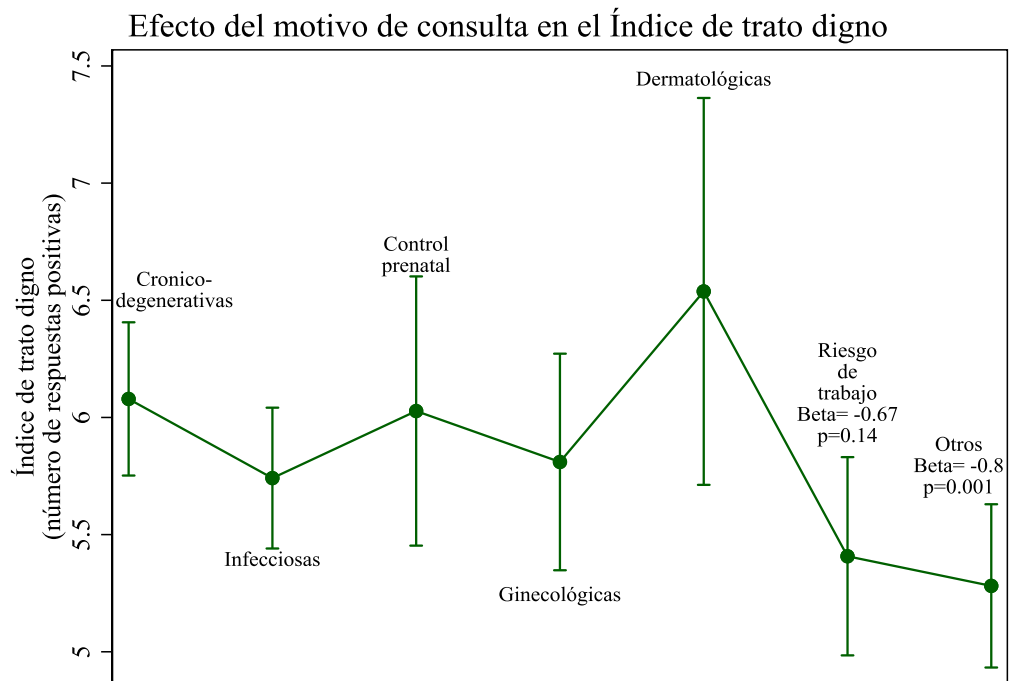


Figura 12



DICUSIÓN

En este estudio reportamos que diversos factores sociodemográficos, sociomédicos, y el motivo de consulta por el que acude un paciente por atención médica, se relacionan con el grado de trato digno que recibe el paciente, en usuarios adultos del programa Unifila en la UMF No. 27 del IMSS, en Tijuana, Baja California.

Descomponiendo al trato digno en sus tres componentes, encontramos que el turno, el motivo de consulta, y el tiempo de espera referido por el paciente, se relacionan de manera estadísticamente significativa con el indicador de oportunidad de la atención. Particularmente, el haber sido atendido en el turno matutino (en comparación al vespertino), el haber acudido por los motivos de enfermedad infecciosa, ginecológica, riesgo de trabajo, o por la categoría otras (en comparación con haber sido atendido por enfermedad crónicodegenerativas), y el haber referido un mayor tiempo de espera (en comparación a un menor tiempo de espera), se relacionaron con un puntaje menor (menor calidad de trato digno) en el indicador de oportunidad de la atención, este último punto es similar a lo reportado por La Torre Mantilla et al, donde se evaluó la correlación entre el tiempo de espera para la atención y la satisfacción del usuario, y se puede observar que esta última disminuye a medida que aumenta este tiempo de espera.

Por otro lado, el haber sido atendido en el turno matutino (en comparación al vespertino) y el haber sido atendido por la categoría de “otras” enfermedades (en comparación a haber sido atendido por enfermedades crónicodegenerativas) se relacionó también de manera negativa con el indicador de información proporcionada al paciente, esto se puede deber debido a la importancia que se les da actualmente a las enfermedades crónicodegenerativas por su impacto en la mortalidad nacional así como el énfasis que se les da en el entrenamiento de los médicos y el resto de profesionales de la salud.

Respecto al indicador de trato recibido por el personal de salud, el pertenecer al género femenino (en comparación al género masculino) y el haber sido atendido por una consulta subsecuente (en comparación a haber sido atendido por consulta de primera vez), se relacionaron con un mejor trato en este indicador. Así mismo se

observó que casi 8 de 10 usuarios estaban satisfechos con el trato recibido, resultado semejantes que los reportados por Senitan M et al y diferentes a los de la ENSAT 2018 donde se menciona mayor porcentaje de usuarios satisfechos.

Por último, en el modelo de regresión múltiple, solo el turno y el motivo de consulta se relacionaron de manera estadísticamente significativa con el índice de trato digno tomando en cuenta los tres indicadores a la vez. Específicamente, el haber sido atendido en el turno matutino (en relación al turno vespertino) y el haber acudido a consulta por riesgo de trabajo o por la categoría otras (en relación a haber sido atendido por enfermedades crónicas degenerativas) se relacionaron con un puntaje menor de trato digno.

CONCLUSIONES

En este estudio podemos concluir que acudir a consulta en el programa UNIFILA en el turno matutino, así como acudir por enfermedades infecciosas, ginecológicas, riesgos de trabajo y por la categoría de “otras enfermedades” se relacionó con menor oportunidad de atención en comparación a haber acudido en el turno matutino y por motivo de enfermedades crónicodegenerativas. Así mismo, los pacientes que acudieron en el turno matutino y por motivo de enfermedades de trabajo y la categoría “otras enfermedades”, recibieron una peor información por parte del personal de salud en comparación con los pacientes del turno matutino y con los de enfermedades crónicodegenerativas. En relación al trato recibido, se observó que las pacientes del género femenino y los pacientes subsecuentes recibieron un mejor trato en comparación con los pacientes masculinos y los que acudieron por primera vez. Por último, los pacientes del turno matutino y que acudieron por motivo de riesgo de trabajo o por la categoría “otra enfermedades” en el programa UNIFILA, se relacionó con un puntaje menor en el índice trato digno englobando sus tres indicadores principales, en relación con los pacientes del turno vespertino y los que acudieron por enfermedades crónicodegenerativas.

FORTALEZAS

Este estudio tiene algunas fortalezas, como son el haber obtenido la información por entrevista directa, en el momento en que los pacientes recibieron la atención sobre la cual se evaluó el trato digno, lo cual disminuye el riesgo de errores de medición. Por otro lado, la evaluación del trato digno se llevó a cabo mediante un instrumento previamente validado en el mismo tipo de población en que fue aplicada.

LIMITANTES

El estudio tiene también algunas limitaciones que deben ser tomadas en cuenta. Al no haber existido un consenso previo sobre la construcción del índice de trato digno tomando en cuenta sus tres indicadores, la manera en que se midió dicho índice en este estudio podría no ser totalmente comparable con otros estudios. Sería recomendable para futuros estudios el construir un índice que pueda ser utilizado como referencia, haciendo comparables estudios que lo utilicen en diferentes poblaciones. Así mismo carecemos de un grupo comparativo con otras unidades de Medicina Familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ugalde Manrique C, Soto Rivera B, Rosas Barrientos JV, et al. Validación de un instrumento para evaluar la satisfacción del usuario durante el periodo preanestésico en el Hospital Regional 1° de Octubre. *Rev Esp Med-Quir* 2012; 17 (1): 44-50.
2. Cuba-Fuentes M, Jurado A, Estrella E. Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Rev Medica Hered* 2011; 22 (1): 4-9.
3. Jaime Guzmán J, Vargas-Hernández JG. Modelo plural-integral de Atención Primaria a la Salud y satisfacción de los usuarios. *Criterio libre* 2013; 11 (18): 156-168.
4. Gómez-Payoa S, Del Río-Moro O, Manrique-García A, et al. Satisfacción del usuario en el Hospital Geriátrico Virgen del Valle de Toledo. *Rev Calid Asist* 2012; 27 (2): 78-84.
5. Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ, Salmerón-Martínez D, et al. Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en Atención Primaria. *Rev Calid Asist* 2016; 31: 300-308.
6. Arrazola-Vacas M, Hevia-Payá J, Rodríguez-Esteban L. ¿Qué factores ayudan a explicar la satisfacción con la Atención Primaria en España?. *Rev Calid Asist* 2015; 30 (5): 226-236.
7. Ortegón García MS, Álvarez Gómez E. Satisfacción del usuario como un indicador de calidad en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE. *Rev Esp Med-Quir* 2011; 16 (4): 208-214.
8. www.salud.gob.mx. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Documento Técnico. [Internet]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf.

9. La Torre Mantilla AR, Oyola García AE, Quispe Ilanzo MP. Factores asociados al grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Mayo, 2014. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2018; 17 (34): 1657-7027.
10. Sánchez-Piedra CA, Prado-Galbarro FJ, García-Pérez S, et al. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Qual Prim Care* 2014; 22:147–55.
11. Li J, Wang P, Xuan K, et al. Patient satisfaction between primary care providers and hospitals: a cross-sectional survey in Jilin province, China. *Int J Qual Health Care* 2016; 28 (3): 346–354.
12. Córdova Hernández JA, Nanguce López M, Priego Álvarez HR. Satisfacción del usuario en la clínica de medicina familiar de Casa Blanca, ISSSTE. Villahermosa, Tabasco. *Rev Sal Quintana Roo* 2013; 6 (25): 7-10.
13. Senitan M, Alhaiti AH, Gillespie J. Patient satisfaction and experience of primary care in Saudi Arabia: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2018; 30 (10): 751–759.
14. Imss.gob.mx. (2018). Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios. [Internet]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/encuesta-nacional/sistema-integral-de-medicion-de-la-satisfaccion-de-usuarios>.
15. Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad. Primer nivel. Secretaría de salud. Consultado 26 de diciembre 2019. Obtenido en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7493.pdf>
16. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Finlandia: AMM 2014.
17. World Medical Association. Otros asuntos de derechos humanos relacionados con la salud. Finlandia: AMM 2014.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Actividad | Abril 2017 | Mayo 2017 - Diciembre 2019 | Febrero 2019 | Febrero 2019 | Febrero 2019 | Febrero 2019 |
|--|---------------|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Planteamiento del problema | X | | | | | |
| Redacción del proyecto de investigación | | X | | | | |
| Aprobación del proyecto | | | X | | | |
| Desarrollo del proyecto y captura de datos | | | | X | | |
| Análisis de resultados | | | | | X | |
| Reporte final | | | | | X | |
| Entrega a los asesores | | | | | | X |

ANEXO 1. HERRAMIENTA: ÍNDICE DE TRATO DIGNO (VALIDACIÓN EN 2003 POR IMSS E ISSSTE)

Numero de encuesta:

Fecha:

Edad: años Sexo: Hombre Mujer

Tipo de usuario:

Paciente familiar acompañante

Tipo de consulta: primera vez subsecuente

Tipo de aseguramiento: asegurado beneficiario

Ingreso mensual familiar:

Grado de educación: Analfabeta Primaria

 Secundaria bachillerato

 Profesional

1.- usuario al que se le aplica el cuestionario.

 a) Paciente b) familiar c) acompañante

2.- desde el momento que solicitó ser atendido en el servicio de consulta externa, hasta que el medico lo atendió ¿cuanto tiempo paso en minutos? _____

3.- con el tiempo que espero para pasar a consulta ¿quedo usted?

 a) Muy satisfecho b) satisfecho c) más o menos satisfecho

 d) insatisfecho e) muy insatisfecho f) no contesto

4.- el medico le permitió hablar sobre su estado de salud.

a) Si b) no c) no contesto

5.-el medico le explico sobre su estado de salud.

a) Si b) no c) no contesto

6.- el medico le explico sobre el tratamiento que debe de seguir.

a) Si b) no c) no contesto

7.- el medico le explico sobre los cuidados que debe de seguir.

a) Si b) no c) no contesto

8.- en relación con la información que le dio el medico. ¿Cómo la considero usted?

a) Muy clara b) clara c) regular

d) confusa e) no recibió información f) no contesto

9.- en general el trato que recibió usted en esta unidad fue.

a) muy bueno b) bueno c) regular

d) malo e) muy malo f) no contesto

10.- en que área del servicio el personal le dio maltrato.

a) asistente médica b) archivo clínico c) medico

d) enfermería e) trabajo social f) laboratorio

g) rayos x h) vigilancia

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTOS

| | |
|---|--|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</p> <p>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: | Factores asociados al índice de trato digno en usuarios del programa UNIFILA de la UMF No. 27. |
| Lugar y fecha: | Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California. |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | El trato digno se define como el derecho de quien demanda servicios de salud a ser tratado como persona con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información. Pueden identificarse algunos subelementos en la conformación del trato digno como son la libertad de tránsito y movimiento, ser tratado con respeto por el personal médico y no médico con el cual se tiene relación durante la prestación del servicio y derecho a disfrutar de privacidad durante la exploración. El objetivo es determinar los factores asociados al índice de trato digno de los usuarios del programa UNIFILA de la UMF no.27 del IMSS en Tijuana, Baja California. |
| Procedimientos: | Se me ha explicado que se aplicará una encuesta en la atención médica. |
| Posibles riesgos y molestias: | Se me ha explicado que no representa algún riesgo a la salud, solamente se aplicarán unas encuestas. |
| Posibles beneficios al participar: | Conocer el grado de satisfacción del usuario así como los factores asociados al mismo, con el propósito de intervenir en ellos y mejorar la atención centrada en el paciente. |
| Información sobre resultados y alternativas: | Se establece el compromiso de proporcionar información actualizada sobre medidas preventivas actuales o que surjan durante la investigación que pudieran ser ventajosas para el paciente. |
| Participación o retiro: | Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento. |
| Privacidad y confidencialidad: | El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | |
| Beneficios al término del estudio: | Se me ha explicado que el beneficio del estudio consistirá en identificar y modificar los factores que determinan la insatisfacción del usuario del programa UNIFILA. |
| Investigador Responsable/Principal | <p>Dr. Adrián Jesús Gutiérrez López</p> <p>Matrícula: 98020732</p> <p>Categoría: Jefe de Consulta UMF 27</p> <p>Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27</p> <p>Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)</p> <p>Teléfono: 664 294 5475</p> <p>Correo electrónico: adrianguierrezl@imss.gob.mx</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Dr. Domingo Alfonso Palacio Díaz. Médico Residente de segundo grado en Medicina Familiar. Matrícula: 98025710. Adscripción: UMF No. 27, Tijuana. Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Teléfono: (664) 2190954. Correo electrónico: drdomingo.palacio@gmail.com Dirección: Boulevard Díaz Ordaz S/N Km. 11.5 La Mesa Tijuana, B.C.</p> |
| <p><i>Colaboradores:</i></p> | <p>Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando Médico especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 98020718 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 33 Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Teléfono celular: (664) 329-8837 Correo electrónico: dra.bermudez@hotmail.com</p> |
| <p>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</p> | |
| <p>_____ _____ Nombre y firma del sujeto o tutor</p> | <p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> |
| <p>_____ _____ Testigo #1 Nombre, dirección y firma</p> | <p>_____ Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma</p> |

ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS ADICIONALES

Folio: _____

Turno: _____

Fecha de realización: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ años

Género: Femenino Masculino

Ocupación: _____

Tipo de consulta: Primera vez Subsecuente

Motivo de consulta:

Enf. Crónicas Enf. Infecciosas Control prenatal

Enf. Ginecológicas Enf. Dermatológicas

Riesgos de trabajo Otra causa