

11226

29
75



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 24 IMSS

**EFFECTOS DE LA ATENCION
MEDICA**

T E S I S

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta el

DR. JOSE LUIS CHIMAL BARRON



México, D. F. 1984

**TESIS CON
FALLA DE CUBRIMIENTO**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción	pag. 4
Cuadro # I	pag. 11
Hipotesis	pag. 12
Objetivos	pag. 12
Metodología	pag. 13
Resultados	pag. 15
Analisis	pag. 18
Conclusiones	pag. 20
Graficas	pag. 21
Bibliografía	pag. 26

I. Introducción.

El ser humano es un ser social por naturaleza; desde sus orígenes ha buscado interrarse y convivir en grupos, de ahí que por definición, todas las actividades del hombre revistan un carácter social (2). La actividad médica no podía ser la excepción, ya que está bien establecido que el quehacer cotidiano del médico no tiene lugar en una isla desierta, sino que la sociedad humana en su derredor condiciona su ciencia y su práctica (3), es decir, el acto de asistencia médica es un acto social, en el que se implican no solo el médico y el paciente, sino la sociedad en su conjunto (20).

El establecimiento de una enfermedad constituye una situación angustiante para el hombre (6,12,28), en virtud de que como todo ser vivo tiene una inequívoca tendencia hacia la autoconservación (10), por lo que ha sentido la necesidad de buscar alivio a tal tensión, para lo cual acude a otro individuo, el médico, en quien confía le resuelva su problema, para lo cual tiene que establecer una comunicación con él (22,28), estableciéndose de esta manera la Relación Sistema Médico-Paciente binomio que como nosotros sabemos es uno de los pilares del ejercicio de la profesión médica (9,15).

Esto hace que la Relación Sistema Médico-Paciente como una actividad social, recobrando así la Medicina

su esencia social (14), en la que intervienen dos individuos de características diferentes, en las que destacan en forma importante el medio ambiente donde tales individuos se desenvuelven (1), y ya desde 1849 Rudolph Virchow decia: "La medicina es una ciencia social en su esqueleto y en su médula". (10).

El sistema médico familiar es el contacto que se establece entre el Sistema y el paciente, cuyo objetivo es la búsqueda de la salud integral de este, utilizando para ello todos los medios físicos, químicos, biológicos, psicológicos y epidemiológicos disponibles necesarios, siguiendo los lineamientos científicos y propedéuticos ya establecidos (8,9,15,29). Y es bien sabido que los resultados de las acciones médicas tienen mucho que ver con los estados de ánimo en que son dadas y recibidas, y que el puente afectivo tendido entre el personal de salud y quienes solicitan atención médica es decisivo en los resultados que se pretenden alcanzar (23).

De los conceptos anteriores podemos deducir que en la Relación Sistema Médico-Paciente se encuentran las bases fundamentales del ejercicio de una buena Medicina: es decir (27):

- a) Su amplitud, ya que no sólo el paciente es importante, sino también su familia y su ambiente;

- b) Su profundidad, lo cual significa un gran conocimiento de las motivaciones del paciente y del pronóstico médico, y
- c) Su duración, por que su practica esta relacionada con el pasado, presente y futuro de los pacientes y no solo con el acontecimiento de una perdida circunstancial y pasajera de la salud.

Muchos son los cambios que se encuentran a través de la historia de la Medicina, como consecuencia de diferentes condiciones en la propia medicina, en la sociedad y en el tipo de ejercicio profesional, determinados por multiples factores entre los que encontramos incremento acelerados de los conocimientos científicos, diferentes métodos de enseñanza, cambios sociales, económicos, demográficos y hasta políticos (4,5,6,9,12,19,25). Es por esto que mientras los objetivos de la atención médica continúan siendo de caracter utilitario, es decir, la prevención, curación y el alivio del sufrimiento físico y/o mental de los individuos, la Relación Médico -Paciente seguramente continuará siendo un factor de primordial importancia para ella (11), ya que a través de la historia de la medicina se ha demostrado que el hombre, a pesar de fuertes embates egoístas, jamás ha perdido su condición de humano (2,3,5,8,15), muy a pesar de que los últimos años han sido testigos de una progresiva fragmentación de los individuos (6).

fragmentación que crea una contradicción artificial entre mundo interno y mundo externo, que se ve reflejada en la Relación Sistema Médico-Paciente (6).

La Relación Sistema de Salud-Paciente se establece en cada acto médico, en el cual participan el equipo de Salud y la sociedad, representados por un médico y un paciente respectivamente. El médico recibe la autoridad moral implícita para intervenir en la vida y el cuerpo del paciente, el que a su vez le solicita no solamente una competencia profesional técnica adecuada, sino que le demuestre comprensión a sus problemas, no solo en el área biológica o psicológica, sino también de su medio sociocultural, y así mismo le demuestre simpatía y tal vez afecto (24).

En la Relación Médico Paciente se establece la introducción en la vida íntima de un paciente y la limitación de sus posibilidades, ya que se le impondrá un régimen terapéutico, por lo que es necesario establecer un diálogo que le permita al médico acercarse al paciente, el cual se debe basar en el conocimiento de la psicología médica, y debe mantenerse sin opiniones preconcebidas (13).

Dentro de la Relación Médico Paciente se han descrito tres modelos:

1.- El Modelo Activo-Pasivo, en el cual el médico es la autoridad total, mientras que el paciente

no participa activamente en su tratamiento. Es aplicable a situaciones de urgencias como traumatismos, anestesia, etc.:

2.- El Modelo Dirección-Cooperación, en el cual el médico aún ejerce considerable autoridad, pero se espera que el paciente coopere, y de la efectividad de esta cooperación activa dependerá el resultado de la acción. Este modelo es aplicable a las enfermedades agudas infecciosas y a la convalecencia quirúrgica, y

3.- El Modelo de Participación Mutua, en el que se espera que el paciente sea activamente responsable de su tratamiento. El médico colabora con el paciente y no utiliza la autoridad, sino la persuasión para obtener lo deseado tanto por el como por el paciente.

El grado de dependencia del paciente hacia el médico es menor en este modelo que en los dos anteriores. Es aplicable a la mayoría de las enfermedades crónicas y en la entrevista diagnóstica.

Estos tres modelos, como se aprecia, son útiles y adecuados y el médico debe de estar capacitado para utilizar cualquiera de ellos según el caso lo requiera y modificarlo según las circunstancias.

En México, la atención médica a la población general se proporciona a bases a Instituciones (SSA, INSS ISSSTE, etc.) y la práctica privada. En 1917 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, fijó las bases para que surgieran en nuestro país las

instituciones de seguridad social (1,30).⁴ La medicina organizada como medicina social en forma institucional, tiene que abarcar necesariamente a la acción curativa, en la cual la relación Médico-Paciente es muy importante. Las instituciones que dependen del Estado y están sobre todo orientadas a resolver problemas de salud de grandes masas de población, deben estar en gran parte encaminadas a lograr su cometido de proporcionar salud a los sujetos que protegen, incrementando los mecanismos de acción preventiva de las enfermedades y manteniendo naturalmente, las acciones curativas y de rehabilitación de los enfermos (6,30). De las instituciones, el INSS por su carácter tripartita recibe el mayor presupuesto federal para el renglón salud, contando además para ello con más de la cuarta parte de los médicos del país (3), y proporciona atención a los individuos productivos (que se encuentran vinculadas a otras por un contrato de trabajo) y a sus familiares (30), organizándose en los tres niveles de atención médica (25).

El primer nivel es otorgado por el llamado sistema médico familiar fundado en 1955, el cual se establece propositivamente buscando un cambio en la relación Médico paciente, a través de adscribir un número determinado de derechohabientes a un médico, bajo su responsabilidad, para hacer posible una relación afectiva y de confianza entre el profesional y sus enfermos (10).

En otras palabras, el sistema Médico familiar busca la relación Médico-Paciente al (seleccionar) a un grupo de derechohabientes que quedan bajo la responsabilidad de un Médico-Familiar (10,27).

En el sistema médico familiar ocurre la mayor demanda de atención (más del 70% del total de consultas) y es donde paradójicamente, se dice que la atención es deficiente en calidad. (3,10)

En la clínica # 20 IMSS, al igual que en todo el sistema de atención del IMSS, el paciente ingresa vía el primer nivel de la atención, el sistema médico familiar, donde la mayor demanda es satisfecha, teniendo una plantilla fija de médicos para una población adscrita cada vez mayor, (cuadro I), observándose que los médicos, como en la mayor parte del sistema médico familiar, se quejan del excesivo # de pacientes que tienen que consultar y los pacientes a su vez se quejan de la mala atención que reciben, por lo que a este nivel el sistema se ve deteriorado.

CUADRO # 1

POBLACION ADSCRITA A MEDICINA FAMILIAR, CON
SULTA DE MEDICO FAMILIAR, PROMEDIO DE CONSULTAS/HR/MEDICO FAMILIAR EN LA U.M.P. # 20
MAYO A OCTUBRE DE 1983.

MES	NUM M.F.	POBL. ADSC. A M. P.	CONSULTA A H. P.	PROM. HORA
MAYO	90	231,862	35,309	3.07
JUNIO	90	232,166	37,760	2.87
JULIO	90	234,695	35,171	2.83
AGOSTO	90	240,721	39,661	2.89
SEPTIEM.	90	242,677	31,422	2.74
OCTUBRE	90	246,957	34,992	2.94
TOTAL	540	1.429,078	214,315	2.734
PROMEDIO	90	238,179	35,719	2.89

FUENTE: FORMA 4-30-13 de mayo a junio de 1983.
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA.

HIPOTESIS

1. El tiempo utilizado en cada consulta es insuficiente, provocando con ello deserción de pacientes y por ende el primer nivel de atención se ve afectado.

OBJETIVOS

1. Investigar el número de la población adscrita a Medicina Familiar, durante los meses de mayo a octubre de 1983.
2. Investigar el número de consultas de Medicina Familiar de los meses de mayo a octubre de 1983.
3. Investigar el tiempo de espera en la consulta y la Relación Médico, Paciente.

METODOLOGIA

Lugar de estudio: UMF 7 20 del IMSS

Se realizara una encuesta en base a cuestionario previamente estructurado por el investigador, entre derechohabientes adultos.

El cuestionario que contestaran los derecho habientes mediante entrevista directa, consiste en las siguientes preguntas:

EDAD _____

SEXO _____

I. ACCESIBILIDAD, MEDIOS, TIEMPO Y COSTO DEL TRASLADO.

1. Medio usual de traslado del domicilio a la unidad: _____.

2. QUE Tiempo utiliza en trasladarse? _____

3. Cuanto paga de pasaje? _____

II. TIEMPO DE ESPERA EN LA CONSULTA

1. A que hora debe presentarse para solicitar consulta? _____.

2. Si llega más tarde se la otorgan? _____

3. Que tiempo espera la consulta desde que llega a la U.M.F.

III. RELACION MEDICO PACIENTE

____ 1. Tuvo oportunidad de exponer su problema al médico familiar.

____ 2. Su médico le exploró en la consulta?.

____ 3. Su médico le informo sobre su padecimi-

ento y causas del mismo?

- ___ 4. Su médico le indico sobre el uso de los medicamentos?
- ___ 5. Su médico le oriento sobre alimentación e higiene.
- ___ 6. Recibio orientación sobre el cuidado de su familia.
- ___ 7. Su médico le recomendo hoy el uso de los programas de vacunación, planificación familiar, DGC, DOD, y otros?
- ___ 8. Sabe como se llama su médico?
- ___ 9. Sabe como se llama la recepcionista?
- ___ 10. Su médico le conoce por su nombre o apellido?
- ___ 11. Como considera el trato que recibe de su médico.
- ___ 12. Como considera el trato de la recepcionista?
- ___ 13. Como considera la atención médica?

La población que sera entrevistada será seleccionada al azar y se practicará un total de mil entrevistas, lo que representa el 2.79 % de la población adulta adscrita a médico familiar.

(Cuadro I)

RESULTADOS.

Se entrevistaron un total de 657 pacientes lo cual corresponde al 65 % de lo proyectado, de los cuales 243 fueron del sexo masculino (36.0%) y 414 fueron del sexo femenino (64.0%). La distribución por edad y sexo se muestra en la grafica I y II.

AREA I

(1) Medio usual de traslado del domicilio a la UMF.

75.5% (n=495) utiliza autobus.

9.2% (n=61) llega en automovil propio.

15.3 (n=101) llega caminando.

(2) Que tiempo utiliza en trasladarse?.

77.3% (n=508) utiliza de 1 a 1.5 hs.

9.7% (n= 64) de 15 a 30 min.

12.9% (n= 85) de 30 a 60 min.

(3) Cuanto paga de pasaje?

Del 75.5% que viaja en autobus manifestaron pagar en promedio de 20-30 pesos en viaje redondo.

Ya que tienen que abordar de 1 a 2 autobuses.

AREA II

(1) A que hora debe presentarse para solicitar consulta?

79.2% (n=521) Manifestaron presentarse hasta media hora antes de iniciar la consulta.

20.8% (n=136) Manifestaron llegar a la hora de iniciar la consulta.

(2) Si llega más tarde se la otorgan?.

El 100% manifestaron que siempre se les otorga la consulta, muy raramente llegan tarde.

(37) Que tiempo espere la consulta desde que llega a la UMF?

73.5% (n=483) afirmaron esperar de 30-45 min.

12.3% (n= 81) respondieron que hasta 1 hora.

14.1% (n= 93) manifestaron que han esperado de 1 hora a hora y media.

AREA III.

(1) Tuvo oportunidad de exponer su problema al médico?

36.2% (n=238) respondieron afirmativamente.

31.8% (n=209) respondieron algunas veces.

31.9% (n=210) respondieron negativamente.

(2) Su médico le exploró en la consulta?

52.3% (n=344) respondieron afirmativamente.

23.1% (n=152) respondieron algunas veces.

24.5% (n=161) respondieron negativamente.

(3) Su médico le informó sobre su padecimiento?

37.5% (n=247) respondieron afirmativamente.

25.1% (n=165) respondieron algunas veces.

37.2% (n=245) respondieron negativamente.

(4) Su médico le indicó sobre el uso de los medicamentos?

45.0% (n=296) respondieron afirmativamente.

50.0% (n=329) respondieron algunas veces.

4.8% (n= 32) respondieron negativamente.

(5) Su médico le orientó sobre alimentación e higiene?

23.2% (n=153) respondieron afirmativamente

31.9% (n=210) respondieron algunas veces.

44.7% (n=294) respondieron negativamente.

- (6) Recibió orientación sobre el cuidado de su familia?
 18.8% (n=124) respondieron afirmativamente.
 43.5% (n=285) respondieron algunas veces.
 37.5% (n=247) respondieron negativamente.
- (7) Su médico le recomendó hoy el uso de los programas de vacunación, PFF, DOD, DOD?
 41.7% (n=274) respondieron afirmativamente.
 20.5% (n=135) respondieron algunas veces.
 37.7% (n=248) respondieron negativamente.
- (8) Sabe como se llama su médico?
 18.8% (n=124) respondieron afirmativamente.
 81.2% (n=533) respondieron negativamente.
- (9) Sabe como se llama la recepcionista?
 20.3% (n=134) respondieron afirmativamente.
 79.7% (n=523) respondieron negativamente.
- (10) Su médico le conoce por su nombre o apellido?
 23.2% (n=153) respondieron afirmativamente.
 76.8% (n=504) respondieron negativamente.
- (11) Como considera el trato que recibe de su médico?
 35.3% (n=232) respondieron que es bueno.
 29.3% (n=293) regular.
 26.8% (n=176) malo.
 8.5% (n=56) no evaluable.
- (12) Como considera el trato de la recepcionista?
 29.5% (n=194) buena.
 33.9% (n=223) regular.
 32.8% (n=216) mala.
 3.6% (n=24) no evaluable.
- (13) Como considera la atención médica?
 57.0% (n=375) respondieron que es buena.
 23.1% (n=152) respondieron que es regular.
 19.7% (n=130) respondieron que es mala.

ANÁLISIS:

El área que intenta evaluar el tiempo de espera del paciente para recibir la consulta, encontramos que el 73% de la población encuestada recibe atención médica en un tiempo razonable, ya que inclusive manifestaron que no interfería con el resto de sus actividades.

Esto va en relación con la hora en que se presenta el paciente para solicitar su servicio médico ya que el 79.2% manifestaron presentarse hasta media hora de iniciar sus actividades el médico familiar.

Nunca se encontró que se haya negado la consulta a un paciente por el hecho de llegar tarde alguna ocasión.

El área que evalúa la relación médico-paciente encontramos que el 31.4% no tiene oportunidad de exponer su problema al médico, consideramos en nuestro estudio que la orientación comúnmente en que el paciente solo acude a restablecer la salud física y pocas veces a la salud mental.

En relación a cómo el paciente argumenta que realmente el médico se interesa en profundizar en su problemática, poro quizá falte más confianza o que en ocasiones conocen muy poco tiempo al médico.

(19) ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Se encuentra que el 52.3% afirman que el médico les exploró adecuadamente y un 23% afirman que solo algunas veces lo hace.

Es importante considerar que algunos pacientes no consideraban tan importante la exploración física ya que ellos mismos "entendían" que no era necesaria.

El médico en general está atento a informar al paciente sobre su padecimiento, sobre los orígenes de este y las probables complicaciones que pueda acarrear si no se trata a tiempo, a decir por las personas encuestadas.

Es necesario puntualizar que lo que el paciente refiere antes de recibir la atención médica, es una serie de obstáculos administrativos a nivel de archivo clínico y asistentes de consultorio; factores que condicionan la predicción a un posible mal trato por parte del médico.

Por otra parte en un consenso general, los médicos refirieron que al otorgar un mejor trato afectivo al paciente, llevaba como consecuencia un incremento en la solicitud de consulta, al acudir por situaciones no precisadas respecto a su padecimiento.

Es indudable que la actividad médica en la clínica # 20 IMSS esta influenciada por otros factores además de la acción puramente médica, en el presente estudio se encontró que el personal paramédico, (auxiliar de consultorio) mostro deficiencias en la coordinación con el médico.

Con el presente estudio se concluye que los pacientes que acuden a la clínica # 20 son pacientes no conflictivos, observando además que se le tiene confianza al médico, pero llama la atención de que el médico solo enfoca la problemática del paciente desde el punto de vista organicista olvidandose del paciente desde el punto de vista integral.

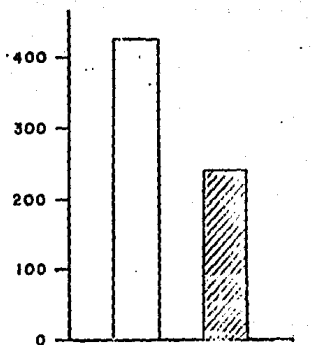
CONCLUSIONES:



Nuestra hipótesis en relación con la ubicación de la UMF y su accesibilidad, el presente estudio muestra que si esta acorde con la zona de influencia.

Encontrando que el promedio de consulta por hora es de 2.89 considerando que es adecuado y que si es posible dedicar tiempo a cada paciente.

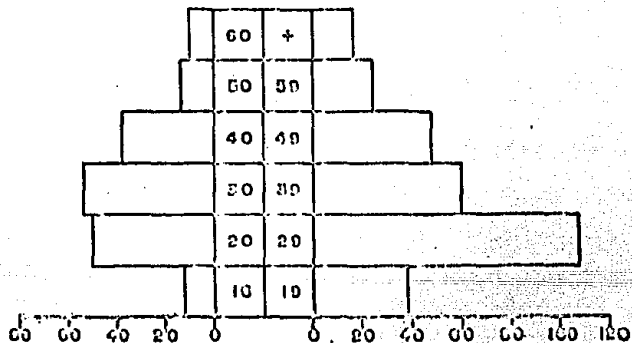
En relación con la satisfacción de expectativas se considera la atención médica buena, estando satisfechos más del 50% de los pacientes entrevistados.

GRAFICA I
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO



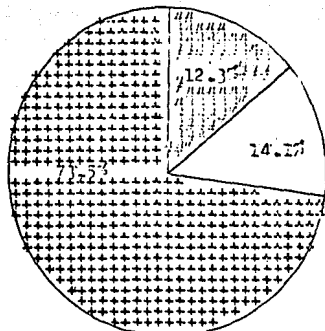
	MUJERES	414	64 %
	HOMBRES	243	30

GRAFICA II
DISTRIBUCION DE FACIENTES POR EDAD



TIEMPO DE ESPERA EN LA CONSULTA

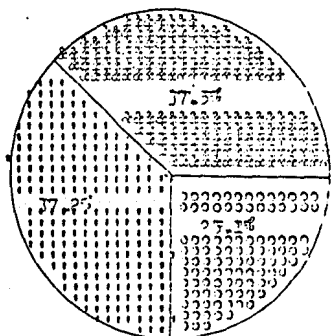
GRAFICA III



73.5% (+++) DE 30 a 45 MIN.
 12.3% (###) DE 60 MIN.
 14.1% () MAS DE 60 MIN.

INFORMACION AL PACIENTE SOBRE SU PADECIMIENTO

GRAFICA IV

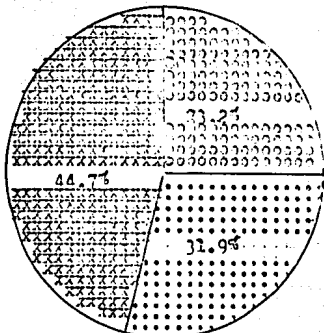


+++ RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE
 ### RESPONDIERON NEGATIVAMENTE
 ooo RESPONDIERON ALGUNAS VECES

ORIENTACION SOBRE ALIMENTACION E HIGIENE

6

GRAFICA V

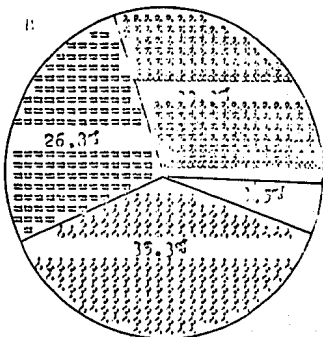


- XXX RESPONDIERON NEGATIVAMENTE
- ... RESPONDIERON ALGUNAS VECES
- ooo RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE

TRATO RECIBIDO POR EL MEDICO

11

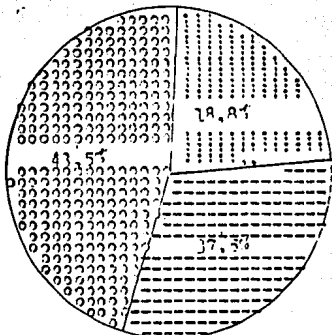
GRAFICA VI



- ooo BUENO
- &&& REGULAR
- === MALO
- ... NO EVALUABLE

ORIENTACION SOBRE EL CUIDADO DE LA FAMILIA

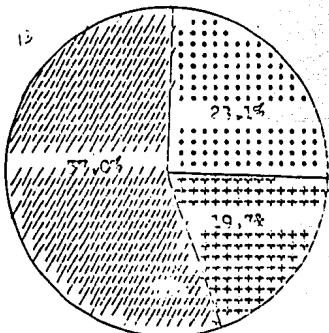
GRAFICA VII



///: RESPONDIERON AFIRMATIVAMENTE
 ooo ALGUNAS VECES
 - - - NEGATIVAMENTE.

COMO CONSIDERA LA ATENCION MEDICA

GRAFICA VIII



/// BUENA
 ... REGULAR
 +++ MALA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alezria Garza, P. Factores que interviene en la Relación médico paciente en las Instituciones de Seguridad Social.
Bol.Med.IMSS 18 (9):322-7 Septiembre, 1976.
- 2.- Niveles de atención y Regionalización de los Servicios Médicos.
Instituto Mexicano del Seguro Social;Subdirección General Médica, 1976.
3. Instructivo para el estudio y tratamiento de los enfermos a través del Expediente Clínico y Normas para la Evaluación Médica. IMSS;Subdirección General Médica, 1968.
- 4.- Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social Los primeros años 1943-1944. Coordinador Fernando Zertuche Muñoz. IMSS 1980.
5. La Seguridad Social En México. Garcia Cruz Miguel Costa Amic Ed. México 1972.
- 6.- México Hoy, autores varios. Cavitulo sobre Seguridad Social. F.C.E. 1978.
- 7.- Estudio sobre cargas de Trabajo en el Primer Nivel de Atención. Encuesta a Población Derechohabiente. IMSS Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios Médicos, 1981.
8. Castelazo Avala. El Médico En La Sociedad Moderna. Rev. Med IMSS (Editorial). 10 (4):226-9 1971.
9. Chinoz, E. La Sociedad. F.C.E. México 1973.
- 10.- Jores, A. El Individuo Enfermo Ed. Scientia Barcelona España 1961.