

2 of 98
11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No1
MEXICALI, B.C.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No1

IMAGEN DEL MEDICO FAMILIAR ANTE LA POBLACION DERECHOUABIENTE:
IMPORTANCIA DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

TESIS DE POSTGRADO

Dra. Brenda Alicia Ugarte Diaz



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICALI, B. C.

FEBRERO DE 1988.





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.

I N D I C E :

	<u>PAGINA</u>
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
HIPOTESIS	4
MARCO TEORICO.	5
MATERIAL Y METODO.	21
RESULTADOS	32
CUADROS Y GRAFICAS	35
CONCLUSIONES	44
SUGERENCIAS	47
BIBLIOGRAFIA	49

J U S T I F I C A C I O N :

En el Area de trabajo en la que realizamos nuestras actividades primordiales, concretamente el Consultorio de Medicina Familiar dentro de una Institución es punto de partida indispensable, la comunicación adecuada -- entre el médico, el paciente y sus familiares, para desarrollar acciones conjuntas encaminadas al beneficio en materia de salud de un núcleo Familiar. Sin embargo, aún cuando no se cuente por lo menos en nuestro medio, con testimonios o investigaciones formarles donde se trate el Tema de la relación médico-paciente como problema, todos tenemos conocimiento de que dicho problema existe y es un hecho cotidiano, tácitamente aceptado aceptado.

Todas las personas de alguna forma tenemos que ver con los procesos relacionados con la práctica médica Institucional, ya sea como elementos activos (consultante) ó pasivos (consultados) hemos escuchado alguna vez quejas en torno a las deficiencias de la relación médico-paciente y tal vez en más de alguna ocasión nos hemos cuestionado acerca de los factores que intervienen tanto por parte del médico como el del paciente ahora que dicha relación no sea satisfactoria.

Existe entre nosotros la idea común acerca de la problemática en la relación médico-paciente en nuestra Institución y se puede decir que la aceptamos tranquilamente sin preocuparnos en determinar que tanto de cierto o de falso hay en esto. Es por eso, que se considera que la insatisfactoria comunicación entre médicos y pacientes es un hecho generalizado cotidiano y hasta cierto punto considerado como trivial, pero no debemos olvidarnos que la mencionada relación es punto clave para el entendimiento -

mutuo de las personas involucradas en dicha relación como primer paso para lograr una adecuada continuidad en la atención médica compañeros de trabajo, de manera tal que las relaciones interpersonales alcanzan un nivel preponderante dentro de la medicina asistencial, punto de partida para la realización de actividades correspondientes al primer nivel de atención que el contacto inicial del paciente con el sistema médico institucional.

Como ya se ha mencionado en repetidas ocasiones, es de suma importancia establecer una buena relación médico-paciente que nos facilite encontrar la dirección adecuada para alcanzar la solución de los problemas que constituyeron el motivo de la solicitud de la atención médica. Recordemos que la imagen que el médico presenta ante sus pacientes está íntimamente asociada a la calidad de sus relaciones interpersonales.

Por lo tanto, una buena imagen del médico familiar debería ser considerada como primordial, en su campo de acción en el primer nivel de atención, -- dentro del cual se considera que se deben resolver más del 80% de las demandas de atención médica.

O B J E T I V O S :

GENERAL:

Evidenciar la importancia de la relación médico-paciente para definir la imagen del médico familiar ante la población derechohabiente de las Clínicas de Medicina Familiar. No. 1, 16, 26 y 28 del H.G.Z.II No. 1, ubicadas en Mexicali, B.C.

ESPECIFICOS:

- 1.- Conocer la opinión de la población derechohabiente acerca de su médico familiar por medio de encuestas aplicadas al azar en las salas de espera de las unidades de medicina familiar Nos. 1, 16, 26 y 28.
- 2.- Conocer que la imagen que logra el médico familiar mediante la relación médico-paciente influye también en la imagen de la Institución ante el paciente.

H I P O T E S I S :

- 1.- H1: En la actualidad la relación médico-paciente no es la más adecuada en la consulta externa.
HO: En la actualidad la relación médico-paciente es la más adecuada en la consulta externa.

- 2.- H2: Hay secuencia en los pasos técnico-administrativos y de procesos Psicosociales que afectan negativamente la relación médico-paciente en la consulta externa de nuestra Institución.
HO: La secuencia de psos técnico-administrativos y de procesos Psicosociales no afectan negativamente la relación médico-paciente en la consulta externa de nuestra Institución.

- 3.- H3: La mala relación médico-paciente repercute en la mala imagen de la Institución ante el derechohabiente.
HO: La mala relación médico-paciente no repercute en una mala imagen de la Institución ante la población derechohabiente.

MARCO TEORICO

El futuro de la disciplina y el buen éxito del ejercicio profesional de los especialistas en medicina familiar dependerán en buena medida del establecimiento de una apropiada relación médico-paciente y de que la relación equipo de salud-familiar se dé en forma satisfactoria. (1)

"LA ETICA Y EL HUMANISMO MEDICO"

La relación humana entre el médico y el paciente no puede perderse aunque los avances científicos de nuestra época y la organización que requieren nos obligen a modificar los métodos tradicionales de nuestra atención profesional. Los adelantos de la técnica nos han hecho mecanizar muchos procedimientos en beneficio de los enfermos; pero esa mecanización nunca podrá substituir la importancia de la actitud personal del médico, de sus conocimientos y de su sentido clínico, de un buen interrogatorio y de un juicio sereno y bien orientado.

Un peligro que amenaza al médico y que puede provocar la pérdida de su humanismo, es el que caiga en el error de despersonalización en su ejercicio dentro de la medicina Institucional. No debemos permitir que por el hecho de trabajar dentro del marco Institucional, el paciente deje de ser la persona que requiere de nuestra particular atención y se convierta en una ficha de consulta, en el número de una cama o en una cédula de afiliación. No debemos caer en la confusión de creer que la medicina Institucional es sinónimo de medicina burocrática, ya que del mismo interés de la seguridad social por mantener los valores humanos a su más alto nivel, se desprende que la relación estrecha e individual entre cada médico y su paciente es una de sus metas más codiciadas.

El buen trato del médico no debe confundirse con el esfuerzo de una sonrisa permanente o con el concepto comercial de relaciones humanas. La actitud del médico debe ser algo genuino por las trascendencia que tiene en la atención del paciente. Independientemente de su carácter, debe tener habilidad para adaptar su propia personalidad a la del enfermo y no exigir que la del enfermo se adapte a la suya. El es quien debe poner todo su talento para establecer la relación adecuada entre los dos. Su trato debe ser amable, cortés, actuando con la buena educación social que ha recibido o que está obligado a adquirir y practicar durante su ejercicio profesional; pero esta amabilidad no será suficiente sino de muestra interés personal por el enfermo y un deseos de resolver sus problemas. (2)

Respecto a la Filosofía moral de la práctica médica, es indispensable tener siempre presente que dentro de su tabla de valores, el valor supremo es la ayuda al hombre con problemas de salud, para buscar su curación, su alivio, su bienestar, aunque este sea relativo. Siempre serán secundarios la verdad científica, la eficiencia tecnológica, la ganancia económica y la adquisición de poder o prestigio.

Nunca serán suficientes las llamadas de atención sobre el trastrueque que de valores que hoy existe en la práctica de medicina. En efecto, su valor supremo que es, como ya se ha dicho, ayudar al hombre con problemas de salud, ha sido desbancado por el más alto valor de la ciencia-- LA VERDAD CIENTIFICA-- o por los valores de la tecnología. Los resultados son aún más nefastos si el valor que impera es la ganancia económica (3).-

LA PROBLEMÁTICA DE LAS RELACIONES HUMANAS EN LA CONSULTA EXTERNA:

Uno de los problemas en la consulta externa es el de las relaciones entre los médicos, las Instituciones de Salud y los pacientes.

Puede existir descontento del paciente respecto a la forma como el médico lo trata en la consulta.

También puede existir descontento del médico respecto a los resultados de la asistencia que el proporciona.

Algunos pacientes se quejan de que la consulta ha sido demasiado rápida, - que el médico apenas les ha hecho dos o tres preguntas y que casi no los - explora. Otros se quejan de que no hay "COMUNICACION", de que el médico no les dá oportunidad para decirle lo que sienten, lo que les aflige o inquieta y que tampoco les informa sobre que cosa es lo que tienen ni porque lo tienen. Se quejan también de no recibir las explicaciones que ellos - desearían sobre los medicamentos prescritos así como sobre ciertas prohibiciones referentes a la alimentación y a ciertos actos de la vida cotidiana.

Por su parte, el médico tienen que inquietarse o preocuparse cuando los conocimientos, los "CASILLEROS" de una medicina centralizada en la enfermedad de modelo biológico no le son suficientes para identificar y manejar los - problemas de salud por los que se le consulta. Quedan fuera de su capacidad cognoscitiva, comprensiva y operativa las enfermedades Psíquicas cotidianas.

Otra fuente de inquietud para el médico son aquellos pacientes en los que no obstante que presentan una enfermedad de carácter orgánico que se ha podido diagnosticar con precisión, los recursos actuales de la terapéutica no son capaces de resolver el problema en su totalidad.

Ante tal situación, el médico que no tienen más armas que las de un biólogo preparado para resolver la enfermedad humana entendida nada más como un proceso biológico, no sabe que otra cosa hacer como profesional de la medicina.

Entonces el médico termina por actuar como cualquier hombre caricativo y afectuoso o habiendo aprendido en la escuela médica y a lo largo de su carrera a disociar al enfermo en objeto de conocimiento y persona, y a dissociarse a sí mismo en frío hombre de ciencia a ratos y en ser humano en otras coasiones, actúa como científico ante alguien que para él no es más que un objeto que hay que conocer para poderlo "COMPONER". (5)

Por diferentes razones se ha llegado a pensar que el médico no se siente feliz trabajando para las Instituciones de salud. Es diferente la relación que existe entre el ejercicio profesional de la medicina privada y los sistemas de atención médica Institucional, para lo cual no están preparados en muchos casos los aspirantes a estudiantes de medicina, que entre otras cosas buscan la satisfacción económica y el prestigio tradicional que ha tenido la carrera de médico cirujano.

IMPORTANCIA DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Una aportación importante de la Psicología a la medicina es el énfasis en el estudio de la interrelación del médico con el enfermo como parte importante del proceso terapéutico. Esto ha representado un análisis por métodos Psicológicos de una noción tradicional; La de la personalidad del médico como elemento catalizador de los procesos recuperativos del organismo enfermo. Desde el campo de la Psicología se ha demostrado que el médico influye sobre el enfermo a través de una interacción dinámica en la cual intervienen factores de autoridad, de dependencia, de transferencia, de sugestión, de catarsis y de apoyo emocional.

De la capacidad de cada médico para comprender los elementos dinámicos en juego en su relación con el enfermo, depende su habilidad para identificar e influir en el elemento Psicológico de sus síntomas, estimulando en él, el desarrollo de actitudes adecuadas para la restitución del equilibrio orgánico. Esto se logra más eficazmente cuando el médico además de poseer los conocimientos necesarios, se siente libre para manejar su propia personalidad como instrumento terapéutico, como complemento en todos los casos y en sustitución de las terapéuticas médicas y quirúrgicas en algunos otros.

(4)

TIPOS DE RELACIONES HUMANAS:

Según LAIN ENTRALGO, todas las relaciones humanas se pueden dividir en dos grandes grupos:

OBJETIVANTES Y INTERPERSONALES

RELACIONES OBJETIVANTES:

Son las que convierten en un objeto de estudio a otro elemento de la relación; un objeto que se trata de conocer, un objeto que se intenta manejar o manipular.

Existen variedades de relaciones OBJETIVANTES:

RELACION CIENTIFICA: (que es la que establece el hombre de ciencia con el objeto de estudiar y manipular).-

RELACION TECNICA: (Es la que se establece entre el técnico y el objeto que se va a operar o intervenir).

RELACION OPERATIVA: (siempre acompaña a la relación técnica)

La relación Científica puede o no acompañarse de la relación operativa; los llamados científicos puros pueden prescindir de ella, pero jamás podrán hacerlo los ingenieros y los médicos cuyo papel consiste en la aplicación de las ciencias al conocimiento, manejo y solución de problemas prácticos .

La relación científica es fría, racional y distante, se hace con maneras y razonamientos clásicamente llamados experimentales.

Para el clínico, los objetos de conocimientos inmediatos son los síntomas -- AUNQUE SEAN DATOS SUBJETIVOS -- y los signos; atrás de ellos, más allá pero alcanzable por medio de éstos, está el problema de salud y el que lo vive.

A base de relaciones objetivantes se ha hecho la clínica, desde que se estructuró la medicina como ciencia hasta el presente.

Relación Objetivante es la que ha entablado el médico con su paciente al interrogarlo de manera cerrada a base de preguntas directas en busca de la enfermedad, o la que establece el clínico con el enfermo cuando le explora físicamente. La relación objetivante es la que permite al médico conocer el efecto terapéutico o las reacciones colaterales o tóxicas de un fármaco.

RELACIONES INTERPERSONALES:

Son las que se establecen entre personas, entre seres humanos que no pierden aquel carácter. El amor con sus múltiples aspectos -- AMISTAD, AMOR FILIAL; AMOR CONYUGAL, AMOR MEDICO -- es lo que las origina. El amor médico, es el verdadero origen de la relación médico-paciente, es aquel que busca en el paciente -- PERSONA QUE EL CLINICO CONOCE, COMPRENDE Y RESPETA -- el bien médico, la procura de la salud. Para alcanzar tan valioso objetivo, es indispensable el conocimiento científico de la persona y su problema, el cual se adquiere gracias a la relación objetivante de carácter científico.

La comprensión del paciente como persona, es el fin objetivo de la relación de carácter interpersonal que el médico establece con su paciente durante la consulta. Aunados, la comprensión y el conocimiento científico, hacen de toda acción y decisión médica un acto en verdad orientado a ayudar médicamente a una persona que vive un problema de salud.

BALINT, dice que el hombre tiene dos maneras de comprender:

LA INTELLECTUAL Y LA EMOCIONAL

LA COMPRENSION INTELLECTUAL, es más bien un entendimiento intelectual o racional de cosas y fenómenos muy cercano o idéntico al conocimiento racional, objetivo o científico a que conduce la relación objetivante

LA COMPRENSION EMOCIONAL, en cambio es lo que nosotros simplemente denominamos comprensión (todo aquello que llegamos a saber y a sentir del otro cuando nos ponemos en su lugar, cuando nos identificamos con él por medio de una relación interpersonal que es estrecha y cálida). al revés de la objetivante -- que es fría y distante).

Tal vez la diferencia más importante entre la comprensión intelectual y la emocional sea la identificación.

La identificación plena permite que observador y observado, que médico y paciente, tengan una experiencia mutua. Después de ella, al médico le será muy difícil pensar de nuevo en forma puramente objetiva, fría respecto a una persona.

Consumada la identificación, el médico debe salir de ella para actuar, para pensar, para razonar como un profesionalista con formación científica.

Sin embargo sus decisiones y comportamiento estarán enmarcados dentro de la identificación, de la comprensión, del amor o amistad médica.

El momento de la relación médico-paciente de carácter interpersonal, emocional, o afectivo, es el de la consulta médica y el consultorio, sala de hospital o la alcoba del enfermo, el lugar en que habitualmente ésta se lleva a cabo.

Dice LAIN ENTRALGO que el espectro afectivo de la consulta médica tiene dos polos: LA TRANSFERENCIA Y LA CAMARADERIA MEDICA, encontrándose entre ellos dos, LA AMISTAD MEDICA (ésta última viene a ser la expresión del amor médico).

La amistad médica es un modo de la relación interpersonal caracterizada por tres notas principales:

LA BENEFICIENCIA,

LA CONFIDENCIALIDAD,

LA CONFIANZA Y EL GUSTO POR LA CONVIVENCIA CON UNA PERSONA DETERMINADA.

LA TRANSFERENCIA (término con el que FREUD designó la peculiar relación afectiva que en el curso del tratamiento suele establecerse entre el paciente y el médico), es un fenómeno que tiene lugar en todo tipo de consulta médica. Se trata de un afecto intenso y no dirigido a determinada persona sino al médico, al médico de sexo opuesto; se termina por considerar como un fenómeno intenso, instintivo e interpersonal.

Iguales características tendría la contratransferencia o transferencia recíproca que es la reviviscencia de situaciones transferenciales en el médico como consecuencia de lo sucedido en la consulta, y la consecutiva - proyección de éstas sobre la persona del paciente.

LA CAMARADERIA MEDICA: por parte del paciente no hay sino la relación que puede establecerse con un médico que es bueno, competente o que está a la mano; por parte del médico, solamente se trata de hacer bien las cosas ante el enfermo que "LE TOCA ATENDER".

Existen algunas definiciones de Consulta Médica, entre ellas:

- Encuentro y relación entre dos personas: una que necesita ayuda médica por un problema de salud y la otra que está capacitada Psíquica, científica, - técnica y legalmente para proporcionarla.

- Es la relación entre la persona humana que es el paciente y la persona humana que es el médico (5).-

Desde principios de 1950 algunos Sociólogos han estudiado la relación médico-paciente, utilizando como método para el estudio de las relaciones sociales, la teoría general de sistemas.

Investigadores como: HENDERSON, TLACOTT Y PARSONS, mostraron gran interés por esa situación social.

PARSONS, en su estudio de 1951 afirmaba que el médico era neutral en sus sentimientos, orientado a la comunidad y universalista en su aplicación de un alto nivel de capacidad y conocimientos, declarando que la relación médico-paciente era armoniosa y que ambos participantes tenían metas y expectativas similares. Posteriormente en 1975, en un estudio actualizado, el mismo Autor comenta que, la relación médico-paciente incluye "UNA ESTRUCTURA ASIMETRICA DE LA RELACION DE PAPELES" que está "CONFINADA a un componente jerárquico de poder, autoridad y prestigio", con lo que se refiere a la experiencia ---- acreditada o autorizada-- o capacitada para tratar problemas relacionados con la salud sin embargo no toma en cuenta las características cotidianas del encuentro-- rasgos inanimados y tangibles -- que ejercen un profundo afecto sobre tal relación.

Investigadores como SZASZ Y HOLLANDER en 1956, usaron la perspectiva psicoanalítica para dividir la relación médico-paciente en tres categorías:

- 1.- ACTIVIDAD- PASIVIDAD
- 2.- ASESORAMIENTO-COOPERACION
- 3.- PARTICIPACION MUTUA

Así, el caso urgente del gravemente enfermo incluye un médico activo y un paciente pasivo. Mientras que el enfermo crónico corresponde de manera ideal a la tercera categoría, aunque la relación a menudo permanece en la etapa de asesoramiento-cooperación.

WILSON Y BLOOM (1972) Consideran que la relación médico-paciente es un sistema social y afirman que el encuentro es en realidad una vinculación de puntos de vista y actividades. (8)

CUATRO MODELOS PARA LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Los valores influyen en el establecimiento de reglas generales para los procedimientos y la interacción. Por ejemplo: la atención a los valores morales ayuda a determinar el papel adecuado que se debe tener en una relación médico-paciente.

ROBERT VEATCH ofrece cuatro conceptos de esta relación, que denomina:

MODELO DE INGENIERIA

MODELO DE SACERDOCIO

MODELO COLEGIAL

MODELO CONTRAFACTUAL

MODELO DE INGENIERIA: El Médico como "TECNICO"

El médico es considerado como un técnico sólo interesado en los hechos, cualquier decisión de valor se le deja al paciente y el Médico resuelve los problemas siguiendo las directrices del paciente. Este modelo respeta la autonomía del paciente e ignora la del médico. Pero como un agente moral el médico es responsable de su propio comportamiento y no puede ni debe actuar sin tomar en cuenta los valores. El médico no debe asumir una postura que le permita negar o ignorar las implicaciones éticas de sus acciones.

Por lo tanto el MODELO DE INGENIERIA en la relación médico paciente no es útil.

MODELO DE SACERDOCIO: El médico "MORALISTA"

El médico se preocupa demasiado de las dimensiones éticas de las decisiones médicas. Siendo un experto en los aspectos técnicos de las decisiones médicas, el médico que sigue este modelo, también se considera a sí mismo como un experto en aspectos morales. Es posible que el médico asuma toda la responsabilidad de los juicios de valor y limite seriamente la autonomía del paciente. Propicia el Autoritarismo, independientemente del esquema de valores y el estilo de vida escogido por el paciente. Viola la autonomía individual y amplía la autoridad del médico más allá de su campo, por lo que es generalmente inaceptable.

El paciente y el médico están luchando por objetivos comunes, especialmente la buena salud del paciente. Veatch rechaza este modelo porque siempre es factible que el paciente y el médico estén en desacuerdo acerca de los objetivos. Además, el médico y el paciente pueden no compartir los mismos valores.

MODELO CONTRACTUAL: El Médico como "PARTICIPANTE MUTUO"

Parece ser el modelo que mejor respeta la autonomía como bienestar. De manera ideal habrá un acuerdo entre el paciente y el médico acerca de las obligaciones y beneficios generales para ambas partes. Dicho acuerdo no tiene que ser legalista porque está encaminado más a una mutua comprensión que a una mutua defensa.

La toma de decisiones es compartida: el paciente tiene control sobre su propia vida con respecto a valores importantes, y el juicio del médico merece confianza para implementar el objetivo general del paciente. Si los valores del paciente requieren que el médico lleve a cabo acciones que considera moralmente inadecuadas, éste puede negarse y el contrato puede ser revisado o disuelto. En este modelo tanto el paciente como el médico son tratados como dos agentes responsables y conscientes. Ninguno de ellos estará comprometido a actuar contra los valores fundamentales y dado que ambos están de acuerdo sobre los objetivos generales de la atención médica, no es factible que se presenten conflictos. Desde luego este modelo es una concepción puramente ideal. No siempre se le puede seguir exactamente; en realidad no siempre es prudente tratar de hacerlo.

Para que una relación bipartita pueda funcionar, cada parte tiene que actuar de acuerdo con un modelo, y esto no siempre es posible, además, la relación paciente-médico en general es más compleja de lo que este planteamiento sugiere, ya que está implicada en una red de otras relaciones. Tanto el médico familiar como el paciente pueden tener importantes relaciones con otros miembros de la familia que puedan resultar afectados por esta particular interacción. Además, las relaciones con otros miembros del equipo de atención de salud pueden afectar en forma muy importante la relación básica Médico-Paciente.

Dicho modelo contraactual se ofrece más como un lineamiento que como reglas específicas de conducta. Intenta recalcar la preocupación moral subyacente de respetar a los individuos y preservar su libertad en asuntos que les --

MATERIALES Y METODOS

MATERIAL:

- Se emplearon los listados mecanizados del Departamento de Integración de la Información del HG ZII No. 1 referentes a la población de la consulta externa de Medicina Familiar, al número de consultas otorgadas en el primer nivel de atención durante los meses de Enero y Nov. de 1987, en las Clínicas No. 1, No. 26 No. 16 y 28 del I.M.S.S. en la ciudad de Mexicali, B.C.; asimismo también se utilizaron dichos listados para conocer el número de médicos familiares asignados a cada una de las mencionadas clínicas.
- Material de Oficina (papelería)
- Material Bibliográfico

METODOS:

- Por medio de los datos obtenidos de los listados mecanizados del Depto. - de Integración de la Información se determinaron las siguientes cifras:
Total Consultas otorgadas por cada Clínica (No. 1, No.26, No. 16 y 28) durante los meses de Enero a Nov. de 1987, .
Total Consultas otorgadas en conjunto por las cuatro clínicas mencionadas, - durante el mismo periodo de tiempo.
Promedio de consulta diaria otorgada por cada clínica,

- Se aplicó una encuesta directa al azar a la población usuaria de la consulta externa de Medicina Familiar en las salas de espera de las clínicas mencionadas, durante los turnos matutino y vespertino de una semana hábil.
- El número de encuestas aplicadas fué de 1,200
- Se eliminó el estudio a los menores de 15 años
- Se determinaron mediante la encuesta las características de la población, considerándose las siguientes:
Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad y tiempo de Afiliación al I.M.S.S.
- Cada encuesta constaba de 22 enunciados con cuatro reactivos cada uno, además de la cédula de datos generales.
- Las encuestas fueron aplicadas por personal seleccionado y entrenado previamente.

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante el desarrollo de la siguiente forma:

$$N = \frac{PQ}{V}$$

donde:

P= Probabilidad

P= 80%

Q= No probabilidad

Q= 20%

$$V = \text{Variación} = \left(\frac{d}{t} \right)^2$$

donde:

d= margen de error aceptado o tolerado

Se conoce que $t=95\%=1.96$ por lo tanto, $d=5\%$ de (P)

N= es de 185,245 (población usuaria)

n= 455.70

Una vez aplicadas las encuestas, se agruparon los datos por frecuencia -- para obtener los porcentajes en cada una de las preguntas y sus opciones de respuesta.

Teniendo que: $P = \frac{F}{N}$

Donde: P=%

F= Frecuencia de respuesta

N= Número total de encuestas

Los datos se agruparon por unidades de medicina familiar ya mencionadas, para obtener a través de la suma de esos un resultado general; se determinó el Índice de Satisfacción-Insatisfacción relativo a los factores evaluados mediante un proceso de ponderación, donde:

<u>Valor</u>	<u>Opción</u>
+ 2	"Excelente"
+ 1	" Bueno "
- 1	" Regular "
- 2	" Malo "

Mediante el proceso de ponderación mencionado se obtuvo una calificación ideal y otra para cada reactivo, teniendo que:

P.I. = $N_1 \times 2$ donde: P.I. = puntuación ideal

N_1 = número de personas que contestaron las preguntas

2 = Valor máximo otorgado a la opción "Excelente"

P.R. = $(F_1 \times 2) + (F_2 \times 1)$ Donde:

P.R. = Puntuación real

F_1 = Frecuencia de respuesta en la opción "Excelente"

F_2 = Frecuencia de respuesta en la opción "Bueno"

2 = Valor otorgado a la opción "Excelente"

1 = Valor otorgado a la opción "Bueno"

De lo anterior, se partió para obtener el Índice de Satisfacción por -
pregunta, donde:

$$\text{Índice de Satisfacción} = \frac{\text{Puntuación Real}}{\text{Puntuación Ideal}}$$

Los reactivos fueron agrupados de acuerdo al aspecto valorado en la relación médico-paciente, siendo estos dos:

- Aspectos Inherentes a la relación médico-paciente
- Aspectos Circulantes a la relación médico-paciente

Una vez tabulada y valorada la información obtenida, se procedió a su análisis y a la elaboración de cuadros y gráficas respectivos.

ESTIMADO DERECHOHABIENTE

ESTA SERIE DE PREGUNTAS ESTAN ENCAMINADAS A MEJORAR EL SERVICIO QUE SE LE OFRECE EN ESTA CLINICA. POR LO TANTO, LE AGRADECEREMOS LO CONTESTE LO MAS SINCERAMENTE POSIBLE:

EN CADA PREGUNTA ENCONTRARA DIFERENTES RESPUESTAS POSIBLES. CIRCULE O MARQUE CON UNA "X" AQUELLA RESPUESTA QUE EN CADA PREGUNTA ESTE MAS DE ACUERDO CON SU OPINION O EXPERIENCIA. SOLO DEBE MARCAR UNA RESPUESTA POR PREGUNTA.

CUALQUIER DUDA QUE USTED TENGA PUEDE PREGUNTAR A LA PERSONA QUE LE ENTREGO ESTA ENCUESTA.

"MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION"

DATOS GENERALES

EDAD : _____ SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____
ESTADO CIVIL: SOLTERO _____ CASADO _____
UNION LIBRE _____ DIVORCIADO _____ VIUDO _____
ESCOLARIDAD: PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____
PREPARATORIA _____ PROFESIONAL _____

CUANTAS VECES HA RECIBIDO CONSULTA EN EL I.M.S.S.? _____

CUANTOS AÑOS TIENE UD. APROXIMADAMENTE DE SEGURADO EN EL I.M.S.S.? _____

MENOS DE UN AÑO _____ DE 1 A 5 _____

DE 5 A 10 _____ MAS DE 10 _____

- 1.- CUANDO VENGO A PEDIR CONSULTA CON MI MEDIO FAMILIAR
QUE OPINA ACERCA DEL TIEMPO QUE TENGO DE ESPERAR?
 - A).- ADECUADO
 - B).- ES DEMASIADO
 - C).- NO LE CAUSA MOLESTIA EL TIEMPO QUE TENGA QUE ESPERAR
 - D).-LE DA IGUAL

- 2.- CUANDO VENGO A SOLICITAR CONSULTA MEDICA
EL MEDIO TIENE MI EXPEDIENTE CLINICO CORRESPONDIENTE?
SI _____ NO _____

- 3.- EN CASO DE QUE NO LO TENGA ES PORQUE:
 - A).- NO EXISTE
 - B).- ESTA EXTRAVIADO
 - C).- NO HAY MENSAJERO QUE LO TRAIGA
 - D).- USTED IGNORA LA CAUSA

- 4.- SE ME HA NEGADO ALGUNA OCASION LA CONSULTA?
SI _____ NO _____

- 5.- EN CASO DE QUE SE ME HAYA NEGADO LA CONSULTA MEDICA, CONSIDERO QUE
SE DEBE A:
 - A).- DEMASIADOS PACIENTES
 - B)._ MAL CARACTER DEL MEDICO
 - C).- LLEGO UD. TARDE A LA ENTREGAR SU TARJETA DE CITAS
 - D).- NO LLEVO UD. SU TARJETA DE CITAS

6.- CUANDO SE ME HA NEGADO LA CONSULTA MEDICA

QUIEN ME LO INFORMA?

- A).- ASISTENTE MEDICA
- B).- EL MEDICO FAMILIAR
- C).- EL COORDINADOR DE LA CONSULTA EXTERNA
- D).- UD. LO IGNORA

7.- HE DEJADO DE RECIBIR CONSULTA MEDICA DEBIDO A:

- A).- QUE NO VINO ME MEDICO FAMILIAR
- B).- NO SE PRESENTO LA SISTENTE MEDICA
- C).- NO HAY MENSAJERO
- D).- NO HAY PERSONAL DE "LIMPIA"

8.- EL TRATO QUE RECIBO POR PARTE DE LA SISTENTE MEDICA ES:

- A).- EXCELENTE
- B).- BUENO
- C).- REGULAR
- D).- DEFICIENTE

PORQUE? _____

9.- EL TRATO QUE LE DA SU MEDICO FAMILIAR ES:

- A).- EXCELENTE
- B).- BUENO
- C).- REGULAR
- D).- DEFICIENTE

POR QUE? _____

10.- CUANDO RECIBO CONSULTA DE MI MEDICO FAMILIAR:

- A).-ME ESCUCHA, ME EXPLORA Y ME ATIENDE ADECUADAMENTE
- B).- NO ME ESCUCHA, SOLO ME EXPLORA
- C).- ME ESCUCHA, ME ATIENDE Y ME EXPLORA, PERO EN FORMA RAPIDA
- D).- SOLO ME EXPIDE LA RECETA

- 11.- DURANTE LA CONSULTA, EN MEDICO FAMILIAR AL DIRIGIRSE A MI:
- A).- ME LLAMA POR MI NOMBRE
 - B).- ADEMAS DE MI NOMBRE, CONOCE EL DE MIS FAMILIARES (HIJO,ESPOSA)
 - C).- NO ME LLAMA POR MI NOMBRE
 - D).- SIENTO QUE A EL NO LE INTERESA CONOCER MI NOMBRE
- 12.- AL TERMINAR DE SER CONSULTADO MI MEDICO FAMILIAR:
- A).- ME INFORMA AMPLIAMENTE ACERCA DE MI ENFERMEDAD
 - B).- ME INFORMA DE MI ENFERMEDAD, PERO NO EN FORMA CLARA
 - C).- NO ME INFORMA DE MI PADECIMIENTO
 - D).- SE MOLESTA CUANDO LE PREGUNTO ALGO ACERCA DE MI ENFERMEDAD
- 13.- EN CUANTO A LAS MEDICINAS QUE ME RECETA EL MEDICOR
- A).- ME EXPLICA LA DOSIS Y ENTIENDO CLARAMENTE
 - B).- ME EXPLICA LA DOSIS, PERO NO LE ENTIENDO
 - C).- ME EXPLICA, SOLO SI LE PREGUNTO
 - D).- NO ME EXPLICA, SOLO ME DA LA RECETA
- 14.- EN CUANTO A LA CALIDAD DE LAS MEDICINAS QUE EL MEDICO ME DA,PIENSO QUE SON:
- A).- EXCELENTES
 - B).- BUENAS
 - C).- REGULARES
 - D).- MALAS
- 15.- EN CUANTO A MI MEDICO FAMILIAR ASIGNADO YO:
- A).- DESEARIA PODER ELEGIRLO
 - B).- CREO QUE CUALQUIERA ES BUENO
 - C).- ESTOY CONFORME CON MI MEDICO FAMILIAR
 - D).- NO ESTOY CONFORME CON MI MEDICO FAMILIAR

- 16.- SI PUDIERA ESCOGER A UN DOCTOR ENTRE VARIOS,
QUE CALSE DE DOCTOR ESCOGERIA?
- A).- AL MAS CAPACITADO
 - B).- AL QUE PUSIERA MAS INETRES PERSONAL EN MI
 - C).- AL MAS GUAPO O GUAPA
 - D).- A CUALQUIERA
- 17.- CUANDO ACUDO A CONSULTA:
- A).- ME ATIENDE SIEMPRE EL MISMO MEDICO
 - B).- POCAS VECES ES DIFERENTE EL MEDICO
 - C).- POR LO REGULAR, ES DIFERENTE MEDICO
 - D).- SIEMPRE ES DIFERENTE MEDICO
- 18.- EN CUANTO A LA CAPACIDAD DE MI MEDICO FAMILIAR, YO PIENSO QUE ES:
- A).- EXCELENTE. ESTA CAPACITADO
 - B).- REGULAR
 - C).- BUENA
 - D).- MALA
- 19.- SIEMOTO QUE MI MEDICO ME PRESTA LA DEBIDO ATENCION:
- SI _____ NO _____
- 20.- SI USTED SIENTE QUE NO SE LE PRESTA LA DEBIDA ATENCION POR PARTE DE
SU MEDICO FAMILIAR ES DEBIDO A:
- A).- SU MEDICO SE DISTRAE MIRANDO A OTRA PARTA
 - B).- SU MEDICO PERMITE LA ENTRADA A PERSONAS AJENAS QUE INTERRUMPEN
LA CONSULTA.
 - C).- NO TOMA EN CONSIDERACION SU PUDOR AL EXAMINARLO
 - D).- LE EXAMINA EN PRESENCIA DE PERSONAS AJENAS A USTED

21.- EN CASO DE QUE NECESITE ATENCION POR PARTE DE UN ESPECIALISTA, MI MEDICO:

A).- ME INFORMA EL MOTIVO DE ENVIO Y TRAMITES

B).- SOLO ME INFORMA EL MOTIVO

C).- SOLO ME INFORMA LOS TRAMITES

D).- NO ME INFORMA NADA

22.- CONSIDERO QUE LA COMODIDAD DE LAS SALAS DE ESPERA ES:

A).- EXCELENTE

B).- BUENAS

C).- REGULARES

D).- MALAS

RESULTADOS :

La población usuario de las clínicas de medicina familiar (número 1, 16 y 28) de enero a noviembre de 1987 fué de 185,245 (cuadro número 1) Las consultas otorgados mediante este periodo fueron en total 302,214, obteniendo como promedio global 1,337.6 consultas diarias (cuadro número 2) El tamaño de la muestra en este caso fué de 455.70

El número de médicos asignados a la clínica número 1 es de 14, para la clínica número 26 es de 5, 21 para la clínica 16 y para la clínica 28 corresponden 36 haciendo un total de 76 médicos familiares

En cuanto a las características de la población tenemos que:

EDAD:

En el Grupo No. 1 le correspondió al 43.78%, en el Grupo 2 el 25.79%, en el Grupo No. 3 incluye e.13.66%, el Grupo No.4 el 8%, el Grupo No. 5 el 4.72%, el Grupo No. 6 el 1.74% y tenemos que el restante 2.26% (22 pacientes) no se logró determinar su edad mediante la encuesta (cuadro No. 3).

SEXO:

Se encontró que el sexo femenino correspondió el 66.59% o sea 648 pacientes. Al sexo masculino correspondieron 279 pacientes o sea 28.67%; el restante el 4.41% (43 pacientes) no se anotaron su sexo.

ESTADO CIVIL:

Encontramos que el estado civil predominante fué el de "Casado" con 57.55% siguiendo los solteros con 26.20%, posteriormente en unión libre el 9.35% divorciados y viudos el 2.56%, cada uno respectivamente. El 1.74% restante no contestaron este reactivo.

ESCOLARIDAD:

De la población encuestada tenemos que la mayoría que es un 30.42% tiene - estudios de secundaria, el 23.39% estudios de primaria, a nivel de preparatoria el 14.90% y el nivel profesional el 14.28% , el resto que es el de - 10.27% (100 pacientes) no se definió (cuadro No. 5

AÑOS DE ASEGURADOS:

La mayoría de nuestra población tiene más de 10 años de asegurados al IMSS, correspondiendo al 38.43% le sigue con 28.77% los de el Grupo del 1 a 5 años, con 5 a 10 años de afiliados fueron el 14.49% y los de menos de un año el -- 15.62% El 2.67% restante no contestaron este reactivo (cuadro No. 6)

Al relacionarse cada reactivo con aspectos circundantes o inherentes a la - relación médico-paciente se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

Entre los aspectos circundantes se consideraron aquellos que afectan la relación médico paciente de manera secundaria, como son: tiempo de espera para la consulta, disponibilidad del expediente clínico, otorgamiento de consulta, - trato recibido por la asistente médica, calidad de los medicamentos y comodidad de la sala de espera.

Observamos que el índice de satisfacción global fué del 48%, derivado de un puntaje ideal total de 11,162 contra 5,320 que se obtuvo de puntaje real - (cuadro No. 7).

De lo anterior observamos que el índice de satisfacción más bajo fué el relacionado con la comodidad de la sala de espera que fué del 29% y el más elevado el referente a la disponibilidad del expediente clínico que fué el del 83% (gráfica No. 1) en cuanto a los aspectos inherentes de la relación médico-paciente se consideraron aquellos que afectan en forma directa la relación médico-paciente, como son: trato recibido por parte del médico familiar, aceptación con el médico familiar asignado, consulta por parte del mismo médico, confianza en la capacidad del médico, atención prestada por parte del médico, "el médico escucha, explora y atiende adecuadamente," el médico llama por su nombre al paciente, explicación clara del tratamiento e información del motivo o tramite con especialistas.

En este caso tenemos que la puntuación ideal total fué de 18.010 contra un puntaje real de 11,013 obteniéndose un índice de satisfacción del 61% (cuadro No. 8), correspondiendo el máximo índice al relacionado con "atención prestada por parte del médico" que fué del 77% y el mínimo correspondió al trato recibido por parte del médico familiar que fué de 46% (gráfica No.2)

POBLACION USUARIA EN LAS CLINICAS DE MEDICINA FAMILIAR
DE ENERO A NOVIEMBRE DE 1987

Poblacion Usuaría en 1987

Medicos Familia res Asignados :	14	5	21	36	TOT = 76
	CL #1	CL #24	CL #16	CL #28	
Enero	34,403	17,346	51,095	66,430	169,474
Febrero	31,308	17,505	51,541	67,145	167,699
Marzo	31,772	17,605	51,135	71,729	172,312
Abril	32,573	17,650	51,552	71,011	173,586
Mayo	31,946	13,434	51,434	71,557	172,371
Junio	31,616	9,926	40,047	63,416	173,025
Julio	32,086	10,032	46,741	64,459	173,318
Agosto	32,641	10,100	33,020	63,677	173,506
Septiembre	34,686	10,124	49,400	67,038	161,278
Octubre	33,640	10,238	50,131	56,298	150,312
Noviembre	34,571	10,372	49,142	51,160	185,245

Cuadro No. 1

Fuente: DIDI

CONSULTAS OTORGADAS EN LAS CLINICAS DE MEDICINA FAMILIAR
DE ENERO A NOVIEMBRE DE 1987

CONSULTAS OTORGADAS EN 1987

	CL #1	CL #26	CL #14	CL #28	TOTAL	PROMEDIO CONSULTA DIARIA.
Enero	12,838	2,661	8,538	4,395	28,432	1,353.90
Febrero	5,499	2,461	7,747	9,315	25,222	1,327.47
Marzo	5,336	3,029	9,281	11,923	29,769	1,353.13
Abril	5,186	2,579	8,429	9,404	25,598	1,276.09
Mayo	5,820	2,553	8,549	9,654	26,576	1,346.10
Junio	5,967	1,757	8,491	13,019	29,234	1,328.81
Julio	5,718	1,638	8,173	10,469	25,998	1,150.34
Agosto	6,080	1,719	8,693	15,439	31,931	1,820.52
Septiembre	5,325	1,744	7,474	11,991	26,534	1,328.52
Octubre	6,275	1,813	8,307	12,534	28,929	1,377.59
Noviembre	5,134	1,539	7,137	10,241	24,051	1,302.55
					<hr/>	
					302,214	

Cuadro No. 2

FUENTE: DIDI

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ENCUESTADA

<u>EDAD</u>	<u>No. Pacientes</u>
15 a 25 años	426
26 a 35 "	251
36 a 45 "	133
46 a 55 "	78
56 a 65 "	46
66 o más	17
NC.	22

ESTADO CIVIL

SOLTERO	255
CASADO	560
U. LIBRE	91
DIVORCIADO	25
VIUDO	25
N. C.	17

Cuadros No. 3 y 4, respectivamente

FUENTE: Encuesta Directa

<u>ESCOLARIDAD</u>	<u>No. Pacientes</u>
PRIMARIA	286
SECUNDARIA	298
PREPARATORIA	145
PROFESIONAL	139
NC.	100

AÑOS DE ASEGURADO

MENOS DE 1 AÑO	152
DE 1 A 5 AÑOS	280
DE 5 A 10 "	141
MAS DE 10 "	374
NC.	26

Cuadros No. 5 y 6, respectivamente

FUENTE: Encuesta Directa

ESTIMACION DE ASPECTOS CIRCUNDANTES EN LA RELACION MEDICO PACIENTE

	PUNTAJACION:		
	IDEAL	REAL	I. S. %
A).- TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA	1,876	952	32
B).- DISPONIBILIDAD DEL EXP. CLINICO	1,820	1,562	83
C).- OTORGAMIENTO DE CONSULTA AL SOLICITARLA.	1,930	1,360	70
D).- TRATO RECIBIDO POR PARTE ASISTENTE MEDICA	1,836	647	35
E).- CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS	1,862	641	34
F).- COMODIDAD DE LAS SALAS DE ESPERA	1,778	518	29
TOTAL:	<u>11,162</u>	<u>5,320</u>	<u>48</u>

Cuadro No. 7

FUENTE: Encuesta Directa

ASPECTOS INHERENTES DE LA RELACION MEDICO PACIENTE

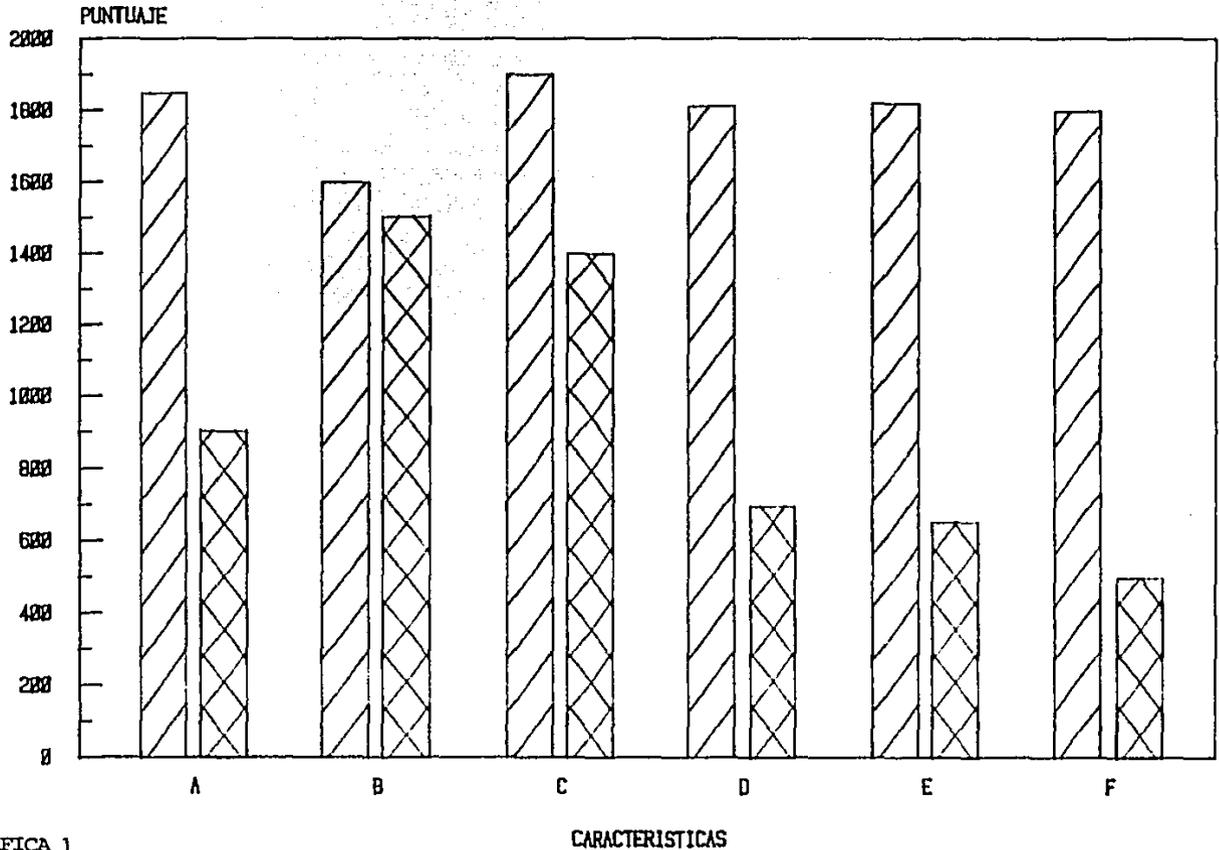
	<u>PUNTUACION</u>		
	<u>IDEAL</u>	<u>REAL</u>	<u>I.S. %</u>
A).- TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL MEDICO FAMILIAR	1,800	822	46
B).- ACEPTACION CON MEDICO FAMILIAR ASIGNADO	1,818	997	55
C).- CONSULTA POR PARTE DEL MISMO MEDICO	1,850	1,041	56
D).- CONFIANZA EN LA CAPADIDAD DEL MEXICO	1,802	895	50
E).- ATENCION PRESTADA POR PARTE DEL MEDICO	1,808	1,394	77
F).- EL MEDICO ESCUCHA, EXPLORA Y ATIENDE ADECUADAMENTE	1,836	1,311	71
G).- EL MEDICO LLAMA POR SU NOMBRE AL PACIENTE	1,812	741	41
H).- EXPLICACION CLARA DEL TRATAMIENTO	1,862	1,345	72
I).- INFORMACION DEL MOTIVO Y TRAMITE CON ESPECIALISTA	1,576	1,192	76
TOTAL:	<u>18,010</u>	<u>11,013</u>	<u>61%</u>

Cuadro No. 8

FUENTE: Entrevista Directa

ESTIMACION DE FACTORES CIRCUNDANTES

A LA RELACION MEDICO-PACIENTE

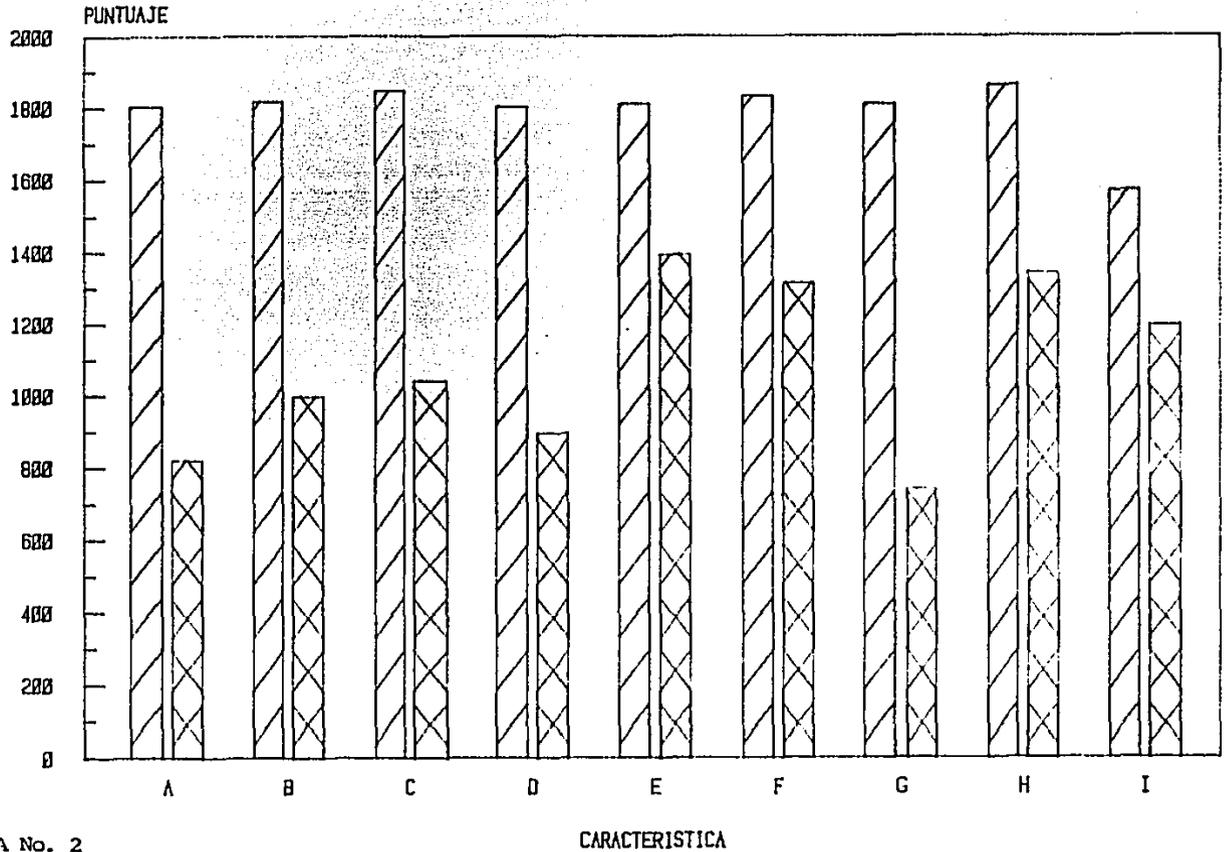


GRAFICA 1

FUENTE: Encuesta Directa

ESTIMACION DE ASPECTOS INHERENTES

DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE



GRAFICA No. 2

FUENTE: Encuesta Directa

CONCLUSIONES :

De acuerdo a los resultados obtenidos de nuestras encuestas tenemos que los factores inherentes a la relación médico-paciente tuvieron un índice de insatisfacción de 39%, se observó que estas deficiencias radican principalmente en el trato recibido por parte del médico familiar y el de "llamar al paciente por su nombre", lo cual afecta en forma importante la relación médico-paciente ya que estos dos aspectos son primordialmente el inicio de la relación interpersonal y determinará el curso que ésta siga .

Otros aspectos que nos llaman la atención son la falta de confianza en la capacidad del médico para resolver sus problemas, consecuencia de que no sea el mismo médico familiar el que lo atienda en las consultas subsecuentes. Esto es un obstáculo para que la relación médico-paciente, iniciada en la consulta previa-tenga un seguimiento adecuado, debido a que no se realiza la "transferencia afectiva" que es indispensable para obtener una buena relación médico-paciente.

Ahora, en cuanto a los aspectos que abarcan la atención, exploración física e información del médico hacia el paciente, es mejor el índice de satisfacción, pero aún alejado de lo ideal, pues el índice de insatisfacción es del 23% en forma general, esto no deja de preocuparnos ya que uno de los objetivos primordiales de la preparación de médicos residentes de medicina familiar es dar a conocer este tipo de necesidades Psicosociales en el ser humano, que son imprescindibles para lograr su confianza y su cooperación para alcanzar el éxito en su tratamiento, en su reintegración a la familia y la sociedad.

La estimación que se hizo de los aspectos circundantes a la relación médico-pacientes reveló resultados sorprendentes ya que se obtuvo un índice de satisfacción del 48%, por lo tanto, un índice de insatisfacción del 52% lo que traduce que cada uno de dos pacientes tiene una opinión deficiente en cuanto a estos aspectos que afectan directamente la imagen institucional. Siendo los más relevantes lo que se refieren a la comodidad en las áreas de consulta y al " tiempo de espera para ser recibido", los cuales se relacionan en forma directa con la actitud de la persona tenga al inicio de la relación interpersonales.

Otro aspecto sobresaliente es el trato deficiente que tiene la asistente médica para con el derechohabiente, ya que el índice de insatisfacción es el 65%, consideramos que es muy elevado e influye peligrosamente en la imagen que el paciente se va formando de la Institución , por ser este personal el contacto inicial del paciente con el sistema de atención a la salud.

Consideración importante acerca del trabajo, es la oportunidad que tuvo la población derechohabiente de expresar libremente su opinión acerca de los servicios que recibe.

Nosotros sabemos que las necesidades del ser humano, independientemente de la escala de MASLOW, se han clasificado como necesidades sentidas y expresadas que son denominadas demandas y que existen necesidades sentidas y no expresadas a los cuales conocemos como: ASPIRACIONES.

En base a esta clasificación nos damos cuenta que la insatisfacción que siente una parte de la población por la atención recibida es porque únicamente nos concentramos a atender una parte de sus demandas y que sus aspiraciones nunca han sido tomadas en cuenta,

Es por ello, que apreciamos durante la aplicación de nuestras encuestas la buena disposición que tuvieron para contestarla, mucho de ellos incluso agregaron comentarios positivos o negativos acerca de los servicios.

Consideramos por ello, que si la planeación de servicios médicos, que en el futuro se le impartan a la población se tuviera en cuenta su opinión, alcanzamos mejores resultados, mayor satisfacción y la modificación en sentido positivo de la imagen que tenga la población derechohabiente del médico y la Institución.

SUGERENCIAS :

La modificación de los aspectos negativos detectados durante este estudio no es fácil, sin embargo, algunos cambios a nivel de los planes de estudios en las Universidades para lograr la concientización del Médico sobre la realidad de que la medicina tiene como objetivo fundamental el ser humano en su total dimensión biopsicosocial, y que este hombre no vive aislado sino que le es indispensable vivir en sociedad, en la interactuación con otros seres semejantes y que el proceso salud-enfermedad es simplemente un proceso dinámico en el que se tiene que mantener un equilibrio con el medio ambiente y que por lo tanto tener concepto biológico para tratar de curar a un hombre separado de su medio ambiente sociocultural sería un error y una incongruencia.

Sabemos que modificar actitudes, en este caso del Médico Familiar, teóricamente es factible pero difícil de llevar a cabo, ya que la motivación para el cambio y el deseo personal de cada Médico para éste, es individual y tendría que efectuarse desde la etapa formativa, principalmente a nivel de la Residencia de Medicina Familiar durante la cual se diera énfasis a los aspectos referentes a las relaciones interpersonales de manera continua y los médicos que tengan verdadera devoción para ejercer esta especialidad en forma honesta y brillante comprendan que una actitud siempre positiva lo llevará forzosamente a alcanzar el éxito en sus relaciones interpersonales con quienes confían en él.

La Institución por su parte podría contribuir a mejorar en mayor proporción su imagen ante el derechohabiente, mediante una educación de sus instalaciones y de sus sistemas de evaluación, así como reconocimiento de la actuación de cada uno de sus trabajadores dando a cada quien lo que la calidad de su trabajo merezca.

Se debería tomar en cuenta la opinión del derechohabiente acerca de los servicios que se le otorgan, esto podría llevarse a cabo por medio de una "Caja de Sugerencias", y en base a la información recabada se realizaran reformas a los servicios otorgados, con lo que se tendría un panorama más amplio y apegado a la realidad en cuanto a la opinión del derechohabiente acerca de la Institución.

B I B L I O G R A F I A:

- (1).- Narro-ROBLES JA. La evolución en la Enseñanza de la Medicina Familiar en: III Jornadas Nacionales de Medicina Familiar, Edit: IMSS., México, D.F., Pág. 51, 1980
- (2).- SAINZ-JANINI JM. La Etica y el Humanismo en la formación y en el ejercicio profesional del médico. Rev. Med. IMSS 1986; 24:14
- (3).- CHAVEZ I. Etica ,Deontología y Responsabilidad del Médico Contemporáneo. Humanismo Médico, educación y cultura. Ira Ed. México, D.F. El Colegio Nacional, 1978
- (4) DE LA FUENTE-MUNIZ R.- Psicología y Medicina: el campo de la Psicología médica. En: Psicología Médica. México, D.F. Fondo de Cultura económica. 1959: 19
- (5) MARTINEZ-CORTEZ F. Consulta Médica y Entrevista Clínica. Ira Ed. México, D.F.: Medicina del Hombre en su Totalidad. Serie Puntos Básicos, 1979
- (6) BARQUIN M. El Problema de las Relaciones Humanas en la Consulta Externa. En: Medicina Social. México, D.F. El manual Moderno,1977 148-152

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- (7) SHERWIN S. Etica- En: Shires DB, Hennen BK, Eds. Medicina Familiar Estado de México: Mc Graw-Hill de México 1983, 515- 517
- (8) ANDERSON WT, Helm DT. El encuentro Médico-Paciente: Un proceso de - negociación de la realidad. En: Jaco EG, Ed. Pacientes Médicos y Enfermedades. Estado de México, Colección Salud y Seguridad Social. Serie Manuales Básicos y Estudios IMSS, 1982 427-428