



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

NOMBRE DE LA TESIS

Correlación entre el nivel de Burnout de los médicos familiares y la satisfacción de los usuarios de las unidades de medicina familiar

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Emmanuel Hiram Wilson Ceballos

Dirigido por:

M. en G. Javier Dávalos Álvarez

SINODALES

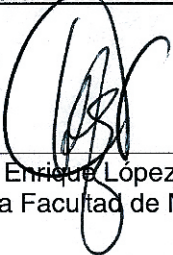
M. en G. Javier Dávalos Álvarez
Presidente

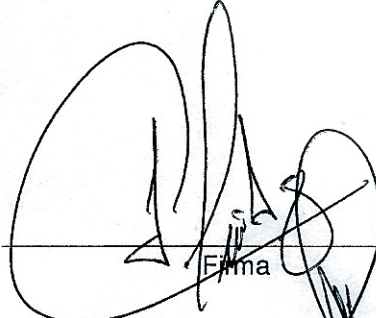
Méd. Espec. Genáro Vega Malagón
Secretario


Dr. C. E. E. César Gutiérrez Samperio
Vocal

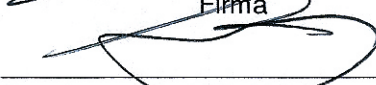
M. en G. Rubén de León Arcila
Suplente


Méd. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Suplente



Med. Esp. Enrique López Arvizu
Director de la Facultad de Medicina

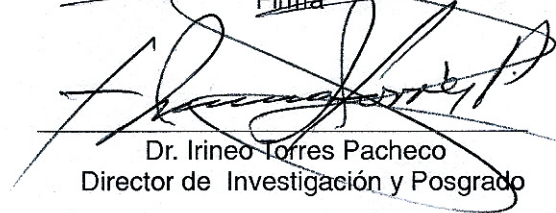

Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


Dr. Irineo Torres Pacheco
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Enero, 2012

RESUMEN

Introducción. Se considera que la satisfacción laboral es precursor de la calidad de la atención; las teorías existentes refieren que es difícil que una persona realice un trabajo con calidad y eficiencia, si no se encuentra satisfecha durante su desempeño. Objetivo. Correlacionar la satisfacción del usuario de las Unidades de Medicina Familiar con el nivel de Burnout de los Médicos Familiares. Metodología. Se realizó un estudio correlacional en las Unidades de Medicina Familiar 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro. Se seleccionó una muestra aleatoria de 207 usuarios, a quienes previo consentimiento informado y firmado, se les aplicó un cuestionario de satisfacción diseñado y validado para población mexicana derechohabiente del IMSS y a 96 Médicos Familiares, se les aplicó el Inventario de burnout de Maslash adaptado y validado en español. Para medir la correlación se aplicó la prueba de Spearman con IC del 95% y los datos obtenidos fueron plasmados en cuadros y gráficas. Resultados. Se determinó puntaje de satisfacción del 52.74 (medio) en población usuaria, mientras que en médicos familiares se estableció agotamiento emocional bajo en 78.3%, despersonalización baja en 91.3% y realización personal en el trabajo baja en 91.3%. Se obtuvo correlación entre la satisfacción y agotamiento emocional de 0.132 con "p" de 0.278, despersonalización de -0.047 con "p" de 0.7 y realización personal en el trabajo de 0.007 con "p" de 0.958. Conclusiones: No existe una correlación entre la satisfacción de la población usuaria de las UMF con el nivel de burnout de los médicos familiares, los cuales mostraron muy baja realización personal en el trabajo y los usuarios se encontraron no satisfechos.

(PALABRAS CLAVE: Satisfacción, burnout, usuarios).

SUMMARY

Objective. We demonstrate the existing correlation between the satisfaction of the user in the UMF and the Burnout level in the family physicians. Methodology. In the 9, 13 and 16 UMF of Querétaro a random sample of 207 users was selected to apply a designed satisfaction questionnaire validated for Mexican population rightful claimant in the IMSS and 96 both turns family physicians was applied an adapted and validated in Spanish language Inventory of Burnout de Maslash. The test of Spearman with IC of 95% was applied to measure the correlation and the collected data was shaped in graphical pictures and tables. Results. It was determined an satisfaction score of 52,74 (half) in usuary population, whereas in familiar doctors low emotional exhaustion in 78.3% settled down, low de-personalisation in 91.3% and personal accomplishment in the work in 91.3%. The obtained correlation between satisfaction and emotional exhaustion of 0,132 with “p” of 0,278, de-personalization of -0,047 with “p” of 0,7 and personal accomplishment in the work of 0,007 with “p” of 0,958 Discussion. Does not exist directly a proportional correlation between the satisfaction of the usuary population of the UMF with burnout of the familiar doctors, who showed very low personal accomplishment in the work and the users were not satisfied.

(KEY WORDS: Satisfaction, burnout, users).

AGRADECIMIENTOS

Especialmente agradezco a mi esposa Karla Riquelme Martínez por el apoyo incondicional que siempre me ha dado, por impulsarme en momentos de flaqueza, por ayudarme a tener compromiso, por compartir todo conmigo, los momentos felices y tristes.

A mi hijo Carlos Manuel Wilson Riquelme, por ser la fuente de mi inspiración y por ser el motor que me impulsa en cada momento, por devolverme la vida después de las guardias con solo correr a abrazar mis piernas. Gracias por el tiempo que no te he dedicado, por la alegría y el amor con que siempre me reciben tú y tu mamá.

A mis padres y hermanas que siempre me han brindado su apoyo, que me han estimulado para seguirme superando, ellos que hicieron posible que yo sea medico, y próximamente un especialista para poder servir a la sociedad.

A todos mis amigos y compañeros por brindarme su amistad, comprensión e impulsarme a seguir adelante y conseguir mis metas; en especial a mi guardia, la 100 veces heroica guardia D.

AGRADECIMIENTOS

A los Doctores Jorge Velázquez Tlapanco y Lilia Susana Gallardo Vidal, sobre todo, por su apoyo como los grandes educadores que son y su invaluable orientación en los momentos difíciles de la residencia.

Al Dr. Juan Manuel Rivas por el atento seguimiento de mi formación y valiosa estimulación.

A la Dra. Martha Leticia Martínez Martínez quien siempre ha tenido un momento de su valioso y escaso tiempo para orientarme, escucharme y brindarme su confianza incondicionalmente

A todos mis maestros quienes me forjaron como profesional especialista, ya que ellos me han indicado el camino a seguir, con su ejemplo de humildad y excelencia.

A los Doctores Myrna Eduwiges Flores, Gabriela Perales Alonso, Francisco Javier Aguilar López, Mary Ann Weaver y Angélica Rivas Hernández por brindarme su amistad sincera y experiencia, la cual me ha fortalecido como profesional de la salud.

ÍNDICE

	Página
Resumen	I
Summary	II
Agradecimientos	III
Índice	IV
Índice de cuadros	V
I.- INTRODUCCIÓN	1
I.2 Justificación	2
I.2 Objetivo General	3
I.3 Objetivos Específicos	3
II.- REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
III.- METODOLOGÍA	17
III.1 Diseño de estudio	17
III.2 Consideraciones éticas	19
III.3 Análisis estadístico	19
III.4 Material y métodos	20
IV.- RESULTADOS	21
V.- DISCUSIÓN	42
VI.- CONCLUSIONES	49
VII.- PROPUESTAS	50
VIII.- BIBLIOGRAFÍA	51
IX.- ANEXOS	56

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
IV.1 Cuadro de población de pacientes diabéticos tipo 2 de las UMF 9, 13 y 16 del IMSS por sexo.	24
IV.2 Cuadro de población de pacientes diabéticos tipo 2 de las UMF 9, 13 y 16 del IMSS por grupo etario.	25
IV.3 Cuadro de población de pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF 9, 13 y 16 del IMSS por escolaridad.	26
IV.4 Cuadro de Nivel de conocimientos sobre concepto de enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2.	27
IV.5 Cuadro de nivel de conocimiento sobre de dieta en pacientes diabéticos tipo 2.	28
IV.6 Cuadro de nivel conocimientos sobre ejercicio en pacientes diabéticos tipo 2.	29
IV.7 Cuadro de nivel de conocimientos sobre consumo de alcohol y tabaco en pacientes diabéticos tipo 2.	30
IV.8 Cuadro de nivel de conocimientos sobre higiene personal en pacientes diabéticos tipo 2.	31
IV.9 Cuadro de nivel de conocimientos sobre uso de calzado y vestido en pacientes diabéticos tipo 2.	32
IV.10 Cuadro de nivel de conocimientos sobre autocontrol en pacientes diabéticos tipo 2.	33
IV.11 Cuadro de nivel de conocimientos sobre obesidad y complicaciones en pacientes diabéticos tipo 2.	34
IV.12 Cuadro de nivel de conocimientos sobre asociación de la DM2 con otras enfermedades en pacientes diabéticos tipo 2.	35
IV.13 Cuadro global de nivel de conocimientos sobre manejo no farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2.	36
IV.14 Cuadro global de nivel de conocimientos sobre manejo no farmacológico de diabetes mellitus tipo 2 por unidad de medicina familiar y global.	37
IV.15 Cuadro de concentrado del nivel de conocimientos sobre manejo no farmacológico en diabéticos tipo 2	38

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios (Zas-Ros, 2002).

Se entiende como “atención médica” al trato que proporciona un médico a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado y su “calidad” se valúa en dos aspectos: La atención técnica y tecnológica de la medicina y la atención percibida, acompañada de la interacción social y ética entre el usuario y el facultativo (Martín-Fernández, 2010).

En el proceso modernización del Sector Salud en nuestro país, tiene la finalidad de mejorar la calidad de la prestación de salud, y no han sido considerados dos elementos indispensables para ofrecer servicios de salud con calidad: el *espíritu* y la *Doctrina*, bajo la concepción de enfermedad-dolencia y la *relación médico-paciente* (Cabello-Morales, 2001).

La Encuesta Nacional de Salud II de 1994 evaluó la percepción general de la calidad de la atención, la percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta y Motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del *proceso de atención* (44.8%), del *resultado* (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron que no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%).

El miércoles 14 de abril de 2010 fueron presentados los resultados de la *Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Servicios Médicos del IMSS* que reporta que 32% de los derechohabientes que usan los servicios médicos del IMSS declararon no estar satisfechos con la atención recibida (Transparencia Mexicana, 2010).

La intencionalidad de estas mediciones son el incentivar la gestión de la calidad tomándose esta como el conjunto de acciones sistematizadas y continuas, dirigidas a prevenir o resolver oportunamente problemas que impidan otorgar el mayor beneficio posible a los pacientes, a través de evaluación, seguimiento, diseño y cambio organizacional. El usuario de un sistema de salud se convierte en el motor y centro del mismo, siendo las necesidades del paciente el eje sobre el que debe articularse la prestación asistencial, constituyendo la base de su organización (Díaz, 2002).

Los médicos familiares soportan en mayor o menor intensidad de tensiones en diferentes niveles de su actividad asistencial y esta acumulación de tensiones va provocando un desgaste emocional que complica la interacción con el usuario de los servicios de salud, lo que crea un círculo vicioso (Cebriaa, 2004).

Los profesionales con mayor desgaste profesional pueden, compensar la falta de recursos psicológicos que esta situación comporta con una gestión menos eficiente (Rodríguez, 2001).

Considerando que la satisfacción laboral es precursor de la calidad de la atención, las teorías existentes refieren que es difícil que una persona realice un trabajo con calidad y eficiencia, si no se encuentra satisfecha durante su desempeño. Un trabajador realizado profesionalmente produce servicios satisfactorios al usuario, y a pesar de la creciente preocupación por la calidad de los servicios ofertados en atención primaria y la existencia de indicios de que el desgaste del profesional influye negativamente en la misma, no hemos encontrado en México estudios que exploren su correlación.

I.2 OBJETIVO GENERAL

Correlacionar la satisfacción del usuario de las UMF con el nivel de burnout de los médicos familiares.

I.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la satisfacción de la población usuaria de las Unidades de Medicina Familiar 9, 13 y 16.
2. Establecer el nivel de burnout de los médicos familiares.

I.4 HIPÓTESIS GENERAL

Existe una correlación inversamente proporcional entre la satisfacción de la población usuaria de los servicios de las UMF con el nivel de Burnout de los médicos familiares.

II. MARCO TEÓRICO

El rol del paciente fue dejado de lado durante mucho tiempo en la toma de decisiones lo cual se vio reflejado en los diferentes modelos de atención médica (biomédico, hegemónico, etc.), en los que la participación de los paciente era mínima, casi nula. Sin embargo Mainous en 1992, encontró que en la última década se ha acrecentado el interés por conocer el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, como un elemento fundamental para la evaluación de la calidad de la atención médica.

Martín-Fernández en 2010, definió la “atención médica” como el trato y las atenciones profesionales que proporciona un médico a un paciente en un episodio de enfermedad claramente definido y su “calidad” se valúa en dos aspectos: La atención técnica y tecnológica de la medicina, y la atención percibida, acompañada de la interacción social y ética entre el usuario y el facultativo.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, ya que a partir de ello, es posible obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo (Ramírez-Sánchez, 1998).

La Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II, 1994), levantada en cinco regiones de la República Mexicana en 1994 arrojó una de las primeras luces en la situación nacional en aspectos como: 1) Percepción general de la calidad de la atención, 2) Percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta y 3) Motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%).

Esta medición resultó sumamente alarmante, ya que el paciente no quiere volver porque percibe que no fue bien atendido. Un paciente satisfecho con el trato del médico probablemente lo esté con el diagnóstico, el plan de estudio y su tratamiento. Morales-Ruiz en 2002, encontró que posiblemente el paciente tendrá mayor apego a la terapéutica y también podría estar más consciente de su papel en la limitación del daño o la rehabilitación cuando está satisfecho con la atención médica recibida.

Distintos factores y circunstancias promovieron a la calidad hacia un lugar protagónico en la atención médica, atendiendo el que si bien la preocupación sobre la calidad de la atención médica no es nueva, en los últimos años se ha acrecentado el interés en el tema (Fernández-Busso, 2004).

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian de estructura, proceso y resultado (Donabedian, 1993).

El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios (Zas-Ros, 2002).

En este sentido, en el proceso “Modernización del Sector Salud” en nuestro país que tiene la finalidad de mejorar la calidad de la prestación de salud no han sido considerados dos elementos indispensables para ofrecer servicios de salud con calidad: el Espíritu y la Doctrina, bajo la concepción de enfermedad-dolencia y la relación médico-paciente (Cabello-Morales, 2001)

El Médico Familiar, al conocer el proceso para llegar a ser enfermo y paciente, y los factores y condiciones que motivan la consulta y que se configuran en una cierta forma de presentación se ubica en una posición privilegiada para desarrollar una adecuada y satisfactoria relación médico-paciente de colaboración (Garza-Elizondo, 2006).

Pero parece ser que los médicos familiares no establecen una adecuada

relación médico-paciente, ya que este último percibe un mal trato hacia su persona. ¿Qué lleva a un profesional de la Medicina Familiar a actuar en contra de lo esperado?

Algunos autores han descrito el trabajo asistencial como una interacción social asimétrica, en la que existe con frecuencia una relación emocional y confianza en el médico, y en la que el fracaso con el paciente es visto como un error del trabajador y no de los instrumentos o de la naturaleza del problema (Román-Hernández, 2006).

Esta definición refleja mucho de la carga emocional que se impone en los profesionales sanitarios que los expone a desarrollar el síndrome de burnout, término anglosajón que se emplea para referirse a quienes han perdido la ilusión por el trabajo (Guerrero-Barona, 2008).

En la actualidad, el síndrome de burnout es considerado como un proceso resultante de un estrés crónico laboral al que se ve sometido el profesional, y una de las principales fuentes potenciales de problemas a nivel fisiológico, cognitivo, emocional y conductual, sobre todo en el trabajo (Guerrero-Barona, 2008).

Este síndrome es un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece alteración mental mayor, más que un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa, o por un cambio laboral. En consecuencia, es el malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente (Brill, 1984).

El síndrome hace referencia a un fenómeno de desgaste profesional observable en los profesionales que trabajan ayudando personas, resultado de continuas y repetidas presiones emocionales, compromiso intenso con los usuarios o pacientes, durante un periodo de tiempo prolongado (<http://www.psicologia-online.com/ebooks/burnout.mth>).

El profesional médico aquejado, presenta una sensación de fracaso y una

existencia agotada que resulta de una sobrecarga de exigencias de energía, reducción de recursos personales o fuerza espiritual donde las emociones y sentimientos negativos son producidos en el contexto laboral (Hernández-Vargas, 2008).

Aparecen conductas de evitación, de absentismo laboral y de importantes trastornos psicósomáticos o de la personalidad. Se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, actitud negativa y posible pérdida de autoestima. Se desarrollan actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los pacientes y sus familiares (Flores-Lozano, 2003).

La deshumanización es consecuencia de la pérdida o falta de reconocimiento de los atributos humanos que singularizan a la persona y concreta en un ser único insustituible, circunstancia que se convierte en un dilema bioético muchas veces no advertido por el profesional en su trato con el paciente al no brindarle respeto a sus valores, escatimar la consideración que le debe y la solidaridad que requiere, y que el paciente percibe como mal trato (Villalpando-Casas, 2007).

Lo importante para hacer de una institución de Salud un lugar grato, a pesar del dolor que las personas tengan que vivir, son las actitudes y habilidades emocionales de las personas que los atienden.

De manera qué, ¿cuál es la correlación entre la satisfacción del usuario de la consulta de medicina familiar y el nivel de burnout de su médico familiar?

Se debe empezar por puntualizar que la especialidad médica en Medicina Familiar es atípica en sí misma, que ha sido descrita como una *Especialidad horizontal* (Dominici et al, 2004) en amplitud, de *predominio clínico*, que comparte el conocimientos y destrezas de otras especialidades e integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales (Engel, 1980).

Se puede inferir como resultado un híbrido muy complejo que generalmente incluye elementos multidisciplinarios e interdisciplinarios en su formación que terminan por hacerla transdisciplinaria. Y es esta *transdisciplinariedad* que la caracteriza la que le ha marginado de las otras especialidades médicas. La

marginación que como especialidad médica vive la medicina familiar no la encontramos documentada en ningún lugar, pero la vivimos día a día, nos golpea la cara cada vez que un paciente nos pide que “lo enviemos con un especialista”. No se trata de una exageración, es una realidad que vivimos día a día. Se denomina marginación a “una situación social de desventaja económica, profesional, política o de estatus social, producida por la dificultad que una persona o grupo tiene para integrarse a algunos de los sistemas de funcionamiento social” (Johnston, 1981). Así Katschnig en el 2000 llegó a concluir que la *marginación* puede ser causa de salud-enfermedad psicológica.

El síndrome de burnout es considerado como un proceso resultante de un estrés crónico laboral al que se ve sometido el profesional que tiene a su cargo el proveer servicios de ayuda a otro individuo (paciente), y es una de las principales fuentes potenciales de problemas a nivel fisiológico, cognitivo, emocional y conductual en el trabajo.

El concepto de burnout de las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson apareció en 1981, luego de varios años de estudios empíricos. Lo describieron como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Para ellas, este síndrome se puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda (personal de salud y profesorado). El burnout tendría un carácter tridimensional: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

El profesional médico aquejado del síndrome de burnout, presenta una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga de exigencias de energía, reducción de recursos personales o fuerza espiritual donde las emociones y sentimientos negativos son producidos en el contexto laboral, que se ha descrito también como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal, un “vaciamiento de sí mismo” que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él o bien por los valores propios de la sociedad o la institución donde labora, esta en la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se

enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes (Hernández-Vargas, 2008), lo cual lo priva consecuentemente de su capacidad para brindar una adecuada atención a sus pacientes.

La relación interpersonal que tiene lugar entre el médico y su paciente es muy compleja, el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible (González-Méndez, 2004).

Todo médico debe ser cultivador de una buena relación con su paciente y las familias de estos, representando una tarea ineludible y requisito indispensable para el logro de la satisfacción del paciente durante el acto médico (<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-6/RFM049000606.pdf>).

Sin embargo, ¿qué sucede si el profesional médico no está en condiciones de establecer una adecuada relación médico-paciente, si no se es capaz de brindar una atención ética, humanitaria y sensible?

En un afán de medir este índice de burnout y para intentar predecir las obvias implicaciones en el desarrollo del accionar diario del personal que cuida de otras personas, tal como lo hacen los médicos se creó el “Maslach burnout Inventory”, evalúa el cansancio emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal en el trabajo, pudiéndose entender con ello que un detrimento en dichos aspectos llevará muy sensiblemente a un déficit en la empatía, que el profesional sanitario requiere para prestar un servicio comprometido y de calidad.

Durante la evolución y desarrollo de la enfermedad se presentan diferentes fases de burnout:

Fase inicial, fase de entusiasmo. Esta fase aparece cuando nos ofrecen un nuevo puesto de trabajo que deseamos y en el que tenemos puestas unas buenas perspectivas de futuro. En este momento experimentamos un gran entusiasmo, parece que estamos llenos de energía e incluso no nos importa quedarnos más tiempo del habitual en el trabajo.

Fase de estancamiento. Muy a nuestro pesar nos vamos dando cuenta de que aquellas perspectivas de futuro tan positivas que teníamos no se cumplen.

Empezamos a dar vueltas a las cosas, hasta llegar al punto en el que sentimos que la relación que existe entre el esfuerzo que realizamos y la recompensa que tenemos del trabajo, no está para nada equilibrada.

En este momento tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos con lo que parece irremediablemente un problema de estrés psicosocial, así que nos sentiremos incapaces de dar una respuesta eficaz cuando se nos planteen los problemas cotidianos del trabajo.

Fase de frustración. Llegado a este punto, como cada vez estamos más desmotivados con nuestro trabajo y el entorno que le rodea, nos aparece irremediablemente un sentimiento desagradable como una mezcla de frustración, desilusión y desmoralización. Aquel trabajo que nos parecía maravilloso ya nada tiene que ver con lo que experimentamos ahora de él, ya no tiene ningún sentido para nosotros, nos irritamos fácilmente con cualquier cosa que surja y claro aparecen los problemas con el resto de compañeros. Las cosas comienzan a ponerse mal, incluso puede empezar a fallar nuestra salud, estamos emocionalmente mal, nos comportamos de forma diferente a como realmente somos, e incluso nos pueden surgir problemas fisiológicos.

Fase de apatía. La situación ya llega a ser casi insostenible y como una especie de defensa cambiamos nuestras actitudes y conductas, por ejemplo, si trabajábamos cara al público nos comportamos de forma distante con los clientes, de forma mecánica. Evitamos las tareas estresantes o directamente nos vamos para no hacerlas. Cada vez aguantamos menos por eso utilizamos los métodos de defensa.

Fase de quemado. Ahora sí que ya tocamos fondo, nuestro cuerpo decide que ya no sigue más y nos da un colapso emocional y cognitivo que conlleva importantes consecuencias para nuestra salud. Esta situación nos puede empujar a dejar el empleo y arrastrarnos a una vida profesional de frustración e insatisfacción. El punto negativo que tiene esta evolución por todas estas fases, es que el síndrome de estar quemado tiene carácter cíclico, de forma que se puede repetir en el mismo trabajo o en otros.

El concepto de “burnout” de Cristina Maslach y Susan Jackson apareció en

1981 (Primera Conferencia Nacional de “burnout”, Filadelfia, E. U., 1981) y lo describieron como “un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas en una situación de necesidad o de dependencia”.

En nuestro país el síndrome de desgaste ha sido retomado por psicólogos, pedagogos, filósofos, administradores, enfermeras y médicos especialistas de diferentes áreas, pasando desde la psiquiatría, hasta la medicina familiar (Hernández-Vargas, 2006).

Se ha demostrado de manera general que el síndrome se presenta en doctoras y doctores, lo cual nos habla de que independientemente del sexo, ambos están expuestos a desarrollarlo, pero sin soslayar que la mujer es más vulnerable para desarrollar el síndrome (Ruiz, 2005). El componente más afectado es el cinismo en el caso de los hombres y el agotamiento emocional en las mujeres (Aguilar, 2002).

En la mayoría de los estudios se reportaron niveles moderados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, aunque en algunos estudios se han reportado niveles severos, principalmente en agotamiento emocional y despersonalización (Hernández-Vargas, 2008).

Los médicos que tienen entre 35-54 años es la población de mayor riesgo. Se detectó que es más frecuente en los que no tienen pareja o que la tienen pero no estable. Es más frecuente en aquellos que no tienen hijos (Hernández-Vargas, 2008).

Existe un mayor riesgo en médicos que tienen entre 11 a 19 años de ejercicio, pero sobre todo en los que trabajan en más de una clínica, pero con mayor severidad los que trabajan en Clínica y además en algún hospital (Hernández-Vargas, 2008).

Es más frecuente y se presenta con mayor gravedad en aquellos profesionistas de la salud que atienden a más de 20 pacientes por turno (Ruiz, 2005).

Hay factores externos descritos, como que en las instituciones en que laboran no existen los materiales adecuados para desempeñar su trabajo o medicamentos en la farmacia (Rivera, 2004).

Nosotros aplicaremos una adaptación al castellano ya previamente validada para su uso con un aceptable índice de confiabilidad del “Maslach burnout Inventory”® (MBI) (Gil-Monte, 2002).

La satisfacción se define como un “sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad”.

La misión suprema de toda empresa debe ser el mayor nivel de satisfacción para sus clientes y usuarios, pues éstos permiten que la empresa siga existiendo y creciendo, generando de tal forma beneficios para sus integrantes, propietarios, directivos y empleados (Lefcovich, 2003).

Producto de diversas investigaciones realizadas por la American Marketing Association y publicadas en su página web (<http://www.AMA.org>), se llegó a las siguientes conclusiones: cien clientes satisfechos producen 25 nuevos clientes, por cada queja recibida existen otros 20 clientes que opinan lo mismo pero que no se molestan en presentar la queja, el coste de conseguir un nuevo cliente equivale a cinco veces el de mantener satisfecho al que ya está ganado y un cliente satisfecho comenta como promedio su buena experiencia a otras tres personas, en tanto que uno insatisfecho lo hace con nueve.

En la actualidad el concepto de Calidad es un lugar protagónico en la Atención Médica. Se trata de un tópico cada vez más estudiado y medido para tasar la eficiencia con la que se brindan los servicios sanitarios. Para aclarar conceptos debemos poner sobre la mesa las definiciones crudas y después ponerlas en su contexto para darles una articulación y sentido. Definiremos usuario a todo aquel individuo que hace uso de algo, ya sea un objeto o un servicio. La definición del término satisfacción ha sido algo ampliamente debatida y discutida, pero podríamos entenderlo como el grado de congruencia entre lo esperado y lo obtenido, al recibir un servicio o al obtener un objeto.

La necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se

brindan en salud, ha hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios (Zas-Ros, 2005).

Se habla de calidad en la atención médica o calidad asistencial cuando se realizan diferentes actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales sumamente buenos y teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario con la atención recibida (Jiménez-Caugas, 1996).

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de, al menos, cuatro *eslabones fundamentales*: La variable intrasubjetiva del usuario, la variable intrasubjetiva del proveedor, el proceso de interrelación que se produce entre ambos y las condiciones institucionales y puede referirse como mínimo a tres *aspectos* diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente y otros); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población; y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado (Martin-Fernández, 2010).

Entendamos así concretamente “atención médica” como el trato que proporciona un médico a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado y su “calidad” se valúa en dos aspectos:

1) La atención técnica que es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud de manejo de un problema personal de salud.

2) La atención percibida, que se acompaña de la interacción social y ética entre el usuario y el facultativo (Martin-Fernández, 2010).

Podemos ver que no se trata solo de un proceso científico o una simple transacción mercantil. La atención médica es, sobre todo, un acto profundamente ético y humanitario, cuya esencia más íntima y última es acompañar al enfermo, darle aliento y esperanza.

En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó oficialmente la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el fin de “lograr

mejoras importantes para los pacientes de países ricos y pobres, desarrollados y en desarrollo, en todos los rincones del mundo” por lo que en nuestro país el Programa Nacional de Salud incorpora los señalamientos del Plan Nacional de Desarrollo en uno de sus cinco grandes objetivos, la “calidad y seguridad para el paciente”, durante el proceso de su atención en los servicios de salud (Ramírez-Sánchez, 1998).

En la actualidad se tiene una especial atención a la satisfacción que los usuarios de servicios de salud, tomándose como el rasgo más evaluado para estimar la calidad de los servicios prestados.

En este tenor, para el instituto mexicano del seguro social constituye un objetivo de primer orden la medida de la satisfacción. En primer lugar, porque permite escuchar directamente a los ciudadanos acerca de qué opinan de los servicios que reciben. En segundo lugar, porque se considera que la medida de la satisfacción es una medida de resultado de la atención sanitaria.

Las *dimensiones de la calidad asistencial* nos indican qué se debe valorar dentro de la atención médica, para saber si hay calidad o no en ella. La definición de calidad que se escoja como la más apropiada para nuestro servicio de salud, deberá explicitar una serie de estas dimensiones, que den la pista, sobre qué caminos seguir para valorar si existe o no, calidad y utilidad en el servicio. Al disponer de una gran cantidad de definiciones de la calidad, existe también una apreciable variedad de dimensiones, esquemas, factores, componentes o atributos (sinónimos) de la calidad. Las dimensiones más frecuentemente citadas, según ha sido identificado por la bibliografía, incluyen (en orden descendente de frecuencia): *efectividad, eficiencia, acceso, competencia técnica, equidad, adecuación, disponibilidad, seguridad, respeto, oportunidad, experiencia asistencial al paciente, elección/disponibilidad de información, continuidad, prevención/detección temprana y evaluación* (Disponible en: <http://sensefums.com/.../Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>).

Estudios previos arrojan que los principales motivos que definen la calidad son el buen el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos suelen ser los largos tiempos de espera (23.7%) y

la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%) (Ramírez-Sánchez et al, 1998).

La intencionalidad de estas mediciones son el incentivar la gestión de la calidad tomándose esta como el conjunto de acciones sistematizadas y continuas, dirigidas a prevenir o resolver oportunamente problemas que impidan otorgar el mayor beneficio posible a los pacientes, a través de evaluación, seguimiento, diseño y cambio organizacional.

El usuario de un sistema de salud se convierte en el motor y centro del mismo, siendo las necesidades del paciente el eje sobre el que debe articularse la prestación asistencial, constituyendo la base de su organización (Díaz, 2002).

Pretendiendo conocer la satisfacción del paciente se aplicó una encuesta de satisfacción de usuarios de servicios de salud, apropiadamente validada en población mexicana usuaria de las unidades de medicina familiar diseñada por García-Peña, et al, en 2002.

Los Médico Familiares soportan en mayor o menor intensidad de tensiones en diferentes niveles de su actividad asistencial y esta acumulación de tensiones va provocando un desgaste emocional que complica la interacción con el usuario de los servicios de salud, lo que crea un círculo vicioso (Cebria, 2004).

Los profesionales con mayor desgaste profesional pueden, compensar la falta de recursos psicológicos que esta situación comporta con una gestión menos eficiente (Rodríguez, 2001).

El médico de atención primaria genera, en su relación asistencial con el paciente, importantes gastos en materia de prescripción farmacéutica, utilización de insumos, infraestructura y servicios (Cebria, 2004).

Un trabajador realizado profesionalmente produce servicios satisfactorios al usuario, de manera que, considerando que la satisfacción del trabajador es precursor de la calidad de la atención, las teorías existentes refieren que es difícil que una persona realice un trabajo con calidad y eficiencia, si no se encuentra satisfecha durante su desempeño (Velarde-Ayala, 2004).

A pesar de la creciente preocupación por la calidad de los servicios ofertados en atención primaria y la existencia de indicios de que el desgaste del profesional influye negativamente en la misma, no encontramos en México estudios que exploraran su correlación (Cebriáa, 2004).

Tampoco en la delegación Querétaro del IMSS esta correlación había sido estudiada, lo que creímos de vital importancia, dada su trascendencia y repercusiones.

Este estudio fué factible y viable, ya que se contaba con los recursos humanos y materiales necesarios para conocer la corelación que existe entre la satisfacción del usuario de la consulta de medicina familiar y el nivel de burnout de su médico familiar, considerando que la satisfacción laboral es precursor de la calidad de la atención, las teorías existentes refieren que es difícil que una persona realice un trabajo con calidad y eficiencia, si no se encuentra satisfecha durante su desempeño (Velarde- Ayala et al, 2008).

Nuestra hipótesis fue el plantear que existe una correlación inversamente proporcional entre la satisfacción de la población usuaria de las UMF con la realización personal profesional de los médicos familiares.

Para someter a prueba nuestra hipótesis debimos demostrar la relación que existe entre satisfacción del usuario de las con la realización personal profesional de los médicos familiares y para ello, antes determinamos la satisfacción de la población usuaria de las UMF y establecimos el nivel de burnout de los médicos familiares.

III. METODOLOGIA

III.1 Diseño de la investigación.

Se realizó un estudio correlacional en médicos familiares y en población usuaria de los servicios de consulta de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) 9, 13 y 16 del IMSS en la ciudad de Santiago de Querétaro, Querétaro, en el periodo de agosto a diciembre del 2010.

Para el presente estudio se encuestaron a todos los médicos familiares de las Unidades de Medicina Familiar 9, 13 y 16. El universo de derechohabientes usuarios fue considerado del total de pacientes de 18 a 65 años de edad que al mes de abril del 2010 promediaban 62,824 individuos en las citadas UMF.

El cálculo de la muestra se obtuvo con la fórmula para estudios correlacionales y se definió el tamaño muestral mínimo necesario para detectar un coeficiente de correlación de Spearman significativamente diferente de cero.

$$n = 3 + K / C^2$$

$$k = (Z\alpha + Z\beta)^2$$

$$C = 0.5 \ln(1+r) / (1-r)$$

r = Coeficiente de correlación esperado

Se obtuvo un tamaño muestra mínimo (n) de 69 individuos para obtener un poder estadístico de 95% teniendo pérdidas no mayores de 10% y r de 0.5.

La muestra calculada de 69 encuestas se dividió equitativamente entre el turno matutino y vespertino de las UMF 9, 13 y 16, y se repartió entre los consultorios activos.

Se muestreo se obtuvo de forma aleatoria simple. El día que se aplicaron las encuestas se tomaron a los pacientes de la manera en como

aparecían en la lista de citados, una vez que se confirmó el cumplimiento de criterios de inclusión. A estos individuos se les explicó claramente en qué consiste la investigación y se les solicitó su consentimiento informado para participar, el cual debió ser plasmado por escrito para después aplicar la encuesta de satisfacción.

Se incluyó a los médicos familiares que se encontraban laborando en las unidades participantes, con al menos dos años de antigüedad, con edades entre 30 y 60 años y que aceptaron participar, previo consentimiento informado y firmado. Se excluyeron a los médicos que se encontraban de vacaciones o con antecedente de haber disfrutado su período vacacional tres meses antes del estudio.

Para la población usuaria de los servicios de la consulta de medicina familiar se consideró a los usuarios vigente de la Unidad con al menos dos consultas el año del estudio y con edades entre 18 y 65 años que aceptaron participar. Se eliminaron encuestas y cuestionarios incompletos por cualquier motivo para ambas poblaciones.

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de recolección de datos

Las variables que se estudiaron en los usuarios de los servicios de la consulta de medicina familiar fueron la edad, el sexo y la satisfacción con la última atención médica que recibió en su UMF.

Para los médicos familiares se estudió la edad, sexo y el nivel de burnout exhibido mediante su percepción de ser competente y eficaz en el trabajo, de tener vigor o energía para la realización de las tareas diarias, de tener la capacidad de empatizar con el usuario y entender sus abstracciones e ideas para tener un sentido existencial.

La encuesta aplicada para conocer la satisfacción de los usuarios de las UMF en esta investigación se tomó de un cuestionario para medir la satisfacción de usuarios de las clínicas de la medicina familiar. La escala fue

validada por 20 expertos que seleccionaron 38 preguntas de 45 originales eliminando imprecisiones y errores de sintaxis y aplicándola en 4.134 usuarios de UMF de 8 de los 29 estados de la república mexicana seleccionados para representar a siete zonas socioeconómicas. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.78. En un análisis factorial, 8 de los factores obtenidos explicaron 43.3% de varianza. El cuestionario fue integrado al sistema de evaluación de la calidad para determinar la satisfacción de usuarios y está siendo aplicado, modificado, cada 6 meses en el IMSS y es útil en otros sitios para delimitar aspectos culturales y de organización de la satisfacción en el cuidado médico.

Para conocer el nivel de Burnout de los médicos familiares se empleó el Maslach Burnout Inventory (MBI) que es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 exclamaciones (ítems) que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto debe considerar, mediante un rango de seis adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

III.3 Análisis estadístico

Se utilizaron medidas de tendencia central (medias), de dispersión (rangos, desviación estándar) proporciones y porcentajes en las variables sociodemográficas.

Para medir la correlación se aplicó la prueba Rho de Spearman con un nivel de confianza de 95%.

Los datos obtenidos fueron plasmados en cuadros y gráficos obtenidos de la información procesada con el programa estadístico SPSS V15.

III.4 Consideraciones éticas

Para este protocolo se tomó en cuenta la declaración de Helsinki y las hechas para la investigación biomédica en humanos, las que se adaptaron en

la 59ª Asamblea Médica Mundial en octubre del 2008.

Así mismo nos sujetamos a la Norma Oficial de Investigación y a su reglamento ético, requiriendo a cada participante su consentimiento válidamente informado en donde conste y se explique que el objetivo de la investigación es evaluar la relación que se pretende existe entre el nivel de burnout de los médicos familiares y la satisfacción de los usuarios de las unidades de medicina familiar, haciéndoles saber en todo momento que la negativa de participar no supondrá ningún perjuicio o consecuencia.

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. En acuerdo con el Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II y III, la presente investigación tiene riesgo mínimo y se anexa hoja de consentimiento informado. Título segundo, Capítulo V De la investigación en grupos subordinados. Artículo 57. Estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados y otros. Artículo 58. Cuando se realice en estos grupos, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más representantes de la población en estudio capaz de representar los valores morales, culturales y sociales.

Se garantizó el compromiso de confidencialidad y confiabilidad de los resultados y de que no se violarían los valores éticos ni se expondría la integridad o salud de los participantes.

III.5 FLUJOGRAMA

En anexos.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron 90 médicos familiares y 69 pacientes usuarios.

En relación a los médicos, el 33.3% se encontraban entre 46 y 55 años (Cuadro IV.1). El 57.8% fueron mujeres (Cuadro IV.2).

En la escala de “Agotamiento Emocional” (AE), el 46.7% refirió que nunca se sentían “quemados” por su trabajo y sólo un 1.1% refirió sentirse así una vez a la semana (Cuadro IV.3).

El 60% manifestó que el trabajar con pacientes todos los días nunca supone una tensión, el 10% refirió tensión por trabajar con pacientes todos los días, al menos una vez al mes (Cuadro IV.4).

Más del 40% dijo que el contacto directo con sus pacientes nunca les produce bastante estrés y el 4.4% comentó que les ocurre lo contrario (Cuadro IV.5).

En la escala de “Realización Personal en el Trabajo”, se les cuestionó si se sentían frustrados por su trabajo, el 38.9% refirió no sentirse frustrado nunca, el 61.1% se ha sentido frustrado por su trabajo desde algunas veces al año hasta algunas veces al mes, y el 13.3% lo hace varias veces por semana (Cuadro IV.6). El 52.2% de estos mismos médicos familiares refieren que diariamente entienden con facilidad lo que piensan sus pacientes y el 38.9% dicen poder hacerlo varias veces a la semana (Cuadro IV.7). El 53.3% comentan que después de trabajar con sus pacientes se encuentran animados varias veces a la semana y el 35.6% lo está diariamente (Cuadro IV.8).

La esfera de “Agotamiento Emocional” en la UMF 16 presentó un puntaje bajo en el 71.4%; en la esfera de “Realización Personal en el Trabajo” el 92.9% tuvo un puntaje bajo y la despersonalización fue baja en el 92.9% (Cuadro IV.9).

En la UMF 13 se presentó un puntaje bajo en 74.4% en cuanto al “Agotamiento Emocional”, la realización personal en el trabajo fue baja en el

94.9% y el 92.3% reflejó una baja despersonalización (Cuadro IV.10).

Con respecto a las edades de los usuarios, estas fueron agrupadas en decenios, con predominio entre 26 y 35 años (42%) (Cuadro IV.11). El 71% correspondió al sexo femenino (Cuadro IV.12).

Al 85.5% de los usuarios, le pareció que la consulta fue muy rápida, refiriendo el 60.9% que el médico familiar no los checó muy bien. Al 58% le pareció que el médico familiar no ponía atención a sus inquietudes, el 66.7% no estuvo satisfecho con la resolución de su problema, refiriendo el 55.1% que solo le fueron entregadas sus recetas y el 58%, comentó que el tiempo de espera fue muy largo (Cuadro IV. 13).

A pesar de lo anterior, el 55.1% de los encuestados refirió estar satisfecho con la amabilidad del médico familiar que los atendió, el 53.6% refirió que estaba satisfecho con la sensibilidad mostrada por su médico familiar con respecto a sus enfermedades/dolencias y el 62.3% dijo estar satisfecho por recibir la advertencia de posibles complicaciones. El 72.5% estuvo satisfecho con los resultados del tratamiento, el 56.5% se dijo satisfecho con la explicación de su padecimiento por parte del médico familiar y el 56.5% no cambiaría de médico familiar (Cuadro IV.14).

El 73.9% de los usuarios refirieron no estar satisfechos con la higiene de los baños y el 52.2% con la higiene general de sus UMF, el 53.6% se refiere insatisfecho por el tiempo de espera en los servicios de urgencias y se mostraron satisfechos con su equipamiento en un 56.5%, el 84.1% de los pacientes refirieron insatisfacción con el surtimiento de medicamentos, el 82.6% refirió que los hicieron perder tiempo y 81.2% se dijo insatisfecho por el trato recibido en la farmacia de su UMF, el 85.5% refirió que el tiempo de consulta fue muy breve y el 58% refirió que el tiempo de espera fue muy largo. Por todo lo anterior el 56.5% opinó que el haber acudido a la UMF fue una pérdida de tiempo (Cuadro IV.15).

Se determinó la correlación entre la satisfacción de los usuarios y cada una de las esferas o escalas que analiza el inventario de Burnout de Maslash,

obteniéndose que entre la satisfacción global de los usuarios y el agotamiento emocional del médico familiar se encontró un coeficiente de correlación de 0.132 con una p no significativa de .278, entre la satisfacción del usuario y la realización personal en el trabajo del médico familiar un coeficiente de correlación de 0.007 con una p no significativa de 0.958 y en cuanto a la satisfacción del usuario y la despersonalización del médico familiar se pudo determinar un coeficiente de correlación de -0.047 con una p no significancia de 0.700 (Cuadro IV.16).

En cuanto a los parámetros de satisfacción en la consulta no dependientes directamente del médico familiar como la “rapidez de la consulta” con el nivel de satisfacción de los usuarios se observó un coeficiente de correlación de 0.591 con una p estadísticamente significativa de 0.000 (Cuadro IV.17), con parámetros de operatividad administrativa con el haber perdido el tiempo al acudir a la UMF y el nivel de satisfacción de los usuarios se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.805 con una p estadísticamente significativa de 0.000 (Cuadro IV.18).

Cuadro IV.1 Frecuencia y porcentaje por edad del Médico Familiar

Edad del Médico Familiar	n	%
De 26 a 35 años	25	27.8
De 36 a 45 años	23	25.6
De 46 a 55 años	30	33.3
De 56 a 65 años	12	13.3
Total	90	100.0

Fuente: Cuestionario de “Maslash Burnout Inventhory (MBI)”, aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.2 Frecuencia y porcentaje por sexo en los Médicos Familiares

Sexo del Médico Familiar	n	%
Femenino	52	57.8
Masculino	38	42.2
Total	90	100.0

Fuente: Cuestionario de “Maslash Burnout Inventhory (MBI)”, aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.3 Frecuencia y porcentaje en los Médicos Familiares con la que refieren “sentirse quemado por el trabajo”

Me siento “quemado” por el trabajo.	n	%
Nunca	42	46.7
Alguna vez al año o menos	23	25.6
Una vez al mes o menos	15	16.7
Algunas veces al mes	2	2.2
Una vez a la semana	1	1.1
Varias veces a la semana	7	7.8
Total	90	100.0

Fuente: Cuestionario de “Maslash Burnout Inventhory (MBI)”, aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.4 Frecuencia y porcentaje en Médicos Familiares con la que refieren que “trabajar todos los días con pacientes es una tensión”.

“Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí”	n	%
Nunca	56	62.2
Alguna vez al año o menos	12	13.3
Una vez al mes o menos	2	2.2
Algunas veces al mes	9	10.0
Una vez a la semana	8	8.9
Varias veces a la semana	2	2.2
Diario	1	1.1
Total	90	100.0

Fuente: Cuestionario de “Maslash Burnout Inventhory (MBI)”, aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.5 Frecuencia y porcentaje en Médicos Familiares con la que el “tener contacto directo con los pacientes les produce bastantes estrés”

Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	n	%
Nunca	37	41.1
Alguna vez al año o menos	23	25.6
Una vez al mes o menos	13	14.4
Algunas veces al mes	4	4.4
Una vez a la semana	7	7.8
Diario	6	6.7
Total	90	100.0

Fuente: Cuestionario de “Maslash Burnout Inventhory (MBI)”, aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.6 Frecuencia y porcentaje en Médicos Familiares en donde refieren que “se sienten frustrados por su trabajo”

Me siento frustrado por mi trabajo.	n	%
Nunca	35	38.9
Alguna vez al año o menos	13	14.4
Una vez al mes o menos	7	7.8
Algunas veces al mes	3	3.3
Una vez a la semana	20	22.2
Varias veces a la semana	12	13.3
Total	90	100.0

Fuente: Cuestionario de “Maslash Burnout Inventhory (MBI)”, aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.7 Frecuencia y porcentaje en Médicos Familiares con la que pueden entender con facilidad lo que piensan sus pacientes

Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	n	%
Una vez a la semana	8	8.9
Varias veces a la semana	35	38.9
Diario	47	52.2
Total	90	100.0

Fuente: Cuestionario de “Maslash Burnout Inventhory (MBI)”, aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.8 Frecuencia y porcentaje en los médicos familiares con la que refieren “encontrarse animados después de trabajar junto con los pacientes”

Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	n	%
Nunca	4	4.4
Algunas veces al mes	2	2.2
Una vez a la semana	4	4.4
Varias veces a la semana	48	53.3
Diario	32	35.6
Total	90	100.0

Fuente: Cuestionario de “Maslash Burnout Inventhory (MBI)”, aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.9 Frecuencia y porcentaje de los niveles de puntaje en las subescalas del MBI* en las UMF 16

Agotamiento Emocional	n	%
Alto	2	7.1
Medio	6	21.4
Bajo	20	71.4
Realización Personal en el Trabajo	n	%
Bajo	26	92.9
Medio	2	7.1
Alto	0	0
Despersonalización	n	%
Alto	0	0
Medio	2	7.1
Bajo	26	92.9
Total	28	100.0

*MBI: Maslash Burnout Inventhory

Fuente: Cuestionario de “Maslash Burnout Inventhory (MBI)”, aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.10 Frecuencia y porcentaje de los niveles de puntaje en las subescalas del MBI* en la UMF 13

Agotamiento Emocional	n	%
Bajo	29	74.4
Medio	7	17.9
Alto	3	7.7
Realización Personal en el Trabajo	n	%
Bajo	37	94.9
Medio	2	5.1
Alto	0	0
Despersonalización	n	%
Alto	0	0
Medio	3	7.7
Bajo	36	92.3
Total	39	100.0

*MBI: Maslash Burnout Inventhory

Fuente: Cuestionario de "Maslash Burnout Inventhory (MBI)", aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.11 Frecuencia y porcentaje de los niveles de puntaje en las subescalas del MBI* en la UMF 9

Agotamiento Emocional	n	%
Alto	1	4.3
Medio	4	17.4
Bajo	18	78.3
Total	23	100.0
Realización Personal en el Trabajo	n	%
Bajo	21	91.3
Medio	2	8.7
Alto	0	0
Total	23	100.0
Despersonalización	n	%
Alto	0	0
Medio	2	8.7
Bajo	21	91.3
Total	23	100.0

*MBI: Maslash Burnout Inventhory

Fuente: Cuestionario de “Maslash Burnout Inventhory (MBI)”, aplicado a Médicos familiares de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.12 Frecuencia y porcentaje por edad de los Usuarios

Edad del Usuario	n	%
De 18 a 25 años	20	29.0
De 26 a 35 años	29	42.0
De 36 a 45 años	10	14.5
De 46 a 55 años	10	14.5
Total	69	100.0

Fuente: Cuestionario “Encuesta de Satisfacción del Usuario (ESU)”, aplicado a usuarios de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.13 Frecuencia y porcentaje por sexo de los Usuarios

Sexo del Usuario	n	%
Femenino	49	71.0
Masculino	20	29.0
Total	69	100.0

Fuente: Cuestionario “Encuesta de Satisfacción del Usuario (ESU)”, aplicado a usuarios de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.14 Porcentajes de satisfacción e insatisfacción en los Usuarios

Tópico	%	
	Satisfecho	Insatisfecho
1 La consulta fue muy rápida	85.5	14.5
2 El medico familiar me checó muy bien	39.1	60.9
3 El médico familiar prestó atención a mis inquietudes	42.0	58.0
4 El médico familiar no resolvió mi problema	33.3	66.7
5 El médico familiar solo me dio mis recetas	55.1	44.9
6 El tiempo de espera fue muy largo	58.0	42.0
7 El médico familiar fue muy amable	55.1	44.9
8 El médico familiar es insensible a mis enfermedades/dolencias	46.4	53.6
9 El médico familiar me advirtió las posibles complicaciones	62.3	37.7
10 Creo que el médico familiar acertó su tratamiento	72.5	27.5
11 El médico familiar me explicó mi diagnóstico/padecimiento	56.5	43.5
12 Si pudiera, cambiaria de médico familiar	43.5	56.5

Fuente: Cuestionario “Encuesta de Satisfacción del Usuario (ESU)”, aplicado a usuarios de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.15 Porcentaje de satisfacción e insatisfacción en los Usuarios

Tópico	%	
	Satisfecho	Insatisfecho
1 En mi unidad de medicina familiar, los baños son adecuados	26.1	73.9
2 La clínica estaba limpia	47.8	52.2
3 El servicio de urgencias me atendió rápidamente	46.4	53.6
4 El servicio de urgencias cuenta con todo lo necesario	56.5	43.5
5 La farmacia me proporcionó todos los medicamentos que me recetaron	15.9	84.1
6 Me hicieron perder el tiempo en la farmacia	17.4	82.6
7 El personal de la farmacia fue muy amable	18.8	81.2
8 La consulta fue muy rápida	85.5	14.5
9 El tiempo de espera fue muy largo	58.0	42.0
10 Fue una pérdida de tiempo venir a la unidad	56.5	43.5

Fuente: Cuestionario “Encuesta de Satisfacción del Usuario (ESU)”, aplicado a usuarios de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.16 Coeficiente de correlación y significancia de la misma entre la Satisfacción del Usuario y las subescalas del MBI*

Satisfacción del Usuario y Agotamiento Emocional	
Coeficiente de correlación	.132
“p”	.278
Satisfacción del Usuario y Realización Personal en el Trabajo	
Coeficiente de correlación	.007
“p”	.958
Satisfacción del Usuario y Despersonalización	
Coeficiente de correlación	-.047
“p”	.700

*MBI: Maslash Burnout Inventhory

Fuente: Cuestionario “Encuesta de Satisfacción del Usuario (ESU)”, aplicado a usuarios de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.17 Coeficiente de correlación y significancia de la misma entre la satisfacción global del usuario y la satisfacción en los servicios paraclínicos

Tópico	Satisfacción del Usuario	
Me hicieron perder el tiempo en la farmacia	Coeficiente de correlación	0.271
	“p”	0.024
La consulta fue muy rápida	Coeficiente de correlación	0.591
	“p”	0.000
El tiempo de espera fue muy largo	Coeficiente de correlación	0.410
	“p”	0.000

Fuente: Cuestionario “Encuesta de Satisfacción del Usuario (ESU)”, aplicado a usuarios de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

Cuadro IV.18 Coeficiente de correlación y significancia de la misma entre la satisfacción global del usuario y la satisfacción en los servicios administrativos/operativos

Tópico	Satisfacción del Usuario	
No fue fácil hacer mi cita	Coeficiente de correlación	.481
	“p”	.000
Fue una pérdida de tiempo	Coeficiente de correlación	.805
	“p”	.000

Fuente: Cuestionario “Encuesta de Satisfacción del Usuario (ESU)”, aplicado a usuarios de las UMFs 9, 13 y 16, del IMSS, delegación Querétaro, de marzo a abril del 2011.

V. DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos no existe una correlación directamente proporcional entre la satisfacción de la población usuaria de las UMF con burnout de los médicos familiares. Su despersonalización fue baja, al igual que su agotamiento emocional, pero su realización personal en el trabajo es muy baja; y en cuanto a los usuarios, estos se encontraron insatisfechos en 58% y satisfechos en 42%. La ausencia de correlación estadísticamente significativa es debida al nivel de burnout global medio que se detectó en los médicos familiares y que los usuarios mostraron mayor insatisfacción en relación con situaciones y factores fuera de la interacción médico-paciente.

Donde sí se encontró correlación estadísticamente significativa fue entre la insatisfacción de los usuarios y los factores no dependientes del médico familiar que rodean a la consulta, tales como las dificultades para hacer una cita (por la saturación de las agendas, de los servicios), largos tiempos de espera para ser atendidos en consultorio (sobre todo si son espontáneos), lo rápido de la consulta médica (se le exige al médico familiar dar al menos 24 consultas por día), mal servicio en la farmacia y la consecuente sensación de haber perdido el tiempo al acudir a la UMF.

En la literatura se encontró referencia de la prevalencia del síndrome de burnout que nos refiere que afecta al personal implicado en los cuidados de la salud siendo de los principales afectados los médicos familiares en un 59.7% (Axayacatl-Gutierrez, 2006) en este estudio se encontró una prevalencia del 35.33% en los encuestados lo cual aparentemente es debido a la resiliencia propia de los médicos familiares encuestados que pese a estar muy poco realizados personalmente en su trabajo no se encuentran emocionalmente agotados ni despersonalizados.

Las mujeres suelen ser más vulnerables a desarrollar el síndrome de burnout (Ruiz MA, 2005), y en el estudio se encontró que del total de los médicos encuestados el 57.8% fue de sexo femenino y de estos, dos terceras partes muestran afectación por burnout.

Alcocer en 2002, encontró que los médicos familiares con más de 20 consultas por día desarrollan el síndrome de burnout con mayor severidad y en este estudio se encontró que a los médicos familiares encuestados se les exigen 24 consultas por día, lo que aumenta su riesgo de presentar un síndrome de burnout grave en 20%. El mismo autor refiere en su estudio que si se dedican más de 16 minutos por consulta el riesgo también aumenta y a los encuestados se les promedió 15 minutos por cada consulta.

Román Hernández en 2006 describió el trabajo asistencial como una interacción social asimétrica, en la que existe con frecuencia una relación emocional de confianza en el médico, en la que el fracaso con el paciente es visto como un error del trabajador y no de los instrumentos o de la naturaleza del problema. Sin embargo, a ello deben aunarse las características y condiciones del medio en donde se establece esta interacción médico-paciente, debido a que se encontró que el 58% de los usuarios encuestados manifiestan insatisfacción, con un puntaje de 52.74, en directa relación con la farmacia (maltrato del personal en 81.2%, incompleto surtimiento de medicamentos en 84.1% y tiempo de espera para su atención en 56.5%), las condiciones operativo/administrativas (escasa facilidad para hacer una cita en 89.9%, tiempos de espera muy largos en 58% y tiempos de consulta muy cortos en 85.5%) y las condiciones de infraestructura/equipamiento/insumos (baños inadecuados en 73.9%, higiene general deficiente de la UMF en 52.2% y falta de insumos en urgencias en 58%). Aquí es de notarse que los dos elementos de la ecuación analizada, tanto médicos familiares como usuarios de las UMF, parecen no estar satisfechos con lo mismo, las condiciones en que se lleva a cabo su interacción.

Los médicos familiares en las UMF estudiadas tuvieron una baja despersonalización (92.9% en la UMF 16, 92.3% en la UMF 13 y 91.3% en la UMF 9), lo que hace pensar que no tienen problema para empatizar con sus pacientes. Los resultados no se alejaron de lo esperado y se corroboró que la satisfacción de los usuarios no es la ideal, en concordancia con la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II, 1994), menciona que para los usuarios, los motivos más importantes por los cuales no regresarían al mismo lugar de

atención fueron que no lo atendieron bien y los largos tiempos de espera, pero a diferencia de estos resultados, en este estudio fue evidente que la mala atención no está en función del médico familiar sino en los servicios paraclínicos.

Morales-Ruiz en 2002 encontró que posiblemente el paciente tendrá mayor apego a la terapéutica y también podría estar más consciente de su papel en la limitación del daño o la rehabilitación cuando está satisfecho con la atención médica recibida y en el presente estudio se encontró que el médico familiar le explicó su diagnóstico/padecimiento (56.6%), le advirtió sobre posibles complicaciones (62.3%) y fue muy amable en su trato (55.1%), pero se refirió sin embargo, que no estuvieron satisfechos con el chequeo del médico familiar (60.9%), refirieron que solo les dieron sus recetas (55.1%) y se prestó poca atención a sus inquietudes (58.0%) por lo que se les percibió insensibles a sus enfermedades/dolencias (53.6%), debido a una consulta que se consideró como muy rápida (85.5%) con tiempos de espera muy largos (85.0%). A pesar de esta situación se encontró que el 56.6% de los usuarios encuestados no estaría satisfecho con cambiar de médico familiar.

El médico familiar se ubica en una posición privilegiada para desarrollar una adecuada y satisfactoria relación médico-paciente de colaboración (Garza-Elizondo, 2006) y según los resultados de nuestro estudio es por ello que la satisfacción de los usuarios no es menor. Se dice que distintos factores y circunstancias han promovido a la Calidad hacia un lugar protagónico en la Atención Médica (Fernández-Busso, 2004) y en la Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en las unidades de medicina familiar (Documento oficial emitido por la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS con clave 2000-001-007) se puntualiza que las intervenciones de atención realizadas por el personal de la Unidad de Medicina Familiar deberán estar sujetas a supervisión y evaluación, con la finalidad de identificar áreas de oportunidad e implementar estrategias que permitan la mejora de la calidad de los procesos en la atención médica. Sin embargo cuando se buscó el reportes de indicadores de productividad del las UMF y lejos de buscar la cualificar la atención en su gran mayoría solo la cuantifican y

han sido empleados como parte de las actividades regulares en todas las instituciones sanitarias, con el fin de monitorear el desempeño de sus servicios, tales como: promedio de consultas por consultorio, porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre, promedio de consultas prenatales, porcentaje de consultas por infección respiratoria aguda (El IMSS en la Seguridad Social, Castillo, 2002). Como se puede apreciar, solo se atiende al promedio de productividad, entre más grande la cifra, mejor, se considera que hubo más cobertura y más pacientes atendidos, pero, ¿con que calidad? Si el concepto de satisfacción es tomado como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios Zas-Ros, en 2002, recomendó reevaluar la manera en que se fincan y estructuran las metas de los servicios en las UMF.

El Dr. Avedis Donabedian, uno de los principales expertos en materia de calidad en la atención, propuso dos vertientes conceptuales que permiten categorizar la calidad de la atención médica y a la calidad de los servicios de salud: la dimensión técnica, referente al conocimiento médico y las disciplinas relacionadas en resolver los problemas de salud, por otro lado, la dimensión interpersonal la cual se refiere a la interacción que se da entre el profesional de la salud y el paciente al momento de proporcionar la atención. Este autor refirió que ambas dimensiones son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud, considerando además su afectación por el medio (institucional, el factor “contra reloj”, normativas que regulan desde la pertinencia hasta la solventabilidad de los estudios de laboratorio/gabinete para un usuario) y las condiciones (administrativas, laborales, económicas) en que se desarrolla este contacto, factores emocionales y psíquicos pre-consulta que se llevan hasta el consultorio por ambas partes. En respuesta a ello el 21 de septiembre de 2009 se publicó la Norma que establece las Disposiciones para la Implantación del Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI) que consta de un total de 29 indicadores para describir la situación prevaleciente en los procesos de la atención médica (mortalidad intrahospitalaria, la productividad, la disponibilidad de recursos, la calidad de la atención, la seguridad del paciente, el gasto e inversión, el trato y la satisfacción de los usuarios de los servicios) y que pretende establecer una

nueva filosofía operativa. Al día de hoy, la UMF 16 se encuentra en proceso de certificación en MOCERI.

Debe entenderse la finalidad de la medicina familiar como preventiva de la enfermedad antes que curativa, paliativa y/o rehabilitativa, teniendo así por entendido que una UMF con bajo aforo de consulta y alta satisfacción de usuarios es una unidad efectiva, que brinda atenciones y consultas de una calidad tal que permiten a los usuarios no volver si no es para ser sujetos de los programas operativos de prevención y detecciones.

El número total de derechohabientes del IMSS ha tenido un incremento muy sensible en el número de asegurados permanentes y eventuales, así como de pensionados y jubilados. No hay que perder de vista que jubilados y pensionados, en su rama asistencial, su enfrentan a los mismos problemas y más aún, debido al incremento en la esperanza de vida, el acelerado proceso de envejecimiento de la población en los últimos años, la temprana edad promedio de jubilación y las reducidas pensiones que reciben, para el costo extrainstitucional de sus medicamentos.

El aumento de la población usuaria en el instituto ha mostrado un crecimiento progresivo al paso de los años, de modo que 1991 se censaban 24 millones 486 mil usuarios y para el 2001 se censaban 30 millones 965 mil usuarios, lo que representa un aumento global de aproximadamente 26.5% de usuarios, de manera que fácilmente podemos inferir que para 2011 tendremos un aumento global cercano al 50%, además de que en 1991 se reportaron 79 millones 114 mil consultas y para 2001 se reportaron 108 millones 131 mil consultas, representando un aumento de 36.7% que nos infiere un escalofriante aumento cercano al 70% para 2011, mientras que los consultorios de medicina familiar y/o las plazas de médicos familiares no han aumentado en la misma proporción en el transcurso del tiempo, causando con ello un abarrotamiento y sobrecupo de pacientes por consultorio, que es lo que mayor insatisfacción parece ocasionar entre los usuarios.

Sin embargo en el comunicado 5201-10-72 emitido por la Coordinación de Comunicación Social del IMSS en Querétaro, Qro., el 1 de diciembre de

2010 se informa que se otorgan 6388 consultas diariamente en las 23 UMF, una Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) y 2 hospitales generales con los que cuenta, de las cuales 5224 son otorgadas solo en las UMF, lo que representa el 81.77% del total. Las cifras son alarmantes, sin embargo, suelen prestarse como justificantes de presupuesto y/o erogaciones económicas.

Las UMF que se sometieron al presente análisis son reconocidas como las más grandes y populosas, contabilizando 2619 consultas por día entre las 3, es decir, poco más del 50% de lo que se refiere en el comunicado antes citado. Estos números pueden llegar a confundirse tristemente, como ya hemos señalado con un logro o cumplimiento de metas, pero en realidad solo reflejan la poca efectividad, la baja calidad que se puede ofrecer en cada consulta y la escasa atención que se proporciona a los usuarios.

Cuando los médicos familiares que mencionaron los principales problemas de las UMF, suelen identificar la falta de recursos humanos e infraestructura como los problemas más importantes. Sin embargo, en repetidos estudios se ha observado que los problemas relacionados con el proceso, es decir, con la forma en que se hace el trabajo, tienen dos veces más peso que los problemas de infraestructura para determinar el nivel de calidad en los resultados de la atención. Dicho en otras palabras, se dice que si bien es verdad que faltan recursos, también es cierto que los que se encuentran disponibles no se aprovechan de manera óptima para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, el 100% de los médicos familiares encuestados en las UMF utilizan equipo propio en sus consultorios, el 99% ha hecho una reparación o ha tenido que componer, en la medida de sus habilidades y/o capacidades, infraestructura institucional (impresoras, computadoras, lámparas, negatoscopios, escritorios, sillas, etc.) para terminar su jornada; agregándose a lo que forma parte de sus actividades de rutina como lo es la información que se registra en PREVENIMSS y el Expediente Clínico Electrónico, lo cual evidencia claramente el esfuerzo de los médicos familiares para darle un seguimiento oportuno a la salud de la población usuaria.

En contraste a lo anteriormente citado, los resultados obtenidos en algunas unidades que participaron en el Plan Integral de Calidad del Instituto

Mexicano del Seguro Social, demostraron que no era necesario fortalecer la estructura para abatir el diferimiento quirúrgico, ni las consultas de especialidad, tampoco para reducir drásticamente los tiempos de espera (sic), lo que ha sido ratificado por las unidades que participan en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en la SSA, viéndose reflejada la nula consideración que conlleva el costo en el desgaste del personal operativo, la insatisfacción por percibir un incremento en la demanda de trabajo y responsabilidades con el mismo ingreso, por consecuencia la baja realización personal en el área de desempeño. Las UMF logran alcanzar sus metas, ganando la batalla diaria a las limitaciones financieras y administrativas, gracias al esfuerzo de sus elementos operativos.

VI. CONCLUSIONES

La experiencia del usuario dentro de las UMF del IMSS aparentemente no es satisfactoria debido a la interacción con situaciones y elementos extramédicos, tales como el desabasto de medicamentos clave en la farmacia, malas condiciones de los servicios, la rudeza en el trato que le brindan fuera del consultorio y la celeridad con que debe ser atendido, así como los prolongados tiempos de espera. El IMSS es la institución con el mayor gasto en salud a nivel nacional, superando a la Secretaría de Salud y al ISSSTE. El presupuesto asignado al IMSS se destina a dos grandes subfunciones: Salud y Seguridad Social. Dentro del gasto en salud, el mayor porcentaje se destina a proporcionar atención quirúrgica hospitalaria y de rehabilitación, es decir, se gasta en el segundo nivel, a pesar de que como ya se sabe, el primer nivel resuelve el 80% de los motivos de consulta que llegan al instituto.

Actualmente, existe un reconocimiento especial para los estados que más se hayan destacado en sus logros, teniendo así, una mejoría en la percepción por parte de los usuarios, reconocimiento que se proporcionó por vez primera a Jalisco en el año 2003, lo cual, nos deja ver que sigue haciendo falta, un programa de estímulos a la calidad, más que a la productividad, un programa incluyente que estimule a quienes participan directa y activamente para lograr la calidad que tanto nos hace falta como Institución

Es necesario que el crecimiento poblacional de usuarios, sea un referente para el incremento en el número de UMFs, consultorios médicos operativos, así como para ampliar el programa de cobertura de 6to y 7mo día, aumentando las plazas de médicos familiares a fin de que los usuarios sean atendidos con la prontitud, calidad, tiempo y atención que demandan.

VII. PROPUESTAS

Cuando se inviertan mayores recursos en la contratación del personal que se necesita , se les dote de las instalaciones necesarias y tomemos como “productividad” el alcanzar la calidad en los servicios que se ofertan en las UMF, buscando siempre como objetivo reducir al mínimo el número de consultas para el cumplimiento de los programas y trabajando sobre las áreas de oportunidad en aras de la prevención, verdaderamente se logrará optimizar recursos obteniendo menor cantidad consultas por jornada para los médicos familiares, de mayor extensión en tiempo para ver con calidad a los pacientes, con menos tiempo de espera y con un mejor surtimiento de recetas, obteniendo con todo ello una mejoría en la satisfacción de los usuarios con respecto a la calidad de los servicios y un desgaste menor en los médicos.

El apoyo a los proyectos de investigación también resultaría ser un excelente mecanismo para reconocer la iniciativa del personal operativo, impulsando así la revisión de los procesos y las funciones de dicho personal, al otorgar la atención en los servicios de consulta en unidades del primer nivel.

Debe alentarse el análisis del flujo que lleva el abasto de medicamentos (de cuadro básico, y sobre todo, los de transcripción) a las unidades, así como promover una cultura de atención respetuosa y expedita al usuario por parte del personal de la farmacia.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranguren-Ibarra Z. 2009. Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del instituto de previsión del profesorado de la universidad central de Venezuela, durante el último trimestre del 2004, *Rev Elect UCV*; 47(1).
- Cabello Morales E. 2001. Calidad de la Atención Médica .Paciente o cliente?, *Rev. Med Hered*; 12: 96-99.
- Cabrera-Arana G A. 2008. Londono-Pimienta J L, Bello-Parias L D, Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia, *Rev. Sal Pub*, 10(3) 443-451.
- Cebriaa J, 2003. Sobrequesb J, Rodríguez C, J Segura, Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria, *Gac Sanit*, 17(6):483-9
- Chavarría-Islas et al, 2009. Satisfacción laboral del personal médico en el servicio de urgencias adultos en un hospital general regional, *Rev. CONAMED*, 14(4), 27-35
- Colunga-Rodríguez C, 2007. López-Montoya M A , Aguayo Alcaráz G & Canales Muñoz J L, Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara, *Rev. Cubana Salud Pública*; 33(3)
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, disponible en:
<http://www.conamed.gob.mx/interiores.php>
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, disponible en: Disponible en:
<http://www.conamed.gob.mx/programa/CAPITULOV/&destino=mision.php>
- Díaz R. 2002. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev. Calidad Asistencial*; 17(1):9-22.
- Donabedian A. 1993. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad, *Salud Pública Mex.*; 35(3):238-247.

Encuesta Nacional de Salud II, 1994. México, D.F., Secretaria de Salud.: *Laboratorio Grafico Editorial*.

Estella et al, 2002. Síndrome de Burnout en el medico general, Grupo de Habilidades en Salud Mental de la *Semg. Med. Gral.*; 43: 278-283

Fernández-Busso N, 2002. Calidad de la atención medica, Fascículo No 1, Programa de Educación a Distancia, “Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud”, Disponible en: http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/ARCAL/documentos/calidad_salud.pdf

Flores-Lozano, 2003. Salud mental del medico: prevención y control del burnout, *Salud Global*; 3(2): 2-7

Fundación Isis Internacional, disponible en: <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>

Garza-Elizondo T, 2005. Elementos esenciales de la medicina familiar, *Arch Med Fam*, (7)1, pp 13 -14

Garza-Elizondo T, 2006. Ramírez-Aranda J M, Gutiérrez-Herrera R F, Relación de colaboración médico-paciente-familia, *Arch Med Fam*, Vol.8 (2) 57-62

Gil-Monte PR, 2002. Validez factorial de la adaptación al español del Maslash burnout Inventhory General Survey, *Salud Publica Mex*; 44:33-40.

González-Menéndez R, 2004. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: *Editorial Científico Técnico*, 32(4).

Guerrero-Barona E y Rubio-Jiménez, J C, 2008. Fuentes de estrés y síndrome de burnout, *Revista de Educación*, 347-, pp. 229-254

Hernández-Vargas CI, 2008. Dickinson ME, Fernandez-Ortega1 MA, El síndrome de desgaste profesional burnout en médicos mexicanos, *Rev Fac Med UNAM* Vol. 51 No.1

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2005, Unión Europea, Disponible en:

<http://sensefums.com/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/general2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>

Jiménez y Villegas M C & cols, 2003. Satisfacción del usuario como indicador de calidad, *Rev Mex Enf Card*; 11(2) 58-65

Mainous A G, 1992. David AK, Clinical competence of family physicians. The patient perspective. *Arch Med Fam*;1:65-68.

Martin-Fernández J, 2010. Cura-González M I, Gómez-Gascón T, Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia, *Atención Primaria*; 42(4):196-203, disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/atprimaria_y_sm/46613/

Maslach Burnout Inventory, Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/ebooks/MaslachburnoutInventory.mth>

Medición del Burnout, disponible en: http://www.psicologiaonline.com/ebooks/burnout_measure.mth

Morales-Ruiz MA, 2008. Rubalcaba-Cervantes VA, Motes-Moreno M, La relación médico paciente una dimensión de la práctica clínica en peligro de extinción?, *Coordinación General de Estudios Profesionales y Procedimientos Institucionales FES Iztacala UNAM*. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-6/RFM049000606.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/index.html

Pino CA, 2009. Bisterfeld-Franco D, Grunfeld-Baeza V, Pascual MS, Bugatti F, Lamtzev S, Núñez D, Satisfacción de las pacientes mujeres en la atención médica (protocolo), *Departamento de Salud Familiar y Comunitaria*. 4to Congreso Interdisciplinario de la Salud.

Ramírez-Sánchez T de J, 1998. Nájera-Aguilar P, Nigenda-López, Percepción de la calidad de la Atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios, *Salud Publica de México*, Instituto nacional de Salud Publica; 40:3-12.

- Rodríguez FJ, 2001. López F, Modrego A, Esteban M, Montero MJ, Cordero B, et al. Identificación de médicos con gasto farmacéutico elevado. *Gac Sanit*;15:441-6.
- Román Hernández J. 2003. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Publica*.;29(2):103-10.
- Ortiz-Espinosa R M, Muñoz-Juárez S, Torres-Carreño E, 2004.Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México, *Rev Esp Sal Pub*; 78 (4): 543-32
- Rosas S L & León Y A, 2004. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de enfermería del Hospital General de Pachuca (protocolo de tesis), *Rev Cient Elect Psic*, ICSa-UAEH, No.2
- Roth & Pinto, 2002. Síndrome de burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz, ICC, *Dep Psic de la UC de Bolivia*, 65-96.
- Salinas-Oviedo C, 1994. Laguna-Calderón J, Mendoza-Martínez M R. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex*; 36:22-29.
- Serrano-del Rosal R, 2008. Loriente-Arin N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública Mex*; 50:162-172.
- Suarez-Cuba M A, 2009. Evaluación de los cambios sociales por el medico familiar, *Cong Lat Amer Med Fam Dist.*; 16-25, texto completo en ingles disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Valencia M C, 2001. Propuesta para medir la relación supervisión-satisfacción laboral en enfermería, *Rev Enferm IMSS*; 9 (2): 81-84
- Velarde- Ayala RJ, 2004. Priego-Álvarez H, López-Naranjo JI, Estudio de satisfacción laboral del médico de la consulta externa de medicina familiar del centro médico ISSET. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*; 27:55-66.
- Villagómez-Amezcuca M M, 2003. Hernández-Castañón A, Villarreal-Ríos E, Satisfacción laboral en médicos a seis años de distancia, *Rev Med IMSS*; 41

(5): 399-405

Villalpando & Ferreira, 2007. Fomentemos el trato digno al paciente y su familia, *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*; (20) 239-240

Viniegra V L, 2005. El desafío de la educación en el IMSS, *Rev Med IMSS*; 43 (4): 305-321

Zas Ros B, 2002. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud, *Revista PsicologíaCientífica.com*, 4(3). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-d.html>

ANEXOS

Anexo 1 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE LAS UMF

Folio: |____| UMF:____ Fecha: |__-|__-| 2011 Edad:____ años Sexo:(H)(M)

Buenos días/tardes, soy el **Dr. Emmanuel Hiram Wilson Ceballos** y trabajo para el IMSS como becario residente de la especialidad en Medicina Familiar. Tengo el encargo de encuestar a personas como usted, que solicitaron consulta el día de hoy en esta unidad. El objetivo de la entrevista es preguntarle su opinión sobre el servicio que le brindó el Médico Familiar que lo atendió y el trato recibido en esta ocasión. La información que proporcione será confidencial y solamente será usada con fines estadísticos que nos permitirán mejorar los servicios de salud. Ningún resultado del estudio hará referencia a personas en particular.

Se le expondrán una serie de aseveraciones y usted marcará una X en la casilla que refleje su sentir.

#	EXPRESIÓN	SATISFECHO	INSATISFECHO
1	En mi unidad de medicina familiar, los baños son adecuados		
2	El médico familiar me explicó mi diagnóstico/padecimiento		
3	El médico familiar me advirtió las posibles complicaciones		
4	El servicio de urgencias me atendió rápidamente		
5	El servicio de filiación me atiende rápidamente		
6	La farmacia me proporcionó todos los medicamentos que me recetaron		
7	El médico familiar respetó mi pudor		
8	El médico familiar es insensible a mis enfermedades/dolencias		
9	El médico familiar no me entendió		
10	El médico familiar fue muy amable		
11	El personal de la farmacia fue muy amable		
12	Fue fácil hacer mi cita		
13	El médico familiar no resolvió mi problema		
14	La temperatura en la clínica era adecuada		
15	Tuve que traer mi propio expediente		
16	El médico familiar solo me dio mis recetas		
17	El personal del archivo clínico fue grosero		
18	Creo que el médico familiar se equivocó		
19	Si pudiera, cambiaría de médico familiar		

20	La consulta fue muy rápida		
21	El médico familiar no prestó atención a mis inquietudes		
22	El dentista me trató amablemente		
23	La asistente medica estuvo siempre en su lugar de trabajo		
24	Fue una pérdida de tiempo		
25	Las medicinas prescritas por mi médico familiar fueron efectivas		
26	El servicio de urgencias no cuenta con todo lo necesario		
27	El personal del laboratorio fue muy amable		
28	El tiempo de espera fue muy largo		
29	La clínica estaba limpia		
30	Frecuentemente el servicio de filiación me atiende amablemente		
31	La asistente medica no fue amable		
32	El médico familiar me checó muy bien		
33	El personal del laboratorio me dio información suficiente		
34	La clínica estaba bien ventilada		
35	Me hicieron perder el tiempo en la farmacia		
36	La asistente medica me dio toda la información		
37	El personal del archivo clínico siempre estuvo en su lugar		
38	La trabajadora social no se ocupa de mis necesidades		
#	TOTAL		

Anexo 2
MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

Folio: |_____| UMF: |_____| Fecha: |_____| Edad: |_____|
Sexo: (M)(H)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. No existen respuestas mejores o peores, buenas o malas.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

		Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diario
		0	1	2	3	4	5	6
1	E E	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.						
2	E E	Al final de la jornada me siento agotado.						
3	E E	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.						
4	P A	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.						
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.						
6	E E	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.						
7	P A	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.						
8	E E	Me siento "quemado" por el trabajo.						
9	P A	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.						
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.						
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.						
1	P	Me encuentro con mucha						

2	A	vitalidad.							
1	E	Me siento frustrado por mi trabajo.							
3	E								
1	E	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
4	E								
1	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
1	E	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
6	E								
1	P	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
7	A								
1	P	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
8	A								
1	P	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
9	A								
2	E	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
0	E								
2	P	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
1	A								
2	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							
2		TOTAL							

Anexo 3
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido informado(a) del proyecto de investigación *correlación entre el nivel de burnout de los médicos familiares y la satisfacción de los usuarios de las unidades de medicina familiar* y he sido invitado (a) a participar en él.

Se me ha informado de los beneficios que ello implica. Reconozco que tengo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que lo considere pertinente, sin que esto represente un agravio para los responsables del proyecto de investigación o exista represalia alguna a mi persona.

Se me ha informado que tengo derecho a ser informado(a) de los resultados obtenidos.

He sido notificado(a) que toda la información obtenida se utilizará para fines académicos manteniendo siempre la confidencialidad de la fuente.

Querétaro de Arteaga, Qro. a ____ de _____ de 2011.

Firma.

Dr. Emmanuel Hiram Wilson Ceballos

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del Testigo.

Anexos 4

FLUJOGRAMA

