



# Investigación Original

Calidad del usuario interno: actitud de médicos de atención primaria hacia el equipo de salud en ciudad de México, México

*Intern user quality: primary care physician's attitude to the healthcare team in Mexico city, Mexico*

## RESUMEN

Omar Fernando Ramírez de la Roche, Antr. Mag. Adm. Sal. (1), Miguel Ángel Fernández-Ortega, Méd.Dr., MF (2); Arnulfo Irigoyen-Coria, Méd.Dr., MF, Mag.Edc. (3), Alfonso López-Serrano Méd.Dr., MF (4), Laura Eugenia Baillet- Esquivel Méd.Dr., MF (5).

**Objetivos:** Identificar la actitud de los médicos familiares y generales hacia el resto del equipo de salud en la ciudad de México, México, como un modo de evaluar la calidad del usuario interno.

**Diseño:** Estudio descriptivo, transversal, exploratorio, basado en servicios.

**Ámbito:** Cuatro clínicas del Instituto de Servicios de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

**Participantes:** Muestra por conveniencia de 72 Médicos, los cuales laboraban entre agosto y septiembre de 2005, en las clínicas del ISSSTE seleccionadas.

**Principales mediciones:** Actitud de los médicos respecto a las funciones del resto del equipo de salud, en las áreas técnica administrativa, técnico médica y de docencia e investigación. Se emplearon escalas de Likert que iban del uno al cinco, donde uno es favorable y cinco desfavorable,

**Resultados:** La muestra presentó una actitud promedio ubicada entre tres y cuatro, es decir: entre "ni de acuerdo ni en desacuerdo" y "en desacuerdo". El grupo de mujeres presentó un promedio ligeramente menos favorable: 3.56 puntos contra 3.20 de sus pares varones. El área peor calificada fue la técnico administrativa con un puntaje promedio de cuatro.

**Conclusiones:** Se documentó una tendencia general hacia la actitud desfavorable del médico en relación al resto del equipo de salud. Ello podría determinar un clima laboral menos favorable hacia los otros usuarios internos.

**Descriptor:** Clínicas de medicina familiar, escala de actitudes, equipo de salud.

Investigación original sujeta a arbitraje.

Fecha de presentación: 1 de Marzo 2008

Fecha de aceptación: 30 de Setiembre 2008

Fecha de publicación (on line): 11 de Noviembre 2008

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim.

Int. 2008, 2 (3): 149-154

Este artículo esta disponible en [www.idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

## Filiación de los Autores:

Departamento de Medicina Familiar. División de Estudios de Posgrado, facultad de Medicina. Universidad Autónoma de México. UNAM(1, 2, 3, 5). Clínica de Medicina Familiar "Fuentes Brotantes". ISSSTE (4).

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag. Adm. Sal.: Magíster en Administración en Salud. Mag.Edc: Magíster en Edición .

Correspondencia para el autor:

Mag. Omar Ramírez R: [omaramirez26@yahoo.com.mx](mailto:omaramirez26@yahoo.com.mx)



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the attitude toward the rest of the health team by general and family doctors in México City, México, as a way to assess the intern user quality.

**Design:** Descriptive, cross-sectional, exploratory, service-based study,

**Settings:** Four clinics of the Institute of Social Security for Governmental Workers (ISSSTE) in México City, México.

**Participants:** Not random sample of 72 physicians, working on selected ISSTE clinics, between August and September 2005.

**Main outcome measures:** Attitude from physicians to the rest of healthcare team functions, in areas of medical management technique, technical and medical research and teaching. Were used Likert scales from one to five, where one is favorable and five unfavorable.

**Results:** The sample presented an attitude located among three and four, that is to say: among "not in agreement not in disagreement" and "in disagreement". The group of women presented a less favorable average than men: 3.56, against 3.20. The area technical administrative showed de worst qualification, with four.

**Conclusions:** Was founded a general trend to a unfavorable attitude of physicians, to the rest of the health team. This situation would determine a less favorable laboral context to the other intern users.

**Keywords:** Health Care, Quality of Health Care, Human Resources Management.

## INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de calidad de servicios suele hacerse la diferenciación entre calidad del usuario externo, el aspecto más estudiado y relacionado a la atención que se da a beneficiarios y pacientes, y la calidad del usuario o cliente interno, ligada al clima laboral vivido por quienes prestan dichos servicios. La actitud de los médicos familiares en relación al resto del equipo de salud, al formar parte de los estímulos que éstos últimos reciben de su institución, tendrá un peso importante en su sensación de agrado o desagrado con ésta, siendo así importante para la calidad del usuario interno. Si bien la actitud no determina la conducta, su estudio es importante pues existe una estrecha relación entre ambas, y ejerciendo influencia en la primera es posible controlar o aun cambiar la conducta final [1, 2].

Se sabe que en España, existen estudios sobre la actitud hacia el trabajo de grupos de atención primaria que suponen un cambio conceptual y de modo de actuar de profesionistas que en su mayoría, se han formado en modelos exclusivamente individualistas y biologicistas [3]; También se ha investigado la actitud para el trabajo de equipo en salud mental [4] y en la promoción de la salud [5].

Otros trabajos indican que el estudio de las actitudes en el sector salud se ha limitado al análisis de la relación médico-enfermo en los estudiantes de medicina y en los residentes de medicina familiar. Son pocos los trabajos que evalúan a las actitudes en relación al usuario interno, por ejemplo a partir del estudio del clima organizacional en APS, y de la actitud del profesional médico que trabaja en centros de salud [6, 7].

El objetivo general del estudio fue identificar la actitud de los médicos familiares y generales en relación al resto del equipo de salud en el primer nivel de atención del Instituto de Servicios de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado en la ciudad de México (ISSSTE).

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Estudio descriptivo: transversal, basado en servicios de salud, realizado con una estructura de sujeto-tipo utilizada en investigaciones exploratorias [8].

### Área y Población de Estudio

El estudio se realizó con médicos generales y familiares de cuatro clínicas del Instituto de Servicios de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los cuales se eligieron empleando la técnica de tómbola de un listado de unidades médicas en la ciudad de México, obtenidas de su página web [9].

### Muestra

Se levantó una muestra por conveniencia de 72 médicos de cuatro clínicas del ISSSTE durante un evento académico. Se incluyeron médicos que laboraban en los turnos matutinos y vespertinos, entre agosto y septiembre del 2005.

### Variables de estudio:

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es la institución de salud con mayor número de médicos familiares en ejercicio, propone un esquema señalando que el profesional, "funciona" en tres áreas: la técnico administrativa, la técnico médica y docencia e investigación. De cada una, elegimos la función relacionada al equipo de trabajo:

En el área técnico médica: "Efectuar acciones de promoción de la salud y

protección específica en su población derechohabiente, con colaboración del equipo de salud".

En el área técnica administrativa: "Señalar a cada uno de los miembros de su equipo de salud funciones y actividades específicas para la atención del paciente y su familia".

En el área de enseñanza e investigación: "Desarrollar actividades de enseñanza dirigidas a su equipo de salud, a la población derechohabiente y al personal en formación".

Se midieron 16 variables que marcaban aspectos relacionados al área técnica administrativa (6 variables), técnico médica (7 variables) y de docencia e investigación (3 variables).

### Instrumento para la obtención de datos

La elaboración del instrumento se diseñó a partir de una prueba piloto aplicada a 23 médicos del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), ISSSTE y Secretaría de Servidores Públicos del Distrito Federal (SSPDF), durante un evento académico en la ciudad de México, en el año 2005. El instrumento consistió en escalas para medir la actitud con 25 ítems, de tipo Likert, con puntajes asignados del cinco al uno en cada cuestionamiento, que exploraban de manera proporcional las tres áreas. Se empleó un análisis para seleccionar las preguntas que discriminaban mejor usando la "Técnica del cálculo del poder discriminatorio" [10]. Calculados los valores promedio para cada ítem en los grupos alto y bajo, y el poder discriminatorio de cada uno, se les aplicó la prueba t de Student. Al finalizar este proceso se seleccionaron 16 ítems, que conformaron el instrumento final, con cada pregunta constituyendo una escala de tipo Likert con 16 ítems y cinco opciones cada uno. La distribución de ítems por área aparece en el cuadro 1. Se consideró el procedimiento anterior como la validación del instrumento.

La escala de valores tipo Likert presenta un conjunto de ítems en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos en forma jerárquica. A cada punto se le asigna un valor numérico, del cinco al uno; obteniéndose una puntuación respecto a la afirmación. Al final para obtener la puntuación total se suman

Cuadro 1. Instrumento para evaluar la actitud de los médicos familiares y generales en relación al resto del equipo de salud: distribución de ítems por área México, 2005.

Ítems que evalúan el área técnico administrativa
1.- El médico se reúne periódicamente con el equipo de salud para platicar sobre las actividades de la unidad médica.
2.- El médico y el equipo de salud, se reúnen para analizar las responsabilidades y las tareas asignadas.
3.- Para el equipo de salud es de vital importancia conocer la estructura poblacional, la pirámide de edad y la distribución de su población.
4.- El equipo de salud utiliza la misma documentación clínica que los médicos y hace anotaciones sobre los resultados de sus actuaciones.
5.- Trabajo social para realizar sus actividades comunitarias, debe conocer la estructura socioeconómica, la cultura, el equipamiento y los servicios, vivienda de su población.
6.- Ninguno de los profesionales del equipo, es jerárquicamente superior o inferior respecto a los otros.
Ítems que evalúan el área técnico médica
7.- El personal de enfermería prioriza sus actividades al seguimiento y control de pacientes crónicos.
8.- El personal de enfermería asiste a pacientes sanos y en situación de riesgo, ya sean, niños, jóvenes, embarazadas o
9.- Es función de trabajo social, la coordinación de programas, como la atención domiciliar de pacientes crónicos y ancianos, así como la vinculación interinstitucional.
10.- Todos los componentes del equipo de salud participan en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades que realizan.
11.- El personal de enfermería para desarrollar sus actividades dispone de espacios físicos y tiempos apropiados.
12.- Las funciones de los trabajadores sociales giran alrededor de las características de la comunidad atendida y tienen profundo conocimiento de ella.
13.- Los trabajadores sociales son capaces de identificar y definir las demandas y necesidades de la población.
Ítems que evalúan el área de docencia e investigación
14.- El personal de enfermería realiza actividades de docencia e investigación.
15.- El personal de trabajo social realiza actividades de docencia e investigación.
16.- El médico realiza actividades de enseñanza al equipo de salud.



las puntuaciones obtenidas en todas la afirmaciones, por lo que se denomina escala aditiva. La actitud se determina en: favorable o positiva -"muy de acuerdo", "de acuerdo"-, desfavorable o negativa -"en desacuerdo" y "muy en desacuerdo"-, y una posición neutra -"ni de acuerdo ni en desacuerdo"-

**Recolección de datos**

Previo consentimiento verbal, durante un evento académico se aplicó el cuestionario de manera auto-aplicada a los médicos de la muestra.

**Aspectos éticos**

Tuvo menor relevancia dado que no se trabajo con pacientes. Se guardó la adecuada privacidad en la recolección de los datos, y en la confidencialidad de la información generada. Este trabajo fue autorizado por el ISSSTE y la UNAM.

**Análisis estadístico:**

Se obtuvieron promedios y desviación estándar (D.S.) correspondientes a la muestra general, y estratificadamente para mujeres y hombres. Se analizaron separadamente las tres áreas indagadas. Se optó por trabajar con promedios antes que con proporciones, por considerarse que refleja mejor la concepción de escala y puntaje planteada por los investigadores. Se empleó una prueba paramétrica como estadístico, pues se encontró un suficiente nivel de normalidad en la distribución.

Por ser un estudio de tipo descriptivo no se aplicaron pruebas estadísticas. No se hicieron comparaciones entre médicos generales y familiares por no existir un número suficiente en cada sub-muestra.

**RESULTADOS**

Participaron del estudio 72 médicos, cuyas características se desglosan en el cuadro 2. La mitad de la muestra fueron mujeres y el resto varones. El promedio de edad fue de 43 años y el tiempo promedio de trabajar en las unidades médicas fue de 15 años. Sólomente dos de cada diez médicos habían realizado cursos de posgrado como gineco-obstetricia, terapia familiar, pediatria, salud pública, gerontología y ortopedia. Aproximadamente tres de cada diez médicos tiene la especialidad

en medicina familiar y cerca de siete de cada diez médicos trabajaba en el turno matutino. Un 72.2% de los entrevistados estaban casados, 18.1% separados, 2.8% divorciados, y 6.9% se negaron a contestar la pregunta.

En el cuadro 3 se presentan los promedios de los puntajes obtenidos por la muestra en las escalas de Likert, y la desviación estándar para las áreas exploradas, según sexo del entrevistado.

En lo referente al área técnico administrativa, la muestra total obtuvo un

Cuadro 2. Estudio para evaluar la actitud de los médicos familiares y generales en relación al resto del equipo de salud. Información general de la muestra del estudio. Distribución por sexo. México, 2005.

	Nro	%	Promedio de edad	Años en la unidad	Otros cursos	Tipo de Contratación		Turnos	
						Médico Familiar	Médico General	Matut	Vesp
						<b>TOTAL</b>	72	100	—
<b>Mujeres</b>	37	51	41.1	15.2	4	8	29	26	11
<b>Hombres</b>	35	49	45	14.7	3	12	23	23	12

Cuadro 3. Media de calificación obtenida en la escala para evaluar la actitud de los médicos familiares y generales en relación al resto del equipo de salud. México, 2005.

Área	Toda la muestra		Mujeres		Hombres	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
<b>Técnico-administrativa</b>	3.7	.67	4	.67	3.4	.69
<b>Técnico-médica</b>	3.3	.83	3.4	.88	3.2	.79
<b>Docencia e investigación</b>	3.1	1.0	3.3	1.0	3	1.0

promedio de 3.7 con una desviación estándar de 0.67 (Cuadro 3 y Figura 1). En el sub-análisis por género hallamos que ambos conjuntos tendieron hacia una actitud desfavorable, aunque el grupo de mujeres califica más el área con la categoría "en desacuerdo", correspondiendo a una media de 4 puntos contra 3.4 de sus pares varones. .

Con relación al Área técnico médica, se alcanzó un promedio de 3.3 puntos y una D.S. de ± 0.82 para la muestra total, con una desviación estándar de 0.83 en la escala de Likert (Cuadro 3 y Figura 1). El resultado por género fue similar, con ambos conjuntos inclinándose levemente hacia una actitud desfavorable, alcanzando un promedio de 3.4 para el grupo de mujeres contra 3.2 de sus pares varones.

En lo referente al Área de docencia e



Figura 1. Gráfica de la calificación media obtenida en la escala para evaluar la actitud de los médicos familiares y generales en relación al resto del equipo de salud: Área Técnico Administrativa. México, 2005.

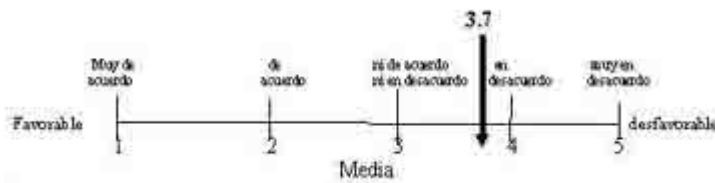


Figura 2. Gráfica de la calificación media obtenida en la escala para evaluar la actitud de los médicos familiares y generales en relación al resto del equipo de salud: Área Técnico-Médica. México, 2005.

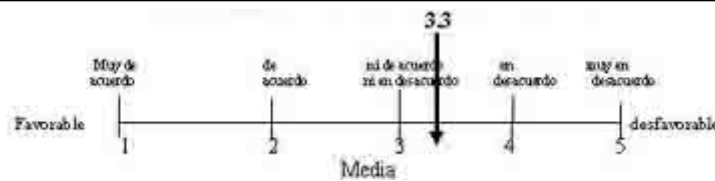


Figura 3. Gráfica de la calificación media obtenida en la escala para evaluar la actitud de los médicos familiares y generales en relación al resto del equipo de salud: Área Docencia e Investigación. México, 2005.



investigación, la muestra total obtuvo un promedio de  $3.1 \pm 1.0$  con una desviación estándar de 1.0 (Cuadro 3 y Figura 1), con equivalencias en los resultados para cada género: 3.3 del grupo de mujeres contra 3 de sus pares varones. Ambos conjuntos se orientaron ligeramente hacia una actitud desfavorable.

## DISCUSION

El estudio encontró que, en general, existe una actitud poco favorable hacia el equipo de salud por parte de los médicos del ISSSTE en la ciudad de México. Todos los puntajes obtenidos para las áreas indagadas alcanzaron una puntuación promedio entre tres y cuatro, esto es, entre las opciones “ni de acuerdo ni en desacuerdo” y “en desacuerdo”. El resultado es importante por cuanto son los médicos los que definen, en última instancia, la actitud hacia el trabajo grupal, y en consecuencia determinan el nivel de calidad del usuario interno percibida por los otros miembros del equipo. Esta actitud

está relacionada directamente con la organización de la institución, el estatus y el rol del profesional y la relación entre los distintos profesionales, otros médicos, enfermeras y trabajadores sociales [11].

En la literatura revisada encontramos investigaciones sobre la actitud del médico principalmente ante: los medicamentos genéricos [12], donación y el trasplante de órganos [13], la enfermedad terminal [14], la cefalea [15], la psiquiatría [16], el SIDA/VIH [17], la muerte infantil [18], el dolor ajeno [19], el maltrato contra las mujeres [20]. Sin embargo, no hallamos trabajos con este tipo de abordaje, dirigidos a investigar la actitud hacia el equipo de salud.

La principal debilidad de este estudio fue construir los ítems que miden las tres áreas evaluadas de forma afirmativa, lo que pudo producir el fenómeno llamado aquiescencia, que es la tendencia en las respuestas de los sujetos a estar de acuerdo con la situación descrita en los ítems. Esta posibilidad de sesgo se puede evitar o corregir introduciendo y alternando ítems que presenten una redacción positiva y otra negativa [19]. Igualmente se ve muy afectada su validez externa dado que sólo se contó con una muestra no aleatoria en la que no se buscó muestrear con rigurosidad las clínicas y los profesionales existentes en el universo muestral de profesionales existentes en el universo potencial de la Ciudad de México. A pesar de las limitaciones, dada la falta de investigaciones en esta área los resultados presentados representan un aporte importante al conocimiento sobre la materia.

Un factor que debe haber influido en estos resultados es la organización y funcionamiento de la institución de seguridad social, el cual funciona mediante componentes individuales autónomos, lo que no favorece el trabajo en equipo, tal como lo muestran sus indicadores de desempeño para la evaluación. Por esto resulta tan complicado que tanto el médico como los integrantes del equipo de salud, se visualicen como un equipo corresponsable y coparticipen de los diferentes factores que intervienen en las tres



áreas de funcionamiento evaluadas.

Dados los resultados, es importante que las instituciones de salud de México encargadas de formar recursos humanos, refuercen el compromiso académico de alentar la integración al equipo de salud. Así, dado que uno de los componentes más importantes de la medicina familiar es la atención integral al individuo y la familia, es evidente que su calidad, eficacia y eficiencia finales serán proporcionales a la integración de los elementos que componen el equipo.

Es importante conocer la actitud de los médicos generales y familiares de las instituciones de salud mexicanas sobre

el equipo de trabajo, ya que hasta el momento y como lo demuestran otros trabajos [21], su investigación en el sector salud se ha limitado al análisis de la relación médico-enfermo en los estudiantes de medicina y en los residentes de medicina familiar, así como al estudio del clima organizacional en APS [7].

El conocimiento de las actitudes de los profesionales, así como las variables relacionadas, puede servir de base para diseñar posibles estrategias de intervención dirigidas a la mejora de la calidad asistencial en atención primaria y para una evolución positiva de los profesionales que prestan sus servicios [21].

## BIBLIOGRAFIA

- Ortega P. La investigación en la formación de actitudes: problemas metodológicos y conceptuales. *Teoría de la educación. Revista Ínter universitaria (Málaga)*. 1986; 1: 111-125.
- Rodríguez A. Interpretación de las actitudes. En: Mayor J, Pinillos JL, edit. *Creencias, actitudes y valores*. Madrid: Alhambra Universidad; 1988. p. 199-314.
- Duro-Martínez JC. Actitudes de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre grupos. *Atención Primaria*. 2005; 36 (2): 71-7.
- Duro-Martínez JC. El psicólogo clínico y el trabajo en equipo en salud mental. *Apuntes de psicología*. 1993; 38/39: 59-72.
- Ruiz AP, López LA, Días MC, Rogelio P, Villalobos M, Aranda JM. Elaboración y aplicación de dos escalas de actitudes hacia la promoción de la salud en atención primaria. *Rev San Hig Pub*. 1990; 64: 387-94.
- Castell E, García L. Las dimensiones básicas de la práctica profesional del médico de atención primaria. *Atención Primaria*. 1988; 5: 12-16.
- López LA, Sánchez E, Calzas A, Siles D, Sevilla E, De Oleada I. Elaboración de un cuestionario para el estudio del clima organizacional de los centros de salud. *Atención Primaria*. 1988; 5: 531-35.
- Hernández SR, edit. *Metodología de la investigación*. México DF: Mc Graw-Hill; 2003.
- Instituto de servicios de seguridad social de los trabajadores del estado (página web en internet). México DF: ISSSTE; c: desconocido (actualizada: 1 de Marzo 2008; citado en: 13 de Mayo del 2008). Disponible en: [www.issste.gob.mx/issste/directorios1/html](http://www.issste.gob.mx/issste/directorios1/html).
- Padua J, edit. *Técnicas de investigación aplicada a las ciencias sociales*. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2000.
- Duro-Martínez JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Rev. Esp Salud Pública*. 2003; 77: 615-27.
- García AJ, Martos F, Laiva F, Sánchez F. Genéricos: ¿buenos o malos? conocimientos y actitudes ante los medicamentos genéricos. *Gac Sanit*. 2000; 17 (2): 144-49.
- Tuesca R, Navarro E, Elles R, Espinosa D, Herrera JM, Macías JC. Conocimiento y actitudes de los médicos de instituciones hospitalarias en Barranquilla sobre donación y trasplantes de órganos. *Salud Uninorte*. 2003; 1 (17): 9-18.
- Tsuchida M, Bandrés M. Actitudes de los médicos residentes sobre la enfermedad terminal, los cuidados al final de la vida. *Rev Soc Per Med Interna*. 2002; 15 (4): 5(num.electrn.).
- García-Fernandez ML, Tranche-Iparraguirre S, Castillo-Obeso J. Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea. *Atención primaria*. 2006; 38 (1): 6-15.
- Barreto P. Actitud de los médicos generales hacia la psiquiatría, los psiquiatras y el tratamiento psiquiátrico. [Tesis de posgrado]. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México; 2004.
- Comisión especial VIH-SIDA. Impacto psicosocial del VIH-SIDA. *Rev Med Uruguay*. 1998; 14: 5-21.
- Treviño A TE. Actitudes y prácticas de un grupo de médicos hacia el cuidado de niños enfermos durante el periodo cercano a su muerte [monografía en Internet]. *Memorias de congreso; Sonora: Hospital de alta especialidad; 2008*. (consultado en: 23 de mayo de 2008). Disponible en: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoria/v9/ponencias/at06/PRE1178073605.pdf>.
- Peña O. La actitud médica ante el dolor ajeno. *Persona y Bioética*. 2007; 11 (29): 1 (numerac. electr.).
- Pueyo P. La actitud del personal de salud ante el maltrato contra las mujeres. [monografía en Internet]. *Primeras Jornadas sobre violencia-intrafamiliar; Madrid: UNIZAR; 2007*. (consultado en: 23 mayo de 2008). Disponible en: [http://www.unizar.es/sociologia\\_juridica/viointrafamiliar/pueyo.pdf](http://www.unizar.es/sociologia_juridica/viointrafamiliar/pueyo.pdf).
- Ilos E, Saturno HPS, Gascón CJJ, Sáez NC, M Sánchez OM. ¿Cuál es la actitud de los médicos hacia el actual modelo de atención primaria?. *Atención Primaria*. 2001; 28 (9): 595-601.

