

11226

25  
205



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

*Jose de Jesus C. Marquez Arcega*  
*Jose de Jesus C. Marquez Arcega*  
DISMINUCION EN LA PRODUCTIVIDAD

DEL MEDICO FAMILIAR

*Jose de Jesus C. Marquez Arcega*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JOSE DE JESUS C. MARQUEZ ARCEGA

UMF No. 2

IMSS



IMSS

PUEBLA. PUE.



1991-1993

ENSEÑANZA  
U. M. F. 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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 está 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

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	14
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	24
RESULTADOS.....	29
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES.....	45
RESUMEN.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	48

## INTRODUCCION

En toda sociedad capitalista la productividad se define como la cantidad de productos realizados por unidad de tiempo. Esto traspolado a las instituciones de salud y más específicamente al medico, se define como la cantidad de pacientes vistos por unidad de tiempo. No debemos olvidar que la productividad debe ir ligada a la calidad, ya que si se separa de ésta, la alta productividad con baja calidad originaría a la larga un gasto mayor y por lo tanto finalmente una productividad baja.

Existe una organización en la Unión Americana llamada la Comisión Unida. Esta organización desarrolla estándares de calidad en colaboración con profesionales de la salud y otros organismos y estimula a las organizaciones al cuidado de la salud a cumplir o a extenderse con los estándares a través de la aprobación y la enseñanza de conceptos en el mejoramiento en la calidad.

El procedimiento de una mejor calidad en el cuidado de la salud es desafiante, motivado tanto por fuerzas externas como internas. Externamente los contribuyentes del gobierno y el público están demandando disponibilidad para costo y calidad de servicio. Internamente los médicos y

administradores, como siempre luchan por mejorar la calidad y los servicios de los recursos.

La Comisión Unidad continúa su agenda para iniciativas de cambio, que están designadas para hacer de la aprobación futura un estímulo efectivo de mejoramiento en el desarrollo del cuidado de la salud de las organizaciones.

Aunque la competencia individual y realización son importantes para el buen cuidado del paciente, los resultados aceptables son vistos como el producto de todas las acciones individuales que se relacionan directa o indirectamente con el cuidado recibido por el paciente. La realización es por lo tanto una reflexión de una variedad de sistemas de organización interna y subsistemas que subrayan las funciones esenciales día a día. Los errores humanos pueden ocurrir con frecuencia dentro de estos sistemas complejos, pero las acciones de solución apropiadas van dirigidas usualmente al sistema y no al humano.

Aquéllos que han seguido los estándares de la Comisión Unida particularmente los estándares de confianza en la calidad de las últimas décadas habrán notado la evolución en las técnicas para defender, medir y mejorar la calidad al cuidado de la salud. Desde 1953 (el año en que los primeros

estándares de las Comisión Unida se publicaron) hasta principios de los 70's los estándares se refirieron en términos generales en valorar y producir una mejor calidad pero no sugirieron metodologías específicas para las actividades sino hasta recientemente en sus últimas revisiones.

Fuera del campo al cuidado de la salud, la calidad también se encontraba en lo alto. La industria americana había declinado mientras la japonesa había ganado puntuación como manufacturera de productos de muy alta calidad, especialmente automóviles y equipo audiovisual. Los principios sobre los cuales el éxito de la industria japonesa se fundó está ganando gran interés en la Unión Americana. Estos principios defendidos por los americanos W. Edwards Deming y Joseph Juran, señalaron el entendimiento de los procesos complejos de cualquier industria, midiendo el desempeño mediante la utilización de métodos estadísticos reales y usando la información para construir calidad dentro de los procesos (más que enfocándose solamente en la inspección). En suma la importancia señala que los líderes deberán de demostrar su dedicación en cuanto al mejoramiento en la calidad invirtiendo tiempo y dinero en el proceso, mediante la eliminación de barreras hacia la comunicación y

el mejoramiento, y crear una cultura organizada que coloque a la calidad al nivel más alto de desempeño.

El éxito japonés descansa sobre el concepto de que la calidad es algo que se tenía que mejorar continuamente a través del estudio y refinamiento de los procesos, y no mediante la búsqueda y el retiro de los malos elementos humanos.

Las compañías acaban de entender y adoptar el método japonés sobre el mejoramiento en la calidad (con frecuencia llamado mejoramiento continuo en la calidad), y aquéllos preocupados por la calidad también comenzaron a preguntarse si el modelo japonés podría ser adaptado al cuidado de la salud.

Un número de fuentes dijo que "sí", ejemplo EL PROYECTO DE DEMOSTRACION NACIONAL SOBRE EL MEJORAMIENTIO EN LA CALIDAD AL CUIDADO DE LA SALUD, QUE COMENZO EN 1987 unió a expertos en calidad industrial con grupos de varias organizaciones al cuidado de la salud . Cada equipo formuló una pregunta que se referia al uso de técnicas en el mejoramiento de la calidad. Los resultados mostraron una tasa elevada de éxito para los proyectos, e indicaron que los instrumentos y principios en cuanto al mejoramiento en

la calidad puede involucrar con éxito líderes y personal, mejorar los servicios y el cuidado, y ahorrar dinero.

Existen tres escritores expertos que han escrito sobre el mejoramiento en la calidad. Se sugiere a los lectores que noten las diferencias en las teorías y definiciones de estos tres expertos.

Aunque esos pensamientos no fueron formulados específicamente para el cuidado de la salud, los conceptos son esenciales para entender si los proveedores del cuidado de la salud, incluyendo a los médicos particulares y médicos que son parte de organizaciones son aptos para enfrentar la calidad al cuidado de la salud a la que se enfrentan hoy en día.

W. Edwards Deming es uno de los consultantes de la calidad acreditado con la industria Japonesa Revolucionada ayudándolo a obtener un nivel de calidad y productividad sin precedentes. Esta técnica de Deming hacia la calidad se encuentra dentro de sus 14 puntos para la administración, los cuales son muy importantes.

PUNTO 1.- Crear constancia en el intento hacia el mejoramiento del producto y del servicio. La finalidad de este punto, dice Deming -"ES CONVERTIRSE en competitivo...

para permanecer en el negocio, y dar empleos--". Para cubrir este punto las organizaciones, deberán, al mismo tiempo sin ignorar los "problemas de hoy en día tales como presupuestos, empleos, relaciones públicas, enfrentarse con los problemas más desafiantes del mañana y lidiar con los problemas del futuro requiere de constancia de objetivo, así lo enfatiza Deming en este punto. Esta constancia de finalidad ocasiona el no deseo de una ganancia inmediata que merme o que lastime la competitividad y el mejoramiento a largo plazo; La administración debe innovar mediante la asignación de recursos para el planteamiento a largo plazo; debe colocar a los recursos en investigación y educación; y debe mejorar constantemente el diseño del producto y servicio concerniente al mejoramiento continuo. Deming le recuerda a la administración que "esta obligación nunca cesará". Estas acciones son tan difíciles y esenciales en el campo al cuidado de la salud así como lo son en la industria.

PUNTO 2.- ADOPTAR LA NUEVA FILOSOFIA. Deming se refiere a la nueva filosofía como el mejoramiento en la calidad tal y como se practica en el Japón. El adoptar esta filosofía significa dejar las prácticas en la cual la industria americana ha caído.

No debemos seguir tolerando niveles comunmente aceptados de errores, defectos, material no apto para el trabajo, personal en el trabajo que no sabe de que se trata y que tiene miedo de preguntar, daño durante el transporte, métodos anticuados de entrenamiento para trabajo de supervisión adecuada y efectiva, administración no cimentada en el compañía.....Deming no dirige este desafío solamente a la administración, sino que el gobierno de los Estados deberá eliminar los obstáculos hacia la posición competitiva de la industria americana.

PUNTO 3.- Dejar de depender de la inspección para conseguir calidad. La inspección implica hacer el trabajo otra vez, implica que los defectos ocurran y necesitarán ser separados. Aunque la inspección pueda ser necesaria para la seguridad y la función, especialmente en algunos procesos y productos muy complejos, el depender de la inspección significa que la atención no está enfocada en el mejoramiento para que el producto salga bien la primera vez. "LA INSPECCION NO MEJORA LA CALIDAD, NI GARANTIZA CALIDA, LA INSPECCION ES DEMASIADO TARDE".

PUNTO 4.-Quitarse la idea de que la ganancia en el negocio se basa en la etiqueta del producto. El precio no indica calidad; cuando el producto comprado no es de una alta

calidad, altos costos "tales como mantenimiento y reparación pueden resultar con frecuencia". Deming sugiere que las relaciones a largo plazo con clientes únicos nos darán lealtad, confianza, y por último costos más bajos.

PUNTO 5.- Mejorar constantemente y para siempre el sistema de producción y servicio. No significa el resolver problemas inmediatos conforme vayan surgiendo, sino el comportamiento constante para asegurar que la calidad sea "CONSTRUIDA EN LA ETAPA DE DISEÑO" o que todos los procesos existentes estén siendo estudiados y revisados continuamente para mejorar los productos. Es también necesario utilizar métodos estadísticos veraces.

PUNTO 6.- Introducción de entrenamiento dentro del trabajo. Deming enfatiza dos tipos de entrenamiento. Primero la administración deberá ser entrenada en la función completa de la organización y en los conceptos sobre el mejoramiento en la calidad. Segundo, el entrenamiento y la colocación apropiados para el personal aseguran que sus talentos enriquecidos no serán desperdiciados. El entrenamiento apropiado para el personal y la administración incluyen: a) el asegurar que existe aseguramiento; b) asegurar que el significado sea efectivo (es decir eliminando instrucciones escritas mal entendidas); y c) eliminar la práctica de

entrenar al personal por otro personal que hayan adquirido malos hábitos también por un entrenamiento pobre. El entrenamiento deberá de llevarse a cabo mientras haya evidencias de que sirva, y el entrenamiento deberá ocurrir cuando las circunstancias así lo requieran, por ejemplo cuando un nuevo equipo es puesto en uso. La educación continua es por supuesto, una parte de la cultura al cuidado de la salud. La educación deberá incluir las normas del mejoramiento en la calidad y contro estadístico de la misma.

PUNTO 7.-Incluir liderazgo. Deming dice que la administración no debe supervisar sino dirigir; para hacer, la administración deberá "ELIMINAR LAS BARRERAS que hace imposible que el trabajador asalariado ejecute su trabajo con orgullo humanitario". También ellos por sí mismos deberán conocer perfectamente el trabajo que ellos supervisarán; la administración no deberá tratar también cada problema como un fuego a ser apagado, sino que deberá mirar hacia el mejoramiento del sistema. Finalmente los líderes no deberán caer en el engaño numérico, especialmente en la noción de que todo trabajador deberá cubrir con el promedio de ejecución. De hecho no todos se encuentran por arriba del promedio; algunos siempre estarán abajo.

PUNTO 8.- Eliminar el miedo de que "NADIE PUEDE REALIZAR MEJOR SU TRABAJO A MENOS DE QUE SE SIENTA SEGURO. El miedo es inherente en la técnica de la "eliminación de la manzana podrida" hacia la calidad y en la percepción de que la calidad es algo impuesto por fuerzas extrañas que escuadríen sobre el hombro de cada uno de los miembros de la organización. "Un denominador común de miedos en cualquiera de sus formas y en cualquier lugar, es la pérdida debido al desempeño inadecuado o a mal entendidos. En el cuidado de la salud, el ser reservado para comunicar problemas debido al miedo o a malos entendidos puede traer serias consecuencias.

PUNTO 9.- Eliminar las barreras entre los departamentos. La estructura de una organización puede trabajar en contra del mejoramiento en la calidad; la falta de comunicación entre los departamentos y servicios puede impedir el mejoramiento y causar problemas en el cuidado de la salud. La coordinación de por ejemplo enfermería, anestesia, cirugía y cuidado postanestésico son cruciales para cualquier procedimiento quirúrgico. Para otro ejemplo, podemos decir que la comunicación del personal y administrativo es esencial cuando se contempla la compra de equipo o cambios de procedimientos. En suma, el proceso mediante el cual los

sistemas son estudiados y mejorados requieren estrecha cooperación de todas las partes involucradas, sin importar en que departamento o servicio trabaje cada una de ellas.

PUNTO 10.- Eliminar los eslogans, exportaciones y objetivos para la fuerza de trabajo. Aquí Deming enfatiza que tales tácticas no tienen significado sin un plan que las respalde. También ellas generan frustración cuando es le pide al trabajador que mejore sin darle lo necesario.

PUNTO 11.- Eliminar las cuotas numéricas y administración mediante objetivo. "Las tasas de producción con frecuencia son establecidas para acomodar al trabajador común, que naturalmente la mitad de ellos está por arriba del promedio y la otra mitad por debajo del mismo....el resultado es la pérdida, el caos y la insatisfacción. Algunas tasas son establecidas para el triunfador, que es todavía peor". Las cuotas para la administración son igualmente problemáticas. Con frecuencia no van acompañadas de planes, y el sistema no es por sí mismo estable, una meta no tiene sentido.

PUNTO 12.- Eliminar las barreras hacia el orgullo del trabajo humano. Deming cita o enumera muchas barreras específicas. Una, él dice es la evaluación del desempeño anual ligada a un aumento en el salario para el trabajador.

Tal sistema "SE ENFOCA SOBRE EL PRODUCTO FINAL DE LA CORRIENTE, Y NO SOBRE EL LIDERAZGO PARA AYUDAR A LA GENTE". El efecto es miedo, autopreservación en vez de una acción para mejorar a la organización. Una barrera hacia el orgullo del personal es el sentido de la sensación de que ellos son un producto, débiles para comunicar sus ideas y conocimientos a la administración, y la sensación de que no saben que se espera de ellos. Las soluciones rápidas a estas barreras no resultarán; la administración debe demostrar sobre un periodo de tiempo que ella tomará acción para mejorar los sistemas, y que no está involucrada en la búsqueda continua de los malos elementos, y que tiene la obligación de un mejoramiento y sobrevivencia a largo plazo de la organización.

PUNTO 13.- Instalar un programa vigoroso de educación y automejoramiento. Tal como se mencionó en el punto 6, la educación llevada a cabo y practicada en el campo es esencial para hacer lo mejor de la gente talentosa.

PUNTO 14.- Poner a trabajar en la organización a todos para conseguir la transformación. María Walton en su libro "el método de administración de Deming" resume de esta forma que:

La administración tendrá que organizarse a si misma como un equipo para avanzar los otros 13 puntos. Se necesitará de un consultante estadístico. Todo empleado de la compañía incluyendo a los gerentes, deberán adquirir una idea precisa de como mejorar la calidad continuamente. La iniciativa deberá provenir de la administración.

Deming enfatiza que el cambio ocurrirá en etapas, el paso del tiempo sugiere acciones específicas para facilitar el cambio.

Finalmente Deming, ha formulado lo que el llama las "7 enfermedades mortales" que afectan a muchas organizaciones.

## JUSTIFICACION

Se ha observado que la productividad/calidad del médico familiar ha disminuido, reflejándose esto en un servicio deficiente para el paciente y con un costo mayor al instituto, ya que cuando a un paciente no se le diagnostica con certeza su enfermedad o no se le atiende de inmediato puede evolucionar hacia la cronicidad y terminar en un tercer nivel.

Esta baja productividad/calidad se refleja en un mal trato al paciente, falla en un diagnóstico certero, falta de un seguimiento adecuado de la evolución de la enfermedad, uso inadecuado de los estudios paraclínicos (ya sea uso excesivo de los mismos o falta de ellos), mala relación médico-paciente, terapéutica no efectiva para el padecimiento en cuestión, ya que si está mal diagnosticado no se podrá tratar adecuadamente; pérdida de la confianza por parte del paciente hacia el médico y por lo tanto el no seguimiento de las indicaciones médicas con la consiguiente falla terapéutica.

Esta baja productividad/calidad si es que existe está dada por un sin número de factores los cuales vamos a investigar en nuestro estudio.

Se ha culpado mucho a la medicina socializada de que por la gran cantidad de pacientes afiliada a la misma origina una menor productividad en la atención precipitada por largas colas de espera, burocratismo, sobresaturación de los servicios, intervalo largo en interconsultas al especialista, medicamentos no efectivos, equipo obsoleto y por último una saturación de consultas al tercer nivel.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Desde tiempos muy remotos el medico ha tratado de mejorar la calidad de vida de sus pacientes, enfrentándose a diario a cierto tipo de casos, tomando decisiones sumamente importantes y que en caso de no ser adecuadas ponen en riesgo la vida de los mismos. No olvidemos que el medico como ser humano que es está expuesto a un sin número de factores tanto intra como extrapersonales que pueden originar una menor productividad/calidad en su trabajo.

Existe un creciente interés en cuanto al uso de protocolos para la práctica médica con el fin de disminuir el cuidado médico inapropiado, el control de variaciones geográficas en los patrones de práctica y el uso más efectivo de los recursos al cuidado de la salud. El gobierno federal de los Estados Unidos ha creado una agencia al servicio de la Salud Pública Americana con la responsabilidad de los protocolos sobre la práctica médica. Dichos protocolos han sido desarrollados por más de 35 organizaciones médicas y sociedades especialistas, así como también, centros de investigación independientes están desarrollando métodos para valoración y uso de protocolos, además hospitales, aseguradoras, centros privados, y otros también se están involucrando. (1,2,3)

La práctica de la medicina es estresante para la mayoría de los médicos. La literatura reporta una alta incidencia de depresión, suicidio, aislamiento social, alcoholismo, drogadicción entre los médicos y en paralelo a esto una decreciente satisfacción en la atención de los pacientes. La explosión en la información médica, documentación, consumismo por parte de los pacientes, mala practica medica, falta de una remuneración adecuada y el aumento de la tecnología médica, ha sido citado en la literatura medica como factores contribuyentes a la insatisfacción.

Los enfoques saludables hacia la vida como médico, con frecuencia ocurren después de la carrera de medicina y de la residencia. Durante la residencia se utilizan estrategias de sobrevivencia las cuales son adaptativas para el estrés abrumador, pero mal adaptativas a la subsecuente vida profesional.

La falta de atención a la alimentación adecuada, sueño insuficiente, ausencia de tiempo de recreación y en general al cuidado personal; todo esto combinado con las demandas externas con frecuencia originan sentimientos de ser objetivizado, estar sobrecargado y fuera de control. Más aún la necesidad de compartir experiencias, vulnerabilidades e incertidumbre no se reconoce ni mucho.

menos se desarrolla durante la residencia. La falta de atención hacia el desarrollo personal durante la residencia, con frecuencia hace que los médicos sean vulnerables y pobremente preparados para el subsecuente desarrollo de sus vidas. Los factores importantes a considerar en los programas actuales de residencia incluyen la falta de equilibrio entre el curriculum biomédico así como las demandas de cuidado tecnológicamente orientado del paciente por un lado y la falta de atención a los valores de soporte y crecimiento personal de los residentes y los pacientes por otro lado. (4,5,6,)

Es necesario la evaluación del médico familiar, ya que sin duda el sistema de evaluación es el factor más potente en influenciar el comportamiento de aprendizaje del mismo estudiante.

Existen muchos estudios bien documentados que conforman el deseo de los estudiantes para ser evaluados al final de un periodo de entrenamiento. La naturaleza de la evaluación no solamente afecta el conocimiento y destrezas que los estudiantes adquieren, sino también su enfoque hacia el mismo. No olvidemos que la evaluación de acuerdo a la taxonomía de Bloom se debe hacer en tres áreas. (7,8,9)

Estudios anteriores han identificado varios aspectos importantes de la práctica médica para la toma de

decisiones; tales como: la densidad de la población de la localidad donde se trabaje, especialidad, la disponibilidad de colegas que puedan proporcionar consejos y asistencia y médicos de la comunidad que tengan influencia educacional.

Los Servicios de Salud de los Estados Unidos realizaron una encuesta a 826,500 consumidores en varios estados de la Unión Americana sobre las 5 características más solicitadas a los médicos familiares por parte del consumidor, encontrándose lo siguiente: 1) extensión del horario de consulta y consulta los fines de semana 28 % ; 2) que fueran médicos del sexo femenino 16 % ; 3) que el tratamiento fuera de tipo educacional (es decir que exista una gran interacción entre médico y paciente) 5.8 % ; 4) que se vieran pacientes de menores de 12 meses 5.6 % ; y 5) que fueran médicos osteópatas 3.2 % .

Se encuestaron a 7500 médicos para contestar las sugerencias de los consumidores y ver que tanto cumplían con lo que el público consumidor solicitaba: 1) extensión del horario de consulta y consulta los fines de semana en un 64.7 % ; 2) que fueran médicos del sexo femenino = 14.2 % 3) que el tratamiento fuera de tipo educacional 74.3 % ; 4) que se vieran infantes menores de 12 meses = 81.6 % ; 5) que fueran médicos osteópatas = 24 % . (10,11,12)

Se ha revisado recientemente la continuidad del cuidado y sus efectos sobre los pacientes y médicos. Varios estudios realizados en los Estados Unidos sugieren que resultados tales como la satisfacción por parte del paciente, del personal, comunicación de problemas emocionales y necesidades psicológicas por parte de los pacientes, la aceptación de los horarios de consulta y medicamentos son favorablemente influenciados por la continuidad del cuidado. Otros estudios documentan una hospitalización más corta y menos admisiones al servicio de urgencias en ancianos hombres que tenían altos índices de continuidad con sus médicos familiares, pero poco se sabe sobre la satisfacción del médico sobre el cuidado continuo, ya que en la medicina socializada se piensa erróneamente que es una carga más de trabajo. (13,14,15).

En un estudio llevado a cabo en los Países Bajos se realizó una encuesta a 1000 pacientes para saber por qué asistían a la consulta de medicina familiar, siendo su finalidad la prevención de consultas innecesarias o retardo en el tratamiento, ya que las consultas innecesarias originan medicalización de la condición del paciente, costos extras para el sistema médico y pérdida de tiempo del médico familiar. Los resultados de dicha encuesta dicen que los

pacientes esperan consejos más que tratamiento por parte del médico. (16,17,18)

Es importante hablar sobre el paternalismo, ya que es común en la práctica del médico familiar. Según Dworkin define al paternalismo como la interferencia en la libertad de acción de una persona, justificada por razones que se refieren exclusivamente al bienestar, alegría, necesidades, intereses o valores de la misma. Una definición más detallada la da Gert y Culver en la cual el paternalista se da cuenta de que sus acciones serían contrarrestadas por el paciente si éste estuviera más enterado y que el paternalista esperaría que a la larga el paciente coincidiría con la acción tomada por aquél. Existen cuatro tipos de relación médico-paciente dentro del espectro del paternalismo y estas son: 1) médico autocrático ; 2) médico paternalista ; 3) médico como agente y 4) paciente que cede autonomía. En el primer tipo, al médico le interesa muy poco la opinión del paciente, las preguntas que con frecuencia hace el paciente el médico las toma como irritantes ya que eso significa una falta de reconocimiento de las habilidades de este por parte del paciente. El médico piensa en este tipo de relación, que el paciente es afortunado al tener el beneficio de los consejos de un experto y que los pacientes viven para el beneficio de la

medicina y no que la medicina para el beneficio de los pacientes. En el segundo tipo o sea el médico paternalista, éste escucha al paciente, pensando que si lo hace es más eficiente. El médico genuinamente quiere lo mejor para el paciente, pero cree que éstos con frecuencia necesitan ser guiados firmemente a través del proceso de toma de decisiones, ya que el mismo paciente no siempre sabe lo que es mejor para él. En este tipo de relación, el médico familiar se ve así mismo en una posición superior ; cuando se necesitan tomar decisiones importantes, el médico familiar se siente justificado al hacer caso omiso de los deseos del paciente. En el tercer tipo de relación o sea en la cual el médico actúa como agente, éste no se ve así mismo como el encargado, sino considera al paciente como el árbitro final de todas las decisiones importantes. El último tipo de relación o sea el paciente que cede autonomía, la encontramos en el siguiente ejemplo: -"doctor, estoy en sus manos"- . Este tipo ha sido considerado ser un problema para algunos autores, sin embargo el negarle esto al paciente podría ser considerado como paternalismo; por otro lado los médicos que llevan a cabo los deseos de los pacientes no están actuando paternalistamente sino más bien como agentes del paciente. Se considera que en la práctica médica de los Estados Unidos la mayoría de los médicos

familiares actúan como agentes del paciente. Sin embargo ocasionalmente actuarán paternalistamente, o aún autocráticamente cuando ellos estén de mal humor. (19,20,21)

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo para identificar las causas que ocasionan deficiencia en la productividad/calidad de servicio médico del primer nivel de atención. Se tomaron por simple disponibilidad a 21 médicos de consulta externa de la unidad de medicina familiar número 2 del I.M.S.S. en Puebla, así como a diez pacientes adscritos a cada uno de ellos, tomados al azar y que hayan acudido a consulta, a ambos se les aplicó una encuesta (para médicos y para pacientes; se anexan) investigando factores higiénicos y motivacionales en el trabajo para los primeros y de relación médico-paciente para los segundos.

El presente trabajo se realizó de Enero a Octubre de 1992.

### CRITERIOS PARA LOS MEDICOS

Se incluyeron a médicos sin importar sexo, años de antigüedad y si tenían o no curso de especialización en medicina familiar. No se incluyeron a médicos de los servicios de urgencias y planificación familiar y se excluyeron aquéllos que no desearon participar.

**CRITERIOS PARA LOS PACIENTES**

Se incluyeron pacientes que hayan acudido a tres consultas o más con su médico familiar, mayores de 18 años sin importar sexo. No se incluyeron a los que asistieron a menos de tres consultas con su médico familiar y menores de 18 años; se excluyeron a pacientes con psicopatología.

Este trabajo se realizó de Enero a Octubre de 1992.

## ENCUESTA PARA LOS MEDICOS

## I. FAVOR DE ENCERRAR EN UN CIRCULO LAS RESPUESTAS

1. -SEXO: a) M b) F 2. -ESPECIALIDAD EN MF  
a) SI b) No
3. -EDO. CIVIL: a) Soltero(a) b) Casado(a) c) Viudo(a)  
d) Divorciado(a)
4. -ANTIGUEDAD: a) menos de 10 años, b) entre 10 y 20 años,  
c) más de 20 años
5. -TRABAJA EN OTRA INSTITUCION?: a) sí b) no
6. -SU HORARIO ES : a) corrido b) fraccionado
7. -TIENE HIJOS CUANTOS? a) uno, b) dos, c) tres, d) más de tres
8. MEDICO a) de base b) OB
9. EN EL ULTIMO AÑO HA ASISTIDO A CURSOS? SEÑALE  
a) cero, b) uno, c) dos, d) tres d) más de tres

II FAVOR DE ASIGNAR UN NUMERO DEL UNO AL SEIS DE ACUERDO A LA  
IMPORTANCIA QUE LE ASIGNE UD. A LAS SIGUIENTES  
ORACIONES, SIENDO EL NUMERO UNO EL MAS IMPORTANTE, Y EL SEIS  
EL MENOS IMPORTANTE. NO REPETIR LOS NUMEROS

- a) Tener completa libertad de manejar a los pacientes \_\_\_\_\_
- b) Citar regularmente a los pacientes \_\_\_\_\_
- c) Ver a todos los miembros de la familia \_\_\_\_\_
- d) Tener suficiente tiempo con los pacientes \_\_\_\_\_
- e) Tener buena relación de trabajo con el equipo médico \_\_\_\_\_
- f) Ver una gran variedad de pacientes \_\_\_\_\_

II. FAVOR DE COLOCAR A CADA UNA DE LAS SIGUIENTES ORACIONES UNA  
CALIFICACION DEL 1 AL 10, SIENDO EL 10 LA CALIFICACION MAS  
ALTA. SE PUEDEN REPETIR LOS NUMEROS.

- a). Calidad del servicio que usted da. \_\_\_\_\_
- b). Recibe ayuda de su equipo médico (asistente, coordinador) \_\_\_\_\_
- c). Tiempo que usted asigna a cada paciente \_\_\_\_\_
- d). Cita usted regularmente a los pacientes \_\_\_\_\_
- e). Recibe usted soporte o ayuda de otros médicos \_\_\_\_\_
- f). Cuenta usted con lo necesario para realizar su trabajo lo mejor  
posible? \_\_\_\_\_
- g). Nivel de eficiencia en todos los servicios de la clínica. \_\_\_\_\_
- h). Relación con sus pacientes \_\_\_\_\_
- i). Medio ambiente físico de la clínica \_\_\_\_\_
- j). Calidad del trabajo en general. \_\_\_\_\_



## ENCUESTA PARA LOS PACIENTES

1. La relación con su médico familiar es:  
a) buena,      b) regular      c) mala
2. -Su relación con la asistente es:  
a) buena,      b). regular      c) mala
- 3) El tiempo que su médico le dedica a usted es:  
a) demasiado corto      b) corto      c) normal      d) extenso
4. El servicio que su médico le da es:  
a) bueno      b) regular      c) deficiente
5. Acude usted a consulta cuando:  
a) su médico lo(a) cita,      b) se siente enfermo
6. Su médico le inspira:  
a) confianza      b) temor      c) inseguridad
7. El servicio en general de la clínica es:  
a) bueno.      b) regular      c) deficiente
8. Que sugerencias daría usted para mejorar el servicio?

---

---

---

---

---

---

---

---

## RESULTADOS

En este estudio se encontraron los siguientes resultados como lo indican las tablas siguientes:

TABLA 1  
"LA PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"

## RELACION DEL PACIENTE CON EL MEDICO FAMILIAR

Relación	----Pacientes	-----	Porcentaje
Buena	-----290	-----	69-- %
Regular	----- 92	-----	21-- %
Mala	----- 38	-----	10-- %
Total	----- 410	-----	100-- %

Fuente: encuesta específica a los pacientes.

Comentario: Se aprecia que en una buena proporción los pacientes refirieron tener una buena relación con su médico familiar.

TABLA 2  
"LA PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"

RELACION DEL PACIENTE CON LA ASISTENTE

Relación	# pacientes	Porcentaje
-Buena-----	282-----	67---%
-Regular-----	90-----	22---%
-Mala-----	48-----	11---%
-Total-----	420-----	100---%

Fuente: encuesta específica a los pacientes  
Comentario: Como se ve existe un buen porcentaje de buena relación con la asistente.

TABLA 3  
"PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
TIEMPO QUE EL MEDICO  
DEDICA A CADA PACIENTE

tiempo	# pacientes	porcentaje
demasiado----- corto	36-----	9---%
corto-----	72-----	18---%
normal-----	312-----	73---%
extenso-----	0-----	0---%
total-----	420-----	100---%

Fuente: encuesta específica a los pacientes.  
Comentario: como se aprecia existe un buen porcentaje de un tiempo normal que se le dedica al paciente.

TABLA 4

" PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 CALIDAD DE SERVICIO POR PARTE DEL MEDICO

calidad-----	# pacientes-----	porcentaje
buena-----	252-----	60--%
regular-----	138-----	32--%
deficiente-----	30-----	8--%
total-----	420-----	100--%

Fuente: encuesta específica.

Comentario: como se observa más de la mitad de los pacientes encuestados referían recibir una buena calidad de servicio por parte de su médico familiar.

TABLA 5

"PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 ACUDE EL PACIENTE A CONSULTA CUANDO  
 LO CITAN O CUANDO ESTA ENFERMO

acude cuando-----	# pacientes-----	porcentaje
lo citan-----	168-----	40--%
está enfermo-----	252-----	60--%
total-----	420-----	100--%

Fuente: encuesta específica a los pacientes.

Comentario: por lo que se ve en esta tabla más de la mitad de los pacientes acuden solo cuando están enfermos.

TABLA 6  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 SU MEDICO LE INSPIRA

sentimiento-----	#pacientes-----	porcentaje
confianza-----	328-----	78--%
temor-----	18-----	5--%
inseguridad-----	74-----	17--%
total-----	420-----	100--%

Fuente: encuesta específica a los pacientes.  
 Comentario: más de tres cuartas partes de los médicos le inspiran confianza a sus pacientes.

TABLA 7  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 EL SERVICIO EN GENERAL DE LA CLINICA

servicio-----	# pacientes-----	porcentaje
bueno-----	224-----	53--%
regular-----	164-----	39--%
deficiente-----	32-----	8--%
total-----	420-----	100--%

Fuente: encuesta específica a los pacientes.  
 Comentario: poco más de la mitad de los pacientes coincidió en que el servicio en general de la clínica es bueno.

TABLA 8  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES

sugerencias-----	#sugerencias-----	%-----
1.-Más amabilidad de las las asistentes-----	100-----	19-%
2.-Menos tiempo de espera entre la entrega de tarjeta y la consulta-----	90-----	18-%
3.-Puntualidad de la asistente-----	40-----	7-%
4.-Más amabilidad de los médicos-----	40-----	7-%
5.-Menos tiempo de espera y mayor amabilidad en archivo-----	40-----	7-%
6.-Puntualidad de los médicos-----	32-----	6-%
7.-Mejores medicamentos-----	32-----	6-%
8.-Buena exploración clínica-----	16-----	3-%
9.-Capacitación del médico-----	12-----	2-%
10.-Ampliar el cuadro básico-----	8-----	1.5-%
11.-Mayor amabilidad en urgencias-----	8-----	1.5-%
12.-Citas no muy espaciadas en Rx-----	8-----	1.5-%
13.-Mejor limpieza de los baños-----	8-----	1.5-%
14.-Otras-----	100-----	19-%
total-----	534-----	100-%

Fuente: encuesta específica a los pacientes.

Comentario: por lo que se aprecia en la tabla existe una gran sugerencia en cuanto a mayor amabilidad por parte de las asistentes, menos tiempo de espera, puntualidad de las de las mismas y mas amabilidad de los médicos, así como más eficiencia en archivo.

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS A LOS MEDICOS

TABLA 9  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 PARTICIPACION EN LA ENCUESTA

participacion-----# médicos-----porcentaje
si-----39-----86---%
no-----6-----14---%
total-----45-----100---%

Fuente: encuesta específica a los médicos'

Comentario: un buen porcentaje de médicos deseó participar en la encuesta. De los que desearon participar 25 fueron hombres (64%) y catorce mujeres (36%). De los que no desearon participar, 4 fueron hombres (67%) y 2 (33%).

TABLA 10  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

especialiad-----# médicos-----porcentaje
si-----18-----46---%
no-----21-----54---%

Fuente: encuesta específica a los médicos.

Comentario: hay un mayor porcentaje de médicos que no tienen la especialidad en medicina familiar.

TABLA 11  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 ESTADO CIVIL

edo. civil	# médicos	porcentaje
solteros	1	2.5--%
casados	36	92.5--%
viudos	1	2.5--%
divorciados	1	2.5--%
total	39	100--%

Fuente: encuesta especifica a los médicos

Comentario: como se ve en la tabla la mayoría de los medicos son casados.

TABLA 12  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 ANTIGÜEDAD EN EL IMSS

antigüedad	# médicos	porcentaje
<10 años	2	5--%
entre 10 y 20	21	54--%
>20 años	16	41--%
total	39	100--%

Fuente: encuesta especifica a los médicos.

Comentario: cerca de la mitad de los medicos encuestados tienen una antigüedad de más de 20 años.

TABLA 13

"PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
EMPLEO EN OTRA INSTITUCION

otra institución	# medicos	porcentaje
sí	10	26%
no	29	74%
total	39	100%

Fuente: encuesta específica a los médicos  
Comentario: una gran proporción sólo trabaja en el IMSS.

TABLA 14

"PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
HORARIO DE LOS MEDICOS

tipo	# medicos	porcentaje
compactado	20	51%
discontinuo	19	49%
total	39	100%

Fuente: encuesta específica a los médicos.  
Comentario: se aprecia casi igual proporción de médicos con horario discontinuo que de médicos con horario compactado.

TABLA 15  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 NUMERO DE HIJOS

# hijos	# medicos	porcentaje
cero	1	4--%
uno	6	15--%
dos	8	20--%
tres	15	38--%
>tres	9	23--%
total	39	100--%

Fuente: encuesta específica a los médicos.

Comentario: la mayor proporción de médicos tienen más de tres hijos.

TABLA 16  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 BASE O NO EN EL IMSS

base	# médicos	porcentaje
sí	36	92--%
no	3	8--%
total	39	100--%

Fuente: encuesta específica a los médicos'

Comentario: la mayor parte de los médicos son de base en esta institución.

TABLA 17  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 CURSOS DE ACTUALIZACION EN EL ULTIMO AÑO

cursos-----	# médicos-----	porcentaje
cero-----	15-----	38---%
uno-----	5-----	13---%
dos-----	14-----	36---%
tres-----	5-----	13---%
>de tres-----	0-----	0---%
total-----	39-----	100---%

Fuente: encuesta especifica a los médicos.

Comentario: el 62% de los médicos de esta unidad continúan capacitándose

TABLA 18  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 SEIS ASPECTOS SOBRE EL CUIDADO DE LOS PACIENTES EXTERNOS: EN  
 ORDEN DE IMPORTANCIA DE ACUERDO A LOS MEDICOS

ORDEN DE IMPORTANCIA-----	PROMEDIO DE PUNTUACION
a).-Tener completa libertad de manejar a los pacientes-----	2.5
b).-Citar regularmente a los pacientes-----	2.5
c).-Ver a todos los miembros de la familia-----	3.3
d).-Tener buena relacion de trabajo con el equipo médico-----	3.5
e).-Tener suficiente tiempo con los pacientes----	3.6
f).-Ver una gran variedad de pacientes-----	5.5

Fuente: encuesta especifica a los médicos.

Comentario: la puntuación de los médicos para cada aspecto se promedió, a menor promedio mayor importancia y viceversa.

TABLA 19  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 \*ESCALA DE SATISFACCION EN LA PRACTICA MEDICA DE LA UMF-2

- a).-Calidad del servicio que usted da = 9.5
- b).-Recibe ayuda de su equipo médico (asistente,coordinador) = 8.2
- c).-Tiempo que usted asigna a cada paciente = 8.3
- d).-Cita ud. regularmente a los pacientes = 9.4
- e).-Recibe ud. soporte o ayuda de otros medicos =6.4
- f).-Cuenta ud. con lo necesario para realizar su trabajo lo mejor posible = 7.1
- g).-Nivel de eficiencia en todos los servicios de la clinica = 7.5
- h).-Relación con sus pacientes = 9.2
- i).-Medio ambiente físico de la clinica 8.5
- j).-Calidad del trabajo en general =8.3

Esta escala se basa en la satisfacción sobre la práctica médica y fue ideada por los autores Robert P. Blankfield y cols. para un estudio realizado en Cleveland Ohio en 1968 sobre la "continuidad del cuidado en un programa de residencia de Medicina Familiar".

Fuente: encuesta específica a los médicos.

Comentario:De acuerdo a los médicos como se observa en la table existe poca colaboración por parte de los jefes de departamento clínicos y además no se cuenta con el equipo necesario para realizar el trabajo.

Nota: las tablas 20 y 21 se basan en la toma de decisiones por parte de los médicos familiares durante sus consultas.

TABLA 20  
"PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
EN CASO DE DUDA EN EL DX. DAR TRATAMIENTO SIN INFORMACION  
ADICIONAL ALGUNA (LEER LIBROS, REVISTAS MEDICAS, CONSULTAR A  
OTRO MEDICO)

tratamiento-----# medicos-----porcentaje
si-----3-----8---%
no-----36-----92---%

Fuente: encuesta específica a los médicos.

Comentario: el mayor porcentaje de médicos ampliaría primero su información a cerca del padecimiento antes de tratarlo en caso de existir duda.

TABLA 21  
"PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
CONDUCTA A SEGUIR PRIMERO EN CASO DE DUDA EN EL DIAGNOSTICO

conducta-----# medicos-----porcentaje
consultar textos-----6-----15---%
consultar revistas médicas-----2-----5---%
cons. de forma informal a otro médicos-----9-----23---%
enviarlo con f-4-30-B-----22-----57---%
total-----39-----100---%

Fuente: encuesta específica a los médicos.

Comentario: por lo que se aprecia, más de la mitad de los médicos envían al paciente con el especialista al tener duda en su diagnóstico (forma 4-30-B).

TABLA 22  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 ESTADO DE ANIMO USUAL

edo. animo-----	# medicos-----	porcentaje-----
entusiasta-----	35-----	89--%
pesimista-----	0-----	0--%
indiferente-----	4-----	11--%
total-----	39-----	100--%

Fuente: encuesta específica a los médicos

Comentario: un alto porcentaje de médicos son entusiastas usualmente.

TABLA 23  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 EN RELACION A SU VIDA SE SIENTE SATISFECHO O INSATISFECHO

satisfacción-----	# médicos-----	porcentaje-----
si-----	38-----	97--%
no-----	1-----	3--%

Fuente: encuesta específica a los médicos

Comentario: casi todos están satisfechos en cuanto a su vida.

TABLA 24  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 MOTIVACION EN CUANTO AL TRABAJO

motivación	# médicos	porcentaje
si	32	82%
no	7	18%
total	39	100%

Fuente: encuesta específica a los médicos.

Comentario: La mayoría de los médicos se encuentran motivados en cuanto a su trabajo.

TABLA 25  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 CONDICION ECONOMICA DE LOS MEDICOS

condición	# medicos	porcentaje
mala	1	2.5%
regular	18	46%
buena	19	49%
excelente	1	2.5%
total	39	100%

Fuente: encuesta específica a los médicos.

Comentario: casi el 50 % de los médicos gozan de una buena condición económica la otra mitad esta es regular.

TABLA 26  
 "PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO FAMILIAR"  
 SUGERENCIAS DE LOS MEDICOS PARA UN SERVICIO MAS EFICIENTE

sugerencia-----	# medicos-----	porcentaje-----
-material y equipo necesario-----	13-----	20-----%
-surtir los medicamentos faltantes-----	12-----	19-----%
-no opinaron-----	5-----	13-----%
-actividades académicas-----	4-----	10-----%
-motivación-----	3-----	5-----%
-mejor salario-----	3-----	5-----%
-no extraviar archivos-----	3-----	5-----%
-mejor equipo de laboratorio-----	2-----	3-----%
-mejor equipo de Rx-----	2-----	3-----%
-capacitación continua-----	2-----	3-----%
-más humanismo-----	2-----	3-----%
-curso de relaciones humanas-----	2-----	3-----%
-inscripción a revistas édicas-----	1-----	1.6-----%
-retorno de las F4-30-8-----	1-----	1.6-----%
-medicamentos de 3er nivel-----	1-----	1.6-----%
-menos pacientes-----	1-----	1.6-----%
-mejor respaldo por parte de la ins-		
titución-----	1-----	1.6-----%
-no depurar expedientes-----	1-----	1.6-----%
-internista en urgencias y coordi-		
nación-----	1-----	1.6-----%
-supervisar intendencia-----	1-----	1.6-----%
-mejor calidad-----	1-----	1.6-----%
total-----	63-----	100-----%

Fuente: encuesta específica a los médicos.

Comentario: La mayoría sugiere que exista el equipo necesario, así como surtir a la farmacia de medicamentos faltantes.

## CONCLUSIONES

- 1.- En general, la relación médico-paciente y asistente-pacientes es buena.
- 2.- El tiempo que el médico dedica al paciente y la calidad de servicio son buenos.
- 3.- La mayor parte de la población acude sólo cuando está enferma.
- 4.- El servicio en general de la clínica es bueno.
- 5.- Hay un mayor número de no especialistas en medicina familiar.
- 6.- Cerca de la mitad de los médicos encuestados tienen más de 20 años de antigüedad.
- 7.- El 62 % de los médicos continúan actualizándose.
- 8.- Existe poca participación por parte de los jefes de departamento clínico.
- 9.- Existe poca cooperación entre los médicos.
- 10.- Existe un tiempo prolongado de espera entre la entrega de tarjeta y el estar ya siendo consultado.
- 11.- Existe poca puntualidad por parte de los médicos y las asistentes.
- 12.- Por lo que se aprecia en este estudio la productividad/calidad del médico familiar visto desde el paciente que acude a la clínica es buena, sin embargo sería necesario saber la opinión de los derechohabientes al IMSS y que no acuden a dicha institución.

## RECOMENDACIONES

- 1.-Dar cursos de relaciones humanas al personal en general.
- 2.-Solicitar que las asistentes tomen signos vitales a los pacientes antes de que el médico llegue para agilizar así la consulta.
- 3.-Motivar a los médicos para que por lo menos tomen 3 cursos al año sobre temas de relevancia en medicina familiar.
- 4.-Hacer más promoción sobre las conferencias de los días miércoles y de los casos clínicos expuestos por los residentes para que los médicos participen con su experiencia.
- 5.-Realizar concursos de las tesis realizadas por los residentes para que los médicos se enteren de la situación actual de la clínica y eso los motive a la investigación.
- 6.-Más cooperación entre dirección, coordinación y enseñanza.
- 7.Inscripción por lo menos a 5 revistas médicas periódicas y darlo a conocer a los médicos.
- 8.-Construir una sala de lectura.
- 9.-Hacer volantes sobre diarrea, fiebre, sangrados transvaginales durante el embarazo, etc. conducta a seguir en esos casos y repartirlos a los derechohabientes para así disminuir el número de consultas innecesarias.
- 10.-Premiar a los médicos que más mérito hayan tenido durante el año para así motivar a los demás.
- 11.-Se necesitaría hacer un estudio específicamente a los pacientes que estando asegurados al IMSS no acuden a dicha institución y por que?

## RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo para identificar las causas que ocasionan deficiencia en la calidad de servicio médico del primer nivel de atención.

Se encuestaron a 42 médicos y a 420 pacientes de la UMF-2 para ver la productividad del médico familiar. Se realizaron preguntas de tipo motivacional a los primeros y de relación médico-paciente a los segundos. Se encontró que la relación médico-paciente en general es buena (en un 67% de los encuestados). La calidad de la atención médica es buena (60%). Los pacientes acuden a consulta sólo cuando están enfermos (60%). Confianza en su médico 78%. El servicio en general de las clínicas es adecuado en un 53%. Las tres principales sugerencias por parte de los pacientes fueron 1) mayor amabilidad por parte de las asistentes (19%); 2) más agilidad de la consulta (18%) y 3) puntualidad tanto de la asistente como de los médicos (7%). Con relación a los médicos se encontró que 54% de los médicos no tienen especialidad en medicina familiar. 54% tienen antigüedad entre 10 y 20 años. Las tres principales sugerencias de los médicos fueron 1) tener material y equipos necesarios (20%).

2) surtir a la farmacia de medicamentos faltantes (20%). 3) actividades académicas (13 %) (las cuales se dan pero los médicos no asisten).

Por lo que se aprecia en este estudio la productividad del medico familiar visto desde el paciente que acude a la clínica es buena, sin embargo sería necesario saber que opinan los derechohabientes al IMSS y que no acuden a dicha institución.

## BIBLIOGRAFIA

1. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. Arch Intern Med 1990;150:1811-1817.
2. Eddy DM. Practice policies: where do they come from? JAMA 1990;263:1265-1275.
3. Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. Health Aff (Millwood). 1984;3:6-32.
4. Quill TE, Williamson PR. Healthy approaches to physician stress. Arch Intern Med 1990;150:1857-1861.
5. McAuliffe WE, Rohman M, Santangelo S, et al. Psychoactive drug use among practicing physicians and medical students. N Engl J Med 1986;315:805-810.
6. Gordon GH, Hubbell FA, Charter RA. Stress during internship: a prospective study of mood states. J Gen Intern Med 1986;1:228-231.
7. Mulholland H, Tombleson PM. Assessment of the general practitioner. Br J Gen Pract 1990;40:252-254.
8. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives. New York: David Macray, 1983.

9. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of medical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). Med Educ 1979;13:39.

10. Gruppen LD, Wolf FM, Tross JK. Decision making by physicians in practice. Acad Med 1990;65(9supp):s9-10.

11. What consumers want in a family practitioner. Hospitals 1990;64(19):16.

12. Blankfield RP, Kelly RB, Alemagno SA et al. Continuity of care in a family practice residency program. J Fam Pract 1990;31:69-73.

13. Wasson Jh, Sanvigne AE, Mogielnicki RP, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men. JAMA 1984;252:2413-2417.

14. McAlpine RJ. Continuity of care and outcome in a family practice. Indiana Med 1987;80:856-861.

15. Smedby O, Edlund G, Erickson Ea, Smedby B. Measures of continuity of care. Med Care 1986;24:511-518.

16. Van DK, Knottnerus A, Meertens R et al. Why do patients consult the general practitioner? determinants of their decision. Br J Gen Pract 1992;42:313-316.

17. Branch L, Nemeth K. When elders fail to visit physicians. Med Care 1985;23:1265-1275.

18. John C, Schwenk T, Roi L, Cohen M. Medical care and demographic characteristics of "difficult" patients. J Fam Pract 1987;24:607-610.

19. McKinstry B. Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice. Br J Gen Pract 1992;42:340-342.

20. Matthews E. Can paternalism be modernised? J Med Ethics 1986;12:133-135.

21. O'Neill D. Paternalism and partial autonomy. J Med Ethics 1984;10:173-178.