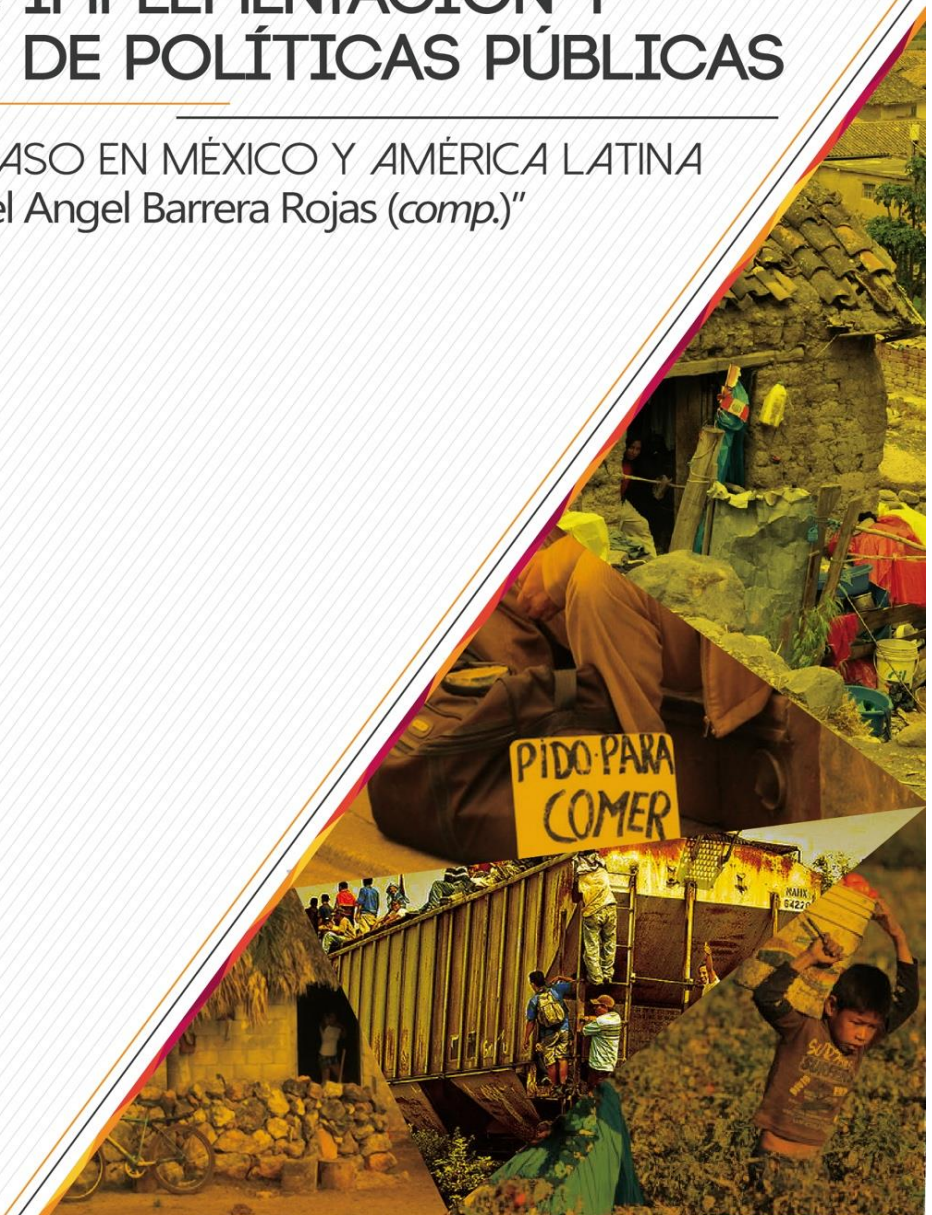




UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ESTUDIOS DE CASO EN MÉXICO Y AMÉRICA LATINA
"Miguel Angel Barrera Rojas (*comp.*)"



Primera edición: 2018

Diseño, implementación y evaluación de políticas públicas. Estudios de caso en México y
América Latina

Universidad de Quintana Roo
Boulevard Bahía esq. I. Comonfort
Col. Del Bosque
Chetumal, Quintana Roo

Compilador: Miguel Angel Barrera Rojas
Diseño de cubierta: Hugo Salazar
Diseño de interiores: Carol Ríos Díaz

Todos los derechos reservados. Bajo las sanciones establecidas en las leyes, queda rigurosamente prohibida, sin autorización de los titulares de los derechos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.

Todos los derechos registrados

ISBN 978-607-9448-55-4

Universidad de Quintana Roo

Dr. Ángel Ezequiel Rivero Palomo

Rector

Dra. Natalia Consuelo Fiorentini Cañedo

Secretaria General

Dr. Alfredo Marín Marín

Director de la División de Ciencias Políticas y Humanidades

Mtra. Citlalli Lucely Olvera Calderón

Jefa del Departamento de Estudios Políticos e Internacionales

Contenido

•POLÍTICA SOCIAL Y DE COMBATE A LA POBREZA	1
DEVELOPMENT PRACTICES IN THE GLOBAL SOUTH COUNTRIES. A COMPARISON OF KERALA-INDIA AND CUBA.....	1
POBREZA ENERGÉTICA Y CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS METROPOLITANAS.	15
ANÁLISIS DE LA POLÍTICA ECONÓMICA DEL SEXENIO 2012-2018 A TRAVÉS DE LA ESTRUCTURA DEL INGRESO EN ZONAS URBANAS, SEMI URBANAS Y RURALES DE LA PENÍNSULA DE YUCATÁN, MÉXICO.	25
•POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR	41
ACCIONES PARA PREVENIR LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO INFANTIL EN MÉXICO	41
UNIVERSALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO, UNA TAREA PENDIENTE.	55
EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DEL INSTITUTO DEL DEPORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA EL FOMENTO DEL DEPORTE SOCIAL (2012-2017).....	65
PRÁCTICAS MÉDICAS DE PREVENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO.....	85
•POLÍTICA EDUCATIVA	95
FINANCIAMIENTO PÚBLICO, ¿PRIVATIZACIÓN? Y EXCLUSIÓN EN LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS ESTATALES EN MÉXICO.....	95
LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA LABORAL EN LAS ESCUELAS NORMALES DE AGUASCALIENTES.....	109
•POLÍTICAS DE SEGURIDAD PÚBLICA.....	139
INSEGURIDAD EN DESTINOS TURÍSTICOS CONSOLIDADOS, EL CASO DE CANCÚN Y PLAYA DEL CARMEN.	139
LOS HOMICIDIOS EN LOS ESTADOS FRONTERIZOS DE MÉXICO. CAMBIOS Y TENDENCIAS.	159
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENCIÓN DE LA REINCIDENCIA DELICTIVA. MODELO DE PREVENCIÓN TERCIARIA.....	177
POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE SEGURIDAD, LA IMPORTANCIA DEL SENTIMIENTO CIUDADANO PARA SU EFECTIVIDAD: EL CASO OTHÓN P. BLANCO QUINTANA ROO.	189
PRECARIEDAD LABORAL Y CAPACIDAD DE CONTENCIÓN DE LA INSEGURIDAD EN MÉXICO.	209
•POLÍTICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA Y LA MEJORA EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.....	221
SOCIEDAD CIVIL, UN ENTE PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	221
INSTRUMENTOS PARA REALIZAR POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO: LA ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD E IMPACTO GUBERNAMENTAL.	233
TRANSFORMACIONES DE LA POLÍTICA MIGRATORIA DE HONDURAS: LOS RETOS ANTE EL NUEVO ESCENARIO REGIONAL EN EL LLAMADO CARIBE GEOPOLÍTICO	245
•POLÍTICA DE GÉNERO Y EMPODERAMIENTO DE GRUPOS VULNERABLES.....	261
GOBIERNO MUNICIPAL Y GÉNERO EN YUCATÁN	261
“EL MATRIMONIO IGUALITARIO EN QUINTANA ROO: DOS MATRIMONIOS, MISMA POLÍTICA”.....	279



CONTROL SOCIAL MAYA VS CONTROL SOCIAL OCCIDENTAL: ANÁLISIS PARA GENERAR ELEMENTOS INTEGRADORES EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE JUSTICIA PARA LOS MAYAS EN QUINTANA ROO.	297
POLÍTICAS DE VIVIENDA EN MÉXICO: HERRAMIENTAS DE VULNERACIÓN DE DERECHOS HUMANOS.	311
•POLÍTICAS PARA MITIGAR EL CAMBIO CLIMÁTICO Y DE SUSTENTABILIDAD	323
EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE FOMENTO AL RECICLAJE EN EL CARIBE MEXICANO.	323
LA IMPLEMENTACIÓN DE GESTIÓN DE COADYUVANCIA PARA LA PROTECCIÓN DEL PATRIMONIO ARQUEOLÓGICO	339
MEDIOS DE VIDA ADAPTATIVOS: UNA PROPUESTA PARA FORTALECER LA CAPACIDAD ADAPTATIVA.....	353
LA EXPERIENCIA DE COSTA RICA EN LA CONSERVACIÓN Y APROVECHAMIENTO DE LOS SERVICIOS ECOSISTÉMICOS Y AMBIENTALES	365
•POLÍTICA AGROPECUARIA, ALIMENTARIA Y DE DESARROLLO RURAL.	379
PROGRAMAS GUBERNAMENTALES Y LA INSERCIÓN DEL PEQUEÑO PRODUCTOR AGRÍCOLA EN LA ECONOMÍA ABIERTA.	379
LA VENTA DE CARNE EN HUEHUETLA, PUEBLA. UN ESTUDIO DE CASO SOBRE EL COMERCIO E INSALUBRIDAD.	403
POLÍTICAS DE AGROINTENSIFICACIÓN SUSTENTABLE: UNA NECESIDAD SOCIAL.....	413
EL USO DE ALTERNATIVAS AGROECOLÓGICAS EN CULTIVOS DE MAÍZ Y CAFÉ	425
IMPLICACIONES EN LA DEMANDA DE ALIMENTOS PARA CONSUMO HUMANO ANTE LA PRESENCIA DE ALERTA SANITARIA EN ELLOS.	431
POLÍTICAS DE GOBIERNO, ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, DEMOCRACIA, Y FEDERALISMO.....	441
MODELO ECONÓMICO DE EVALUACIÓN SOCIAL DE PROYECTOS TURÍSTICOS.	441
PERCEPCIÓN SOCIAL E INTEGRACIÓN INDUSTRIAL EN AGUASCALIENTES.	453
CIUDAD PRODUCTIVA, INTELIGENTE Y DEL CONOCIMIENTO:.....	475
EL E-GOVERNMENT EN LA CIUDAD DE VILLA MERCEDES - SAN LUIS – ARGENTINA.	475
EL SÍNDROME DEL SOBREVIVIENTE ANTE LOS DOWNSIZING. UN TEMA PARA ENTENDER.....	499
EL CAPITAL SOCIAL Y LA COMPETITIVIDAD DESDE LA NUEVA ECONOMÍA INSTITUCIONAL.....	509
SOBRE LOS AUTORES.....	521



Prácticas Médicas De Prevención En El Primer Nivel De Atención En México.

Janet García González¹
María Eugenia Reyes Pedraza²
María Delia Téllez Castilla³

Resumen

La Atención Primaria en Salud es la estrategia con mejores resultados en su población con niveles de salud más altos. El **objetivo** es identificar las prácticas médicas de prevención en el primer nivel de atención, el interés y necesidades información ante la prevención de salud. **Metodología:** Investigación descriptiva, cuantitativa. La encuesta está dividida en datos personales y sus hábitos laborales; necesidades de prevención y evaluación del Síndrome de Burnout de Médicos de doce centros de salud, Monterrey, México. **Resultados:** Promedio de 10 años de antigüedad; 58.3% determinan que su principal objetivo sólo es atender un miembro de la familia; el 50% desconoce el alcance de la información sobre prevención brindada a cada paciente. Atiende de 20 a 30 pacientes en menos de 6 horas al día. **Conclusiones:** La renovación del primer nivel de atención, ayudaría a detectar las enfermedades desde etapas tempranas, y así fortalecer la confianza entre médico – paciente.

Palabras Clave: Evaluación; Prevención de la salud; prácticas médicas, Políticas Públicas, Salud Pública

Introducción

Los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y a la justicia social, aunado a esto se vislumbra el desequilibrio que existe entre los resultados sanitarios obtenidos y los recursos invertidos. Ante ello, la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia con mejores resultados a nivel mundial, debido a que los países que invierten más en la atención primaria, son más costo-efectivos y su población tiene niveles de salud más altos. Aún lado a lo anterior, la estrategia de la APS se enfoca en los valores y principios que deben conformar la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud, en sus tres niveles de atención (Osorio, 2013).

La Atención Sanitaria, está definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “todos los bienes y servicios diseñados para la promoción de la salud incluyendo intervenciones preventivas y curativas, ya sean dirigidos a individuos o poblaciones.”

De este sistema de salud se desprenden 3 niveles de atención:

- Primer nivel – Atención Primaria
- Segundo nivel – Hospitales Generales
- Tercer nivel – Atención Especializada

¹ Universidad Autónoma de Nuevo León. janet.garciag@uanl.mx

² Universidad Autónoma de Nuevo León kenna.reyes@gmail.com

³ Universidad del Valle de México tellezdelia@yahoo.com.mx

Según la Organización Mundial de la Salud, la APS es “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”.

Actualmente, factores como: la falta de acceso equitativo, los gastos catastróficos (empobrecedores) y la pérdida de confianza hacia el personal de salud, son considerados una amenaza para la estabilidad social. Es por ello, que la atención primaria está dirigida a la atención de la persona, y no a la enfermedad, siendo esta su característica principal, por lo que la atención primaria es importante para que los sistemas de salud sean exitosos (Prieto, 2013).

El primer nivel de atención, es el principal contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, el cual recibe una alta demanda por parte de los usuarios. La renovación del primer nivel de atención, ayudaría a detectar las enfermedades desde etapas tempranas, y así fortalecer la confianza entre médico – paciente (Vidal, 2013).

Es por lo anterior, que en México se debe poner como prioridad al primer nivel de atención, pues dicho nivel es una de las opciones más eficientes y equitativas para organizar un sistema de salud. Asimismo, su implementación requiere dar más atención a las necesidades estructurales y operativas como el acceso, compromiso político y el desarrollo de sistemas que garantizarán la calidad en la atención (Prieto, 2013).

Para poder llegar a tener un sistema de salud orientado a la atención primaria, se debe contar con información sólida en dicho nivel, pues es el pilar fundamental para la entrada al sistema de salud.

Información en la atención primaria

Se requiere la información para generar educación, para ser autosuficientes, y en el caso de la salud no es diferente. Las cuatro necesidades de la información van diferidas entre: salud y prevención, diagnóstico precoz, primeros auxilios y enfermedad (Vallés, 2016). Lo más importante debería ser que la información que brinda el servicio médico a los pacientes sea inteligible, actualizada y coordinada entre los profesionales y sus diferentes niveles.

En este mismo tenor, se debe hacer énfasis en la información coordinada entre diferentes niveles de especialidad; ello se demuestra en un estudio para medir la satisfacción de los pacientes de atención primaria con diabetes, se encontró que los que se adhieren a su tratamiento son los que reciben información con lenguaje comprensible y tiempo suficiente, al igual que indicaciones claras de la toma de su medicamento y el impacto de éste y su enfermedad en todos los aspectos de su vida. Pero en contra parte, la mayoría de los pacientes no cuentan con la información antes mencionada, dado que el 60% de los médicos no la proporciona por falta de tiempo. (Sandoval, 2016)

Pero entonces, surge la pregunta ¿cómo consiguen la información los pacientes? En algunos estudios (Marín-Torres, 2013; Quero, 2016) hacen referencia que la estadística refleja que un 61% de los entrevistados que visitaban un hospital en algún momento habían consultado en internet para encontrar información sobre la salud, esto les ayudó a responder sus dudas, pero no reemplaza al médico como autoridad, al contrario, hace que a la gente le surjan más dudas. Los conocimientos de salud sexual son ineficientes aún cuando los jóvenes hacían búsquedas en Internet. Otro hallazgo es que los hombres se informan más que las mujeres, pero no conocen, ninguno de los dos, las posibles enfermedades de transmisión sexual (Cao 2016).

En conclusión, en la atención primaria la información no está siendo difundida correctamente por los médicos y/o profesionales de la salud, teniendo como consecuencia que los pacientes busquen información por su cuenta o simplemente, mantenerse ignorantes.

Prevención en la atención primaria

En las investigaciones revisadas (Goyenechea, 2013; Hernández, 2012), se detectó un énfasis en las políticas de prevención, una mejora en las condiciones de la atención primaria, brindaría mejores resultados, mayor equidad y menores costos. Es por eso, que se debe cambiar la perspectiva de aportar menores esfuerzos en la cura y mayor énfasis en la prevención, ya que son más los sectores que esta cubre y muy pocos los recursos con los que cuenta, incrementando así la esperanza de vida. Para lograr lo anterior, la difusión y la aplicación de medidas preventivas es primordial; aunque en escasa difusión que se da a los programas de prevención, se identifica falta de sensibilidad del personal en cuanto a la atención, y la deficiente capacidad de respuesta en este nivel de atención (Del Saz Moreno, 2015)

El servicio que brindan los profesionales de la salud no está siempre a la altura de lo que los pacientes requieren. Latorre (2012) y Mesías (2016) enuncian dos ejemplos en cuanto al servicio desempeñado; el primero, es en cuanto a la evaluación e intervención de la ansiedad y depresión en la atención primaria, los doctores tienen poca familiaridad con los trastornos psíquicos y le dan más importancia a los síntomas somáticos, como dolores de cabeza, fatiga, etc., aunque los instrumentos que se utilizan para la evaluación y el diagnóstico de trastornos depresivos son escasos, siendo necesarios por lo recurrente e incluso lo crónico que estos pueden llegar a ser. El otro ejemplo relacionado, es el Síndrome de Burnout, el cual afecta a los médicos. Este se caracteriza por un progresivo agotamiento físico y mental, una falta de motivación absoluta por las tareas cotidianas y en especial por importantes cambios de comportamientos en quienes lo padecen; hace que ellos sufran de un alto nivel de estrés debido a la gran carga de trabajo y pacientes, causando así un desempeño deficiente en sus funciones laborales.

Existen muchos factores, que pueden influir en este síndrome, aparte de los ya mencionados, pero con las habilidades de comunicación, se puede prevenir la enfermedad, poniendo en práctica estrategias para “que se sienta más seguro, competente, y fomente las relaciones interpersonales con sus pacientes y colegas y así prevenga, amortigüe y reduzca sus experiencias de estrés laboral crónico.” (Leal, 2013)

Muchas personas piensan, que por ser padecimientos crónicos ya no es necesario acudir al médico para tomar las medidas necesarias, como es el caso de la prevención del cáncer bucal en adultos mayores, quienes tienen mayor riesgo de padecerlo (Mendoza, 2013).

Definitivamente, la exigibilidad del derecho constitucional a la protección de la salud va más allá del acceso a los servicios, siendo este un derecho universal del hombre que muy pocas veces se ha logrado obtener.

El objetivo de la investigación es identificar las prácticas médicas de prevención en el primer nivel de atención, identificando el interés ante la realización de su trabajo y sus necesidades información ante la prevención de salud.

Síndrome de *Burnout*

El Síndrome de *Burnout* o de quemarse por el trabajo, según Gil-Monte (2001), se presenta en síntomas como "agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal en el trabajo." Esto es un efecto debido al estrés laboral crónico y tiene más ocurrencia en los profesionales del área de salud.

Los estresores se pueden identificar en cuatro niveles (Gil-Monte, 2001):

Nivel individual: que tiene que ver con los médicos y su implicación excesiva con los problemas de los usuarios

Relaciones interpersonales: los médicos y sus relaciones negativas con los compañeros de trabajo y el decadente apoyo entre sí.

Nivel organizacional: referente a la manera en que se maneja la organización en donde estos desempeñan su labor, así como respuestas disfuncionales por parte de sus altos mandos.

Entorno social: que hace referencia a cambios sociales actuales, como actualizaciones para los médicos, nuevas enfermedades, cambio en los roles, pérdida de prestigio, etc.

La investigación está enfocada en las reacciones de los médicos hacia los pacientes combinada con la teoría del Síndrome de Burnout en la cual se dice que la cantidad de personas que ven los doctores es demasiada y crea falta de interés a la hora de comunicar la información, haciendo notar el desinterés de los médicos hacia la prevención. Así como identificar cuáles son los factores que hacen que los médicos no proporcionen la información necesaria, identificar el modo en que los médicos explican y dan la información sobre la prevención a los pacientes. Por último, buscar una manera equitativa para lograr una buena comunicación entre médico – paciente.

Metodología

Investigación descriptiva, con un diseño metodológico cuantitativo. El instrumento está dividido en tres secciones: datos personales y sus hábitos laborales; necesidades de prevención y evaluación del Síndrome de Burnout.

Tabla No. 1 Tabla de Categorías de análisis

Objetivo	Categoría de Análisis
Establecer la causa del menosprecio de los médicos en la AP	<i>Médicos (Perfil Laboral)</i>
	Identitaria
	Conocimiento
	<i>Menosprecio (causa)</i>
Identificar la causa de la indiferencia ante las necesidades de prevención para los usuarios	<i>Indiferencia (causa)</i>
	Identitaria
	Justificativa
	Conocimiento
	Orientación
	<i>Necesidades de Prevención</i>
	Iconica/Simbólica
	Sustitutiva

	Orientación
	Justificativa
Identificar la información de prevención	Información de prevención dada (identificar)
	Conocimiento
	Identitaria
	Orientación

Fuente: Elaboración propia

En la investigación se contará con dos tipos instrumentos a base de encuestas, la primera cuestiona sobre la prevención y en la manera en que los médicos atienden a los pacientes; la segunda es el Cuestionario Breve de Burnout (Jiménez, 1997) con el propósito de poder identificar si los médicos cuentan con el síndrome o indicios de tenerlo en un futuro. La mayoría de estas preguntas se contestarán con la escala de Likert para medir clima organizacional

El universo de la investigación está conformado por médicos de atención primaria. La muestra es aleatoria simple de médicos de atención primaria de doce centros de salud del municipio de Monterrey, Nuevo León, México. La cantidad de médicos por unidades de salud son de dos médicos, correspondientes a cubrir los turnos matutino y vespertino

Resultado

Se entrevistaron doce médicos: siete mujeres y cinco hombres de los centros de salud del municipio de Monterrey, Nuevo León, entre los 29 y 64 años. Siendo diez médicos generales y dos pediátricos, diez de ellos cuentan con más de diez años de experiencia en la medicina en los centros de salud, y dos contando solo de 5 a 8 años, trabajan alrededor de treinta a sesenta horas por semana. (Tabla 1)

Tabla 2. Descripción de los informantes: Médicos de los centros de salud, Monterrey.

Género	Fecha de egreso	Especialidad	¿Cuándo empezó a laborar como médico?	Tiempo que lleva en este centro de salud	Tiempo que lleva en el mismo cargo	Número de horas que trabaja a la semana
Femenino	1986	General	1989	16 años	16 años	30 horas
Masculino	1988	General (Diplomados)	1988	15 años	15 años	30 horas
Femenino	1991	General	1992	19 años	19 años	30 horas
Masculino	1986	Pediatría (1990)	1987	2 años	18 años	50 horas

Femenino	1997	General	2000	16 años	16 años	40 horas
Masculino	1991	General (diplomados)	1992	20 años	20 años	54 horas
Masculino	1996	General (diplomados)	1996	18 años	18 años	30 horas
Femenino	1981	General	1983	10 años	33 años	30 horas
Masculino	1982	Familiar y pediatría	1986	31 años	31 años	60 horas
Femenino	1974	General	1974	2 años	7 años	30 horas
Femenino	2007	General	2010	5 años	5 años	40 horas
Femenino	2006	General	2008	9 años	9 años	50 horas

Fuente: Elaboración propia

El 100% de los médicos determina el significado de la prevención, sin embargo, al momento de cuestionar su conocimiento sobre las necesidades básicas de prevención, dudaron al responder mostrándose desconcertados con la pregunta. Algunos médicos preferían evadir la pregunta o simplemente mencionar sólo algunas de las necesidades incorrectas. En la investigación se menciona cómo los médicos no les interesan saber sobre la prevención o sus necesidades, habiendo desinterés tanto como por parte del médico como paciente.

El 27.3% considera que no tiene suficientes materiales de trabajo en los Centros de Salud esto provoca una desilusión y aún más falta de desinterés por parte de los médicos al no poder brindar lo necesario por el abastecimiento de materiales básicos.

El 41.7% de los médicos llegó a la conclusión que los pacientes tienen exigencias excesivas y comportamientos irritantes, al mismo tiempo un 58.3% concordó que los usuarios no apreciaban en trabajo. Este tipo de exigencias hace que los médicos no sepan qué alcance tienen sus curaciones algunas veces, o así como la información brindada de prevención a cada paciente. Sólo la mitad conoce su alcance.

Uno de los principales indicadores de la indiferencia de los médicos se determina con el objetivo de su atención médica, en este rubro determinan que sólo es atender un miembro de la familia (58.3%) y no a todos los miembros, como debería ser, para llevar una prevención más precisa y profesional.

El 75% médicos cree que su trabajo es repetitivo ya que ven grandes cantidades de pacientes al día, el 41.7% atiende alrededor de 20 a 30 pacientes en menos de 6 horas. El tiempo que se toman para la atención con los pacientes sobre la prevención es muy poco para las necesidades básicas que se deben de saber. El 50% de los médicos destina entre 1 y 10 minutos a la prevención, y el otro 50% más de 10. Un 83.3% de estos afirma dar siempre o casi siempre información sobre prevención

Un padecimiento importante en la actualidad es la diabetes, siendo las enfermedades principales que se pueden prevenir, se cuestionó a los médicos sobre las medidas preventivas como las dietas que

proporcionan a los pacientes. El 75% de ellos no dan información no informan a los pacientes sobre la importancia que se tiene sobre la enfermedad y sus complicaciones. Sólo el 25 % de los médicos comentó que casi siempre informa a los pacientes sobre la importancia de ésta, siendo mínimo el resultado para las cifras que se tiene con estos problemas. Un 25% comentó que no proporcionan dietas a los pacientes; el 33.3 %, algunas veces dan algún tipo de dieta o solo informan que comer; el 33,3 % comentó dar dietas casi siempre y el 8,3 % dice que siempre da indicaciones de alimentación

Por otra parte, la situación emocional en la prevención es relevante, ante ello, el 75% de los médicos algunas veces informa a sus pacientes sobre los problemas que se relacionan a partir de las enfermedades psicológicas/emocionales y el 25% siempre cuestiona a sus pacientes sobre sus problemas psicológicos.

Ahora bien, en la parte del análisis del agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal en el trabajo, las preguntas se dividen en tres diferentes criterios de valoración: factores de Burnout, Síndrome de Burnout y consecuencias del Burnout.

Para obtener los resultados de acuerdo a los objetivos, se tomó a cuenta el criterio de valoración de síndrome de Burnout. Dicha evaluación arrojó lo siguiente: de los doce médicos pertenecientes a nuestro universo, nueve presentan un nivel medio de burnout, tres cuentan con un nivel bajo y sólo uno presenta un nivel alto.

Algunos resultados de los indicadores para la valoración del síndrome de Burnout son las siguientes:

Nivel individual: Los médicos determinan que el 58.3% en ninguna ocasión están hartos de su trabajo, mientras que el 33.3% raramente y el 8.3% frecuentemente. En la identificación de su trabajo el 83.3% de la mayoría de las ocasiones. En relación al interés por el desarrollo profesional actualmente es muy escaso, los médicos reaccionan en estar totalmente en desacuerdo con el 58.3%, en desacuerdo el 25%. En cuanto a los problemas del trabajo hacen que el rendimiento de los médicos sea menor, comentan que el 75% en ninguna ocasión. En la salud personal, el 50% de los médicos consideran que el su labor profesional no repercute en su salud, el 33.4% muy poco, algo y solo el 8.3% bastante. En general el 75% determina que no está “quemado” en su trabajo.

Relaciones interpersonales: Estas relaciones personales que se establecen en el trabajo son gratificantes para los médicos, reaccionan con el 41% frecuentemente y el 58.3% siempre. En trabajo en equipo, el 75% la mayoría de las ocasiones se apoyan en el trabajo. El 66.7% procuran despersonalizar las relaciones con los usuarios de su trabajo.

Nivel organizacional: El supervisor apoya a los médicos en las decisiones que toman, el 66.6% frecuentemente, el 25% rara vez y el 8.3% en ninguna ocasión. Pero el 50% están en total desacuerdo que dada la responsabilidad que tienen los médicos en el trabajo, no conocen los resultados y su alcance. El 83.3% le gusta mucho el ambiente y clima laboral

Entorno social: En relación a los clientes de los médicos, mencionan que estos usuarios tienen exigencias excesivas y comportamiento irritante el 41% algunas veces, el 25% algunas veces, el 16.7% rara vez y el 8.3% en la mayoría de las ocasiones. El trabajo les resulta aburrido a los médicos el 75% en ninguna ocasión.

Al momento de entrevistar a los médicos, se notaron cambios en las actitudes de ellos al hablar de su reputación, reclamando que a la sociedad no le importa la prevención, menosprecian a los médicos en las consultas, aparte de que se muestran con conductas excesivas y exageradas. Como se puede observar a continuación con los testimonios de los médicos encuestados:

“El trabajo que realizamos es repetitivo mas no rutinario”. “Muchas veces los pacientes no vuelven, entonces no podemos saber si tienen mejoría o no”. “Considero mal valorado el trabajo pero no lo abandono porque no pierdo el interés por él”. “Menosprecio de la población por parte de la población por el hecho de no cobrar”. “Si pudiera, cambiaría la información que se da de prevención”. “Menosprecio por parte de la población por el hecho de no cobrar” (Médicos de atención primaria de doce centros de salud)

Conclusiones.

Retomando, originalmente se había propuesto la hipótesis que el Síndrome de Burnout causa el desinterés de los médicos desarrollando menor atención en la prevención, ya que en estudios recabados de diferentes países se encontró una tendencia de poca información hacia la prevención, siendo el principal factor de esta, el Síndrome de Burnout.

Al cuestionarse la causa de desinterés de los médicos ante la prevención, se encontró que existía menosprecio hacia la atención primaria, indiferencia y falta de información a las necesidades de prevención. Se desarrolló una encuesta y se utilizó para medir la satisfacción y conocimiento laboral de los médicos, en especial las necesidades de prevención. En esta se pudo encontrar que aunque ellos decían conocer y cumplir las necesidades de prevención, al ser cuestionados no podían nombrarlas. De similar manera al ser aplicado el Cuestionario Breve de Burnout por Jiménez (1997), la mayoría de los médicos presentan un nivel medio de este Síndrome. Aun así, su lenguaje corporal y sus comentarios no concuerdan con este resultado, ya que su Burnout aparenta ser mayor.

La hipótesis presentada en esta investigación fue rechazada, ya que se encontró que el nivel de Burnout que presentaban los médicos, no tiene nada que ver con la información difundida a sus pacientes, sino que es mera falta de conocimiento de las necesidades de prevención.

Las siguientes recomendaciones fueron planteadas en base a la investigación “Síndrome de Burnout como Indicador en Información de Prevención: Médico-Paciente.”

Capacitación sobre prevención a los médicos. Con estas capacitaciones se buscaría que los centros de salud conozcan a fondo las necesidades básicas generales y en especial las de su población. Por ejemplo, algunos centros de salud se encontraban en áreas vulnerables, dónde las adicciones eran un tema fuerte, entonces una necesidad básica de prevención de ese centro serían las adicciones. Todo esto con cursos que abarquen los temas de las necesidades básicas de prevención, para que así todos los médicos puedan conocer y estar sintonizados con las necesidades de la población.

Conocer las necesidades básicas del entorno en que se encuentra cada uno de los centros de salud. Conociendo el contexto social de cada centro de salud, ayudaría a mejorar las necesidades de cada colonia. Esto ayudaría a que los médicos puedan conocer a su población y participar de mejor manera para mejorar la salud de las personas.

Organizar reuniones con el supervisor cada cierto tiempo. El dialogo entre el médico – supervisor es necesario que se realice de una manera eficaz y sintonizados con un mismo objetivo que es la salud de la población. Esto se lograría a base de reuniones mensuales con los supervisores, con el objetivo principal de saber si el médico se siente bien en su lugar de trabajo o tiene problemas con las personas que frecuentan el centro de salud.

Investigación más al fondo del síndrome de Burnout en los médicos. Con dicha investigación se buscaría el poder analizar al médico en su entorno social y laboral, esto realizándose por medio de instrumentos del síndrome y entrevistas, enfocadas a temas de prevención y de dicho síndrome.

Bibliografía

- Cao, L. C. (2016). Conocimientos, conductas y fuentes de información sobre la salud sexual en adolescentes de un municipio gallego. *Metas de enfermería*, 19(1), 8.
- Del Saz Moreno, V., Menéndez-Asenjo, Á. A., Hernández, A. M. C., Pablos, D. L., de Salamanca Lorente, R. E., & Tapia, P. M. (2016). Análisis de la influencia del proceso asistencial de la atención primaria de salud sobre la ocurrencia de hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. *Atención Primaria*, 48(2), 102-109.
- Gil-Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología social aplicada*, 11(1), 21-31.
- Goyenechea, M., & Bass, C. (2013). Análisis del presupuesto 2013 para atención primaria ¿Estamos gastando lo necesario? *MEDICO SOCIALES*, 53 (1), 26-32.
- Hernández-Aguado, I., Cesteros, M. S., & Esteban, P. C. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 6-13.
- Jiménez, B. M., Rodríguez, R. B., Álvarez, A. M., & Caballero, T. M. (1997). La evaluación del burnout: problemas y alternativas: el CBB como evaluación de los elementos del proceso. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Mae Wood, C., & Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37-45.
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & Van-der Hofstadt, C. J. (2015, August). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 38, No. 2, pp. 213-223).
- Marin-Torres, V., Aliaga, J. V., Miró, I. S., del Castillo Vicente, M. I. S., Polentinos-Castro, E., & Barral, A. G. (2013). Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 45(1), 46-53.
- Mendoza Fernández, M., Ordaz González, A. M., Abreu Noroña, A. D. C., Romero Pérez, O., & García Mena, M. (2013). Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(4), 24-32.
- Mesías Vega, Á. R., & Hernández Junco, V. (2016). Plan de prevención del síndrome de burnout y su influencia en la satisfacción del usuario del servicio de Consulta Externa de una institución de salud pública (Doctoral dissertation, Disertación (Psicólogo Organizacional)).
- Osorio, A. G., & Álvarez, C. V. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384-392.

Prieto Rosas Moisés Alex, Zarate Narciso Víctor, Fuentes Cuba María Sofía. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Med Per 30(1) 2013 pp 42 – 47.

Quero, M., Ramos, M. B., López, W., Cubillas, J. J., González, J. M., & Castillo, J. L. (2016). Uso de customer relationship management para mejorar la atención sanitaria de la ciudadanía. Servicio Salud Andalucía 24 horas. Salud Responde. Gaceta Sanitaria.

Sandoval, C., del Amor, A. (2016). Percepción y cumplimiento del derecho de información a pacientes diabéticos en Atención Primaria: su relación con la adherencia y la satisfacción del usuario. Proyecto de investigación.

Vidal Ledo, M., & Lemus, E. R. (2012). Docencia de pregrado en Atención Primaria de Salud. Educación Médica Superior, 26(2), 350-360.