



**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1**

TESIS:

**“SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE RESURTIBLE Y
LOS DE RECETA NORMAL EN LA UMF 8 DEL IMSS, DELEGACION
AGUASCALIENTES”**

PRESENTADO POR:

CYNTHIA KARINA GONZÁLEZ IÑIGUEZ

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

TUTOR

DRA. ALICIA ALANÍS OCÁDIZ

Aguascalientes, Ags., Febrero 2016



Aguascalientes, Ags. Febrero 2016

CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TESIS

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E:

Por medio de la presente le informo que la residente de la especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona numero 1 Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. CYNTHIA KARINA GONZÁLEZ IÑIGUEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE RESURTIBLE Y LOS DE RECETA NORMAL EN LA UMF 8 DEL IMSS, DELEGACION AGUASCALIENTES"

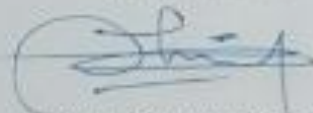
Número de registro R-2015-101-29 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

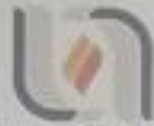
El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normativa de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE



DRA. ALICIA ALANIS OCADIZ
ASESOR METODOLOGICO Y CLINICO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



Aguascalientes, Ags. Febrero 2018

CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TESIS

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la Residente de la especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. CYNTHIA KARINA GONZÁLEZ IÑIGUEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE RESURTIBLE Y LOS DE RECETA NORMAL EN LA UMF 8 DEL IMSS, DELEGACION AGUASCALIENTES"

Número de Registro R-2015-101-29 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Cynthia Karina González Iñiguez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normativa en Investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

CYNTHIA KARINA GONZÁLEZ IÑIGUEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

"SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE RESURTIBLE Y LOS DE RECETA NORMAL EN LA UMF 8 DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"

Aguascalientes, Ags., 24 de Febrero de 2016.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jimenez / Jefe del Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a **Dios** por darme la fuerza necesaria para seguir en este hermoso camino, por guiar mis pasos y hacerme ver que confiando en él, las decisiones han sido las correctas.

Agradezco a **mi hija Paulette** quien fue mi razón y motivo para elegir continuar en este camino, por ser mi fuerza en los momentos difíciles, por soportar mi estancia lejos estos últimos 6 meses. **David Ovando**, gracias y discúlpame por no haber estado en tantos momentos.

A **mi mamá** quien es el pilar de mi vida, sin ella no hubiera podido seguir, tu ayuda incondicional, tu desvelo, tu consejo y sobre todo tu amor tan grande hacia mí y hacia Paulette hizo que este sueño sea ahora una realidad, gracias mami por todo, no hay palabras para agradecerte todo lo que has hecho por mí... te amo. A **mi papa** que siempre estuvo al pendiente de nosotras, por el apoyo y los consejos que me has dado. Los amo, son los ángeles de mi vida.

Gracias **Tía Mague**, tú has sido clave en mi vida para buscar la superación y la excelencia, el dejar huella en lo que hacemos y amar nuestra profesión y trabajo, gracias tía por ser mi otra mamá, por ser el apoyo de la familia.

Pepe Iñiguez, Ena ¡eres un ser humano increíblemente único! ¡Te amo! Y estoy muy orgullosa de ti, y gracias por todo lo que has hecho por mí por amar tanto a mi hija. Con nada te pago todo lo que has hecho por mí. A mis **hermanos Karla y Christian** por siempre apoyarme en mis decisiones, por el amor tan grande que nos une, gracias, tengo sin duda a ¡la mejor familia del universo! A todos **mis tíos y familia en general**, gracias por siempre estar al pendiente de mí y de Paulette, por apoyarme en todo momento para seguir adelante.

A todos mis **compañeros de la especialidad**, porque en mis caídas me dieron fortaleza para levantarme y seguir adelante, porque nuestra convivencia nos hizo cómplices en múltiples experiencias, logramos ser una gran familia, gracias por todo el apoyo! Sobre todo

a ti **Flor Bravo** ¡gracias por todo amiga! Y a ti **Carlos** por ser un gran apoyo incondicional en tiempos difíciles, por la luz y la fuerza que me trajo tu amistad.

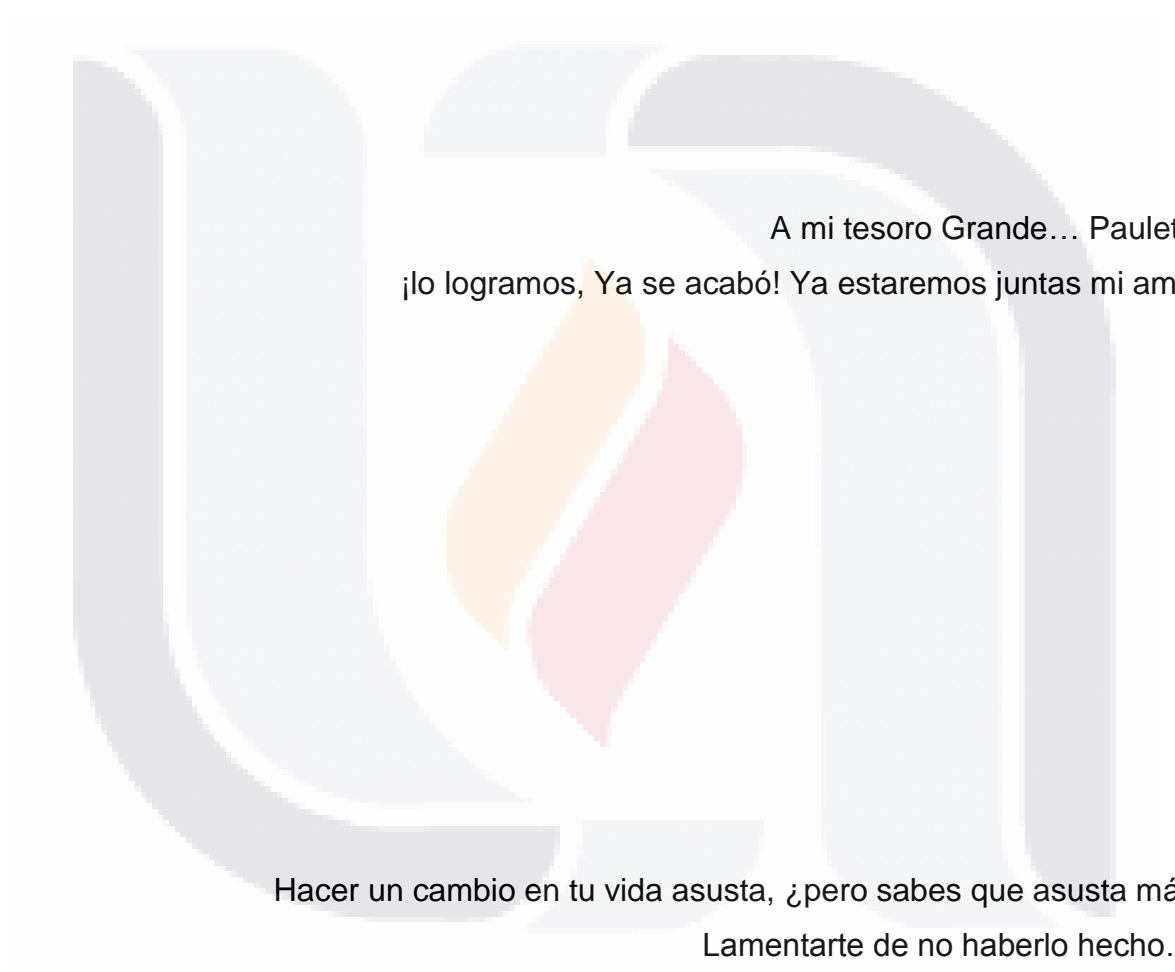
Gracias a la **Dra. Ana Hortensia López**, por los consejos durante esta etapa, su apoyo incondicional hacia nosotros, muchas gracias por la paciencia, todas las enseñanzas, todo su tiempo invertido en nuestras mejoras personales, profesionales y por creer en nosotros.

Gracias a la **Dra. Alicia Alanís**, mi asesora de tesis, toda la paciencia y sabiduría que la caracteriza, por la dedicación y el tiempo invertido, no tengo con que agradecerle todo el apoyo que me ha brindado, simplemente ¡muchas gracias!

Gracias a todos mis profesores durante la especialidad, por todos los conocimientos y consejos compartidos durante estos 3 años, por el apoyo y la paciencia, Gracias en especial a: **Dra. Erika Pacheco, Dra. Nadia Lobato, Dr. Díaz Cuellar, Dr. Melo, Dra. Eloísa Castañeda, Dr. Noé García, Dr. Tafoya, Dra. Susana Villalobos, Dr. Ceballos, Dr. Magaña, la Dra. Edith Saucedo** quien fue apoyo, amiga, consejera... y me faltan muchos por nombrar, sin embargo a todos los que pertenecen al IMSS Aguascalientes y contribuyeron a con mi formación.

En esta última etapa del Servicio Social, a mis “Súper Amigos”, **el Dr. Jorge Parra y Dr. Alfonso Sánchez**, que hicieron más fácil el estar lejos de mi familia, su compañía y la forma de ser tan peculiar de cada uno me ha hecho más fuerte. Gracias a la **Dra. Azucena Alarcón**, me llevo de usted mucha enseñanza, fuerza, templanza, paciencia, carácter, gracias por todos sus consejos. Al **Dr. Héctor Cedillo** gracias por la confianza, **Olga mi enfermera** por todo lo que me ayudas a organizar la consulta y todos los que forman parte de esta bonita familia del HRP 70, Hidalgo Tamaulipas.

DEDICATORIA



A mi tesoro Grande... Paulette,
¡lo logramos, Ya se acabó! Ya estaremos juntas mi amor.

Hacer un cambio en tu vida asusta, ¿pero sabes que asusta más?
Lamentarte de no haberlo hecho.....

INDICE GENERAL

CONTENIDO
 INDICE DE TABLAS 5
 INDICE DE GRÁFICOS 6
 ACRÓNIMOS 7
RESUMEN 8
ABSTRACT 10
 INTRODUCCIÓN 12
 I. MARCO TEORICO..... 13
 I.A ANTECEDENTES CIENTIFICOS..... 13
 I.B. SATISFACCIÓN..... 19
 I.B.2. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE..... 22
 I.B.3. DIMENSIONES DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE..... 25
 I. B.4. ENFOQUES TEORICOS DE LA SATISFACCION 26
 I. C. RECETA MÉDICA (Individual)..... 30
 I.C.2. TIPOS DE RECETAS UTILIZADAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
 IMSS..... 31
 I.C.3. RECETA RESURTIBLE EN MEXICO (IMSS) ⁽²⁾ 31
 I.C.4. RECETA RESUTIBLE EN ESPAÑA 36
 I.C.5. RECETA RESURTUBLE EN ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA. ⁽²⁸⁾
 39
 II. JUSTIFICACIÓN. 41
 III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 42
 *III.A. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CULTURALES DE LA
 POBLACIÓN EN ESTUDIO*..... 42
 III.B. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD..... 43
 III.C. SISTEMA DE SALUD O PANORAMA DEL SISTEMA DE SALUD. 45
 III.C.2. Proyecto estratégico de Receta Resurtible para la dotación de
 medicamentos a pacientes con los 10 padecimientos crónicos más comunes en
 la consulta de Medicina Familiar. ⁽²⁾ 45
 III.C.3. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención,
 tratamiento y control de la *hipertensión arterial*. 45

| | |
|---|-----------|
| III.C.4. NORMA oficial Mexicana NOM-015-SSSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes..... | 46 |
| III.C.5. GPC Diagnóstico y tratamiento de DIABETTES MELLITUS tipo 2 en el primer nivel de atención, actualización 2012..... | 46 |
| III.C.6. GPC Diagnóstico y tratamiento de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL en Atención primaria a la salud. Actualización 2014. ⁽⁴⁴⁾ | 46 |
| III.C.7. GPC Diagnóstico y tratamiento de la ARTRITIS REUMATOIDE en el adulto IMSS 195-08 | 47 |
| III.C.8. GPC Diagnóstico y tratamiento de la OSTEOARTROSIS de rodilla IMSS 079-08..... | 47 |
| III.C.9. GPC Diagnóstico, tratamiento y prevención de LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA en el primer nivel de atención. IMSS 045-08 | 48 |
| III.C.10. GPC Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con PSORIASIS EN PLACAS. IMSS 696-GER..... | 48 |
| III.C.11. GPC Diagnóstico y tratamiento de Polimiositis y Dermatomiositis. IMSS 477-11 | 48 |
| III.C.12. GPC Diagnóstico y tratamiento de Tiña y Onicomycosis en el primer nivel de atención. IMSS 086-08..... | 49 |
| III.C.13. GPC Diagnóstico y Tratamiento de Epilepsia en el Adulto en el primer y segundo nivel de atención. Actualización 2015. | 49 |
| III.C.14. GPC Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niños. IMSS 244-09..... | 50 |
| III.C.15. GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. IMSS 037-08..... | 50 |
| III.C.17. GPC Diagnóstico y tratamiento de Intestino irritable en el adulto. Actualización 2015..... | 51 |
| III.C.18. GPC Diagnóstico y tratamiento de Hipotiroidismo Primario en el Adulto. IMSS 265-10..... | 52 |
| III.C.19. GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Graves en menores de 18 años. IMSS 514-11..... | 52 |
| <i>III.D. DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA.....</i> | <i>52</i> |
| <i>III.E. DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.</i> | <i>54</i> |
| <i>III.F. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA.</i> | <i>54</i> |
| <i>MAGNITUD.....</i> | <i>54</i> |
| <i>TRASCENDENCIA.....</i> | <i>55</i> |

| | |
|---|----|
| III.G. ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA..... | 56 |
| III.H. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE. | 56 |
| III.I. TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER EN ESTE ESTUDIO. | 57 |
| III.J. CONCEPTOS INDISPENSABLES EN LA TESIS..... | 57 |
| III.K. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..... | 58 |
| IV. OBJETIVOS..... | 58 |
| IV.A. OBJETIVO GENERAL..... | 58 |
| IV. B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 58 |
| V. HIPOTESIS DEL TRABAJO. | 59 |
| V.A. HIPOTESIS ALTERNA..... | 59 |
| V.B. HIPOTESIS NULA..... | 60 |
| VI. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 60 |
| VI.A. DISEÑO DEL ESTUDIO. | 60 |
| VI.B. UNIVERSO DE TRABAJO..... | 60 |
| VI.C. POBLACIÓN EN ESTUDIO. | 61 |
| VI.C.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 61 |
| VI.C.2.a. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN. | 61 |
| VI.D. MUESTREO..... | 62 |
| VI.E.LOGÍSTICA. | 62 |
| VI.F. RECOLECCION DE DATOS..... | 63 |
| VI.I. PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS. | 64 |
| VI.J. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES..... | 64 |
| A. Variable dependiente: | 64 |
| B. Variable Independiente: | 64 |
| VII. ASPECTOS ÉTICOS..... | 65 |
| VII.B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 65 |
| VIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FÁCTIBILIDAD..... | 66 |
| VIII.A. RECURSOS HUMANOS..... | 66 |
| VIII.B. RECURSOS TECNOLOGICOS..... | 66 |

VIII.C. RECURSOS MATERIALES..... 66

IX. RESULTADOS 67

 RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS..... 67

X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... 82

XI. CONCLUSIONES 84

XII. RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD..... 85

XIII. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES. 86

XIV. GLOSARIO..... 87

XV. BIBLIOGRAFÍA..... 88

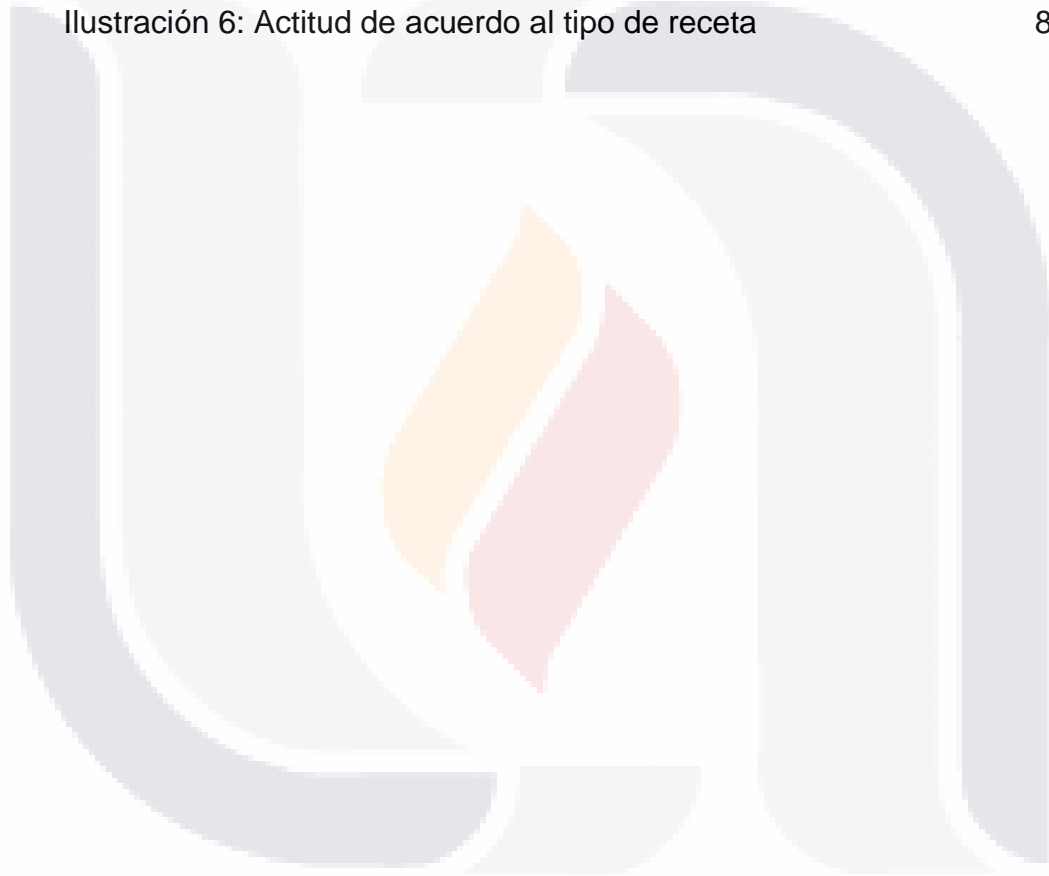


INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Descripción del Sexo | 69 |
| Tabla 2. Descripción de la Ocupación. | 69 |
| Tabla 3. Descripción del Estado Civil. | 70 |
| Tabla 4. Descripción de la Enfermedad | 70 |
| Tabla 5. Descripción del tipo de Receta | 71 |
| Tabla 6. Descripción de las respuestas por dimensión | 71 |
| Tabla 7. Diferencia de medias por ítem | 75 |
| Tabla 8. Comparación de medias para la dimensión de Expectativas | 79 |
| Tabla 9. Comparación de medias para la dimensión de Experiencia | 81 |
| Tabla 10. Comparación de medias para la dimensión de Actitud | 82 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| | 69 |
| Ilustración 1: Relación por sexo | 69 |
| Ilustración 2: Relación por ocupación | 70 |
| Ilustración 3: Relación de estado civil | 71 |
| Ilustración 4: Relación de tipo de Receta | 80 |
| Ilustración 5: Experiencia de acuerdo al tipo de receta | 81 |
| Ilustración 6: Actitud de acuerdo al tipo de receta | 82 |



ACRÓNIMOS

UMF: Unidad de Medicina Familiar .

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

RR: Receta Resurtible.

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.

DM2: Diabetes Mellitus 2.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

SPSS: Statistical Product and Service Solution.

Hb1Ac: Hemoglobina Glucosilada .

mmHg: Milímetros de mercurio.

SIMF: Sistema de Información de Medicina Familiar.

TMA: Tarjeta Manual de Autorización.

AINES: Antiinflamatorios No Esteroideos.

COX2: Inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

NOM: Norma Oficial Mexicana

GPC: Guía De Práctica Clínica

RESUMEN

INTRODUCCION Casi el 50% del tiempo de la consulta de las Unidades de Primer nivel de atención se dedica a la elaboración de recetas con múltiples medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas,⁽¹⁾ de los cuales 25 a 30% de ellos están controlados; el proyecto estratégico de Receta Resurtible fue iniciado en el IMSS, Delegación Aguascalientes en el año 2014, con el objetivo de optimizar el uso de la capacidad instalada en la consulta de medicina familiar e impacto en la satisfacción del usuario, otorgándose 3 recetas, dos de las cuales serán surtidas sin previa visita médica a pacientes con enfermedades crónicas controladas: hipertensión arterial, Diabetes mellitus 2, artropatías, dorsopatías, dermatopatías, epilepsia, bronquitis, asma, síndrome del colon irritable y enfermedad de la glándula tiroides.⁽²⁾ La satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud es un indicador de la calidad de la atención que sirve, entre otras cosas para evaluar los programas de salud.⁽³⁾ En España, se ha encontrado un 86% de satisfacción,⁽¹⁾ sin embargo en otros países ha sido menor, por lo que continuamente se está buscando la mejora en este sistema de prescripción.^(3,4) En México aún no hay datos disponibles.

OBJETIVO comparar la satisfacción del paciente con receta resurtible vs receta normal en la UMF 8 del IMSS, Aguascalientes.

MATERIAL Y METODOS: estudio transversal comparativo, en el cual se incluirán 150 pacientes con receta resurtible y 150 con receta tradicional de la UMF 8, a los cuales se aplicará el instrumento de satisfacción basado en las teorías de experiencias y expectativas el cual tiene un alfa de Cronbach de 7.1 y será adaptado para medir la satisfacción de los pacientes con la receta resurtible. Para el procesamiento de datos se usará el programa estadístico SPSS. Para las variables en escalas continuas se usará promedio y desviación estándar, variables con escala categórica números absolutos y porcentajes. Para la comparación de las variables categóricas se usará χ^2 y/o prueba exacta

de Fisher y para las numéricas continuas t Student o U de Mann-Whitney de acuerdo a su distribución bajo la curva.

RESULTADOS: Los resultados muestran que en la distribución de sexo fue mayor en mujeres en un 53%, La distribución de las enfermedades crónicas en las personas entrevistadas se obtuvo que un 49% padece HAS y el 19 % padece DM2, el restante 38% se distribuye entre los demás diagnósticos incluidos en la receta resurtible, En la distribución del tipo de receta en este estudio fue de receta normal (64%) y 87 personas con receta normal. La satisfacción de las expectativas, obtuvo que el promedio de las respuestas para el grupo de receta resurtible fue de 4.41 (\pm .58), mientras que para el grupo de receta normal el promedio fue de 4.31 (\pm .67) con una t-student de 5.9 (α .000) se obtuvo que el grupo de receta resurtible tiene más expectativas que el grupo de receta normal. Con respecto a la experiencia se obtuvo que el grupo de receta resurtible tiene experiencias más positivas que el grupo de receta normal, con una media de 3.24 (\pm .98) y el grupo de receta normal una media de 2.91 (\pm .91). Se obtuvo que esta diferencia es estadísticamente significativa con una t-student de 14.38 (α .000). Y con respecto a la Actitud, se obtuvo que el grupo de receta resurtible tiene una media de 3.66 (\pm .1.07) y el grupo de receta normal 3.18 (\pm 1.02), esta diferencia entre ambos es estadísticamente significativa con una t-student de 10.65 (α .000).

CONCLUSIONES: la Satisfacción de los usuarios de receta resurtible presentan más grado de satisfacción que los pacientes que reciben receta normal en enfermedades crónicas controladas, en la UMF 8 Delegación Aguascalientes, tomando en cuenta las expectativas y experiencias de los usuarios así como la actitud que presenta el personal de salud e institución hacia el paciente.

PALABRAS CLAVES: Satisfacción, Receta resurtible, Receta normal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Almost 50% of the time of the query Units First level of attention is devoted to the development of multi-drug prescriptions for patients with chronic diseases ⁽¹⁾ of which 25-30% of them are controlled; strategic project prescription refill was initiated in the IMSS, Delegation Aguascalientes in 2014, with the aim of optimizing the use of the installed in family practice and impact on user satisfaction capacity, granting three prescriptions, two of which will be stocked with no prior medical visit to patients with controlled chronic disease. hypertension, type 2 diabetes mellitus, arthropathy, dorsopathies, skin diseases, epilepsy, bronchitis, asthma, irritable colon and thyroid gland disease syndrome ⁽²⁾ satisfaction users of health systems is an indicator of the quality of care that serves, among other things to evaluate health programs. ⁽³⁾ in Spain, found 86% satisfaction, ⁽¹⁾ yet in other countries it has been lower, so is continually looking for improvement in this system of limitations. ^(3,4) in Mexico no data available.

OBJECTIVE: To compare patient satisfaction with prescription refills vs standard prescription in the FMU 8 IMSS, Aguascalientes.

MATERIAL AND METHODS: Cross-sectional study in which 150 patients with 150 prescription refills and traditional recipe UMF 8, at which the instrument of satisfaction based on the theories of experiences and expectations will be applied which has an alpha included Cronbach 7.1 and it will be adapted to measure patient satisfaction with prescription refills. For data processing the SPSS statistical program was used. For continuous variables in mean and standard deviation scales, scale categorical variables with absolute numbers and percentages will be used. For comparison of categorical variables x2 and / or Fisher exact test was used for continuous numeric and Student t or Mann-Whitney according to their distribution under the curve.

RESULTS: The results show that in the distribution of sex was higher in women by 53%, the distribution of chronic diseases in the interviewees it was

found that 49% suffered from hypertension and 19% suffer from type 2 diabetes, the remaining 38% is distributed between other diagnoses included in the resurtible recipe, distribution in kind of recipe in this study was normal recipe (64%) and 87 people with normal recipe. Meeting the expectations, won the average of the responses to the recipe resurtible group was 4.41 (± 0.58), while for the standard recipe group the average was 4.31 (± 0.67) with a t-student 5.9 ($\alpha 000$) was obtained that the group resurtible recipe has more expectations than the standard recipe group. Regarding the experience it was obtained that the group resurtible recipe has more positive than the regular recipe group experiences, with an average of 3.24 (± 0.98) and the group of regular recipe an average of 2.91 (± 0.91). It was found that this difference is statistically significant with a t-student 14.38 ($\alpha 000$). And as for the attitude, it was found that the group of resurtible recipe has an average of 3.66 ($\pm .1.07$) and the group of regular recipe 3.18 (± 1.02), the difference between the two is statistically significant with a t-student of 10.65 ($\alpha 000$).

CONCLUSIONS: Satisfaction recipe resurtible users have more satisfaction than patients receiving standard recipe in controlled chronic diseases, the UMF 8 Delegation Aguascalientes, taking into account the expectations and experiences of users and the attitude presented by the staff health and institution to the patient.

KEYWORDS: Satisfaction, prescription refills, standard prescription.

INTRODUCCIÓN

La satisfacción del usuario se considera como una forma de evaluar la calidad de la atención médica. En México la evaluación de la satisfacción y calidad de la atención en los servicios de salud se inició en la década de los ochenta a partir de la introducción del concepto de garantía de la calidad. Cuenta con Múltiples definiciones dependiendo el contexto estudiado, dentro del ámbito de satisfacción del paciente/usuario, una de las definiciones más simples y aceptadas es la de Pascoe, quien la define como “La comparación de las experiencias del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria”.⁽⁵⁾ La evaluación de la calidad y la satisfacción del usuario o paciente es estratégica para identificar los obstáculos y oportunidades que existen para mejorar la planeación, diseño y organización de la institución.

En México y en diversos países del mundo, el primer nivel de atención médica se ha visto saturado por la gran demanda de pacientes y casi un 50 por ciento del tiempo de las consultas en atención primaria se dedicaban a realizar tareas administrativas, entre ellas la realización de recetas repetidas en pacientes con enfermedades crónicas; Por esta razón el Instituto Mexicano Del Seguro social en su plan de trabajo 2013-2018 implementa el programa de Receta Resurtible el cual consiste en expedir en una misma consulta 3 recetas (una por cada mes) a pacientes con enfermedades crónicas controladas. El programa incluye las 10 principales patologías crónicas en nuestro país: Hipertensión Arterial Esencial, Diabetes Mellitus Tipo 2, Artropatías, Dorsopatías, Dermatopatías crónicas, Epilepsia en niños y adultos, Bronquitis Crónica, Asma bronquial, Síndrome de Colon Irritable y Enfermedad de la glándula tiroidea. Uno de los Objetivos en este programa es medir la satisfacción de sus usuarios, y hasta ahora no hay estudio en México el cual haya medido la satisfacción en este programa.

Esté protocolo desarrollará un estudio en el cual compararemos la satisfacción de los usuarios del programa de Receta Resurtible (RR) contra Receta Tradicional en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 IMSS Delegación Ags.

I. MARCO TEORICO

I.A ANTECEDENTES CIENTIFICOS

1. *Bautista, J. C. P., & Lugo, N. S. (2014). "Satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida por los pacientes diabéticos en los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo. México. 2005".*

Objetivos: Medir la satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida en los servicios de salud en la población diabética. *Material y Método:* Estudio observacional, transversal, descriptivo, de pacientes diabéticos usuarios de los servicios de Salud, en el primer nivel de atención, de marzo a junio del año 2005. Se obtuvo una muestra aleatoria de 1882 pacientes encuestados en las 13 jurisdicciones sanitarias del estado. *Resultados:* Los pacientes se sienten mayoritariamente satisfechos con la atención, reciben los medicamentos prescritos, se realizan las anotaciones en su historia clínica y se orienta el manejo de su enfermedad. Se observa que la cantidad de visitas programadas son insuficientes, los exámenes de laboratorio, la exploración de pies y fondo de ojo no es el establecido por la normativa mexicana y es bajo el reconocimiento de signos de gravedad por los pacientes, que no asisten a los grupos de ayuda mutua. ⁽⁶⁾

2. *Vuković, M., Gvozdrenović, B. S., Gajić, T., Gajić, B. S., Jakovljević, M., & McCormick, B. P. (2012). "Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care".*

Objetivo: Validar un cuestionario de satisfacción del paciente y determinar sus dimensiones. *Material y métodos:* Estudio comparativo longitudinal, se incluyen 1314 pacientes adultos, usuarios del servicio médico en el departamento de Medicina general del Centro de Valjevo en Serbia por dos años consecutivos. La escala multidimensional se utilizó para identificar similitudes y diferencias entre los elementos que componen el cuestionario de satisfacción, este consta de 20 ítems, previamente validado con una

alta confiabilidad (alfa de Cronbach de 0.947). Las dimensiones fueron estimadas por un componente principal del análisis para información categórica (CATAPCA). En el 2008 se implementa que el paciente tenga un médico de cabecera. *Resultados:* Se obtuvieron dos dimensiones: 1. Reflejo la satisfacción del paciente centrada en el médico y enfermera (simpatía del paciente hacia el médico, el tiempo que el médico le dedica en la consulta, accesibilidad y aprecio del médico hacia la salud y problemas del paciente, cortesía de las enfermeras e intervenciones terapéuticas, satisfacción con la información otorgada por el médico). 2. La satisfacción del paciente con la puntualidad en el servicio médico (Tiempo que tarda en traslado el paciente, el tiempo que tarda en sala de espera, higiene). El hecho de contar con un médico de cabecera reflejo que en el 2008 que los pacientes presentan mejor grado de satisfacción, refiriendo ser una atención más personal, promoviendo una mejor continuidad en la atención y relación médico paciente. ⁽⁷⁾

3. *Traveset, E. L., Mora, R. M., & Sanz, R. T. (2009). Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: estrategia para optimizar su utilización.*

Objetivo: Mejorar el cumplimiento de los pacientes con el sistema de medicación repetida. Evaluar los motivos de impuntualidad de recoger las recetas y su relación con el incumplimiento terapéutico declarado por el mismo paciente. *Material y Métodos:* Estudio cuasiexperimental antes-después con grupo control, realizado en Un centro de Atención Primaria (CAP) donde se incluyen pacientes con enfermedades crónicas (100 en el grupo control y 100 en el grupo intervención) que son impuntuales al recoger las recetas. La intervención se realizó con una Sesión informativa-educativa que consiste en una breve entrevista con la farmacéutica del CAP, en donde se educa al paciente en el cumplimiento del sistema de medicación repetida y del tratamiento, se identifican los motivos de impuntualidad y se realiza el test de Morisky-Green. La medición se realiza

posterior a la intervención. *Resultados:* Se obtuvo una mejora absoluta en la puntualidad del 17% en el grupo intervención. Las mujeres del grupo intervención fueron más puntuales. Por lo que se concluye que es posible mejorar el cumplimiento de los pacientes con el sistema de medicación repetida mediante una sencilla intervención informativa-educativa. ⁽⁸⁾

4. *Mora, R. M., Aradilla, M. Á. P., & Sanz, R. T. (2007). "Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: la visión del usuario y del profesional sanitario".*

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los usuarios y médicos que utilizan el sistema de repetición de recetas médicas (SRRM). *Material y Métodos:* Estudio multicéntrico, Transversal, realizado en cuatro centros de atención primaria. Con una muestra de 429 pacientes y 47 médicos usuarios del sistema de repetición de recetas médicas a los cuales se les realizó una encuesta de satisfacción. *Resultados:* Se realizaron 429 encuestas a pacientes con una media de edad de 64.2 años siendo el 52.4% mujeres. El promedio de medicamentos tomados es de 4.4. Con un periodo para recoger la receta de 60 días. El 83.9% (intervalo de confianza) de los encuestados declaró no haber tenido problemas y estar satisfechos con el SRRM, un 23% de los encuestados respondió que mejorarían el SRRM, las propuestas de mejoras más frecuentes fueron: reducir las colas, reducir la validación sanitaria de forma inmediata, omitir las fechas en las recetas. Se detectaron 69 problemas o errores relacionados con el paciente (incumplimiento terapéutico) o con el médico (instrucciones incorrectas, medicamentos no adecuados). El 89.1% recogió las recetas en el plazo fijado, los factores que se asociaron a un mayor cumplimiento fueron la edad (>65 años) y mayor número de medicamentos por persona. Los 47 médicos encuestados el 98% se mostró satisfecho, considerando al programa como una mejora para la gestión de la consulta. ⁽⁹⁾

5. *Seclén-Palacin, J., & Darras, C. (2005, June). "Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000".*

Objetivos: Determinar el nivel de satisfacción del usuario (SU) en Centros de salud (CS) y hospitales del MINSA; analizar la relación entre SU y nivel socioeconómico (NSE); e identificar los factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. *Materiales y Métodos:* Análisis secundario de los datos de Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 2000. Fueron entrevistados 376 y 327 usuarios de los CS y hospitales, respectivamente. Las variables de estudio fueron SU, nivel socioeconómico y características sociodemográficas y accesibilidad para la atención. Se aplicó estadística descriptiva y multivariada. *Resultados:* Los usuarios de los establecimientos muestran características diferenciadas. La SU fue 68,1% y 62,1% para los CS y hospitales, respectivamente. Los usuarios de menor NSE presentaron mayor satisfacción. La edad, educación, distancia al establecimiento y el tiempo de espera presentan asociaciones con la satisfacción del usuario. *Resultados:* Existen factores sociodemográficos, económicos y de accesibilidad para la atención, que muestran relación con la satisfacción del usuario. ⁽¹⁰⁾

6. *Úbeda, J. S. V., Calvo, C. B., López, T. M., & Marín, P. N. (2005). "Receta electrónica: de la utopía a la realidad"*

Objetivo: Valorar si la introducción de la prescripción repetida informatizada mediante la utilización de tarjetas de medicación autorizada, mejoran la satisfacción de la atención primaria al liberar espacios en la consulta. *Material y métodos:* Estudio descriptivo transversal en el cual se incluyen todos los pacientes de un consultorio médico que acuden para la renovación de tratamientos crónicos entre febrero y junio del 2004, comparando con el mismo número de consultas en mismo tiempo establecido en el 2003. *Resultados:* La media mensual de consultas en el 2003 fue de 160 pacientes frente a 64 realizadas en el 2004, lo que significa

una reducción de la frecuentación para renovación de recetas del 60 por ciento. Por tanto la introducción de la prescripción repetida reduce significativamente las consultas administrativas para la renovación de recetas de tratamientos crónicos, esto impactando en la satisfacción del paciente. ⁽¹¹⁾

7. Roselló Farrás, M. D., González Solanellas, M., Pie Barrufet, I., Pérez Lucena, M. J., & Sans Lecussan, F. (1997). *“Prescripción repetida informatizada: seguimiento del consumo de fármacos y de las tarjetas de medicación autorizada los 3 primeros años”*

Objetivo: Conocer las características de los datos cuantitativos y su evolución de junio de 1993 a junio de 1996, referentes al sistema de Prescripción Repetida Informatizada (PRI). *Material y métodos:* Se realiza un estudio poblacional, longitudinal observacional en la atención primaria ABS Raval Nord. Se incluyen todas las Tarjetas de medicación Autorizada (TMA) del primero al tercer año encontradas en dBASE-IV. *Resultados:* El perfil del usuario con TMA corresponde a una mujer, pensionada, de 65 años o más que utiliza el servicio de PRI cada 2 meses, con 3.5 medicamentos autorizados por año y que recibe un número de recetas cada vez menor. Se encontró una disminución en el número de tarjetas otorgadas ya que los primeros 3 meses de instalarse el programa se autorizó un número elevado de Tarjetas con el fin de desahogar la consulta, sin embargo en los años posteriores se han seleccionado los fármacos que deben incluirse y determinar tiempos establecidos para evitar efectos adversos, mediante el protocolo de mejora progresiva de la calidad y satisfacción en el tratamiento de los usuarios. ⁽¹²⁾

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

Objetivo: probar la hipótesis de la multidimensionalidad de la satisfacción del paciente con una visita a la clínica. *Material y métodos:* El estudio se

efectuó en tres clínicas de atención de primer contacto. Se utilizó un muestreo aleatorio, se evaluó la satisfacción de dos aspectos amplios: (a) la relación médico-paciente y (b) el acceso a y la comodidad de la clínica. Se desarrolló un cuestionario con el método psicométrico de Lemke y Wiersma, Nunnally y Nie. Se realizaron entrevistas después de la consulta médica en un periodo de 8 semanas. *Resultados:* Sustentaron 3 hipótesis: 1. El análisis identificó tres dimensiones de satisfacción: la conducta del médico, el acceso a la clínica y a la satisfacción general. 2. Se explicó una proporción significativa de la varianza de la satisfacción general por la satisfacción ante la conducta del médico y el acceso. 3. Se obtuvo un alfa de Cronbach en todas las puntuaciones de la escala de satisfacción de 0.6. Los pacientes en este estudio se mostraban más satisfechos con el encuentro que insatisfechos; la mayoría de la insatisfacción fue registrada en relación con la obtención de la cita y el tiempo de espera en la clínica. Los dos principales factores en la satisfacción fueron etiquetados con la conducta del doctor y la satisfacción general. ⁽¹³⁾

9. *Linder-Pelz, S. (1982). "Toward a theory of patient satisfaction".*

Objetivo: definir el concepto de satisfacción del paciente y de hipotetizar algunas determinantes que pueden ser consideradas como los primeros pasos en la construcción de la teoría de satisfacción del paciente. *Material y métodos:* Se realiza una búsqueda en la literatura. Se revisaron formulaciones sociológicas y psico-sociales relevantes para la satisfacción del paciente, así como un conjunto de hipótesis sobre los determinantes de ésta. Ware et al. Hizo una revisión comprensiva y crítica sobre la literatura de la satisfacción del paciente. Concluyeron que los estudios publicados están agrupados en diez construcciones: accesibilidad/conveniencia, disponibilidad de recursos, continuidad del cuidado, eficacia, finanzas, humanidad, información reunida, información proporcionada, alrededores agradables, calidad/competencia. El análisis fue una forma indirecta de llegar a una definición de satisfacción del paciente. *Resultados:* Las

comparaciones intrapersonales es un factor determinante para llegar a un estado subjetivo de satisfacción o insatisfacción. ⁽¹⁴⁾

10. *Linder-Pelz, S. (1982). "Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses".*

Objetivo: Probar cinco hipótesis respecto a las determinantes psicosociales de la satisfacción de pacientes que asisten a las principales clínicas de atención de un centro médico universitario en Manhattan. Las variables psicológico sociales operacionalizadas fueron las expectativas, los valores, la autorización y ocurrencias percibidas; las tres dimensiones de la satisfacción estudiadas fueron la conducta del médico, la comodidad y la satisfacción general. *Material y métodos:* Se tomó una muestra de 125 pacientes que acudían por primera vez a la clínica. *Resultados:* Se encontró que las expectativas son un predictor significativo de la satisfacción, particularmente fue notable el efecto directo de la conducta del médico en la satisfacción siguiendo con la atención recibida. Se concluye que la satisfacción no es una función de interacción de las expectativas, valores y acontecimientos, sino como una función de contribuciones independientes de las expectativas y sucesos percibidos.

⁽¹⁵⁾

I.B. SATISFACCIÓN.

La satisfacción es un término multidimensional, definida por muchos autores y utilizada en un diverso número de estudios, ⁽¹⁶⁾ no solo de la atención a la salud si no estudiado en el ámbito comercial, político, administrativo, psicológico, social, cultural, institucional etc. ⁽⁵⁾

Se define satisfacción, según la real academia española, como; **1.** Acción y efecto de satisfacer o satisfacerse. **2.** Razón, acción o modo con que se

sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.

3. Confianza o seguridad del ánimo. 4. Cumplimiento del deseo o del gusto.

(17)

Múltiples autores han estudiado y definido la satisfacción, las definiciones más sobresalientes en los diferentes estudios citan desde 1969 y son: ⁽¹⁸⁾

- Howard y Sheth (1969): estado cognitivo derivado de la adecuación o inadecuación de la recompensa recibida respecto a la inversión realizada, se produce después del consumo del producto o servicio. Reconoce la influencia de las expectativas sobre la satisfacción, esto representa los inicios de su estudio ^(18,19)
- Hunt (1977): Evaluación que analiza si una experiencia de consumo es al menos tan buena como se esperaba, es decir, si se alcanzan o superan las expectativas. “El carácter favorable de la evaluación subjetiva del individuo”, son resultados de experiencias asociadas con la compra o utilización (de un producto)” ^(18,19)
- Oliver (1980-1981): estado psicológico final resultante cuando la sensación que rodea a la discrepancia de las expectativas se une con los sentimientos previos acerca de la experiencia de consumo. ^(18,19)
- Swan, Frederick, y Carroll (1981): juicio evaluativo o cognitivo que analiza si el producto o servicio produce un resultado bueno o pobre o si el producto es sustituible o insustituible. ^(18,19)
- Churchill y Surprenant (1982): respuesta a la compra de productos y/o uso de servicios que se deriva de la comparación por el consumidor, de las recompensas y costes de compra con relación a sus consecuencias esperadas. ⁽²⁰⁾
- Westbrook y Reilly (1983): respuesta emocional causada por un proceso evaluativo-cognitivo donde las percepciones sobre un objeto, acción o condición, se comparan con las necesidades y deseos del individuo. ^(18,19)

- Day (1984): Juicio evaluativo posterior a la compra con relación a un acto de compra específica.⁽²¹⁾
- Cadotte, Woodruff y Jenkins (1987): sensación desarrollada a partir de la evaluación de una experiencia de uso. Es una respuesta emocional en la experiencia del consumo. ^(18,19)
- Tse, Nicosia y Wilton (1990): respuesta del consumidor a la evaluación de la discrepancia percibida entre expectativas y el resultado final percibido en el producto tras su consumo, se trata, pues, de un proceso multidimensional y dinámico. ^(18,19)
- Westbrook y Oliver (1991): juicio evaluativo posterior a la selección de una compra específica. ^(18,19)
- Johnson y Fornell (1991) que consiste en un modelo donde la satisfacción del cliente está formada por la acumulación de la experiencia del cliente con un producto o servicio. No es una percepción estática en el tiempo. ⁽²¹⁾
- Bachelet (1992) consideró que la satisfacción era una reacción emocional del consumidor en respuesta a la experiencia con un producto o servicio. Creía que esta definición incluía la última relación con un producto o servicio, la experiencia relativa a la satisfacción desde el momento de la compra y la satisfacción en general experimentada por usuarios habituales. ⁽¹⁸⁾
- Mano y Oliver (1993): Respuesta del consumidor promovida por factores cognitivos y afectivos asociada posterior a la compra del producto o servicio consumido. ^(18,19)
- Zeithaml, Berry y Parasuraman (1993) sugirieron que la satisfacción del cliente es una función de la valoración de los clientes de la calidad del servicio, la calidad del producto y el precio. ⁽¹⁸⁾
- Halstead, Hartman y Schmidt (1994): respuesta afectiva asociada a una transacción específica resultante de la comparación del resultado del producto con algún estándar fijado con anterioridad a la compra. ^(18,19)

- Oliva, Oliver y Bearden (1995) sugirieron que la satisfacción es una función del desempeño con relación a las expectativas del consumidor. ⁽¹⁸⁾
- Jones y Sasser (1995) definieron la satisfacción del cliente identificando cuatro factores que afectaban a ésta. Dichos factores que sacian las preferencias, necesidades o valores personales son: 1. aspectos esenciales del producto o servicio que los clientes esperan de todos los competidores de dicho producto o servicio, 2. servicios básicos de apoyo como la asistencia al consumidor, 3. un proceso de reparación en el caso de que se produzca una mala experiencia y 4. la personalización del producto o servicio. ⁽¹⁸⁾
- Hill (1996) define la satisfacción del cliente como las percepciones del cliente de que un proveedor ha alcanzado o superado sus expectativas. ⁽¹⁸⁾
- Gerson (1996) sugirió que un cliente se encuentra satisfecho cuando sus necesidades, reales o percibidas se saciaban o superaban. Y resumía este principio en una frase contundente “La satisfacción del cliente es simplemente lo que el cliente dice que es”. ⁽¹⁸⁾
- Oliver (1997): “Valoración del consumidor de que una característica del producto o servicio, o el producto o servicio en sí mismo, proporciona un resultado de agrado derivado de consumo, incluyendo niveles por debajo o por encima de lo esperado”. La satisfacción presenta un carácter dual (afectivo y cognitivo). ^(18,19)
- Santos (1999): estado emocional susceptible de ser medido, que surge del acto de comparar las expectativas con los resultados. ⁽¹⁸⁾
- Vanhamme (2000): Es un estado psicológico relativo, que resulta de la experiencia de compra/consumo). ⁽²¹⁾

I.B.2. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En los últimos años se ha observado un gran cambio en la “Atención Sanitaria” sobre todo en la relación médico-paciente, como consecuencia del enfoque de

la sociedad hacia los consumidores. El concepto actual está basado en el cuidado centrado en el paciente en donde se reconoce el papel activo del paciente en la toma de decisiones sobre su salud, con el fin de obtener un bienestar físico y mental, por su satisfacción con el resultado alcanzado. ⁽⁵⁾

Desde 1969 Howard y Sheth inician con la definición de satisfacción como ya se mencionó. ⁽¹⁸⁾ Posterior a esta definición surgen múltiples definiciones de satisfacción en relación al cliente, pero no fue hasta en 1983, cuando Las organizaciones del consumidor, influyen en el enfoque consumista de la atención sanitaria cuando publica “Los derechos de los pacientes” producida por El Consejo Nacional del consumidor y La guía del paciente en el Servicio Nacional de Salud. ⁽¹⁶⁾

La falta de la construcción de un concepto de “satisfacción del paciente” se ha visto como el defecto más grande en la investigación (Locker y Dunt, 1978; Abramowitz et. Al., 1987; Fitzpatrick y Hopkins, 1993; Williams, 1994). ⁽¹⁶⁾

En 1982 Linder-Pelz señaló que las investigaciones realizadas hasta ese momento solo estaban centradas en el problema y su propósito era proporcionar soluciones prácticas que pudieran ser utilizadas por los profesionales de la salud. Sin embargo Muy pocas investigaciones habían sido sobre construcción de teorías que explicaran la asociación entre la satisfacción, las características del paciente y de los servicios de salud o entre la satisfacción y la conducta posterior del paciente. Por ello vio la necesidad de trabajar en un modelo explícito de satisfacción con atención de la salud, donde debería en primer lugar definir y entender el concepto de satisfacción antes de explicar por qué ciertos factores la causan y otros son causados por ella, y en segundo lugar identificar los factores determinantes de la satisfacción y la asociación entre las variables. ⁽¹⁴⁾

Ware et al. Hizo una revisión de la literatura de la satisfacción del paciente. Esta revisión, cubrió artículos y reportes publicados desde 1975, lanzando la siguiente pregunta: ¿Qué ha sido estudiado bajo la etiqueta “satisfacción del paciente”? Los críticos llegaron a la conclusión de que los estudios realizados están agrupados de acuerdo a las determinantes estudiadas, encontraron diez diferentes: accesibilidad, disponibilidad de recursos, continuidad del cuidado, eficacia, finanzas, humanidad, información reunida, información proporcionada, alrededores agradables, calidad/competencia. ⁽²⁾ Refieren también que la mayoría de los estudios tanto teóricos como empíricos están relacionados con el trabajo y que la naturaleza de los estudios de satisfacción del paciente y sus determinantes, pueden realizarse en base a los estudios de satisfacción en el trabajo. ^(14,16)

Una definición ampliamente aceptada de *actitud*, fue propuesta por Fishbein y Ajzen quienes representan la escuela de socio-psicológica quienes hacen una distinción entre actitudes (afecto) y percepciones (creencias). De aquí surge la “*Teoría del valor-expectativas*” en la cual refiere que las expectativas son creencias, que a una respuesta dada, serán seguidas de algún evento ya sea positivo o negativo y los valores asociados son los determinantes de una actitud; esto quiere decir que la actitud que una persona muestra ante un objeto (o servicio) está relacionado con sus creencias. ⁽¹⁴⁾

Linder-Pelz (1985) en su Artículo sobre la multidimensionalidad de la satisfacción del paciente, propone que “La Satisfacción del Paciente se podría definir como múltiples evaluaciones de distintos aspectos de la salud que son determinados por las percepciones, actitudes y procesos de comparación del usuario” ⁽¹⁾ Afirmó que gran parte de las investigaciones, se han centrado en la construcción de dos variables: 1. *Variables dependientes*; determinadas por

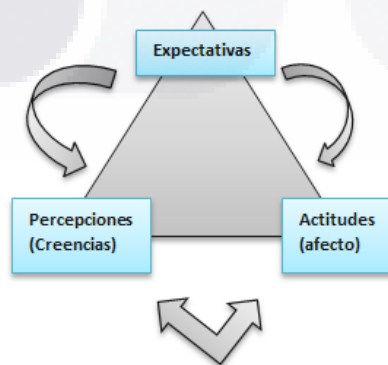
las características del paciente y del servicio. 2. *Variables independientes:* Predicción de comportamientos posteriores. ^(14,15,16)

Linder-Pelz enfocó una definición de satisfacción del paciente a través del análisis del contenido de los estudios de satisfacción. Cinco variables psicosociales fueron propuestas como posibles *determinantes de la satisfacción* con atención a la salud, las primeras tres de los cuales equiparan directamente con las tres determinantes de Ware et al (1983): ^(14,15,16)

- La percepción del individuo de lo que sucedió (quizá el más importante)
- Valor atribuido a la atención médica
- Expectativas: creencias atribuidas asociadas con un evento u objeto, y el resultado percibido de esa asociación
- Comparaciones interpersonales
- Titularidad: la creencia de un individuo a tener los motivos adecuados para solicitar o reclamar un resultado en particular. ⁽¹⁶⁾

I.B.3. DIMENSIONES DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

Las 3 principales dimensiones por las que está conformada teóricamente la satisfacción son: ⁽¹⁶⁾



Las expectativas hacen más complejo la evaluación de la satisfacción, ya que dependen del nivel socio-cultural y psicológico del paciente. Se identifican 3 categorías de expectativas (Stimson y Webb 1975): ⁽¹⁶⁾

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

Percepciones (creencias): son propensas a cambiar de acuerdo a las experiencias previas. Actualmente las percepciones del paciente son un punto importante tomado en cuenta para la asistencia sanitaria. Los pacientes han pasado a ser coproductores de los cuidados de salud y como tal se considera necesario contar con la opinión del paciente ya que esto incrementa la calidad y la satisfacción de las prestaciones sanitarias. ⁽⁵⁾

Las Actitudes (afecto): la comunicación no verbal es el principal modo de transmisión de emociones y actitudes, el posicionamiento del cuerpo, asentir con la cabeza, el contacto visual, hacen que los pacientes vean al médico de forma más cálida, la confianza, la empatía, la retroalimentación por parte del médico con el paciente, se asocian a una mayor satisfacción en la relación médico-paciente. ⁽¹⁶⁾

I. B.4. ENFOQUES TEORICOS DE LA SATISFACCION

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

- **Teorías de la actitud de percepciones - Expectativas:** de Fishbein y Ajzen. Las expectativas son creencias, que a una respuesta dada,

serán seguidas por algún evento; el evento puede ser positivo o negativo. Así, de acuerdo a los modelos de valor-expectativa, las creencias y los valores asociados son los determinantes de una actitud. (14)

“La actitud que una persona muestra hacia un objeto está relacionada con sus creencias” (19) Una actitud, como la satisfacción del paciente, está basada en 2 variantes: la fuerza de la creencia y las evaluaciones atribuidas. Específicamente, medición de la fuerza de creencia (B) sobre atributos y medidas de evaluación (E) de aquellos atributos son multiplicados y los productos son sumados. (14)

Este protocolo de investigación y el instrumento de estudio de la satisfacción del paciente serán creados en base a esta teoría.

- **Teoría de procesos de comparación social de Festinger:** Explica la manera en que las comparaciones sociales afectan la formación y la evaluación de las opiniones. La gente comprueba si sus opiniones son correctas, y evalúan sus habilidades, comparándose con otras personas. La comunicación verbal de los demás se convierte en un factor determinante de las actitudes; por lo tanto, la teoría de los procesos de influencia social, es similar a los procesos de comparación social de Festinger. Parsons y Shils igualmente explicaron la forma comparativa de las evaluaciones. Las personas evalúan los acontecimientos en función de sus “normas morales”. El sistema de valores del individuo es un conjunto de transmisiones culturales de las “ideas normativas”. Así Parsons y Shils refieren que el nivel cultural influyen en la satisfacción individual, así como la influencia social en la formación de actitudes. Thibault y Kelley propusieron que: “la gente evalúa las circunstancias en relación con aquellos que creen que otros alcanzan o en relación con los que ellos mismos han experimentado en el pasado” (14)

- **Disconfirmación de expectativas:** El enfoque cognitivo basado en el paradigma de la disconfirmación ha sido el de mayor aceptación en la literatura desde sus comienzos (Oliver et al. 1997) ⁽²¹⁾

La disconfirmación significa que el resultado del servicio es inferior (o superior) a lo que un consumidor esperaba cuando realiza una decisión de compra, con implicaciones negativas (o positivas) para la experiencia del servicio. ⁽²²⁾

Los clientes conforman sus expectativas respecto al desempeño de las características del producto o servicio antes de realizar la compra. Una vez que se produce dicha compra y se usa el producto o servicio, el cliente o usuario lo clasifica como “mejor que” o “peor que”. ⁽²²⁾ La disconformidad positiva se produce si el producto o servicio es mejor que lo esperado o si es tal y como lo esperaba. La satisfacción del cliente o usuario aumenta si las disconformidades positivas aumentan (Liljander y Strandvik 1995). ⁽²¹⁾

- **Resultado o desempeño percibido:** Propone que la satisfacción del cliente se encuentra directamente relacionada con el desempeño de las características del producto o servicio percibidas por el cliente (Brooks 1995). ⁽²²⁾ Se define el desempeño como el nivel de calidad del producto en relación con el precio que se paga por él que percibe el cliente. ⁽²¹⁾

- **Basado en un proceso múltiple:** Algunas veces los consumidores utilizan múltiples estándares o procesos de comparación que pueden darse como una secuencia simultánea para llegar a valoraciones de satisfacción. ⁽²⁰⁾

- **Basado en la atribución causal:** Explica que el cliente o usuario ve resultado de una compra en términos de éxito o fracaso. La causa de la satisfacción se atribuye a factores internos tales como las percepciones

del cliente al realizar una compra o utilizar un servicio y a factores externos como la dificultad de realizar la compra u obtener un servicio de calidad (Brooks 1995) ⁽²¹⁾ Los clientes o usuarios realizan atribuciones acerca de los errores y virtudes de los servicios o bienes obtenidos, esta atribución produce menor o mayor satisfacción. Por ejemplo; no es lo mismo que un usuario observe un error propio ya sea por mal manejo o mala actitud a que lo atribuya a la empresa. ⁽²⁰⁾

- **Basada en la Equidad:** Se asume que la satisfacción depende de la comparación de costo-beneficios que hacen que los clientes cuando llevan a cabo una transacción. ⁽²⁰⁾ De acuerdo con esta teoría, la satisfacción se produce cuando los resultados obtenidos en un proceso están equilibrados, entre lo que un individuo gasta en la transacción y las recompensas o resultados obtenidos. ⁽²²⁾
- **Basado en modelo cognitivo-afectivo:** El usuario no es visto sólo a partir de sus facultades para procesar información y valorar los atributos funcionales de un bien de consumo y/o servicio, sino también como un ser que busca y experimenta emociones. Primero se dará un procesamiento de la información y luego una respuesta afectiva. Las emociones positivas y negativas afectan directamente a la valoración de la satisfacción. ⁽²¹⁾
- **Basado en acción razonada:** Esta teoría involucra aspectos que se mezclan adquiriendo importancia dependiendo del momento en que se encuentre la investigación, ya que involucra factores como las creencias, dividiéndolas en conductuales cuando son particulares de cada sujeto o normativa, cuando son manifiestas de los grupos de pertenencia: así como las actitudes, las normas subjetivas, la

motivación para cumplir esas creencias y normas, y la intención hacia la realización de una conducta. ⁽²³⁾

El mérito de la Teoría de acción razonada consiste en elaborar un índice de probabilidad de la intención hacia la conducta que relaciona la actitud con las creencias del individuo. La Teoría de Acción razonada es un predictor; un juicio probabilístico en el que puede estimarse la intención hacia la conducta directamente mediante una escala de probabilidad. Puede explicar diferentes comportamientos en distintos contextos, como puede ser la salud, la cultura el ámbito laboral o social. ⁽²³⁾

I. C. RECETA MÉDICA (Individual)

Es el formato autorizado sea digital o manuscrito expedido por el médico tratante legalmente capacitado, mediante el cual se prescribe el o los medicamentos necesarios para el tratamiento del paciente y con el cual se surten los medicamentos por parte de las farmacias en las unidades médicas. ⁽²⁴⁾

La receta médica bien elaborada es el resultado de una exitosa relación médico-paciente, perspicacia diagnóstica y eficiencia terapéutica del clínico. El médico debe instruir al paciente de la mejor forma posible dejando en claro el modo de administración, la dosis, frecuencia del fármaco; esto se lograra con una receta clara, legible, estructurada y explicada. ⁽²⁴⁾

I.C.2. TIPOS DE RECETAS UTILIZADAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN IMSS



I.C.3. RECETA RESURTIBLE EN MEXICO (IMSS) ⁽²⁾

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

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

El objetivo es Optimizar la consulta de medicina familiar, prescribiendo Recetas Resurtible en pacientes con enfermedades crónicas controladas, con el fin de favorecer la atención, desahogo de los servicios de urgencias en 1° y 2° nivel e *impacto en la satisfacción del usuario*; Así como dar seguimiento a la continuidad de la atención, al fortalecer la vinculación con las unidades hospitalarias. Satisfacer las necesidades de los derechohabientes y facilitar los procesos de atención, eliminación de trámites burocráticos o procedimientos incómodos o tardados. ⁽²⁾

I.C.3.a. Los beneficios Esperados son:

- No interfiere con el presupuesto
- Facilita al derechohabiente el surtir su medicamento sin generar más gasto
- Ampliar la oferta de servicio de consulta en medicina familiar
- Reorganización de la consulta de medicina familiar
- Promover el autocuidado de la salud
- Mejorar la imagen institucional ⁽²⁾

I.C.3.b. Políticas: ⁽²⁾

- La coordinación delegacional de informática y soporte técnico, vigilara que los elementos de infraestructura se encuentre en condiciones adecuadas.
- La coordinación de abasto delegacional será responsable de vigilar de manera diaria la existencia de medicamentos en farmacia y en caso de carecer de inventario, realizar las acciones correspondientes al abasto.
- Los jefes de prestaciones médicas difundirán
- El Director de la unidad de medicina familiar será responsable de implementar, difundir y controlar las estrategias de receta Resurtible.
- El Director, Administrador y Jefes de servicio de a unidad de medicina Familiar serán los responsables de determinar los consumos promedios mensuales de los medicamentos prescritos en receta Resurtible.
- El Administrador, asegurara el abasto de medicamentos y vigilara el cumplimiento del surtimiento de la receta Resurtible en la farmacia de la unidad médica correspondiente.
- El Jefe de servicio de Medicina Familiar realizara el seguimiento y control de la receta Resurtible prescrita por los médicos familiares.
- La prescripción de la receta Resurtible, será responsabilidad directa de quien la emita; se expedirá desde SIMF (Sistema de información de

Medicina Familiar) por: Director, Jefe de servicio de Medicina familiar y Medico Familiar.

- El Médico Familiar, la Asistente médica y el personal de farmacia, atenderá y orientaran al paciente y familia con oportunidad, calidad, eficiencia, efectividad y trato digno⁽²⁾

Con la finalidad de llevar acabo un control estricto de la prescripción de medicamentos en receta Resurtible, es indispensable que los pacientes que se incluyan a dicho proceso, correspondan a pacientes con enfermedades crónicas controladas y cumplan con los criterios de inclusión. ⁽²⁾

I.C.3.c. *Criterios de inclusión para recibir Receta Resurtible:*⁽²⁾

Consideraciones Generales:

- a) Todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, deben de tener conocimiento de que en caso de presentar descontrol o sintomatología de alarma, deberá de acudir en cualquier momento al servicio de urgencias o en horario hábil a su consulta de medicina familiar.
- b) Debe respetarse los criterios de subsecuencia de la consulta determinada por las “Guías de Práctica Clínicas”
- c) No incluir pacientes con medicamentos de Transcripción, psicotrópicos, Lácteos o Antibióticos. ⁽¹⁹⁾

I.C.3.d. Las 10 patologías susceptibles de incluir en el proyecto Estratégico ⁽²⁾

1. Hipertensión Arterial ⁽²⁾

- Cifra sistólica menor 130 mmHg
- Cifra diastólica menor de 80 mmHg
- Últimos 6 meses controlados
- Sin comorbilidad agregada
- Sin evidencia de complicación aguda por la hipertensión

2. Diabetes Mellitus tipo 2 ⁽²⁾

- Control glucémico Hb1Ac: 7%
- Glucemia en Ayuno: < 130 mm/dL en dos o más exámenes previos, se reduzca a 110 mg/mL
- Sin evidencia de complicación Aguda
- Control en presencia de hipertensión arterial < 130 mmHg
- Sin evidencia de enfermedad vascular periférica
- Sin comorbilidad.

3. Artropatías: Osteoartrosis, artrosis degenerativa por región, espondiloartrosis, coxartrosis, gonartrosis, artritis crónica juvenil, artrosis, enfermedades articulares. ⁽²⁾

- Sin evidencia de padecimientos infectocontagiosos.
- Sin evidencias de complicaciones agudas.
- Diagnostico final y preciso.
- Con enfermedades concomitantes controladas.
- No susceptibles de tratamiento quirúrgico.
- Solo pacientes con monoterapia
- Con pruebas inmunológicas negativas
- Que haya recibido enseñanza de programa rehabilitatorio domiciliario incluso por el primer nivel de atención.

4. Disartropatías: deformante (xifosis, lordosis), espondiloartropatía (espondilitis anquilosante, estenosis espinal), Trastornos de disco, espondilosis, síndrome doloroso cervico-dorso.lumbar. ⁽²⁾

- En fase crónica no agudizada.
- Sin compromiso neurológico.
- Sin inestabilidad articular.
- Sin evidencia de complicación aguda.
- Sin patologías agregadas.

- Buen control de sintomatología con medios físicos.
- Que hayan recibido enseñanza de programa rehabilitatorio domiciliario incluso por el primer nivel de atención.

5. Dermatopatías crónicas: ⁽²⁾

- Crónica: enfermedad estable sin riesgo para la vida y la función en el caso de psoriasis, dermatomiositis, polimiositis y esclerosis sistémica y otras.
- Tiña capitis, tiña de la barba.
- Onicomycosis.

6. Epilepsia en niños y adultos: ⁽²⁾

- Epilepsia estable (3 a 5 convulsiones por año).
- Concentraciones sistémicas de anticonvulsivos en rango terapéutico.
- Con enfermedades concomitantes controladas.

7. Bronquitis Crónica⁽²⁾

- Sin evidencia de complicaciones agudas.
- Enfermedad respiratoria estable sin presencia de disnea, fatiga, función emocional.
- Diagnostico final y preciso.
- Con enfermedades concomitantes controladas.

8. Asma bronquial. ⁽²⁾

- Diagnostico final y preciso.
- Enfermedades concomitantes controladas.
- Sin evidencia de complicación aguda.
- Sin presencia de síntomas durante el día o hasta dos veces por semana.
- Función pulmonar normal y sin exacerbaciones.

9. Síndrome de Colon Irritable. ⁽²⁾

- Diagnostico Final y preciso.
- Sin evidencia de complicación aguda.
- Enfermedad crónica estable con mejoría o no exacerbación de estreñimiento, la diarrea o el dolor abdominal.

10. Enfermedad de glándula Tiroides. ⁽²⁾

- Pruebas de función tiroidea dentro de rangos normales.
- Con enfermedades concomitantes controladas.
- Hipotiroidismo.
- Controlado (TSH 0.5-4.5 mUI/ml).

I.C.3.e. MOTIVOS DE CANCELACION DE RECETA RESURTIBLE ⁽²⁵⁾

- Falla en el SIMF.
- Desabasto de medicamentos.
- Falla de impresoras.
- Deficiente cantidad de impresoras.
- Problemas de conexión.
- Falla en el SAI-F.
- Vencimiento en vigencia de receta.
- Rotación personal médico.
- Patologías diferentes.

I.C.4. RECETA RESUTIBLE EN ESPAÑA

En España en 1992, La Atención Primaria a la salud se caracterizaba por una alta demanda (de 3 a 4 veces más elevada que en otros países europeos), gran carga de trabajo para él médico (40 consultas por médico/día) y burocratización de las consultas. Por lo que se pensó en establecer un sistema para la prescripción de tratamientos largos, donde la obtención de la receta sea cómoda para el paciente y para el médico, contando con la participación de otros miembros del equipo de atención primaria de salud y que permita autoevaluaciones periódicas de la terapéutica. ^(26,27))

I.C.4.a. OBJETIVOS DE LA PRESCRIPCIÓN REPETIDA EN ESPAÑA: ⁽²⁶⁾

- Mejorar la calidad de la prescripción Terapéutica (utilizar medicamentos esenciales, disminuir los inactivos, las asociaciones y administraciones vía parenteral).
- Racionalizar el uso de los medicamentos en pacientes crónicos, disminuyendo el riesgo terapéutico del uso incontrolado de los mismos.
- Controlar y monitorizar los tratamientos crónicos.
- Reforzar la educación sanitaria individual.
- Formar parte del sistema de registro del centro.
- Disminuir el número de consultas burocráticas.
- Mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios.
- Evaluar la repercusión económica del consumo de medicamento crónico

I.C.4.b. UTILIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN REPETIDA: ⁽²⁶⁾

1) USUARIO: ⁽²⁶⁾

- Obtención de las recetas, sin esperas innecesarias.
- Obtención racional de la prescripción y consumo, controlado mediante supervisión médica.
- Conocimiento por parte de los usuarios del momento en que finaliza el tratamiento.
- Disposición de un documento informativo de la medicación prescrita y patología existente para otros facultativos.

2) EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA: ⁽²⁶⁾

- Simplificar el acto burocrático.
- Conocimiento de la medicación prescrita y control de su cumplimiento.

- Controlar efectos indeseables e interacciones medicamentosas.
- Controlar patología crónica protocolizada.
- Disminuir la presión asistencial en la consulta a demanda (casi un 20%).
- Incrementar el tiempo invertido en consulta médica, optimizando la calidad asistencial.
- Facilitar la investigación.
- Realizar protocolos consensuados por el equipo de atención primaria, excluyendo fármacos de escasa eficacia, para evaluar la calidad de los medicamentos prescritos.

I.C.4.c. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: ⁽²⁶⁾

- Patología confirmada que requiera tratamiento crónico durante al menos 3 meses.
- Idoneidad del tratamiento indicado (fármacos con eficacia comprobada).
- Buena tolerancia al medicamento y ausencia de reacciones adversas.
- Aceptable Grado de control de su patología.
- Correcta utilización por parte del paciente.

En un estudio piloto realizado en 1992 en un centro de salud de Molina de Segura España donde se inicia este proyecto, los usuarios a este sistema en un principio recogían el medicamento en un tiempo definido mediante la entrega de su cartilla a la enfermera, estas buscaban en el registro de prescripción del centro (sistema), el tratamiento y diagnóstico del paciente con el fin de detectar errores en el cumplimiento del mismo (constancia, datos de filiación del usuario, duplicidad, reacciones adversas, etc.) una vez entregados los documentos y verificados, se entregaban medicamentos en un lapso de dos horas, si se detectaba algún error se remitían a consulta médica. La actualización del sistema se realiza cada 6 meses, en la actualidad estas

cartillas se han cambiado a partir del 1993 por la tarjeta manual de autorización (TMA) la cual supone un buen control de calidad y con esto satisfacción del paciente, a partir del 2003, donde el uso de la tecnología y el uso del sistema “Historia clínica digital del ciudadano” (DIRAYA) á ayudado disminuir significativamente las consultas administrativas, contar con una vigilancia mediante el equipo de atención primaria y así mejor control de enfermedades crónicas como evitar efectos adversos por la medicación. ^(12,26,27)

I.C.5. RECETA RESURTIBLE EN ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA. ⁽²⁸⁾

Medicamentos resurtibles, mantenimiento, seguridad y reconciliación.

I.C.5.a. PROCEDIMIENTO: ⁽²⁸⁾

1. La farmacia debe contar con la prescripción electrónica, las recetas resurtibles de las farmacias participantes se presentarán directamente en el flujo de trabajo. Cualquier farmacia no participante continuará por fax solicitudes de autorización de la receta resurtible a la línea de fax centralizado, 839-3131.
2. Una vez que se recibe la receta, la persona responsable llenara medicamentos basados en las indicaciones establecidas en la última visita al médico, la fecha de última expedición de la receta y tipo de medicamento deseado.
3. Si el medicamento para ser resurtido no cumple con las indicaciones de aprobación de una cierta categoría de medicamento será enviada la solicitud al flujo de trabajo profesional.
4. Todo medicamento resurtido y su autorización debe documentarse en el EMR mediante la actualización del perfil de medicamentos cada vez que renueve su receta.
5. Si una receta es cancelada, debe documentarse la razón e informar al paciente como a la farmacia de la cancelación. ⁽²⁸⁾

I.C.5.b. INDICACIONES PARA SURTIR LA RECETA RESURTIBLE. ⁽²⁸⁾

El paciente debe haber sido valorado de 3 a 12 meses previamente de acuerdo al tipo de patología que presente para ser surtida la receta.

1. Medicamentos para Diabéticos: por 4 meses.
2. Medicamentos hipertensivos: de 4 a 6 meses.
3. Medicamentos cardiacos: de 4 a 6 meses.
4. Medicamentos para enfermedades respiratorias: de 4 a 6 meses.
5. AINES y COX2: por 3 meses.
6. Medicamentos anticonvulsivos: con autorización vigente del resurtido.
7. Medicamentos oculares: por 12 meses.
8. Medicamentos tiroideos: por 12 meses.
9. Medicamentos gastrointestinales: por 6 meses.
10. Medicamentos para el dolor: con autorización de resurtido vigente.
11. Medicamentos psicotrópicos: por 3 meses.
12. Medicamento para migraña: no narcótico por 6 meses.
13. Medicamentos antidepresivos: por 6 meses.
14. Medicamentos Dermatológicos: por 6 meses.
15. Esteroides: por 3 meses especificando la enfermedad específica (Lupus, EPOC, Enfisema, Artritis reumatoide).
16. Inhaladores: por 3 meses.
17. Antihistamínicos: por 6 meses.
18. Aerosoles nasales: por 6 meses
19. Condiciones crónicas para niños: sin recarga para antibióticos, excepto tetraciclinas para acné con valoración cada 6 meses.
20. Ansiolíticos: por 6 meses (excepto las benzodiazepinas)
21. Prednisona: con previa autorización de resurtido.

En el expediente debe estar registrado datos clínicos esenciales que documenten el estado clínico del paciente, incluyendo la lista de problemas, lista de medicamentos, alergias, factores de riesgos, evaluaciones clínicas

estandarizadas apropiadas para la edad y exámenes de detección, vacunas.
(29)

Uno de los principios de este programa es la optimización de la atención para la satisfacción de las necesidades del paciente, señala la importancia de la buena comunicación entre el médico-paciente, la buena comprensión del paciente con la información otorgada sobre sus medicamentos, interacciones entre ellos, ya que el médico es legalmente responsable sobre cualquier evento adverso. (30)

II. JUSTIFICACIÓN.

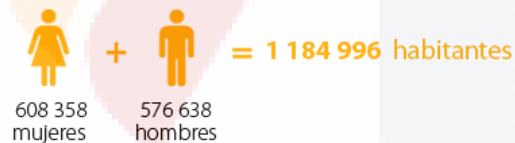
La evaluación de la satisfacción se utiliza para tres propósitos principalmente:

1. Comparar los diferentes programas o sistemas de salud; 2. Evaluar la calidad de la atención; 3. Para identificar los aspectos de un servicio que necesitan ser cambiados para mejorar la satisfacción del paciente. (5) El programa de Receta Resurtible se establece en México en el IMSS en el año 2013 con la finalidad de optimizar la consulta de medicina familiar prescribiendo recetas resurtibles a pacientes con enfermedades crónicas controladas, favoreciendo una oportuna atención, un posible desahogo de los servicios de Urgencias e impacto en la satisfacción de los usuarios al eliminar trámites burocráticos o procedimientos tardados. (2) Son pocos los estudios realizados que midan la satisfacción del paciente en intervenciones médicas o programas sanitarios. (5) Se ha encontrado falta de claridad en los resultados de la satisfacción con la receta resurtible, ya que aunque la mayoría de los pacientes se sienten satisfechos, se han detectado más de 69 problemas relacionados con la organización del programa, el médico y con el mismo usuario. (9) Aunque parte del objetivo del programa de Receta resurtible es crear un impacto en la satisfacción de los usuarios no se han realizado estudios ni existe un instrumento válido y confiable que mida la satisfacción de los pacientes incorporados al programa.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

III.A. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

En el 2010 el estado de Aguascalientes ocupó el lugar 27 a nivel nacional por su número de habitantes, con una población total de 1´184, 996 habitantes, el cual representa el 1.1% de la población nacional. Donde 608, 358 (48.7%) son hombres y 576, 638 (51.3%) son mujeres. ⁽³¹⁾



El crecimiento poblacional de Aguascalientes, ha estado en los últimos 60 años por arriba de la media nacional, con una tasa de crecimiento media anual 25% alcanzando un ritmo de crecimiento en dicho periodo del 3.11% anual. En los primeros 10 años del presente siglo ha crecido a una tasa del 2.3%. Dicho ritmo de crecimiento deberá tomarse en cuenta ya que la población demandará mayor cantidad de servicios, incluyendo los servicios de salud. ^(31,32)

En México existe un total de derechohabientes afiliados al IMSS 48'368,414, de los cuales 634, 672 derechohabientes pertenecen al estado de Aguascalientes. ⁽²⁵⁾

En la UMF No. 8 delegación Aguascalientes cuenta con un total de afiliados de 116, 695 (2014) ⁽²⁴⁾ de los cuales se atienden (mayo 2015) 10, 204 (8.9%) Diabéticos, 21, 723 hipertensos (19.08%) y afiliados con Diabetes Mellitus más hipertensión arterial 7,803 (6.85%). ⁽²⁵⁾

Se otorgan un total de recetas individuales 52, 573 (mayo 2015) y un total de Receta Resurtible 2, 920 (mayo 2015) de estas él 95% aproximadamente de receta Resurtible corresponde a pacientes diabéticos e hipertensos.

La Educación en Aguascalientes (ENSANUT 2012) El promedio de años completos de escolaridad en los individuos de 15 años o más en la entidad fue de 8.7 años. La población analfabeta de 15 años o más es de 3.7 por ciento. En el estado, 2 de cada 1000 personas de la población de cinco años o más hablaba una lengua indígena. ^(31,32)

III.B. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD.

En México el Programa de Receta Resurtible se implementa en el 2013 como parte del programa de trabajo 2013-2018, con acciones encaminadas a “Consolidar las estrategias de Salud con enfoque preventivo y curativo”. Incluye a las 10 principales patologías crónicas vistas en Atención primaria como son: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Artropatías, Dorsopatías, Dermatopatías crónicas, Epilepsia, Bronquitis Crónica, Asma Bronquial, Síndrome de colon Irritable y Enfermedades de la glándula Tiroidea. ⁽²⁾

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

Atención primaria de salud, permitiendo evaluaciones periódicas de la terapéutica.⁽²⁵⁾

En el 2004 Roselló Farrás et al. Realizan una evaluación del seguimiento el consumo de fármacos del programa de prescripción repetida encontrando una reducción mensual en el periodo de febrero a julio de un 55% (de 160 a 72), de este porcentaje el 68.4% correspondía a pensionistas, el 31.16 % son trabajadores. En este estudio también se demuestra que con la introducción de la prescripción repetida de receta electrónica ha disminuido un 60% los errores de prescripción. ^(11,26) Dinamarca con un 70% de recetas emitidas electrónicamente y Suecia con un 27% son los países más avanzados en estas herramientas. En España que el perfil de los usuarios del programa de Prescripción repetida corresponde a una mujer de 65 años la cual es pensionista con un número promedio de 3.5 fármacos ⁽¹²⁾ y un periodo de recogida de receta de 60 días. ⁽⁹⁾

En el año 2007, Mora R. et al. Realizan un estudio para medir la satisfacción del usuario de la prescripción repetida y medir la satisfacción del personal médico con este programa; Se encontró que los usuarios se encuentran muy satisfechos aunque consideran que aún existen aspectos por mejorar el programa con respecto a la organización y a la accesibilidad. Los médicos mostraron un 98% de satisfacción ya que opinan que ha sido una mejora para la gestión en salud, opinan también que el programa no es apto para enfermedades mentales ni para pacientes con mal cumplimiento terapéutico. ⁽⁹⁾

En el 2009, Traveset refiere que los pacientes con enfermedades crónicas incluidos en el programa de prescripción repetida que son impuntuales en la recogida de su medicamento, tienen mal apego a tratamiento y mayor descontrol, por lo que implementa una estrategia educativa. El resultado observado fue una mejora en la puntualidad en un 60%, esto quiere decir que

es posible mejorar con una breve intervención el cumplimiento terapéutico del paciente, esto mejorando la satisfacción del usuario al no tener complicaciones de su patología. ⁽⁸⁾

En el 2010 Castelo et al. Refieren que en la atención primaria en España, los pacientes mayores de 80 años representan un 5.85% de la población nacional (2,75 millones de personas), y de estos un 54% presentan polifarmacia (consumo de más de 4 fármacos por día). Por esto se introduce la atención por parte del farmacéutico, con el objetivo de estimar el efecto de la atención farmacéutica sobre la idoneidad de la prescripción, el conocimiento del paciente, la adherencia y la calidad de vida, así como la incidencia de los efectos adversos. Los farmacéuticos también participan en el programa de prescripción repetida como parte del equipo de Atención primaria a la salud.

III.C. SISTEMA DE SALUD O PANORAMA DEL SISTEMA DE SALUD.

La Unidad de Medicina Familiar No. 8 se cuenta con 23 consultorios en ambos turnos, atendidos por médicos especialistas en Medicina Familiar en su mayoría, quienes son los encargados de prescribir medicamentos en recetas tradicionales o integrarlos al programa de Receta Resurtible si el paciente cumple los criterios y se encuentra de acuerdo en entrar al programa. Cuenta también con un módulo de DIABETIMSS, donde se da atención a pacientes Diabéticos controlados.

III.C.2. Proyecto estratégico de Receta Resurtible para la dotación de medicamentos a pacientes con los 10 padecimientos crónicos más comunes en la consulta de Medicina Familiar. ⁽²⁾

III.C.3. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la *hipertensión arterial*. Tiene como objetivo establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión Arterial, es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores públicos y

privado que presten servicios de atención de la hipertensión arterial en el sistema nacional de salud. ⁽⁴¹⁾

III.C.4. NORMA oficial Mexicana NOM-015-SSSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes.

Tiene como objetivo establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores públicos y privado que presten servicios de atención de la hipertensión arterial en el sistema nacional de salud. ⁽⁴⁰⁾

III.C.5. GPC Diagnóstico y tratamiento de DIABETTES MELLITUS tipo 2 en el primer nivel de atención, actualización 2012.

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente diabético
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica. ⁽⁴³⁾

III.C.6. GPC Diagnóstico y tratamiento de la HIPERTENSIÓN ARTERIAL en Atención primaria a la salud. Actualización 2014. ⁽⁴⁴⁾

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente Hipertenso.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica. ⁽⁴⁴⁾

III.C.7. GPC Diagnóstico y tratamiento de la ARTRITIS REUMATOIDE en el adulto IMSS 195-08

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con artritis reumatoide.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica. ⁽⁴⁵⁾

III.C.8. GPC Diagnóstico y tratamiento de la OSTEOARTROSIS de rodilla IMSS 079-08

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con Osteoartrosis de rodilla.

3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁴⁶⁾

III.C.9. GPC Diagnóstico, tratamiento y prevención de LUMBALGIA AGUDA Y CRÓNICA en el primer nivel de atención. IMSS 045-08

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con Lumbalgia Aguda y crónica.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁴⁷⁾

III.C.10. GPC Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con PSORIASIS EN PLACAS. IMSS 696-GER.

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con Psoriasis en placas.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁴⁸⁾

III.C.11. GPC Diagnóstico y tratamiento de Polimiositis y Dermatomiositis. IMSS 477-11

Está guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con Polimiositis y Dermatomiositis.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁴⁹⁾

III.C.12. GPC Diagnóstico y tratamiento de Tiña y Onicomycosis en el primer nivel de atención. IMSS 086-08.

Está guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con Tiña y Onicomycosis.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁵⁰⁾

III.C.13. GPC Diagnóstico y Tratamiento de Epilepsia en el Adulto en el primer y segundo nivel de atención. Actualización 2015.

Está guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con Epilepsia en adulto.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁵¹⁾

III.C.14. GPC Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niños. IMSS 244-09.

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con primera crisis convulsiva en niños.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁵²⁾

III.C.15. GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. IMSS 037-08

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁵³⁾

III.C.16. GPC Diagnóstico y tratamiento de ASMA en menores de 18 años en el primer y segundo nivel de atención. SS 009-08

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con ASMA en menores de 18 años.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁵⁴⁾

III.C.17. GPC Diagnóstico y tratamiento de Intestino irritable en el adulto. Actualización 2015.

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con Intestino Irritable.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁵⁵⁾

III.C.18. GPC Diagnóstico y tratamiento de Hipotiroidismo Primario en el Adulto. IMSS 265-10.

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con Hipotiroidismo primario en el adulto..
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁵⁶⁾

III.C.19. GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Graves en menores de 18 años. IMSS 514-11

Esta guía pone a disposición de las personas del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Criterios estandarizados para el escrutinio, diagnóstico, prevención, tratamiento de la enfermedad y la detección y manejo de las complicaciones.
2. Estandarizar los procesos de organización de la atención del paciente con Enfermedad de Graves en menores de 18 años.
3. Favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.⁽⁵⁷⁾

III.D. DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA.

Uno de los Objetivos principales que se plantean en el Programa de Receta Resurtible es medir el grado de satisfacción de los usuarios del sistema ⁽²⁾, sin

embargo, pese a que existen múltiples instrumentos que miden la satisfacción, (9,7,10,29,30) no se cuenta con uno que la mida específicamente con la receta resurtible en nuestro país.

En el mundo existen pocos estudios los cuales relacionen satisfacción del paciente con el programa de Receta Resurtible. (9) Una de las debilidades de los estudios realizados en satisfacción del paciente es utilizar medidas de elementos únicos, se enfocan en las condiciones de hospitalización o sobre la organización en el área de urgencias, la consulta, tiempos de espera y pocos son los enfocados en las intervenciones médicas o en los nuevos programas como el de Receta Resurtible, (9) esto ha llevado a no tener una herramienta estandarizada de las técnicas de medición que permita la comparación de los índices de satisfacción en los diferentes contextos. (16)

La Receta normal en el IMSS no debe cumplir ningún criterio para ser entregada, solo el criterio médico el cual decide la terapéutica a seguir en cada paciente de acuerdo a la patología que presenta, se puede canjear dentro de las primeras 72 horas de su expedición y puede incluir medicamentos psicotrópicos, de transcripción, lácteos y antibióticos. En comparación a la Receta resurtible la cual es un programa implementado para las 10 principales patologías crónicas en México, se puede otorgar únicamente a pacientes que se encuentren controlados por un periodo mayor de 6 meses y se expiden 3 recetas, la que se podrá surtir inmediatamente saliendo de la consulta médica y dos recetas post fechadas las cuales pueden ser surtidas durante 7 días posteriores a la fecha no se pueden expedir receta resurtible de medicamentos psicotrópicos, de transcripción, lácteos y antibióticos, al estar registrados en el programa la farmacia debe contar con el tratamiento designado a cada paciente para asegurar su reabastecimiento así como por parte de las asistentes médicas deben programar su cita en 3 meses del paciente para su control por parte del médico familiar.

Este protocolo tiene el objetivo de comparar la satisfacción de Receta Resurtible vs. Receta normal ya que el Programa de Receta resurtible es un programa recientemente implementado que pretende reducir el número de consultas burocráticas, disminuir los tiempos de espera en la consulta de medicina familiar, mejorar el apego terapéutico de los pacientes con las 10 principales patologías crónicas, con esto disminuir el riesgo de complicaciones, menores ingresos a los servicios de Urgencias.

III.E. DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.

El programa de Receta resurtible ha sido implementado en el sistema de salud en varios países como España, Estados Unidos de Norteamérica, China, Suiza, Canadá, Gran Bretaña, ^(29,33,35,37,39) utilizándose en diversas patologías crónicas. ^(29,30,,34,36,37,38). En México La receta Resurtible se implementó en el 2013 con el fin de fortalecer la Atención Integral en Medicina Familiar, utilizándose en las 10 patologías crónicas más frecuentes: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Artropatías, Dorsopatías, Dermopatías crónicas, Epilepsia, Asma, Bronquitis Crónica, Síndrome de colon Irritable y enfermedades de la glándula tiroides, con el programa se pretende desburocratizar la consulta en la Atención primaria y aumentar la satisfacción de los pacientes. ⁽²⁾

III.F. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA.

MAGNITUD

La expedición de receta resurtible en México varía según el Estados, siendo actualmente Baja California quien ocupa el primer lugar al expedir 6mil recetas resurtibles semanalmente, con lo cual logran liberar 11mil espacios de consulta al mes. En la UMF No. 8 Delegación Aguascalientes, se expidieron en el año 2013 un total de 20,512 recetas resurtibles ⁽²⁴⁾, en el mes de mayo 2015 se expidieron 2,920 recetas resurtibles, que equivaldrían a 35,040 recetas resurtibles anuales aproximadamente. En España en el 2004 con la introducción de la prescripción repetida y la receta electrónica hubo una

reducción mensual en el periodo de febrero a julio de un 55% (de 160 a 72), de este porcentaje el 68.4% correspondía a pensionistas, el 31.16 % son trabajadores. En este estudio también se demuestra que con la introducción de la prescripción repetida de receta electrónica ha disminuido un 60% los errores de prescripción. ^(11,26) Dinamarca con un 70% de recetas emitidas electrónicamente y Suecia con un 27% son los países más avanzados en estas herramientas. En España el perfil de los usuarios del programa de Prescripción repetida corresponde a mujeres de 65 años pensionadas con un número promedio de 3.5 fármacos. ⁽¹²⁾

TRASCENDENCIA

En estudios realizados en otros países como Europa, Gran Bretaña, Estados Unidos, ^(8,9,12,33,34) donde por más de una década han llevado a cabo el programa de prescripción repetida equivalente al de Receta Resurtible en México, refieren que a mayor satisfacción del paciente habrá mayor apego a tratamiento, ya que al no haber apego a tratamiento existe mayor descontrol de la patología, mayor ingresos hospitalarios a urgencias y mayores complicaciones que pueden llevar a la muerte del paciente, además de generar un mayor costo por paciente a la institución ⁽⁸⁾. Con un buen apego a tratamiento se logra mayor control de la enfermedad de base, con esto se logra disminuir el riesgo de presentar complicaciones, mejorando la calidad de vida del paciente. Esto representa una importante repercusión económica tanto para el paciente como para la institución. En España con la introducción de su programa de Prescripción Repetida disminuyó en el 2003 de 130 pacientes por mes a 51 pacientes en un periodo de 6 meses esto corresponde a un 55% obteniendo 2 horas semanales que se dedican a la atención clínica, constituyendo una mejora en la calidad asistencial y obteniendo mayor satisfacción del paciente. ⁽¹¹⁾

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

- a) INSTITUCION: Disponibilidad de citas en Atención primaria, abastecimiento adecuado en la farmacia de la institución para cubrir la demanda de la población con enfermedades crónicas y la expedición de tratamientos completos. ^(2,9)
- b) USUARIO: Los factores del usuario que influyen en la satisfacción del paciente son: buena relación con su médico, sentir confianza y empatía para exteriorizar dudas y obtener información comprensible, tener un solo médico que siga el proceso de su enfermedad, el costo de la atención médica, eficacia de su tratamiento, presentar efectos adversos al tratamiento, mal apego al tratamiento e incumplimiento en la recogida de sus medicamento mensual. ^(5,6,8,9)
- c) MÉDICO: Cumplimiento y conocimiento de criterios de inclusión al programa de receta resurtible, confianza que inspira el médico que atiende al paciente, Tiempo limitado en la consulta médica, realización de exploración física completa por parte del médico, conocimiento ⁽⁹⁾ y apego a las Guías de práctica clínica para establecer la terapéutica indicada.

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

Son pocos los estudios que relacionan la Satisfacción con el programa de Receta resurtible en el mundo. ^(28, 39) A pesar de que uno de los objetivos del programa de RR es la satisfacción del paciente no existe en México un estudio el cual mida la satisfacción del programa ni se cuenta con un instrumento de satisfacción válido y confiable enfocado en receta resurtible.

III.I. TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER EN ESTE ESTUDIO.

Con el presente estudio se espera medir la satisfacción en los pacientes en el programa de receta resurtible en comparación con receta individual en la UMF No. 8, Delegación Aguascalientes, mediante la creación de un instrumento válido y confiable el cual será previamente avalado por expertos.

III.J. CONCEPTOS INDISPENSABLES EN LA TESIS.

SATISFACCION DEL PACIENTE: es una medida de resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente. Es un indicador de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas. ⁽⁹⁾

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

RECETA TRADICIONAL/NORMAL/INDIVIDUAL: Es el formato autorizado sea digital o manuscrito expedido por el médico tratante legalmente capacitado, mediante el cual se prescribe el o los medicamentos necesarios para el tratamiento del paciente y con el cual se surten los medicamentos por parte de las farmacias en las unidades médicas. Receta manual o electrónica expedida por el médico, la cual en el IMSS tiene 72 horas como tiempo límite para surtirse. ⁽²³⁾

III.K. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Es la descripción de las características de las variables. Ver Anexo1

POR LO ANTERIOR SURGE LA SIGUIENTE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿COMO ES LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE RECETA RESURTIBLE EN COMPARACIÓN CON LOS USUARIOS DE RECETA TRADICIONAL EN LA UMF No. 8 IMSS, AGUASCALIENTES?



IV. OBJETIVOS

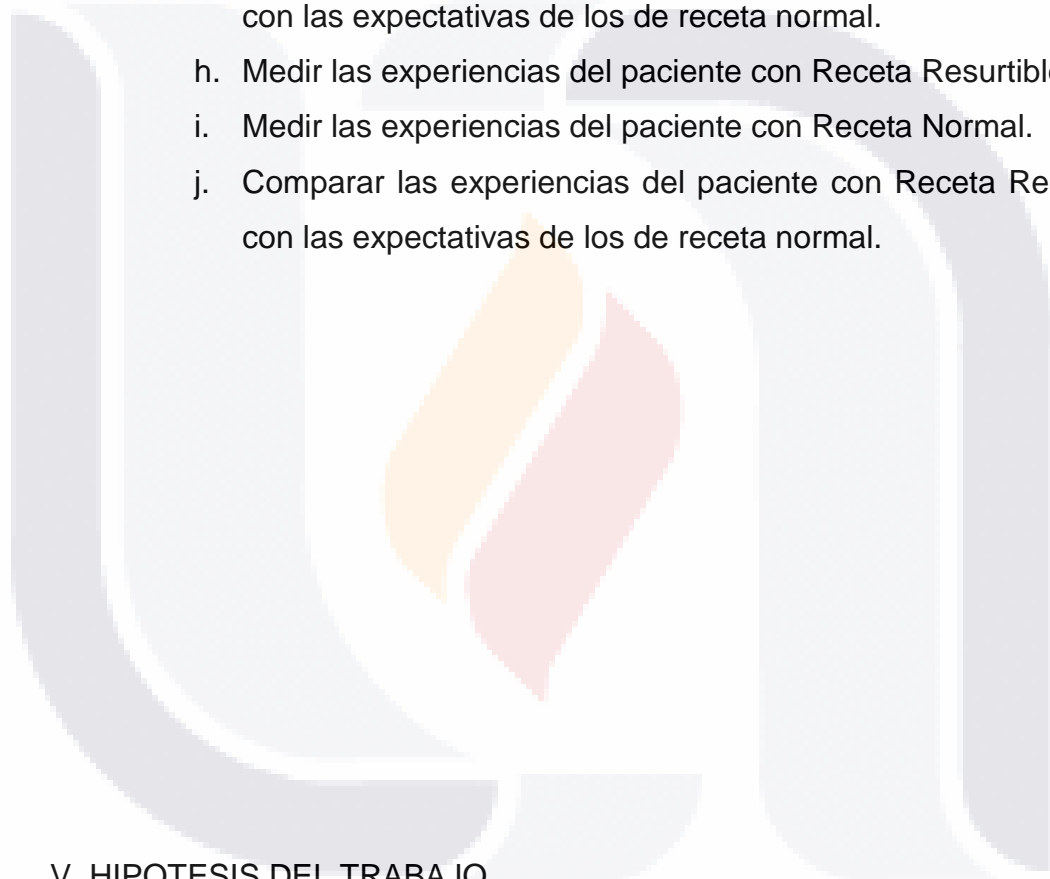
IV.A. OBJETIVO GENERAL.

COMPARAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE RESURTIBLE CONTRA LOS DE RECETA NORMAL EN LA UMF 8 DEL IMSS, DELEGACION AGUASCALIENTES.

IV. B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a. Caracterizar a la población en estudio

- b. Medir la actitud del paciente con Receta Resurtible.
- c. Medir la actitud del paciente con Receta Normal.
- d. Comparar la actitud del paciente con Receta Resurtible con la actitud de los de receta normal.
- e. Medir las expectativas del paciente con Receta Resurtible.
- f. Medir las expectativas del paciente con Receta Normal.
- g. Comparar las expectativas del paciente con Receta Resurtible con las expectativas de los de receta normal.
- h. Medir las experiencias del paciente con Receta Resurtible.
- i. Medir las experiencias del paciente con Receta Normal.
- j. Comparar las experiencias del paciente con Receta Resurtible con las expectativas de los de receta normal.



V. HIPOTESIS DEL TRABAJO.

V.A. HIPOTESIS ALTERNA

La satisfacción de los usuarios del programa de receta resurtible es mayor que la de los usuarios de receta normal en la UMF 8 del IMSS, Delegación Aguascalientes.

V.B. HIPOTESIS NULA.

La satisfacción de los usuarios del programa de receta resurtible no es mayor que la de los usuarios de receta normal en la UMF 8 del IMSS, Delegación Aguascalientes.

Hipótesis de los Objetivos Específicos

HA: La Actitud del paciente con Receta resurtible es mejor que la actitud de los usuarios de receta normal.

HA: Las expectativas del paciente con Receta Resurtible son mayores que las expectativas del paciente con receta normal.

H0: Las expectativas del paciente con Receta Resurtible no son mayores que las expectativas del paciente con receta normal.

HA: Las experiencias del paciente con Receta Resurtible son mayores que las expectativas del paciente con receta normal.

H0: Las experiencias del paciente con Receta Resurtible son mayores que las expectativas del paciente con receta normal.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.

VI.A. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio transversal comparativo.

VI.B. UNIVERSO DE TRABAJO.

Derechohabientes con enfermedades crónicas, usuarios de la UMF 8 IMSS, Delegación Aguascalientes.

VI.C. POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Pacientes usuarios de la UMF8 con enfermedades crónicas a quienes se le expidió Receta Resurtible o Receta Normal.

VI.C.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Grupo de Estudio

1. Pacientes adscritos a la UMF No. 8 con alguna de las 10 patologías crónica incluidas en el programa de Receta Resurtible, a los que se les prescribió su medicamento en este tipo de receta.
2. Sin comorbilidades Agregadas.
3. Sin evidencia de complicaciones agudas por patología crónica de base.
4. Pacientes mayores de edad que acepten participar en el estudio, sepan leer y escribir y contesten la totalidad del cuestionario de Satisfacción.

Grupo Control.

1. Pacientes adscritos a la UMF No. 8 con alguna de las 10 patologías crónica incluidas en el programa de Receta Resurtible, a los que se les prescribió su medicamento en Receta normal.
2. Sin comorbilidades agregadas.
3. Sin evidencia de complicaciones agudas por patología de base.
4. Pacientes mayores de edad que acepten participar en el estudio, sepan leer y escribir y contesten la totalidad del cuestionario de Satisfacción.

VI.C.2.a. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- Pacientes menores de edad.

- Pacientes Analfabetas.
- Pacientes con enfermedades crónicas NO incluidas en el programa de receta resurtible.
- Pacientes que no deseen firmar el consentimiento informado o participar en la entrevista.

VI.D. MUESTREO.

Tipo de muestreo: aleatorio simple en el cual se preguntará a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión el tipo de receta que se les expidió para saber a qué grupo serán asignados, se anotarán en una lista con números a partir del 1 y se entrevistará y se les solicitará su participación a los pacientes que caigan en números pares hasta completar el tamaño de la muestra requerido.

Tamaño de la muestra: Se calculó con el programa Epi.Info versión 7, para realizar un estudio transversal comparativo, se tomaron en cuenta los siguientes valores: la frecuencia relativa de pacientes con y sin receta resurtible (población no expuesta, riesgo relativo (OR) hipotético asociado con la exposición asignando un valor de 2, el poder del estudio deseado (80%), así como nivel de confianza del 95%). Con lo anterior se obtuvo el siguiente tamaño de la muestra: pacientes diabéticos con receta resurtible 102, con receta normal 187 pacientes. Realizando así 2 grupos el primero de ellos que cumpla con todos los criterios de inclusión (el grupo expuesto), y el segundo que cumpla con los criterios de inclusión (que sería el grupo control), de esta forma contamos con 2 grupos para realizar el estudio comparativo.

VI.E. LOGÍSTICA.

Para la realización del presente estudio se pretende que al ser aceptado por el Comité Local de Investigación, se elabore un documento solicitando autorización de la Directora de la UMF No. 8 la Dra. Guadalupe Campos Muñoz para llevar a cabo el estudio en dicha Unidad en ambos turnos (matutino y vespertino); al obtener la autorización, se solicitará a la farmacia

permiso para abordar a los pacientes a la hora de la recogida de su receta categorizando si es normal y cuál es su patología o Receta resurtible, posteriormente preguntar al paciente si desea colaborar con nuestra entrevista y firmando el consentimiento informado para la misma. El cuestionario de satisfacción será aplicado por la Tesista Cynthia Karina González Iñiguez R3 de la especialidad de medicina Familiar y previamente entrenada para la aplicación del cuestionario, la Dra. M. Carolina Palos Belmares pasante de la carrera de medicina en la UMF 8, delegación Aguascalientes.

La entrevista será realizada cara a cara con el paciente, se entregara el cuestionario de satisfacción al paciente para ser contestado, quedándonos a su lado para explicar en caso de tener alguna duda sobre las pregunta. Al término de la entrevista cada será ingresada a una base de datos para proceder con el análisis.

VI.F. RECOLECCION DE DATOS.

El Instrumento de Satisfacción utilizado en este protocolo es una adaptación del instrumento aplicado en el estudio: “Indicadores de la calidad de la atención del médico familiar asociados a la severidad de la retinopatía diabética en diabéticos tipo 2. IMSS delegación Aguascalientes, Universidad de Guadalajara 2007”. El cual es basado en la “Teoría de actitud, expectativas y experiencias”. Cuenta con 69 ítems de los cuales 30 corresponden a expectativas, 30 corresponden a experiencia y 9 generales, todos presentados en una escala tipo Likert, cada factor tiene una correlación entre 0.7 y 0.8. Las Dimensiones valoradas de Expectativas y experiencias son: de información, de resultado, de oportunidad, de amabilidad.

La confiabilidad de la escala se analizó mediante el alpha de Cronbach, con los siguientes resultados: ⁽⁵⁸⁾

Cronbach Alpha de

| | | |
|--|---------------------------------------|-------|
| Factor 1: | Experiencias dimensión de Información | 0.867 |
| Factor 2: | Expectativas dimensión de Información | 0.771 |
| Factor 3: | Experiencias dimensión de resultados | 0.698 |
| Factor 4: | Expectativas dimensión de oportunidad | 0.698 |
| Factor 5: | Expectativas dimensión de resultado | 0.616 |
| Factor 6: | Experiencias dimensión de oportunidad | 0.636 |
| Factor 7: | Expectativas dimensión amabilidad | 0.817 |
| Factor 8: | Experiencias dimensión de amabilidad | 0.627 |
| Dominio de expectativas con 11 variables | | 0.787 |
| Dominio de experiencias con 11 variables | | 0.746 |
| Satisfacción con 22 variables | | 0.746 |

VI.I. PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para el procesamiento de datos se usará el programa estadístico SPSS. Para las variables en escalas continuas se usará promedio y desviación estándar, variables con escala categórica números absolutos y porcentajes. Para la comparación de las variables categóricas se usará χ^2 y/o prueba exacta de Fisher y para las numéricas continuas t Student o U de Mann-Whitney de acuerdo a su distribución bajo la curva.

VI.J. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

A. Variable dependiente:

Satisfacción de los pacientes incluidos en el programa de Receta Resurtible. Se utilizaran 3 dimensiones:

- 1) Expectativas
- 2) Percepciones (creencias)
- 3) Actitud (afecto)

B. Variable Independiente:

Receta resurtible y Receta Normal.

VII. ASPECTOS ÉTICOS.

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

VII.B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Para la obtención de datos del estudio los usuarios firmaron previamente la carta de Consentimiento Informado donde se explica el motivo y las consecuencias de su participación. (Anexo 1)

VIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FÁCTIBILIDAD.

VIII.A. RECURSOS HUMANOS

- 1) Tesista
- 2) Investigador principal.

VIII.B. RECURSOS TECNOLOGICOS

- A. Computadora personal.
- B. Impresora.
- C. SIMF
- D. Celular personal.
- E. Conexión a internet.
- F. Paquete estadístico SPSS V.20, Exel Office.

VIII.C. RECURSOS MATERIALES

- A. Automóvil propio.
- B. Insumos para la aplicación de las encuestas:

| ARTICULO | COSTO TOTAL |
|-------------------------------|-------------|
| Hojas Blancas | \$ 300.00 |
| fotocopias | \$ 100.00 |
| Plumas/ lápiz/ | \$ 200.00 |
| sacapuntas/engrapadora | |
| Internet | \$ 600.00 |
| Cartucho de Impresora | \$ 800.00 |
| Gasolina | \$ 1,000.00 |

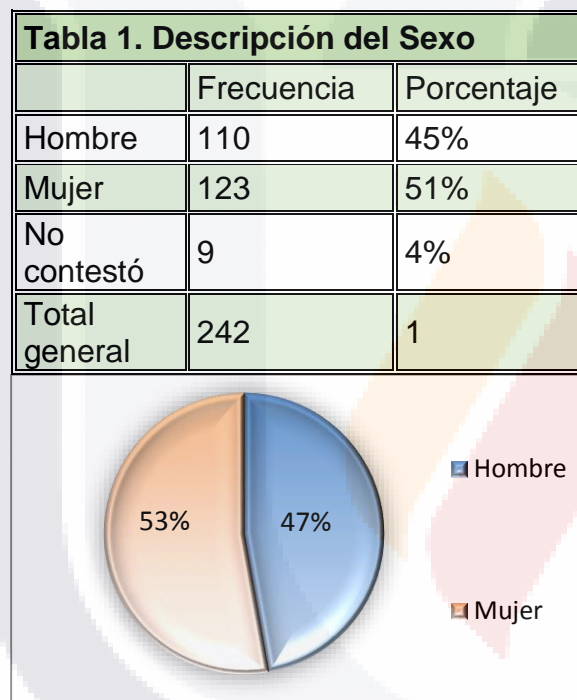
Los recursos utilizados para la recolección de datos y gastos totales estarán a cargo de la Tesista encargada de este protocolo de investigación.

IX. RESULTADOS

RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación se describen los resultados sociodemográficos obtenidos de la muestra de 242 derechohabientes entrevistados.

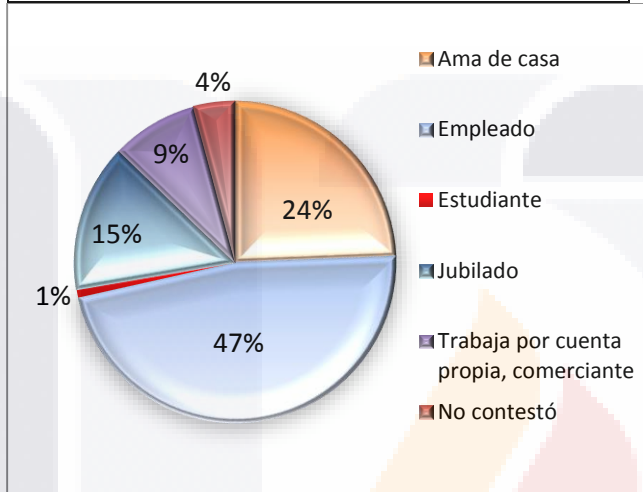
La **Tabla 1** muestra la distribución del sexo, en donde se obtuvo que un 51% corresponde a las mujeres y el 45% a los hombres, el restante 4% no contestó esta pregunta.



La **Tabla 2** muestra la distribución de las frecuencias para el tipo de ocupación, se obtuvo que el 47% son empleados; el 24% son amas de casa, el 15% son jubilados; 9% trabajan por cuenta propia y el 1% es estudiante. Un restante 9% no contestó esta pregunta

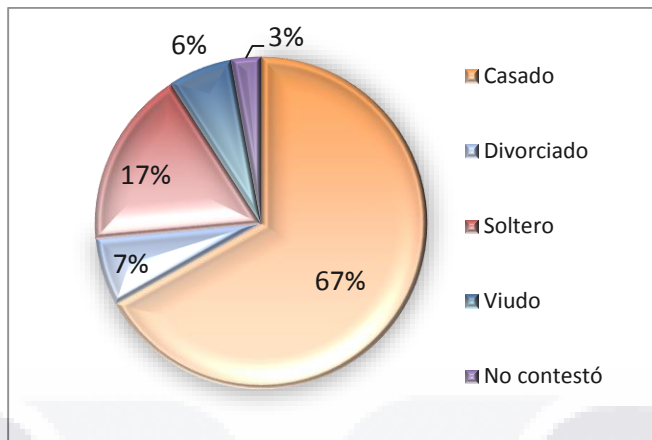
| Tabla 2. Descripción de la Ocupación | | |
|--------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Ama de casa | 59 | 24% |
| Empleado | 114 | 47% |

| | | |
|--|-----|------|
| Estudiante | 2 | 1% |
| Jubilado | 36 | 15% |
| Trabaja por cuenta propia, comerciante | 21 | 9% |
| No contestó | 10 | 4% |
| Total general | 242 | 100% |



La **Tabla 3** muestra la distribución del estado civil en donde se obtuvo que el 67% son casados; 17% son solteros; 7% divorciados; 6% viudos y el restante 3% no contestaron esta pregunta.

| Tabla 3. Descripción del Estado Civil | | |
|---------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Casado | 162 | 67% |
| Divorciado | 16 | 7% |
| Soltero | 42 | 17% |
| Viudo | 15 | 6% |
| No contestó | 7 | 3% |
| Total general | 242 | 100% |



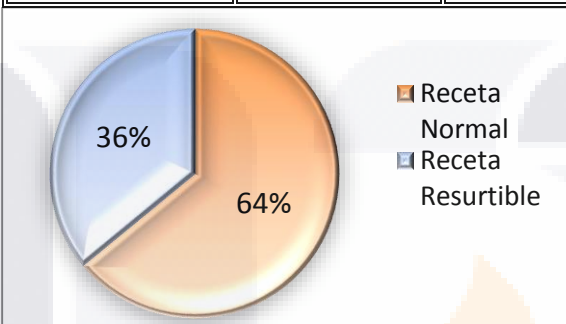
La **Tabla 4** muestra la distribución de enfermedades que padecen las personas entrevistadas, se obtuvo que el 49% tiene HAS y el 19% DM. El restante 38% se distribuyó en el resto de los diagnósticos.

| Tabla 4. Descripción de la Enfermedad | | |
|---------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Artropatías | 13 | 5% |
| Asma | 8 | 3% |
| Bronquitis | 6 | 2% |
| Colon Irritable | 9 | 4% |
| Dermatitis | 6 | 2% |
| Diabetes Mellitus | 47 | 19% |
| Disartropatías | 16 | 7% |
| Epilepsia | 3 | 1% |
| Hipertensión Arterial | 119 | 49% |
| Hipertensión y Diabetes mellitus | 5 | 2% |
| Pbe. Tiroides | 6 | 2% |
| No contestó | 4 | 2% |
| Total general | 242 | 100% |

La **Tabla 5** muestra la distribución por tipo de receta en donde se encuestaron a 155 personas con receta normal (64%) y 87 personas con receta normal (36%).

Tabla 5. Descripción del tipo de Receta

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Receta Normal | 155 | 64% |
| Receta Resurtible | 87 | 36% |
| Total general | 242 | 100% |



La **Tabla 6** muestra la distribución de las respuestas para cada pregunta dentro de las tres dimensiones del instrumento en donde se obtuvo que en su mayoría las respuestas están direccionadas hacia el extremo positivo.

Tabla 6. Descripción de las respuestas por dimensión

| Expectativas | | | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | Completa mente de acuerdo | De acu erdo | Indif eren te | En des acu erdo | Completa mente en desacuer do | Sin res pue sta | Tot al Gen eral |
| 1. Al ser consultado por su médico familiar espera que su enfermedad este controlada. (+) | 121 | 105 | 13 | | 1 | 2 | 242 |
| 2. Al ser consultado por su Médico Familiar esperaba usted que el tratamiento indicado fuera fácil de cumplir. (+) | 111 | 115 | 14 | | | 2 | 242 |
| 3. Cuando el médico lo empezó a tratar con receta normal, usted esperaba que no le constara mucho el tiempo hacer lo que el médico le indicó para controlar su enfermedad. (+) | 105 | 115 | 20 | | | 2 | 242 |
| 4. Cuando el médico familiar le pedía exámenes del laboratorio, usted esperaba que no se tardaran mucho tiempo en tomarle los exámenes. (+) | 102 | 121 | 16 | | | 3 | 242 |
| 5. Cuando el médico familiar le indicaba que siguiera una dieta, usted esperaba que la dieta fuera fácil de hacer. (+) | 124 | 96 | 18 | 2 | | 2 | 242 |
| 6. Cuando acude con su médico familiar a consulta, usted espera aprender más acerca de su enfermedad. (+) | 111 | 110 | 17 | 1 | | 3 | 242 |

| | | | | | | | |
|---|-----|-----|----|---|---|---|-----|
| 7. Cuando acudo con mi médico familiar a la consulta, espero que el médico me ayude a tener mucha voluntad para cumplir con mi tratamiento. (+) | 96 | 131 | 11 | | | 4 | 242 |
| 8. Cuando su médico familiar le indicaba que hiciera ejercicio, usted esperaba que no le costara hacerlo. (+) | 79 | 146 | 13 | | | 4 | 242 |
| 9. Al pedir una cita con mi médico familiar usted esperaba que se la dieran en 2 días o menos. (+) | 91 | 124 | 19 | 5 | | 3 | 242 |
| 10. Al pedir una cita con su médico familiar usted esperaba que se la dieran el mismo día. (+) | 82 | 133 | 19 | 5 | | 3 | 242 |
| 11. Cuando acude a consulta con su médico familiar usted espera que no tarden más de 15 minutos para pasar a consulta. (+) | 84 | 133 | 15 | 7 | | 3 | 242 |
| 12. Cuando acude con su médico familiar usted espera que le consulten sin haber hecho una cita. (+) | 77 | 139 | 14 | 2 | 6 | 4 | 242 |
| 13. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico familiar le dedique el tiempo suficiente para su atención. (+) | 86 | 134 | 19 | | | 3 | 242 |
| 14. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico le explicara cuidadosamente cuál es su problema con su enfermedad. (+) | 105 | 110 | 24 | | | 3 | 242 |
| 15. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico le explique cuidadosamente lo que tiene que hacer para atender su enfermedad. (+) | 112 | 106 | 21 | | | 3 | 242 |
| 16. Cuando acude con su médico familiar usted espera discutir todos sus problemas de salud con su médico. (+) | 110 | 105 | 22 | 1 | | 4 | 242 |
| 17. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico NO lo regañe por su problema de salud. (+) | 119 | 102 | 15 | 3 | | 3 | 242 |
| 18. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico familiar respete sus sentimientos. (+) | 108 | 110 | 20 | 1 | | 3 | 242 |
| 19. Cuando acude con su médico familiar usted espera que en el consultorio se tengan los instrumentos y materiales para recibir una buena atención. (+) | 109 | 115 | 15 | | | 3 | 242 |
| 20. Cuando acude a consulta con su médico familiar usted espera que su médico lo trate con respeto. (+) | 116 | 107 | 16 | | | 3 | 242 |
| 21. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea muy cuidadoso cuando lo examina. (+) | 112 | 112 | 16 | | | 2 | 242 |
| 22. Cuando acude con su médico familiar usted espera que le explique lo que hace cuando lo examina. (+) | 111 | 116 | 12 | | | 3 | 242 |
| 23. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que le explique claramente los resultados de sus exámenes de laboratorio. (+) | 99 | 123 | 16 | 1 | | 3 | 242 |
| 24. Cuando usted hablo por teléfono a la clínica para solicitar cita con su médico familiar usted espero no tener problemas con la llamada. (+) | 103 | 116 | 19 | 1 | | 3 | 242 |
| 25. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que el médico le dé el tiempo suficiente consultándolo. (+) | 104 | 120 | 16 | | | 2 | 242 |
| 26. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea competente para ayudarlo a controlar su enfermedad. (+) | 103 | 121 | 16 | | | 2 | 242 |
| 27. cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea minucioso durante toda la consulta. (+) | 101 | 123 | 15 | 1 | | 2 | 242 |
| 28. cuando usted acude con su médico familiar usted espera que el consultorio sea un lugar agradable. (+) | 108 | 117 | 13 | 2 | | 2 | 242 |
| 29. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que las palabras que utilice sean fáciles de entender. (+) | 117 | 105 | 16 | 2 | | 2 | 242 |
| 30. cuando usted acude con su médico familiar usted espera que la sala de espera sea un lugar agradable. (+) | 106 | 116 | 15 | 2 | | 3 | 242 |

| Experiencia | | | | | | | |
|---|---------|--------------|---------------|------------|-------|---------------|---------------|
| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca | Sin respuesta | Total General |
| 31. Con que frecuencia no se le entrega su medicamento completo con receta resurtible. (-) | 7 | 75 | 85 | 71 | 1 | 3 | 242 |
| 32. con que frecuencia encuentra dificultades para cumplir con el tratamiento indicado por su médico familiar. (-) | 1 | 53 | 105 | 74 | 6 | 3 | 242 |
| 33. Con que frecuencia le toma mucho tiempo hacer lo que el médico familiar le indico para controlar su enfermedad. (-) | 1 | 43 | 112 | 76 | 6 | 4 | 242 |
| 34. Con que frecuencia se tardan mucho tiempo en resurtir su medicamento indicado por el médico familiar (-) | 1 | 38 | 118 | 76 | 6 | 3 | 242 |
| 35. Con que frecuencia encuentra muy rígida la dieta indicada por su médico familiar (-) | 4 | 42 | 103 | 86 | 3 | 4 | 242 |
| 36. Con que frecuencia en la consulta con su médico familiar le enseña más acerca de su enfermedad. (+) | 6 | 65 | 114 | 47 | | 10 | 242 |
| 37. Con que frecuencia en la consulta con su médico familiar recibe usted el apoyo para lograr más voluntad para cumplir con el tratamiento de su enfermedad. (+) | 3 | 74 | 99 | 57 | | 9 | 242 |
| 38. Con que frecuencia le cuesta trabajo hacer el ejercicio que le indicó su médico familiar. (-) | 26 | 53 | 92 | 65 | 2 | 4 | 242 |
| 39. Con que frecuencia cuando pide una cita con su médico familiar tarda más de dos días en atenderle. (-) | 57 | 73 | 73 | 33 | 3 | 3 | 242 |
| 40. Con que frecuencia cuando pide una cita con su médico familiar se la dan para el mismo día. (+) | 2 | 28 | 42 | 72 | | 98 | 242 |
| 41. Con que frecuencia cuando acude a consulta con su médico familiar usted tiene que esperar más de 15 minutos para pasar a consulta (-) | 53 | 66 | 72 | 46 | 1 | 4 | 242 |
| 42. Con que frecuencia cuando acude a consulta con su médico familiar le consulta sin tener una cita (+) | 2 | 44 | 118 | 56 | | 22 | 242 |
| 43. Con que frecuencia en la consulta con su médico familiar le dedica el tiempo suficiente para atenderlo. (+) | 7 | 92 | 80 | 53 | | 10 | 242 |
| 44. Con que frecuencia su médico familiar le explica cuidadosamente cuál es su problema con la diabetes. (+) | 6 | 88 | 94 | 46 | | 8 | 242 |
| 45. Con que frecuencia su médico familiar le explica cuidadosamente todo lo que tiene que hacer para atender su enfermedad. (+) | 6 | 97 | 90 | 41 | | 8 | 242 |
| 46. Con que frecuencia usted puede discutir todos sus problemas de salud con su médico familiar. (+) | 6 | 99 | 86 | 43 | | 8 | 242 |
| 47. con que frecuencia su médico familiar lo regaña por sus problemas de salud (-) | 2 | 48 | 86 | 70 | 31 | 5 | 242 |
| 48. Con que frecuencia su médico familiar NO respeta sus sentimientos. (-) | 10 | 42 | 82 | 71 | 32 | 5 | 242 |
| 49. Con que frecuencia escucha a su médico familiar decir que no tiene los instrumentos y materiales necesarios para brindarle una buena atención. (-) | 4 | 55 | 79 | 77 | 23 | 4 | 242 |
| 50. Con que frecuencia en la consulta de su médico familiar usted siente que su médico no lo respeta. (-) | 2 | 50 | 68 | 79 | 37 | 6 | 242 |
| 51. Con que frecuencia su médico familiar no es cuidadoso cuando lo examina. (-) | 4 | 44 | 80 | 90 | 19 | 5 | 242 |
| 52. Con que frecuencia su médico familiar le explica lo que hace cuando lo examina. (+) | 5 | 83 | 101 | 40 | | 13 | 242 |
| 53. Con que frecuencia su médico familiar le explica claramente los resultados de los laboratorios (+) | 5 | 72 | 101 | 52 | | 12 | 242 |

| | | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|----------------------|-------------------|--------------|----------------------|----------------------|
| 54. Con que frecuencia cuando usted habla por teléfono para solicitar cita con su médico familiar usted tiene problemas con su llamada. (-) | 46 | 63 | 78 | 46 | 5 | 4 | 242 |
| 55. Con que frecuencia el médico familiar le brinda el tiempo suficiente en la consulta. (+) | 5 | 93 | 63 | 62 | | 19 | 242 |
| 56. Con que frecuencia usted siente que su médico familiar es competente para ayudarlo a controlar su enfermedad. (+) | 13 | 88 | 79 | 44 | | 18 | 242 |
| 57. Con que frecuencia cuando usted acude con su médico familiar NO es lo suficientemente minucioso al atenderle en la consulta.(-) | 5 | 47 | 117 | 60 | 3 | 10 | 242 |
| 58. Con que frecuencia cuando acude con su médico familiar siente que el consultorio no es un lugar agradable. (-) | 2 | 53 | 99 | 73 | 7 | 8 | 242 |
| 59. Con que frecuencia cuando usted acude con su médico Familiar, no le entiende a las palabras que le dice (-) | 3 | 59 | 90 | 80 | 2 | 8 | 242 |
| 60. Con que frecuencia cuando acude con su médico familiar le molesta estar en la sala de espera. (-) | 14 | 78 | 95 | 46 | 1 | 8 | 242 |
| Actitud | | | | | | | |
| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca | Sin respuesta | Total General |
| 61. Está usted de acuerdo con el actual tratamiento de su enfermedad y el tipo de receta que recibe. (+) | 36 | 102 | 36 | 60 | | 8 | 242 |
| 62. Está usted de satisfecho con el resultado del laboratorio posterior al tratamiento para el control de su enfermedad. (+) | 35 | 90 | 55 | 53 | | 9 | 242 |
| 63. Esta usted satisfecho con lo que sabe usted de su enfermedad. (+) | 40 | 91 | 45 | 53 | | 13 | 242 |
| 64. Que tan satisfecho se siente como para continuar con el mismo tipo de tratamiento de su enfermedad (+) | 45 | 79 | 61 | 44 | | 13 | 242 |
| 65. Esta usted satisfecho con las veces que el médico familiar lo ha enviado con el médico especialista. (+) | 23 | 93 | 54 | 56 | | 16 | 242 |
| 66. Esta usted satisfecho con el tiempo que permanece en la consulta con su médico familiar. (+) | 26 | 93 | 51 | 58 | | 14 | 242 |
| 67. Esta usted satisfecho con la atención médica recibido por su médico familiar. (+) | 35 | 89 | 44 | 62 | | 12 | 242 |
| 68. Esta usted satisfecho con los instrumentos y materiales con los que le atiende el médico familiar. (+) | 22 | 85 | 57 | 64 | | 14 | 242 |
| 69. Esta usted satisfecho con lo que el médico familiar hace en consulta. (+) | 27 | 102 | 47 | 51 | | 15 | 242 |
| 70. Hay algunas cosas de la atención médica que le brinda su médico que pueda mejorar (+) | 17 | 52 | 54 | 51 | | 68 | 242 |

La **Tabla 7** muestra la diferencia de medias entre los dos grupos para cada ítem, en donde se obtuvo una diferencia de medias estadísticamente significativa en 33 ítems (8, 10, 11, 12, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 61, 62, 63, 64, 65, 66 y 67.) a un nivel de significancia estadística de .05.

| Tabla 7. Diferencia de medias por ítem | | |
|--|-----------------------|---------------|
| Expectativas | | |
| | t- Stu den t | S ig n. |
| 1. Al ser consultado por su médico familiar espera que su enfermedad este controlada. (+) | 1.23 | 0.22 |
| 2. Al ser consultado por su Médico Familiar esperaba usted que el tratamiento indicado fuera fácil de cumplir. (+) | 1.27 | 0.20 |
| 3. Cuando el médico lo empezó a tratar con receta normal, usted esperaba que no le constara mucho el tiempo hacer lo que el médico le indicó para controlar su enfermedad. (+) | 0.19 | 0.85 |
| 4. Cuando el médico familiar le pedía exámenes del laboratorio, usted esperaba que no se tardaran mucho tiempo en tomarle los exámenes. (+) | 0.99 | 0.33 |
| 5. Cuando el médico familiar le indicaba que siguiera una dieta, usted esperaba que la dieta fuera fácil de hacer. (+) | 0.18 | 0.86 |
| 6. Cuando acude con su médico familiar a consulta, usted espera aprender más acerca de su enfermedad. (+) | -0.55 | 0.58 |
| 7. Cuando acudo con mi médico familiar a la consulta, espero que el médico me ayude a tener mucha voluntad para cumplir con mi tratamiento. (+) | 1.77 | 0.08 |
| 8. Cuando su médico familiar le indicaba que hiciera ejercicio, usted esperaba que no le costara hacerlo. (+) | 2.64 | 0.01 |
| 9. Al pedir una cita con mi médico familiar usted esperaba que se la dieran en 2 días o menos. (+) | 1.81 | 0.07 |
| 10. Al pedir una cita con su médico familiar usted esperaba que se la dieran el mismo día. (+) | 3.13 | 0.00 |
| 11. Cuando acude a consulta con su médico familiar usted espera que no tarden más de 15 minutos para pasar a consulta. (+) | 2.91 | 0.00 |
| 12. Cuando acude con su médico familiar usted espera que le consulten sin haber hecho una cita. (+) | 2.90 | 0.00 |
| 13. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico familiar le dedique el tiempo suficiente para su atención. (+) | 1.00 | 0.32 |

| | | |
|---|-----------|--------------|
| 14. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico le explicara cuidadosamente cuál es su problema con su enfermedad. (+) | 1.36 | 0. 1 8 |
| 15. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico le explique cuidadosamente lo que tiene que hacer para atender su enfermedad. (+) | 0.64 | 0. 5 3 |
| 16. Cuando acude con su médico familiar usted espera discutir todos sus problemas de salud con su médico. (+) | - 0.59 | 0. 5 6 |
| 17. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico NO lo regañe por su problema de salud. (+) | 1.13 | 0. 2 6 |
| 18. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico familiar respete sus sentimientos. (+) | 0.99 | 0. 3 2 |
| 19. Cuando acude con su médico familiar usted espera que en el consultorio se tengan los instrumentos y materiales para recibir una buena atención. (+) | 1.34 | 0. 1 8 |
| 20. Cuando acude a consulta con su médico familiar usted espera que su médico lo trate con respeto. (+) | - 0.25 | 0. 8 0 |
| 21. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea muy cuidadoso cuando lo examina. (+) | 1.10 | 0. 2 7 |
| 22. Cuando acude con su médico familiar usted espera que le explique lo que hace cuando lo examina. (+) | 1.44 | 0. 1 5 |
| 23. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que le explique claramente los resultados de sus exámenes de laboratorio. (+) | 1.39 | 0. 1 7 |
| 24. Cuando usted habla por teléfono a la clínica para solicitar cita con su médico familiar usted espero no tener problemas con la llamada. (+) | 1.66 | 0. 1 0 |
| 25. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que el médico le dé el tiempo suficiente consultándolo. (+) | 1.08 | 0. 2 8 |
| 26. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea competente para ayudarlo a controlar su enfermedad. (+) | 0.49 | 0. 6 3 |
| 27. cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea minucioso durante toda la consulta. (+) | 0.27 | 0. 7 8 |
| 28. cuando usted acude con su médico familiar usted espera que el consultorio sea un lugar agradable. (+) | 1.24 | 0. 2 2 |
| 29. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que las palabras que utilice sean fáciles de entender. (+) | 2.43 | 0. 0 2 |
| 30. cuando usted acude con su médico familiar usted espera que la sala de espera sea un lugar agradable. (+) | - 0.30 | 0. 7 6 |

| Experiencia | | |
|---|-----------------------|--------------|
| | t- Stu den t | S ig . |
| 31. Con que frecuencia no se le entrega su medicamento completo con receta resurtible. (-) | -0.37 | 0.71 |
| 32. con que frecuencia encuentra dificultades para cumplir con el tratamiento indicado por su médico familiar. (-) | 1.90 | 0.06 |
| 33. Con que frecuencia le toma mucho tiempo hacer lo que el médico familiar le indico para controlar su enfermedad. (-) | 3.22 | 0.00 |
| 34. Con que frecuencia se tardan mucho tiempo en resurtir su medicamento indicado por el médico familiar (-) | 2.98 | 0.00 |
| 35. Con que frecuencia encuentra muy rígida la dieta indicada por su médico familiar (-) | 3.77 | 0.00 |
| 36. Con que frecuencia en la consulta con su médico familiar le enseña más acerca de su enfermedad. (+) | 3.65 | 0.00 |
| 37. Con que frecuencia en la consulta con su médico familiar recibe usted el apoyo para lograr más voluntad para cumplir con el tratamiento de su enfermedad. (+) | 2.23 | 0.03 |
| 38. Con que frecuencia le cuesta trabajo hacer el ejercicio que le indicó su médico familiar. (-) | 1.92 | 0.06 |
| 39. Con que frecuencia cuando pide una cita con su médico familiar tarda más de dos días en atenderle. (-) | 0.13 | 0.89 |
| 40. Con que frecuencia cuando pide una cita con su médico familiar se la dan para el mismo día. (+) | -0.15 | 0.88 |
| 41. Con que frecuencia cuando acude a consulta con su médico familiar usted tiene que esperar más de 15 minutos para pasar a consulta (-) | 2.24 | 0.03 |
| 42. Con que frecuencia cuando acude a consulta con su médico familiar le consulta sin tener una cita (+) | 2.17 | 0.03 |
| 43. Con que frecuencia en la consulta con su médico familiar le dedica el tiempo suficiente para atenderlo. (+) | 2.15 | 0.03 |
| 44. Con que frecuencia su médico familiar le explica cuidadosamente cuál es su problema con la diabetes. (+) | 4.11 | 0.00 |
| 45. Con que frecuencia su médico familiar le explica cuidadosamente todo lo que tiene que hacer para atender su enfermedad. (+) | 3.61 | 0.00 |

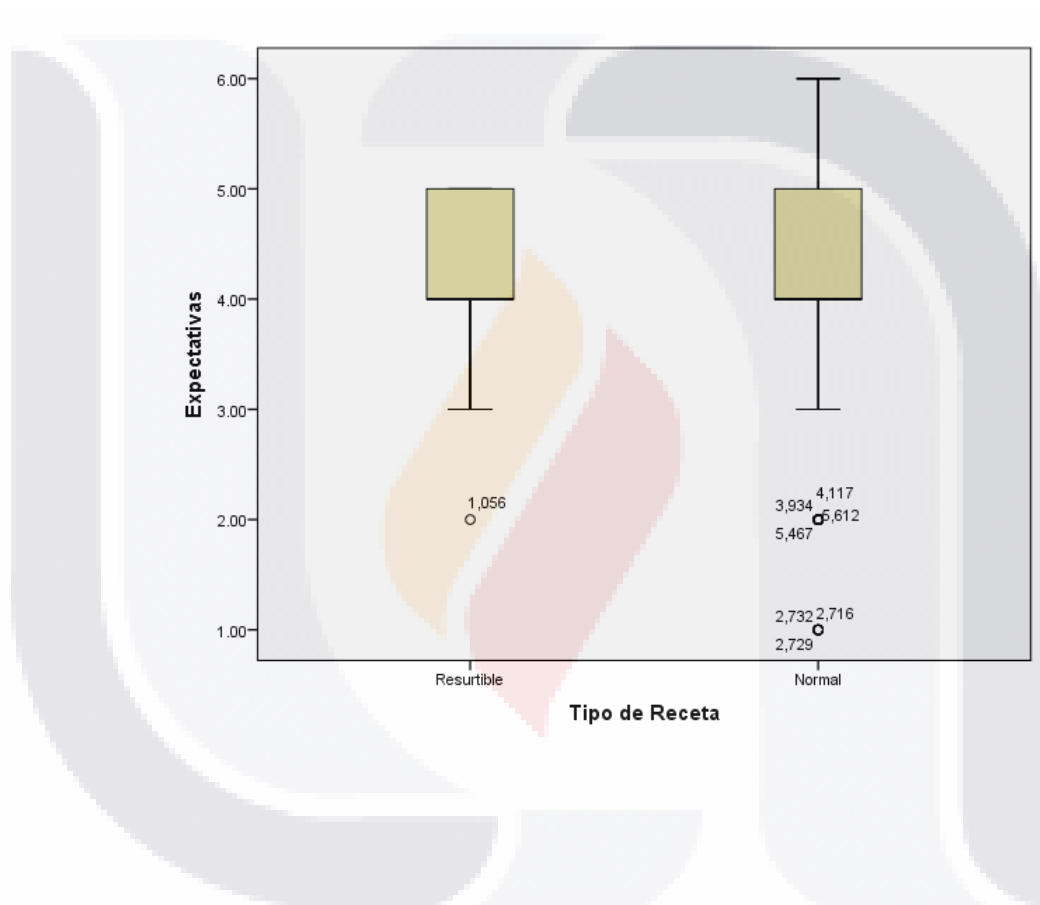
| | | |
|--|-----------------------|--------------|
| 46. Con que frecuencia usted puede discutir todos sus problemas de salud con su médico familiar. (+) | 5.19 | 0. 0 0 |
| 47. con que frecuencia su médico familiar lo regaña por sus problemas de salud (-) | 4.38 | 0. 0 0 |
| 48. Con que frecuencia su médico familiar NO respeta sus sentimientos. (-) | 4.61 | 0. 0 0 |
| 49. Con que frecuencia escucha a su médico familiar decir que no tiene los instrumentos y materiales necesarios para brindarle una buena atención. (-) | 5.70 | 0. 0 0 |
| 50. Con que frecuencia en la consulta de su médico familiar usted siente que su médico no lo respeta. (-) | 4.03 | 0. 0 0 |
| 51. Con que frecuencia su médico familiar no es cuidadoso cuando lo examina. (-) | 4.44 | 0. 0 0 |
| 52. Con que frecuencia su médico familiar le explica lo que hace cuando lo examina. (+) | 2.41 | 0. 0 2 |
| 53. Con que frecuencia su médico familiar le explica claramente los resultados de los laboratorios (+) | 2.06 | 0. 0 4 |
| 54. Con que frecuencia cuando usted habla por teléfono para solicitar cita con su médico familiar usted tiene problemas con su llamada. (-) | 0.68 | 0. 5 0 |
| 55. Con que frecuencia el médico familiar le brinda el tiempo suficiente en la consulta. (+) | 5.61 | 0. 0 0 |
| 56. Con que frecuencia usted siente que su médico familiar es competente para ayudarle a controlar su enfermedad. (+) | 4.56 | 0. 0 0 |
| 57. Con que frecuencia cuando usted acude con su médico familiar NO es lo suficientemente minucioso al atenderle en la consulta.(-) | 3.27 | 0. 0 0 |
| 58. Con que frecuencia cuando acude con su médico familiar siente que el consultorio no es un lugar agradable. (-) | 1.17 | 0. 2 4 |
| 59. Con que frecuencia cuando usted acude con su médico Familiar, no le entiende a las palabras que le dice (-) | 1.51 | 0. 1 3 |
| 60. Con que frecuencia cuando acude con su médico familiar le molesta estar en la sala de espera. (-) | 0.33 | 0. 7 4 |
| Actitud | | |
| | t- Stu den t | S ig . |

| | | |
|--|------|--------------|
| 61. Está usted de acuerdo con el actual tratamiento de su enfermedad y el tipo de receta que recibe. (+) | 3.96 | 0. 0 0 |
| 62. Está usted de satisfecho con el resultado del laboratorio posterior al tratamiento para el control de su enfermedad. (+) | 3.93 | 0. 0 0 |
| 63. Esta usted satisfecho con lo que sabe usted de su enfermedad. (+) | 3.37 | 0. 0 0 |
| 64. Que tan satisfecho se siente como para continuar con el mismo tipo de tratamiento de su enfermedad (+) | 3.30 | 0. 0 0 |
| 65. Esta usted satisfecho con las veces que el médico familiar lo ha enviado con el médico especialista. (+) | 2.54 | 0. 0 1 |
| 66. Esta usted satisfecho con el tiempo que permanece en la consulta con su médico familiar. (+) | 3.75 | 0. 0 0 |
| 67. Esta usted satisfecho con la atención médica recibido por su médico familiar. (+) | 3.91 | 0. 0 0 |
| 68. Esta usted satisfecho con los instrumentos y materiales con los que le atiende el médico familiar. (+) | 3.95 | 0. 0 0 |
| 69. Esta usted satisfecho con lo que el médico familiar hace en consulta. (+) | 4.90 | 0. 0 0 |
| 70. Hay algunas cosas de la atención médica que le brinda su médico que pueda mejorar (+) | 0.35 | 0. 7 3 |

La **Tabla 8** muestra la diferencia de medias entre los dos grupos para la dimensión de expectativas, en donde se obtuvo que el promedio de las respuestas para el grupo de receta resurtible fue de 4.41 (\pm .58), mientras que para el grupo de receta normal el promedio fue de 4.31 (\pm .67) con una t-student de 5.9 (α .000) se obtuvo que el grupo de receta resurtible tiene más expectativas que el grupo de receta normal.

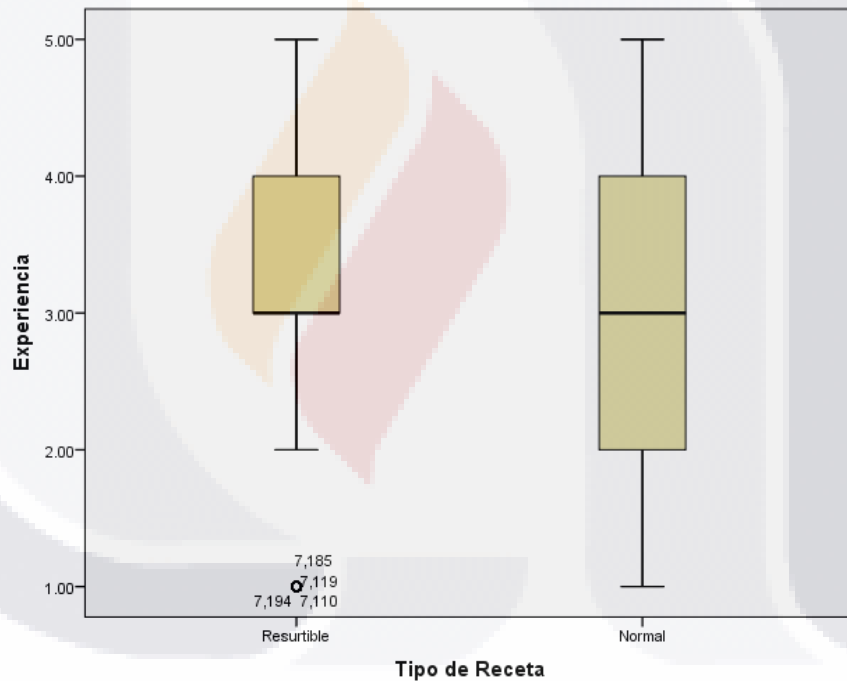
Tabla 8.Comparación de medias para la dimensión de Expectativas

| Tipo de Receta | Media | Desviación típ. | t Student | Sig. |
|----------------|-------|-----------------|-----------|------|
| Resurtible | 4.41 | 0.58 | 5.921 | .000 |
| Normal | 4.31 | 0.67 | | |



La **Tabla 9** muestra la diferencia de medias entre los grupos para la dimensión de experiencia, en donde se obtuvo que el grupo de receta resurtible tiene experiencias más positivas que el grupo de receta normal, con una media de 3.24 (\pm .98) y el grupo de receta normal una media de 2.91 (\pm .91). se obtuvo que esta diferencia es estadísticamente significativa con una t-student de 14.38 (α .000).

| Tabla 9. Comparación de medias para la dimensión de Experiencia | | | | |
|---|-------|-----------------|-----------|------|
| Tipo de Receta | Media | Desviación típ. | t Student | Sig. |
| Resurtible | 3.24 | 0.98 | 14.388 | .000 |
| Normal | 2.91 | 0.91 | | |

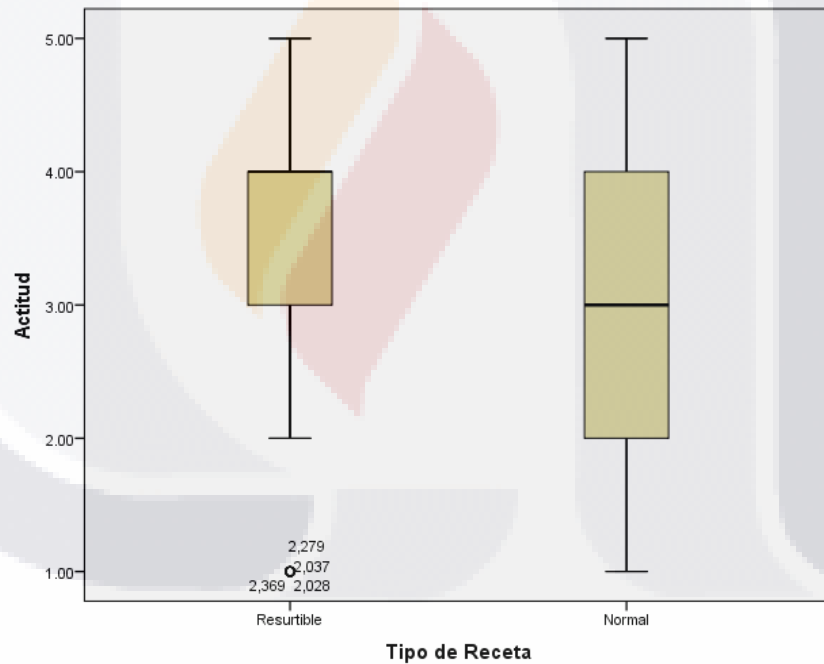


La **Tabla 10** muestra los promedios de respuestas para la dimensión de actitud entre los grupos, en donde se obtuvo que el grupo de receta resurtible tiene una media de 3.66 (± 1.07) y el grupo de receta normal 3.18 (± 1.02), esta

diferencia entre ambos es estadísticamente significativa con una t-student de 10.65 (α .000).

Tabla 10. Comparación de medias para la dimensión de Actitud

| Tipo de Receta | Media | Desviación típ. | t - Student | Sig. |
|----------------|-------|-----------------|-------------|------|
| Resurtible | 3.66 | 1.07 | 10.650 | .000 |
| Normal | 3.18 | 1.02 | | |



X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se logró el objetivo de determinar el grado de satisfacción de los pacientes con Receta Resurtible y el grado de satisfacción de los pacientes con receta normal en la UMF No. 8 Delegación Aguascalientes.

Los resultados muestran que en la distribución de sexo fue mayor en mujeres en un 53%, similar al reportado por Mora ⁽³⁾ con un 52.4% de mujeres y por Ramírez ⁽⁵⁹⁾, donde las mujeres representan un 75% de los entrevistados para valorar el grado de satisfacción en el surtimiento de recetas.

La distribución de las enfermedades crónicas en las personas entrevistadas se obtuvo que un 49% padece HAS y el 19 % padece DM2, el restante 38% se distribuye entre los demás diagnósticos incluidos en la receta resurtible, encontramos diferencia en el estudio reportado por Ramírez ⁽⁶⁰⁾ donde los diagnósticos crónicos más significativos fueron DM2 con un 15.1% y HAS en un 12.2%

En la distribución del tipo de receta en este estudio fue de receta normal (64%) y 87 personas con receta resurtible (36%), sin embargo no se cuenta con estudio publicado comparativo para este resultado al igual que en otros estudios como el realizado por Mora ⁽³⁾, Llobet ⁽⁴⁾ donde reportan que los pacientes con enfermedades crónicas que presentan mayor satisfacción con la receta resurtible en otros países son mayores de 65 años o consumen más de 4 fármacos.

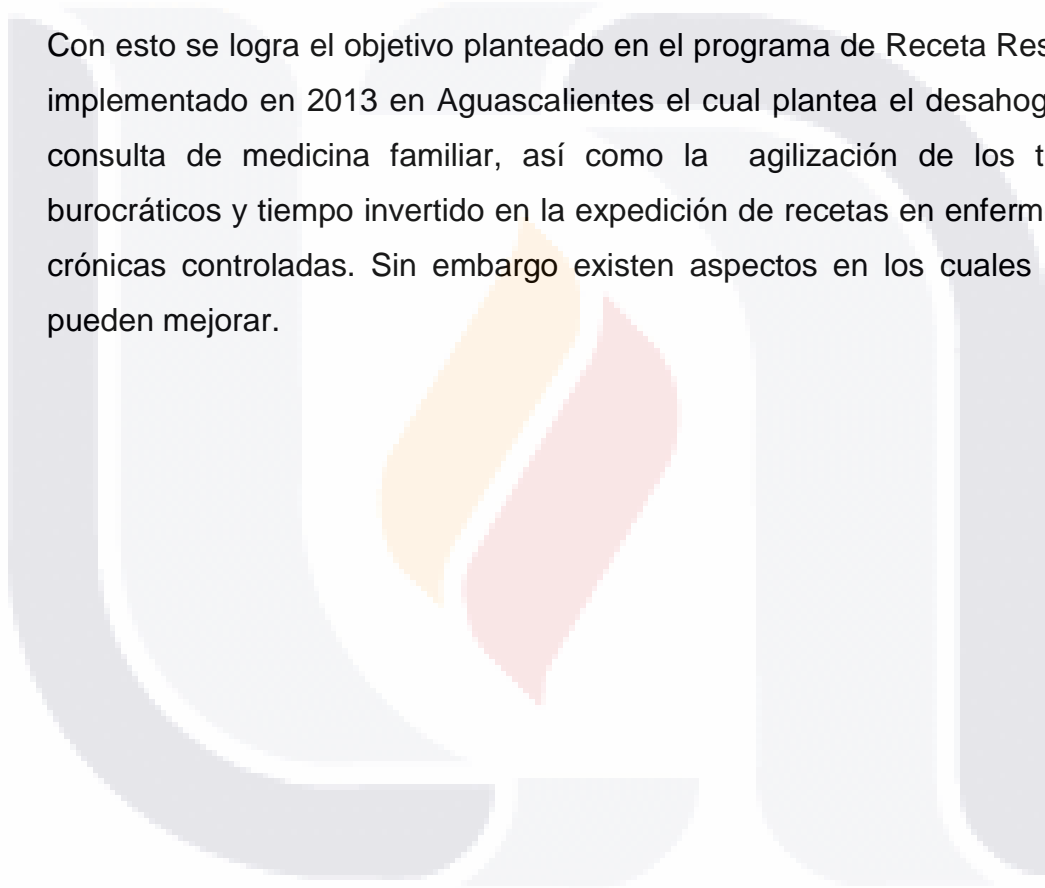
En este estudio, el conocer el grado de satisfacción de los pacientes involucró 3 dimensiones las cuales son; las Expectativas, las Experiencias y la Actitud de la atención recibida y los resultados de la misma. El Programa de Receta resurtible en México tiene como objetivo la optimización la consulta de medicina familiar, con el fin de favorecer la atención y desahogo de los servicios de primer y segundo nivel de atención ⁽²⁾, en este estudio se

corroboró que la satisfacción de las expectativas, obtuvo que el promedio de las respuestas para el grupo de receta resurtible fue de 4.41 (\pm .58), mientras que para el grupo de receta normal el promedio fue de 4.31 (\pm .67) con una t-student de 5.9 (α .000) se obtuvo que el grupo de receta resurtible tiene más expectativas que el grupo de receta normal. Con respecto a la experiencia se obtuvo que el grupo de receta resurtible tiene experiencias más positivas que el grupo de receta normal, con una media de 3.24 (\pm .98) y el grupo de receta normal una media de 2.91 (\pm .91). Se obtuvo que esta diferencia es estadísticamente significativa con una t-student de 14.38 (α .000). Y con respecto a la Actitud, se obtuvo que el grupo de receta resurtible tiene una media de 3.66 (\pm .1.07) y el grupo de receta normal 3.18 (\pm 1.02), esta diferencia entre ambos es estadísticamente significativa con una t-student de 10.65 (α .000). Todo esto nos indica que el programa de receta resurtible en la UMF no. 8 delegación Aguascalientes ha tenido buena aceptación el programa de receta resurtible ya que los usuarios se encuentran más satisfechos que los que reciben receta normal, este estudio concuerda con los estudios realizados por Mora ⁽³⁾ y Llobet ⁽⁴⁾, donde los usuarios se encuentran muy satisfechos aunque consideran que hay aspectos que pueden mejorar en relación con la organización y la accesibilidad.

XI. CONCLUSIONES

En el presente estudio se encuentra que la Satisfacción de los usuarios de receta resurtible presentan más grado de satisfacción que los pacientes que reciben receta normal en enfermedades crónicas controladas, en la UMF 8 Delegación Aguascalientes, tomando en cuenta las expectativas y experiencias de los usuarios así como la actitud que presenta el personal de salud e institución hacia el paciente.

Con esto se logra el objetivo planteado en el programa de Receta Resurtible, implementado en 2013 en Aguascalientes el cual plantea el desahogo de la consulta de medicina familiar, así como la agilización de los trámites burocráticos y tiempo invertido en la expedición de recetas en enfermedades crónicas controladas. Sin embargo existen aspectos en los cuales aún se pueden mejorar.



XII. RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD.

Promover a los médicos familiares la aplicación de los criterios de inclusión en los pacientes con control de enfermedades crónicas para incluirlos en el programa de receta resurtible.

Promover a los médicos familiares a realizar valoraciones completas a los usuarios ya incluidos en el programa de receta resurtible con el fin de mantener controlada su enfermedad crónica, así como otorgarles información sobre signos y síntomas de futuras complicaciones dependiendo la enfermedad crónica que padezca para detectar oportunamente periodos de descontrol de la enfermedad.

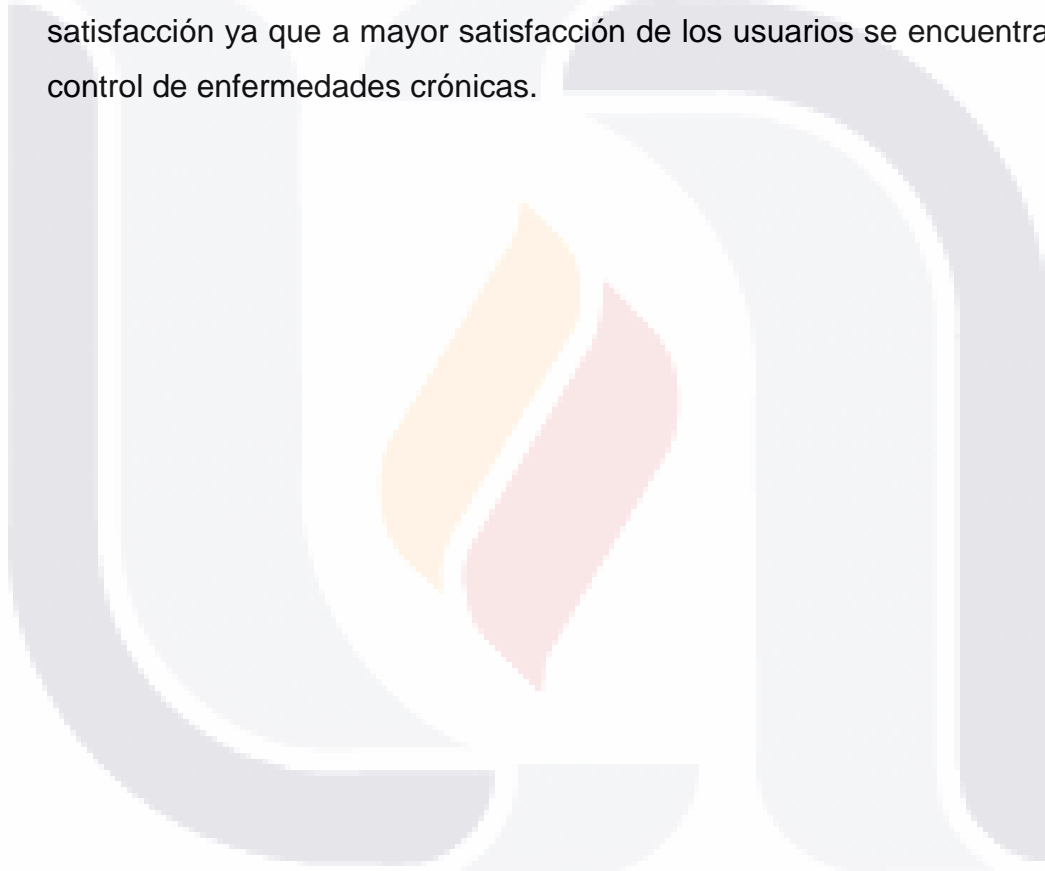
Exhortar a los usuarios de receta resurtible a acudir oportunamente en tiempo y forma a la recogida de sus medicamentos en fechas estipuladas para evitar la interrupción del tratamiento farmacológico con posibles repercusiones en el control de la patología.

Exhortar a los usuarios del programa de receta resurtible a expresar sus inconformidades sobre el programa con el fin de atender las deficiencias que pueda presentar el programa y realizar las mejoras del mismo y con ello presentar mayor satisfacción en la atención del paciente.

XIII. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.

Realizar una evaluación del programa de Receta resurtible tomando en cuenta aspectos como la edad del paciente, número de fármacos otorgados por paciente, escolaridad de los usuarios, aspectos de la relación médico paciente ya que estos datos han sido claves en estudios realizados en investigaciones de otros países.

Realizar mejoras continuas y evaluaciones mediante cuestionarios de satisfacción ya que a mayor satisfacción de los usuarios se encuentra mayor control de enfermedades crónicas.



XIV. GLOSARIO

Satisfacción: Se define satisfacción, según la real academia española, como;

1. Acción y efecto de satisfacer o satisfacerse. **2.** Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. **3.** Confianza o seguridad del ánimo. **4.** Cumplimiento del deseo o del gusto. ⁽¹⁷⁾

Satisfacción del Paciente: múltiples evaluaciones de distintos aspectos de la salud que son determinados por las percepciones, actitudes y procesos de comparación del usuario” ⁽¹⁾

Receta Individual: Es el formato autorizado sea digital o manuscrito expedido por el médico tratante legalmente capacitado, mediante el cual se prescribe el o los medicamentos necesarios para el tratamiento del paciente y con el cual se surten los medicamentos por parte de las farmacias en las unidades médicas. ⁽²⁴⁾

Receta Resurtible: Programa estratégico a partir del 2012 en el Instituto Mexicano del Seguro social con el objetivo Optimizar la consulta de medicina familiar, prescribiendo Recetas Resurtible en pacientes con enfermedades crónicas controladas, con el fin de favorecer la atención, desahogo de los servicios de urgencias en 1° y 2° nivel e impacto en la satisfacción del usuario. ⁽²⁾

XV. BIBLIOGRAFÍA.

1. Madrideojos-Mora, Parada Aradilla MA, Sanz RT. Management systems for the renewal of medical prescriptions: the vision of users and health professionals. *Aten Primaria*. 2007 Apr;39(4):195-200.
2. Proyecto estratégico de receta resurtible para la dotación de medicamentos a pacientes con padecimientos crónicos en la consulta de medicina familiar. Dirección de prestaciones médicas, Unidad de Atención Médica, Coordinación de Areas Médicas, Coordinación de Control de Abasto, IMSS 2013.
3. De Smet PA, Dautzenberg M. Repeat prescribing: scale, problems and quality management in ambulatory care patients. *Drugs*. 2004;64(16):1779-800
4. Satisfaction of patients suffering from type 2 diabetes and/or hypertension with care offered in family medicine clinics in Mexico. *salud pública de méxico / vol. 51, no. 3, mayo-junio de 2009*
5. Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*, 114(Supl 3), 26-33.
6. Bautista, J. C. P., & Lugo, N. S. (2014). Satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida por los pacientes diabéticos en los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo. México. 2005. *HORIZONTE SANITARIO*, 9(2), 32-43.
7. Vuković, M., Gvozdrenović, B. S., Gajić, T., Gajić, B. S., Jakovljević, M., & McCormick, B. P. (2012). Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care. *public health*, 126(8), 710-718.
8. Traveset, E. L., Mora, R. M., & Sanz, R. T. (2009). Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: estrategia para optimizar su utilización. *Atención primaria*, 41(9), 487-492.
9. Mora, R. M., Aradilla, M. Á. P., & Sanz, R. T. (2007). Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: la visión del usuario y del profesional sanitario. *Atención primaria*, 39(4), 195-200.

10. Seclén-Palacin, J., & Darras, C. (2005, June). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 66, No. 2, pp. 127-141). UNMSM. Facultad de Medicina.
11. Úbeda, J. S. V., Calvo, C. B., López, T. M., & Marín, P. N. (2005). Receta electrónica: de la utopía a la realidad. *Atención primaria*, 35(9), 451-457.
12. Roselló Farrás, M. D., González Solanellas, M., Pie Barrufet, I., Pérez Lucena, M. J., & Sans Lecussan, F. (1997). Prescripción repetida informatizada: seguimiento del consumo de fármacos y de las tarjetas de medicación autorizada los 3 primeros años. *Atención primaria*, 20(5), 251-254.
13. Linder-Pelz, S., & Struening, E. L. (1985). The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit. *Journal of community health*, 10(1), 42-54.
14. Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social science & medicine*, 16(5), 577-582.
15. Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science & Medicine*, 16(5), 583-589.
16. Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45(12), 1829-1843.
17. Diccionario de la real academia española, disponible en <http://lema.rae.es/drae/?val=satisfaccion>
18. La satisfacción del cliente [base de datos en línea]. Estudio de satisfacción del cliente; [fecha de acceso 10 de marzo del 2015], URL disponible en: <http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/3966/fichero/1%252F2.pdf>
19. Morales, V., & Hernández, A. (2004). Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. *Revista Digital. Buenos aires*.

20. Alcañiz, J. E. B., & Simó, L. A. (2004). Modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción en servicios de ocio y turismo. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, (21), 89-120.
21. Velázquez, B. M., & Contrí, G. B. (2011). El efecto de la satisfacción del cliente en la lealtad: aplicación en establecimientos minoristas. *Cuadernos de Administración*, 24(42), 101-124
22. Rodríguez, L. R. (2007). La Teoría de la Acción Razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación Educativa Duranguense*, (7), 66-77.
23. IMSS, 2012. MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. Localizado en la página web:
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-002-003_1.pdf
24. IMSS 2014, Diagnostico de salud 2014 Delegación estatal de Aguascalientes.
25. Navarro, M. G., Rives, L. M., Vicente, F. B., García, F. M., Gómez, M. L., & Candela, M. P. REVISION DE LA ORGANIZACION DE LA CONSULTA DE LARGO TRATAMIENTO. *Revista Española de Salud Pública*, 66(1), 29-37.
26. Camio, J. O. (2002). Nuevas soluciones tecnológicas al problema de las prescripciones repetidas. *Atención primaria*, 29(5), 303-304.
27. Southeast Texas Medical Associates. Medication Refill, Maintenance, Reconciliation and Safety. Southeast Texas Medical Associates. SETMA's published policy on medication refills.
28. Morningstar, B. A., Sketris, I. S., Kephart, G. C., & Sclar, D. A. (2002). Variation in pharmacy prescription refill adherence measures by type of oral antihyperglycaemic drug
29. Gazmararian, J. A., Kripalani, S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J., & Rask, K. (2006). Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: A focus on health literacy. *Journal of*

- general internal medicine*, 21(12), 1215-1221. herapy in seniors in Nova Scotia, Canada. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 27(3), 213-220.
30. Censo de población y vivienda INEGI 2010, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Panorama sociodemográfico de Aguascalientes
31. Encuesta Nacional de Salud 2012 de Aguascalientes
32. Morris, A. B., Li, J., Kroenke, K., Bruner-England, T. E., Young, J. M., & Murray, M. D. (2006). Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 26(4), 483-492.
33. Krigsman, K., Nilsson, J. L. G., & Ring, L. (2007). Adherence to multiple drug therapies: refill adherence to concomitant use of diabetes and asthma/COPD medication. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 16(10), 1120-1128.
34. Kane, S., & Shaya, F. (2008). Medication non-adherence is associated with increased medica
35. Law, M. R., Soumerai, S. B., Ross-Degnan, D., & Adams, A. S. (2008). A longitudinal study of medication nonadherence and hospitalization risk in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(1), 47-53. I health care costs. *Digestive diseases and sciences*, 53(4), 1020-1024.
36. Haupt, D., Weitoft, G. R., & Nilsson, J. L. G. (2009). Refill adherence to oral antihyperglycaemic drugs in Sweden. *Acta diabetologica*, 46(3), 203-208.
37. Vink, N. M., Klungel, O. H., Stolk, R. P., & Denig, P. (2009). Comparison of various measures for assessing medication refill adherence using prescription data. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 18(2), 159-165.
38. Van Bruggen, R., Gorter, K., Stolk, R. P., Zuithoff, P., Klungel, O. H., & Rutten, G. E. (2009). Refill adherence and polypharmacy among patients with type 2 diabetes in general practice. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 18(11), 983-991.

39. Wong, M., Kong, A. P., So, W. Y., Jiang, J. Y., Chan, J. C., & Griffiths, S. M. (2011). Adherence to oral hypoglycemic agents in 26 782 Chinese patients: a cohort study. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 51(10), 1474-1482.
40. Granada A. (2010), Intervención en revisión del tratamiento farmacológico.



XVI. ANEXOS

ANEXO A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2015

| ACTIVIDADES | MZO | ABR | MAY | JUN | JUL | AGS | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ELECCIÓN DE TEMA | X | | | | | | | | | |
| REVISIÓN DE LITERATURA | | X | X | X | | | | | | |
| ACOPIO DE BIBLIOGRAFIA | | | X | X | X | | | | | |
| DISEÑO DE PROTOCOLO | | | | | X | X | | | | |
| ANTECEDENTES CIENTIFICOS | | | | | X | X | | | | |
| JUSTIFICACION | | | | | | X | | | | |
| INTRODUCCIÓN | | | | | | X | | | | |
| HIPÓTESIS | | | | | | X | | | | |
| REVISIÓN DE PROTOCOLO | | | | | | X | X | | | |
| REGISTRO DE PROTOCOLO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN | | | | | | | X | | | |
| ACOPIO DE INFORMACIÓN | | | | | | | X | X | | |
| CAPTURA Y TABULACIÓN DE DATOS | | | | | | | X | X | | |
| ANALISIS DE RESULTADOS | | | | | | | X | X | | |
| AUTORIZACION | | | | | | | | X | X | |
| ELABORACION DE TESIS | | | | | | | | | X | X |

ANEXO B.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Nombre del estudio: "Comparar la satisfacción de los usuarios del programa de resurtible contra los de receta normal en la UMF 8 del IMSS, Delegación Aguascalientes"

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: _____

Justificación y objetivo del estudio: Satisfacción de los usuarios de la Receta Resurtible comparada con la receta normal en la UMF No. 8, IMSS Delegación Aguascalientes.

Procedimiento: Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una entrevista que consta de 70 preguntas de opción múltiple con escala tipo Likert las cuales 30 preguntas son referentes a mis expectativas, 30 preguntas correspondientes a mi experiencia y 10 con la satisfacción que tengo con el servicio de receta resurtible o receta normal, guardando la confidencialidad y anonimato. No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario, las molestias en este caso serían únicamente proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me aplicaran.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: un posible beneficio es que su participación en éste estudio le proporcione información sobre su calidad de vida. Si bien los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio contribuirán al avance del conocimiento de su calidad de vida y futuros programas de prevención y manejo de las mismas.

Participación o retiro: entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo deseé conveniente.

Privacidad y Confidencialidad: El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificarla en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio.

Beneficios al termino del estudio: mejoras en los factores que influyen en la satisfacción de los usuarios del programa de receta resurtible.

Aguascalientes, Aguascalientes. A _____ de _____ del 201____.

Nombre y Firma del Participante

Testigo 1

Dra. Cynthia Karina González Iñiguez

Testigo 2

ANEXO C: INSTRUMENTO DE EVALUACION DE SATISFACCION.

TIPO DE RECETA _____

FOLIO _____

Nombre: _____ Ocupación _____ Edo. Civil _____

F M

Enfermedad Crónica _____

Es importante para nosotros, conocer lo que usted piensa de la atención médica que se le otorga. La información que nos proporcione, servirá para mejorar la calidad de la atención médica que se le brinda por lo que le pedimos conteste francamente cada una de las siguientes preguntas.

Agradecemos de antemano su atención y participación.

Para cada una de las siguientes preguntas le pedimos que vea la hoja de respuestas y nos responda la opinión que usted tiene respecto a la situación que se presenta en la pregunta.

Con las siguientes 30 preguntas queremos saber su **opinión** respecto a las cosas que puede hacer que usted se sienta **satisfecho** con la atención recibida y la forma de obtener el tratamiento de su enfermedad en su consulta de medicina familiar.

| PREGUNTA | COMPLETAMENTE DE ACUERDO | DE ACUERDO | INDIFERENTE | EN DESACUERDO | COMPLETAMENTE EN DESACUERDO | CALIFICACION |
|--|--------------------------|------------|-------------|---------------|-----------------------------|--------------|
| 1. Al ser consultado por su médico familiar espera que su enfermedad este controlada. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 2. Al ser consultado por su Médico Familiar esperaba usted que el tratamiento indicado fuera fácil de cumplir. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 3. Cuando el médico lo empezó a tratar con receta normal, usted esperaba que no le constara mucho el tiempo hacer lo que el médico le indicó para controlar su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 4. Cuando el médico familiar le pedía exámenes del laboratorio, usted esperaba que no se tardaran mucho tiempo en tomarle los exámenes. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 5. Cuando el médico familiar le indicaba que siguiera una dieta, usted esperaba que la dieta fuera fácil de hacer. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 6. Cuando acude con su médico familiar a consulta, usted espera aprender más acerca de su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

TIPO DE RECETA _____

FOLIO _____

| PREGUNTA | TIPO DE RECETA | | | | | CALIFICACION |
|--|--------------------------|------------|-------------|---------------|-----------------------------|--------------|
| | COMPLETAMENTE DE ACUERDO | DE ACUERDO | INDIFERENTE | EN DESACUERDO | COMPLETAMENTE EN DESACUERDO | |
| 7. Cuando acudo con mi médico familiar a la consulta, espero que el médico me ayude a tener mucha voluntad para cumplir con mi tratamiento. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 8. Cuando su médico familiar le indicaba que hiciera ejercicio, usted esperaba que no le costara hacerlo. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 9. Al pedir una cita con mi médico familiar usted esperaba que se la dieran en 2 días o menos. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 10. Al pedir una cita con su médico familiar usted esperaba que se la dieran el mismo día. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 11. Cuando acude a consulta con su médico familiar usted espera que no tarden más de 15 minutos para pasar a consulta. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 12. Cuando acude con su médico familiar usted espera que le consulten sin haber hecho una cita. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 13. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico familiar le dedique el tiempo suficiente para su atención. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 14. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico le explicara cuidadosamente cuál es su problema con su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 15. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico le explique cuidadosamente lo que tiene que hacer para atender su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 16. Cuando acude con su médico familiar usted espera discutir todos sus problemas de salud con su médico. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 17. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico NO lo regañe por su problema de salud. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 18. Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico familiar respete sus sentimientos. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 19. Cuando acude con su médico familiar usted espera que en el consultorio se tengan los instrumentos y materiales para recibir una buena atención. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

TIPO DE RECETA

FOLIO

| PREGUNTA | TIPO DE RECETA | | | | | | FOLIO | | | | | |
|---|--------------------------|------------|-------------|---------------|-----------------------------|--------------|--------------------------|------------|-------------|---------------|-----------------------------|--------------|
| | COMPLETAMENTE DE ACUERDO | DE ACUERDO | INDIFERENTE | EN DESACUERDO | COMPLETAMENTE EN DESACUERDO | CALIFICACION | COMPLETAMENTE DE ACUERDO | DE ACUERDO | INDIFERENTE | EN DESACUERDO | COMPLETAMENTE EN DESACUERDO | CALIFICACION |
| 20. Cuando acude a consulta con su médico familiar usted espera que su médico lo trate con respeto. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 21. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea muy cuidadoso cuando lo examina. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 22. Cuando acude con su médico familiar usted espera que le explique lo que hace cuando lo examina. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 23. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que le explique claramente los resultados de sus exámenes de laboratorio. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 24. Cuando usted hablo por teléfono a la clínica para solicitar cita con su médico familiar usted espero no tener problemas con la llamada. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 25. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que el médico le dé el tiempo suficiente consultándolo. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 26. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea competente para ayudarle a controlar su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 27. cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea minucioso durante toda la consulta. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 28. cuando usted acude con su médico familiar usted espera que el consultorio sea un lugar agradable. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 29. Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que las palabras que utilice sean fáciles de entender. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 30. cuando usted acude con su médico familiar usted espera que la sala de espera sea un lugar agradable. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

SATISFACCON **TIPO DE RECETA** _____ **FOLIO:**

Para cada una de las siguientes 30 preguntas le pedimos que vea la hoja de respuestas, y nos responda con qué frecuencia vive usted la experiencia que se le pregunta.

Por ejemplo: vea usted la hoja de respuestas y dígame;

Con que frecuencia el camión que me lleva a mi casa tarda mucho en pasar. (-) 1 - 2 - 3 - 4 - 5.

Con que frecuencia acido a mis citas con mi médico familiar puntualmente (+) 1- 2 – 3 – 4 – 5.

Con las siguientes 30 preguntas queremos saber su **experiencia** respecto a las cosas que pueden hacer que usted se sienta **satisfecho** con la atención recibida en consulta de medicina familiar.

Le pido que piense en todas las consultas que ha recibido por su médico familiar y me responda las veces que a usted le pasa la experiencia que se le pregunta.

| PREGUNTA | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | ALGUNAS VECES | CASI NUNCA | NUNCA | CALIFICACION |
|---|---------|--------------|---------------|------------|-------|--------------|
| 31. Con que frecuencia no se le entrega su medicamento completo con receta resurtible. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 32. con que frecuencia encuentra dificultades para cumplir con el tratamiento indicado por su médico familiar. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 33. Con que frecuencia le toma mucho tiempo hacer lo que el médico familiar le indico para controlar su enfermedad. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 34. Con que frecuencia se tardan mucho tiempo en resurtir su medicamento indicado por el médico familiar (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 35. Con que frecuencia encuentra muy rígida la dieta indicada por su médico familiar (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 36. Con que frecuencia en la consulta con su médico familiar le enseña más acerca de su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 37. Con que frecuencia en la consulta con su médico familiar recibe usted el apoyo para lograr más voluntad para cumplir con el tratamiento de su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 38. Con que frecuencia le cuesta trabajo hacer el ejercicio que le indicó su médico familiar. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 39. Con que frecuencia cuando pide una cita con su médico familiar tarda más de dos días en atenderle. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 40. Con que frecuencia cuando pide una cita con su médico familiar se la dan para el mismo día. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

TIPO DE RECETA _____ FOLIO _____

| PREGUNTA | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | ALGUNAS VECES | CASI NUNCA | NUNCA | CALIFICACION |
|---|---------|--------------|---------------|------------|-------|--------------|
| 41. Con que frecuencia cuando acude a consulta con su médico familiar usted tiene que esperar más de 15 minutos para pasar a consulta (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 42. Con que frecuencia cuando acude a consulta con su médico familiar le consulta sin tener una cita (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 43. Con que frecuencia en la consulta con su médico familiar le dedica el tiempo suficiente para atenderlo. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 44. Con que frecuencia su médico familiar le explica cuidadosamente cuál es su problema con la diabetes. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 45. Con que frecuencia su médico familiar le explica cuidadosamente todo lo que tiene que hacer para atender su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 46. Con que frecuencia usted puede discutir todos sus problemas de salud con su médico familiar. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 47. con que frecuencia su médico familiar lo regaña por sus problemas de salud (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 48. Con que frecuencia su médico familiar NO respeta sus sentimientos. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|
| 49. Con que frecuencia escucha a su médico familiar decir que no tiene los instrumentos y materiales necesarios para brindarle una buena atención. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 50. Con que frecuencia en la consulta de su médico familiar usted siente que su médico no lo respeta. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 51. Con que frecuencia su médico familiar no es cuidadoso cuando lo examina. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 52. Con que frecuencia su médico familiar le explica lo que hace cuando lo examina. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 53. Con que frecuencia su médico familiar le explica claramente los resultados de los laboratorios (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 54. Con que frecuencia cuando usted habla por teléfono para solicitar cita con su médico familiar usted tiene problemas con su llamada. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

TIPO DE RECETA _____ FOLIO _____

| PREGUNTA | TIPO DE RECETA | | | | | CALIFICACION |
|---|----------------|--------------|---------------|------------|-------|--------------|
| | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | ALGUNAS VECES | CASI NUNCA | NUNCA | |
| 55. Con que frecuencia el médico familiar le brinda el tiempo suficiente en la consulta. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 56. Con que frecuencia usted siente que su médico familiar es competente para ayudarlo a controlar su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 57. Con que frecuencia cuando usted acude con su médico familiar NO es lo suficientemente minucioso al atenderle en la consulta.(-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 58. Con que frecuencia cuando acude con su médico familiar siente que el consultorio no es un lugar agradable. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 59. Con que frecuencia cuando usted acude con su médico Familiar, no le entiende a las palabras que le dice (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 60. Con que frecuencia cuando acude con su médico familiar le molesta estar en la sala de espera. (-) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

SATISFACCIÓN TIPO DE RECETA _____
 FOLIO _____

Para cada una de las siguientes preguntas le pedimos que vea la hoja de respuestas, y nos responda la opinión que usted tiene respecto a la situación que se presenta en la pregunta.

Con las siguientes 10 preguntas queremos saber que tan satisfecho esta usted con la atención recibida por su médico familiar durante la consulta.

| PREGUNTA | MUY SATISFECHO | MAS O MENOS SATISFECHO | INDIFERENTE | MAS O MENOS INSATISFECHO | MUY INSATISFECHO | CALIFICACION | | | | | |
|--|----------------|------------------------|-------------|--------------------------|------------------|--------------|--|--|--|--|--|
| 61. Está usted de acuerdo con el actual tratamiento de su enfermedad y el tipo de receta que recibe. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | |
| 62. Está usted de satisfecho con el resultado del laboratorio posterior al tratamiento para el control de su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | |
| 63. Esta usted satisfecho con lo que sabe usted de su enfermedad. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | |
| 64. Que tan satisfecho se siente como para continuar con el mismo tipo de tratamiento de su enfermedad (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | |
| 65. Esta usted satisfecho con las veces que el médico familiar lo ha enviado con el médico especialista. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | |
| 66. Esta usted satisfecho con el tiempo que permanece en la consulta con su médico familiar. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | |
| 67. Esta usted satisfecho con la atención médica recibido por su médico familiar. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | |
| 68. Esta usted satisfecho con los instrumentos y materiales con los que le atiende el médico familiar. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | |
| 69. Esta usted satisfecho con lo que el médico familiar hace en consulta. (+) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | |
| 70. Hay algunas cosas de la atención médica que le brinda su médico que pueda mejorar (+) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

ANEXO D

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

| OBJETIVO | VARIABLE | CONCEPTO | INDICADORES | ITEM | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | |
|--|--|--|---|------|------------------|-------------|---------|
| Caracterizar a la población en estudio | Edad | Años de vida cumplidos al momento de la observación | Años cumplidos | A | Cuantitativa | Continua | |
| | Género | Clasificación del sexo del paciente. | Femenino | B | Cualitativa | Nominal | |
| | | | Masculino | | | | |
| | Ocupación | Tipo de trabajo que desempeña el paciente. | Ama de casa, obrero, empleado, pensionado | C | Cualitativa | Nominal | |
| | Estado civil | Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace con sus vínculos personales del mismo u otro sexo. | Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre | D | Cualitativa | Nominal | |
| | Resurtido | Número de recetas resurtibles que se canjearon en farmacia. | | | E | Cualitativa | Nominal |
| | | Número de recetas normales canjeadas en farmacia. | | | | | |
| Surtido | Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. | | | F | Cualitativa | Nominal | |
| | | Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica. | | | G | Cualitativa | Nominal |
| DM2 | | Diagnóstico de Osteoartrosis, artrosis degenerativa por región, | | | | | |

| | | | | | |
|--|------------------------|--|---|-------------|---------|
| | HAS | espondiloartrosis, coxartrosis, gonartrosis, artritis crónica juvenil, artrosis, enfermedades articulares | H | Cualitativa | Nominal |
| | Artropatías | Diagnósticos de xifosis, lordosis, espondiloartropatia espondilitis anquilosante, estenosis espinal, Trastornos de disco, espondilosis, síndrome doloroso cervico-dorsolumbar. | I | Cualitativa | Nominal |
| | Disartropatías | Diagnóstico de psoriasis, dermatomiositis, polimiositis y esclerosis sistémica, tiñas, onicomicosis. Diagnóstico de Epilepsia de niños y adultos. | J | Cualitativa | Nominal |
| | | Diagnóstico de Bronquitis crónica | | | |
| | | Diagnóstico de Asma Bronquial. | | | |
| | | Diagnóstico de Síndrome de colon irritable. | | | |
| | Dermatopatías crónicas | Diagnóstico de hipotiroidismo. | K | Cualitativa | Nominal |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|---|-------------|---------|
| | Epilepsia en niños y adultos. | | | L | Cualitativa | Nominal |
| | Bronquitis crónica | | | | | |
| | Asma Bronquial | | | M | Cualitativa | Nominal |
| | Síndrome de Colon Irritable | | | N | Cualitativa | Nominal |
| | Enfermedad de la glándula tiroidea. | | | Ñ | Cualitativa | Nominal |
| | | | | O | Cualitativa | Nominal |

| OBJETIVO | DEFINICIÓN | DIMENSIONES | INDICADORES | TIPO DE VARIABLES | ITEMS | ESCALA DE MEDICION |
|---|---|--|--|---------------------------------------|---------------------|--------------------|
| <p>Medir la actitud del paciente con Receta Resurtible.</p> <p>Medir la actitud del paciente con Receta Normal.</p> <p>Comparar la actitud del paciente con Receta Resurtible</p> | <p>La medición de la actitud del paciente en la receta resurtible y receta normal, su apego a tratamiento, a las indicaciones y recomendaciones médicas, donde el paciente reconoce el papel activo que debe tener en la toma de decisiones para mejorar su salud y calidad de vida</p> | <p>Actitud: cumplimiento con las citas, cumplimiento terapéutico, seguimiento de recomendaciones médicas, recogida puntual de las receta mensual, etc.</p> | <p>- Está usted de acuerdo con el actual tratamiento de su enfermedad y el tipo de receta que recibe.</p> <p>- Está usted de satisfecho con el resultado del laboratorio posterior al tratamiento para el control de su enfermedad.</p> <p>- Esta usted satisfecho con lo que sabe</p> | <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> | <p>61</p> <p>62</p> | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|---|
| <p>con la actitud de los de receta de normal.</p> | | | <p>usted de su enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que tan satisfecho se siente como para continuar con el mismo tipo de tratamiento de su enfermedad. - Esta usted satisfecho con las veces que el médico familiar lo ha enviado con el médico especialista. - Esta usted satisfecho con el tiempo que permanece en la consulta con su médico familiar. - Esta usted satisfecho con la atención médica recibido por su médico familiar. - Esta usted satisfecho con los instrumentos y materiales con los que le atiende el médico familiar. - Esta usted satisfecho con lo que el médico familiar hace en consulta. - Hay algunas cosas de la atención médica que le brinda su médico que pueda mejorar. | <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> | <p>63</p> <p>64</p> <p>65</p> <p>66</p> | <ul style="list-style-type: none"> a. Muy Satisfecho b. Más o menos satisfecho. c. Indiferente d. Más o menos insatisfecho. e. Muy Insatisfecho. |
|---|--|--|--|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|
| <p>Medir las expectativas del paciente con Receta Resurtible.</p> <p>Medir las expectativas del paciente con Receta Normal.</p> | <p>La medición de las expectativas del paciente con receta resurtible y receta normal, conocer lo que el paciente espera y desea de la atención médica, brindar una atención de calidad.</p> | <p>Expectativas</p> <p>Lo que el paciente espera de su atención médica como por ejemplo, el control de su enfermedad crónica, evitar las complicaciones relacionadas a su patología, mejorar su calidad de vida, sentir confianza con su médico al expresarle sus</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Al ser consultado por su médico familiar espera que su enfermedad este controlada. - Al ser consultado por su Médico Familiar esperaba usted que el tratamiento indicado fuera fácil de cumplir. - Cuando el médico lo empezó a tratar con receta normal, usted esperaba que no le constara mucho el tiempo hacer lo que el médico le indicó para controlar su enfermedad. - Cuando el médico familiar le pedía exámenes del laboratorio, usted esperaba que no se tardaran mucho tiempo en tomarle los exámenes. - Cuando el médico familiar le indicaba que siguiera una dieta, usted esperaba que la dieta fuera fácil de hacer. - Cuando acude con su médico familiar a consulta, | <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> | <p>67</p> <p>68</p> <p>69</p> <p>70</p> <p>1</p> | |
|---|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--------------|---|--|
| | | <p>haber hecho una cita.</p> <p>- Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico familiar le dedique el tiempo suficiente para su atención.</p> | Cualitativa | 5 | |
| | | <p>- Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico le explicara cuidadosament e cuál es su problema con su enfermedad.</p> | Cualitativa | 6 | |
| | | <p>- Cuando acude con su médico familiar usted espera discutir todos sus problemas de salud con su médico.</p> | Cualitativa. | 7 | |
| | | <p>- Cuando acude con su médico familiar usted espera que su médico NO lo regañe por su problema de salud.</p> <p>- Cuando acude con su médico familiar usted espera</p> | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|-------------|----|--|
| | | que su médico familiar respete sus sentimientos. | Cualitativa | 8 | |
| | | - Cuando acude con su médico familiar usted espera que en el consultorio se tengan los instrumentos y materiales para recibir una buena atención. | Cualitativa | 9 | |
| | | - Cuando acude a consulta con su médico familiar usted espera que su médico lo trate con respeto. | | | |
| | | - Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea muy cuidadoso cuando lo examina. | Cualitativa | 10 | |
| | | - Cuando acude con su médico familiar usted espera que le explique lo que hace cuando lo examina. | Cualitativa | 11 | |
| | | - Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que le explique claramente los resultados de sus exámenes de laboratorio. | | | |
| | | - Cuando usted hablo por teléfono a la clínica para | Cualitativa | 12 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|----|--|
| | | | <p>solicitar cita con su médico familiar usted espero no tener problemas con la llamada.</p> <p>- Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que el médico le dé el tiempo suficiente consultándolo.</p> | Cualitativa | 13 | |
| | | | <p>- Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea competente para ayudarlo a controlar su enfermedad.</p> <p>- Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que su médico sea minucioso durante toda la consulta.</p> | Cualitativa | 14 | |
| | | | <p>- Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que el consultorio sea un lugar agradable.</p> <p>- Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que las palabras que utilice sean fáciles de entender.</p> <p>- Cuando usted acude con su médico familiar usted espera que la sala de</p> | Cualitativa | 15 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|----|--|
| | | | <p>espera sea un lugar agradable.</p> <p>- Con qué frecuencia no se le entrega su medicamento completo con receta resurtible.</p> | Cualitativa | 16 | |
| | | | <p>- Con qué frecuencia encuentra dificultades para cumplir con el tratamiento indicado por su médico familiar.</p> <p>- Con qué frecuencia le toma mucho tiempo hacer lo que el médico familiar le indico para controlar su enfermedad.</p> | Cualitativa | 17 | |
| | | | <p>- Con qué frecuencia se tardan mucho tiempo en resurtir su medicamento indicado por el médico familiar.</p> <p>- Con qué frecuencia encuentra muy rígida la dieta indicada por su médico familiar.</p> <p>- Con qué frecuencia en la consulta con su médico familiar le enseña más acerca de su enfermedad.</p> | Cualitativa | 18 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|-------------|----|--|
| | | | - Con qué frecuencia en la consulta con su médico familiar recibe usted el apoyo para lograr más voluntad para cumplir con el tratamiento de su enfermedad. | Cualitativa | 19 | |
| | | | - Con qué frecuencia le cuesta trabajo hacer el ejercicio que le indicó su médico familiar. | Cualitativa | 20 | |
| | | | - Con qué frecuencia cuando pide una cita con su médico familiar tarda más de dos días en atenderle. | Cualitativa | 21 | |
| | | | - Con qué frecuencia cuando pide una cita con su médico familiar se la dan para el mismo día. | Cualitativa | 21 | |
| | | | - Con qué frecuencia cuando acude a consulta con su médico familiar usted tiene que esperar más de 15 minutos para pasar a consulta. | Cualitativa | 22 | |
| | | | - Con qué frecuencia cuando acude a consulta con su médico familiar le consulta sin tener una cita. | Cualitativa | 22 | |
| | | | - Con qué frecuencia en la | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|
| | | | <p>consulta con su médico familiar le dedica el tiempo suficiente para atenderlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia su médico familiar le explica cuidadosament e cuál es su problema con la diabetes. - Con qué frecuencia su médico familiar le explica cuidadosament e todo lo que tiene que hacer para atender su enfermedad. - Con qué frecuencia usted puede discutir todos sus problemas de salud con su médico familiar. - Con qué frecuencia su médico familiar lo regaña por sus problemas de salud. - Con qué frecuencia su médico familiar NO respeta sus sentimientos. - Con qué frecuencia escucha a su médico familiar decir que no tiene los instrumentos y materiales necesarios para brindarle una buena atención. | <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> | <p>23</p> <p>24</p> <p>25</p> | |
|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|

| | | | | | | |
|--|--|-------------|---|-------------|----|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia en la consulta de su médico familiar usted siente que su médico no lo respeta. | Cualitativa | 26 | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia su médico familiar no es cuidadoso cuando lo examina. | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia su médico familiar le explica lo que hace cuando lo examina. | Cualitativa | 27 | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia su médico familiar le explica claramente los resultados de los laboratorios. | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia cuando usted habla por teléfono para solicitar cita con su médico familiar usted tiene problemas con su llamada. | Cualitativa | 28 | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia el médico familiar le brinda el tiempo suficiente en la consulta. | Cualitativa | | |
| | | Experiencia | <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia usted siente que su médico familiar es competente para ayudarle a | | 29 | |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--------------------|-----------|--|
| <p>Medir las experiencias del paciente con Receta Resurtible.</p> | <p>Medir las experiencias que el paciente ha tenido con el programa de receta resurtible y con la receta normal, la entrega a tiempo de sus medicamentos,</p> | <p>Las ventajas o desventajas que ha presentado al seguir su tratamiento, y las indicaciones impuestas por los médicos, al acudir a sus citas, el trato recibido por el personal de salud, la existencia de los fármacos en farmacia, la puntualidad de la entrega, etc.</p> | <p>controlar su enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia cuando usted acude con su médico familiar NO es lo suficientemente minucioso al atenderle en la consulta. | <p>Cualitativa</p> | <p>30</p> | |
| <p>Medir las experiencias del paciente con Receta Normal.</p> | | | <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia cuando acude con su médico familiar siente que el consultorio no es un lugar agradable. | <p>Cualitativa</p> | <p>31</p> | |
| <p>Comparar las experiencias del paciente con Receta Resurtible con las expectativas de los de receta normal.</p> | | | <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia cuando usted acude con su médico Familiar, no le entiende a las palabras que le dice. | <p>Cualitativa</p> | <p>32</p> | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Con qué frecuencia cuando acude con su médico familiar le molesta estar en la sala de espera. | <p>Cualitativa</p> | <p>33</p> | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|----|--|
| | | | | Cualitativa | 34 | |
| | | | | Cualitativa | 35 | |
| | | | | Cualitativa | 36 | |
| | | | | Cualitativa | 37 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|----|---|
| | | | | Cualitativa | 38 | a. Siempre b. Casi siempre c. Algunas Veces d. Casi nunca e. Nunca. |
| | | | | Cualitativa | 39 | |
| | | | | Cualitativa | 40 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|----|--|
| | | | | Cualitativa | 41 | |
| | | | | Cualitativa | 42 | |
| | | | | Cualitativa | 43 | |
| | | | | Cualitativa | 44 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|----|--|
| | | | | Cualitativa | 45 | |
| | | | | Cualitativa | 46 | |
| | | | | Cualitativa | 47 | |
| | | | | Cualitativa | 48 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|----|--|
| | | | | Cualitativa | 49 | |
| | | | | Cualitativa | 50 | |
| | | | | Cualitativa | 51 | |
| | | | | Cualitativa | 52 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|----|--|
| | | | | Cualitativa | 53 | |
| | | | | Cualitativa | 54 | |
| | | | | Cualitativa | 55 | |
| | | | | Cualitativa | 56 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|----|--|
| | | | | Cualitativa | 57 | |
| | | | | Cualitativa | 58 | |
| | | | | Cualitativa | 59 | |
| | | | | Cualitativa | 60 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

