

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
DELEGACION 2 NORESTE**

123
2Ej

**LA RELACION MEDICO PACIENTE EN LA CALIDAD
DE ATENCION DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 94**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A
DRA. MARTHA GABRIELA PIÑA OLVERA**



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

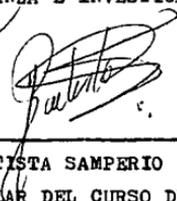
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

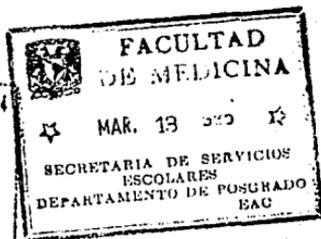
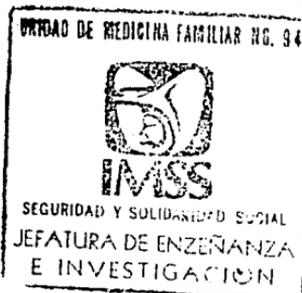
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

ASESORES:


DRA PATRICIA CAMPO BARRIO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DE LA UMF 94.


DRA LIDIA BAUTISTA SAMPERIO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 94.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

VoBo.

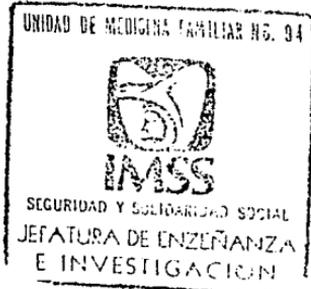

DR. CARLOS ESTEBAN ORTIZ MEDINA
DIRECTOR DE LA UMF No. 94

VoBo.


DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DE LA UMF No. 94

VoBo.


DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF No. 94



A DIOS:

Por permitirme venir a este mundo y tener una Familia, dandome la fortaleza necesaria para alcanzar las metas que me he propuesto y por haber puesto en mi camino a gente maravillosa de gran significado en mi formación Profesional.

A MIS PADRES PORFIRIO Y LEANDRA:

Infinitas gracias por el cariño y apoyo moral que me han dado a lo largo de mi existencia, y por entender el compromiso que tengo con mi profesión, que es la mejor herencia que podían haberme dado. LOS AMO.

A MIS HERMANOS EDUARDO, VICTOR, ANGELINA, IRMA Y CARMEN:

Gracias por el cariño y apoyo incondicional - que siempre me han brindado a lo largo de mi carrera, que la unión que existe entre nosotros perdure para toda la vida.

A MIS SOBRINOS JESSICA, CYNTHIA, BRAXA, PATY,
ALLAN, EDUARDO, CORY, NATALIA Y EVELYN:
Por los gratos momentos que me proporcionan.

A MIS PRIMOS GEORGINA Y JUAN RAMON:
Que el cariño y amistad que ha existido entre
nosotros perdure a pesar de la adversidad.

A MIS PROFESORES CLINICOS:
Agradeciendoles el haberme compartido sus cono-
cimientos y experiencias, porque con sus ense-
ñanzas y regaños, me hicieron tomar conciencia
de la gran responsabilidad que implica el ser
Médico.

INDICE

	Pag.
1.- Objetivos	1
2.- Justificación	2
3.- Marco Teórico	3
4.- Planteamiento del Problema	19
5.- Definición operacional de variables	20
6.- Hipótesis	21
7.- Criterios de inclusión y de no inclusión	22
8.- Material y Métodos	23
a) Procedimiento para obtener la muestra	
b) Sistema de captación de la Información	
c) Análisis estadístico	
9.- Anexo I	24
10.- Anexo II	26
11.- Tablas y Gráficas	28
12.- Resultados	43
13.- Análisis de Resultados	48
14.- Conclusiones	58
15.- Sugerencias	60
16.- Bibliografía	61

OBJETIVOS:

- 1.- Identificar los factores que influyen en la Calidad de -
la Atención de la Unidad de Medicina Familiar 94.

- 2.- Analizar el grado de influencia de la Relación Médico -
Paciente en la Calidad de la Atención de la Unidad de Me
dicina Familiar 94.

JUSTIFICACION

En la práctica médica, el médico debe considerar a los individuos no como casos ó enfermedades, sino como individuos - cuyos problemas con mucha frecuencia, trascienden las quejas que los llevan a consultarles. La mayoría de los enfermos eg tan angustiados y temerosos. A menudo los pacientes hacen lo indecible por convencerse a si mismos de que la enfermedad - no existe ó bien inconcientemente desarrollan defensas para desviar la atención del problema real que ellos perciben como algo grave ó amenazador para su vida. Algunos pacientes- utilizan la enfermedad para demandar cuidados ó se sirven de ella como refugio para librarse de una situación emocional - tensa, otros llegan a simular enfermedades físicas. El conocimiento a cerca de los orígenes de los pacientes, grado de escolaridad, empleo, familia, esperanzas y temores, son base fundamental para el conocimiento profundo de los pacientes - (9), y por ende, de una relación médico paciente satisfactoria.

Al hablar de calidad de la Atención Médica, casi siempre le damos más importancia a la relación médico paciente, sin embargo se han realizado estudios al respecto, encontrandose - que existen otros parámetros que la determinan, apreciandose que el aspecto administrativo alcanza niveles no sospechados por lo que es importante y a la vez interesante, conocer los factores que determinan la Calidad de la Atención en la Unidad de Medicina Familiar 94 y el papel que desempeña la Relación Médico Paciente en esta (6).

MARCO TEORICO

La relación médico paciente se define como la interacción, que entre ambas personas se lleva a cabo en la consulta médica, con transferencia afectiva, racional, intelectual, en fin, una deliciosa manera humana de transmisión de pensamientos, traducción de conceptos que pretenden comunicar actitudes, sentimientos, ideas en suma. Pero lo difícil es transformarlo en lenguaje inteligible, lograr la versión más auténtica y exacta de lo que se ha tratado de expresar, primero a uno mismo y luego hacerse comprender por el interlocutor, teniendo en cuenta que se trata de otra persona, ente complejo de individualidad propia, con determinado deseo de comunicarse, con propio entorno social y propia dinámica personal (1). Por tanto, en la relación médico paciente juegan un papel - importante los factores psicológicos, sociales y culturales, por ambas partes, además de los propiamente médicos.

Dos son los tipos de nexos que se dan en la relación médico-paciente:

- a) La relación de tipo objetivante.
- b) La relación de tipo interpersonal.

La relación de tipo objetivante es aquella que se establece cuando el médico un tanto científico y técnico, interacciona con un objeto de reconocimiento que es el paciente, con la finalidad de ayudarlo a la mejor solución de un problema de salud. Por su mismo carácter, tal relación es eminentemente-cerebral, racional, aunque cada vez estemos más convencidos-de que siempre intervienen factores afectivos.

La relación de tipo objetivante, es la que sin saberlo aprendemos en la escuela de medicina y en los hospitales de ense-

fianza, y es el fundamento de toda clínica racional y científica.

Dos son las características más importantes de la relación-objetivante y ellas nos permiten saber que es, como se lleva a cabo y que persigue dicha interacción. Tales características son las siguientes:

- a) El médico recaba información del problema de salud y del paciente como persona, así como de su medio. Enseguida - la organiza e interpreta, es decir, realiza una tarea de carácter científico.
- b) Por su parte, el paciente proporciona información verbal se deja observar, palpar y auscultar por el médico, obedece las indicaciones de respirar ondo, etc.

La relación objetivante se desarrolla en tres etapas: La de entrevista clínica, la de exploración física y la que corresponde a la comunicación del diagnóstico, prescripción de medicamentos y explicación de todo el plan terapéutico. En el momento de la comunicación del diagnóstico (o de la carencia de él), del plan terapéutico y de lo que de éste se espera, se mezclan la relación objetivante y la de tipo-interpersonal, la primera obliga al médico a comunicar al paciente los resultados de sus pesquisas clínicas, pero solo en la medida en que tal información contribuya a la solución del problema de salud, la información jamás se debe dar en términos técnicos y siempre debe dejar un lugar para la esperanza, sin caer en las mentiras ó exageraciones. Por lo que toca a la prescripción de medicamentos, el momento de recetar sintetiza el conocimiento del problema de salud y el de la acción farmacológica de la substancia que se elige para buscar la solución, elección que debe ser un acto -

racional. En la forma de comunicar estas decisiones interviene la comunicación interpersonal.(2)

Resulta casi imposible separar la comunicación objetivante de la de tipo interpersonal, ya que ambas se complementan. Dentro de la comunicación interpersonal, es importante la empatía ó comprensión empática del otro, que se refiere a esa especie de comunicación no verbal, por lo que entendemos los estados emocionales del prójimo.(3)

De acuerdo con Reik, en el proceso de escuchar terapéuticamente, debe existir una transacción ante lo que se llama - compromiso emocional y despegamiento objetivo. Es decir, - que debe existir una identificación con el otro, incorporación del mensaje, reverberación, en la que el observador se dividiría por decirlo así, en dos personas, una que siente como el otro y otra que analiza objetiva y científicamente lo que está sucediendo, y finalmente el despegamiento, ó - sea vuelto a ser uno (el médico).

Saber callar y dejar hablar es la clave del éxito y el modo para una buena relación médico paciente. En realidad están tan acostumbrados los enfermos a que se les interrumpa y no se les deje expresar y exponer largamente su problema, que cuando encuentran a un médico que no procede así y que los escucha sin impaciencia y sin apremios, experimentan al principio una suerte de sorpresa, que es seguida de un sentimiento agradable de satisfacción. En tales circunstancias se ha establecido una fructífera relación médico paciente.

Para que una buena relación médico paciente pueda establecerse, se requiere de dos premisas:

a) Que el médico quiera y pueda establecer una relación de-

tal naturaleza.

b) Que disponga del tiempo necesario.

Siendo lo segundo muchas veces más difícil que lo primero, - pues en verdad no puede establecerse un contacto fructífero y duradero cuando no se dispone del tiempo suficiente, que suele ser prolongado. El tiempo es un escollo insalvable en la consulta de las Unidades de Medicina Familiar, Hospitales de segundo y tercer nivel, Servicios de Urgencias y hasta - en los consultorios particulares de los médicos muy ocupados, en estos casos puede ocurrir que la principal preocupación de los médicos sea que el paciente se vaya cuanto antes para que pueda entrar el que sigue y así sucesivamente. Esta es una verdadera tragedia que en muchos casos no tiene solución, pues hay clínicas donde se deben atender un gran número de enfermos, para los cuales no existe una cantidad suficiente de médicos, en estos casos el médico no puede evitar manifestarse con semblante huraño y contrariado, que refleja su verdadero estado de ánimo inconciente. En tales casos sus maneras pueden ser bruscas y lo que es peor, su juicio apresurado en cuanto al diagnóstico y al tratamiento. Se requiere en verdad un gran esfuerzo para mostrarse cortés y - como si contase con todo el tiempo necesario.

Esto es particularmente difícil con los pacientes inoportunos, descorteses, exigentes, bruscos ó ineducados.(3)

En la práctica médica existen grandes dificultades para lograr una buena relación médico paciente, ya que existen varios factores que influyen en ésta, por ejemplo: Por parte del paciente, éste por lo regular tiene una imagen deformada del médico, hay falta de confianza en el médico y en las instituciones, ya que piensa que no va a ser lo suficiente-

mente escuchado, que falta tiempo e interes hacia su problema personal, también existe temor a ser solo un número de expediente clínico, a posibles confusiones de su caso con el de otros pacientes, a que se les vaya a decir u ocultarlo que les harán. Se debe distinguir bien entre el paciente orgánico, que precise de manejo médico habitual, de aquel portador de un problema psiquico ó psicosomático, que tiene otro tipo de manejo, que tiene otro tipo de manejo, que solo necesita ser escuchado, recibir orientación personal y familiar, como son los pacientes hipocondriacos, de muy difícil manejo.(1). En este aspecto conviene introducir el concepto de Feinstein, el estímulo iatrotrópico, es decir aquel fenómeno que incita a una persona a acudir con el médico y que hace de ella un paciente. El estímulo iatrotrópico es siempre una enfermedad y que aún cuando el paciente la manifieste explícitamente, puede no corresponder a un estímulo real.

Por ejemplo, una persona puede acudir al médico porque dice tener un dolor cuando en realidad el dolor es solo en pretexto para satisfacer una necesidad muy íntima como la de comunicar una preocupación.(4)

Ahora bien, por parte del médico existe premura de tiempo por las condiciones, por cierto no las más idóneas, en que realiza su trabajo. Además debido a la masificación de las consultas se deshumaniza el trato, lo que impide una buena transferencia, base fundamental para llevar a cabo un buen estudio de la patología ó falta de la misma del paciente. Lamentablemente la estructura sanitaria del país, dada su propia idiosincrasia, produce pérdida de la imagen del médico, contrastada con la del galeno antiguo, confidente fami-

liar, amigo respetado, consejero, y todo se torna más grave cuando el médico tratante no siempre es el mismo.(1)

El médico debe dirigirse intencionadamente a la persona en que ocurre la enfermedad, un acercamiento impersonal no es posible en medicina, puesto que el médico y el paciente reaccionan uno frente al otro independientemente de que lo deseen ó no.

La personalidad del paciente es la totalidad de las formas-características heredadas y adquiridas que lo hacen único, es decir, son todas las formas características de como responde a los estímulos internos y externos, expresado de -- otra manera, son sus métodos para mantener el equilibrio emocional. Sus signos y síntomas estan ligados en forma inseparable con las diferentes facetas de su personalidad y -- una verdadera comunicación es imposible a menos de que el -- médico esté alertado de todo lo que implica.

Las actitudes del paciente y las respuestas emocionales -- hacia su enfermedad, su médico, el personal del hospital, -- etc, reflejan sus interacciones más tempranas con sus amigos familia, maestros, en fin, gente de significación en su vida. Sus peculiaridades y sus reacciones desusadas, son más fáciles de entender y manejar terapéuticamente si algo se -- conoce y se entiende a cerca de sus experiencias pasadas. La comprensión empática (sentir por el otro) es más útil que -- la conciencia intelectual y a menudo es terapéutica en sí. Los antecedentes sociales, religiosos, culturales, económicos, geográficos y raciales, desempeñan un papel importante en los sentimientos del paciente hacia su enfermedad. Además el paciente al presentarse ante el médico, automáticamente renuncia a una parte de su independencia y en cierto grado-

somete muchas de sus obligaciones y necesidades, así como - responsabilidades.

Esta situación reactiva muchos de los sentimientos ó conflictos que existieron en las relaciones parentales y vuelven a reactivarse, sus sentimientos pueden ser lastimados - con facilidad, no pueden tolerar siquiera las frustraciones mínimas y todo les puede atemorizar.

El paciente espera que aquellos que lo atienden lo escuchen y lo liberen de toda tensión, no importa cuan leve sea, y - cuando fracasan en hacerlo, reaccionan con la rabia de un - niño indefenso. La rabia del paciente, por desgracia conciente ó inconciente, va dirigida hacia el médico y desgraciadamente los sentimientos se comunican aunque no sean - verbalizados.

Las actitudes del paciente y las respuestas emocionales hacia su enfermedad, médico, etc, se le conocen con el nombre de transferencia y se le define como el proceso mediante el cual el paciente transporta conciente e inadecuadamente a - otros, aquellos patrones de conducta y de reacciones emocionales que tuvieron su origen en personas significativas en su niñez. El carácter relativamente anónimo del médico y su papel de progenitor sustituto, facilitan el mecanismo de - transferencia hacia el médico.

La transferencia positiva se utiliza a menudo con carácter amplio para referirse a todas las respuestas emocionales positivas del paciente para con el médico. La transferencia - negativa (hostilidad), se le define como al desarrollo de - respuestas emocionales negativas ó de agresión del paciente para con el médico y son ajenas a la situación terapéutica- ó de tratamiento real.

El médico tiene dos tipos de respuestas emocionales para con el paciente. Hay primero las reacciones hacia el paciente tal como es realmente. Al médico podrá gustarle el paciente, sentir simpatía por él ó bien experimentar antagonismo de su parte, sin implicaciones de contratransferencia a condición de que se trate de reacciones que el paciente provocaría en la mayoría de las personas.

La transferencia y contratransferencia son específicas e individualizadas. En esta situación el médico responde al paciente como si se tratara de un personaje importante de su pasado.

La resistencia es una actitud del paciente que se opone a los objetivos del tratamiento. Ganancia secundaria, son los beneficios secundarios que acompañan a la enfermedad y el paciente presenta negativas a renunciar a estas, en este caso, la atención del paciente debe ser desviada gradualmente con el fin de proporcionar autocognición en sus necesidades emocionales y explorar las posibilidades de satisfacer las necesidades por mecanismos más saludables.

Las relaciones entre el médico y el paciente pueden ser un arma terapéutica poderosa. La misma medicación ó procedimientos quirúrgicos, en las manos de un médico que inspire confianza y sentimientos positivos en sus pacientes, dará mejores resultados que los que logrará un médico al que se le desconfia y que se le teme. Ningún médico puede ejercer una buena medicina si no está al tanto del efecto placebo y de sus implicaciones. Queda aún mucho por entender a cerca de éste fenómeno, pero lo que ya se sabe, es que puede ser empleado para lograr buenos efectos.

Hay algunas situaciones en las cuales el desenlace de la en

fermedad del paciente será afectado crucialmente por la habilidad del médico para emplear las relaciones como terapéuticas. Esto implica lo siguiente:

- 1.- El médico debe hacer un esfuerzo deliberado para aceptar al paciente y sus necesidades individuales y de categoría social.
- 2.- El médico debe expresar actitudes de sostén emocional, tales como dar al paciente cierto elogio y cierto reconocimiento del dolor, pena y temor, que a menudo están asociados con la enfermedad. La comprensión de los resentimientos y de los sentimientos de culpa del paciente, pueden a menudo traer un alivio espectacular.
- 3.- El médico debe darle al paciente la oportunidad de identificarse con su médico. Esto permitirá al paciente obtener alguna fuerza de la persona a la cual generalmente considera como poderosa y confidente. El paciente se siente más cómodo cuando es capaz de pensar "Mi médico y yo estamos luchando contra mi enfermedad. Conforme me entero de como piensa y siente mi médico, yo puedo combatir ésto en mi persona con una medida de su fuerza y sapiencia."
- 4.- El médico debe usar la relación médico paciente para proveer experiencias correctivas. El paciente temeroso-crónico puede al observar las actitudes y modales de su médico hacia él, aprender que su mente y su cuerpo no son tan delicados como él creía. Si el paciente se abate y llora en presencia de su médico y está obviamente abochornado por su anhelo de soporte emocional, es útil para el médico indicarle directa e indirectamente, que esto es normal debido a las circunstancias. El médico -

deberá aclarar que entiende tal conducta y que si los papeles estuviesen cambiados, el no se avergonzaria de tener que recibir tal ayuda.

Por lo anterior, el médico no puede llevar a cabo un trabajo óptimo a menos que conozca todo lo necesario a cerca de su paciente, y el enfermo que guarde secretos para su médico, está disminuyendo las posibilidades de mejorar.(5). Además la atención médica no depende solo de la profesión médica, ya que es poco lo que puede hacer el mejor de los médicos con un paciente que no sigue sus instrucciones. La cooperación de los pacientes es tan importante como la eficiencia de los médicos, así como la disponibilidad y eficiencia de los servicios.

Por otra parte, el hablar de atención médica no es sinónimo de relación médico paciente, ya que la atención médica es el conjunto de actividades encaminadas a producir la satisfacción del derechohabiente demandante de consulta, incluyendo en está, el proceso administrativo (solicitud de consulta, tramites de alta, pago de incapacidades, etc), disponibilidad de recursos (medicamento y material de curación) y no solo la relación médico paciente.

El hablar de calidad, es hablar de una propiedad de, y un juicio sobre alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir por lo menos en dos partes: técnica e instrumental.

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas de una manera que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos, diversos estudios de calidad dan mayor énfasis al aspecto interpersonal, sugiriendo que hay una variabili-

dad mayor en los atributos que denotan interes personal(6). Varios son los factores que repercuten en la calidad de la atención a nivel institucional, entre estos tenemos los siguientes:

- a) El poco tiempo destinado a la consulta
- b) El predominio por parte de la institución, de intereses no propiamente médicos, ó la estrecha relación de estos con algunos de otro tipo: políticos, económicos, etc.
- c) La despersonalización del médico por la institución y aún su devaluación como técnico al estar supeditada su acción como médico y hasta su puesto ó plaza a otros intereses.
- d) Porque no es la institución, sino el médico quien no apto para echarse a costas las responsabilidades que implica ser clínico, o no estando dispuesto a hacerlo, se deja llevar por la institución, viviendo del prestigio de ella ó haciendo suyos sus defectos. En otras palabras porque el médico se burocratiza y ya no atiende a sus pacientes, sino cumple una cuota de consultas y nada más.
- e) La excesiva tecnificación de la medicina. Esto sucede en instituciones hospitalarias ricas en recursos paraclínicos.
- f) Habitualmente corre pareja con la anterior una orientación demasiado científica y didáctica de la medicina. Ambos factores suelen expulsar de la relación médico paciente la vertiente interpersonal, más no solo eso, ya que también afectan eticamente la relación objetivante, pues no siempre el valor ético de esta es la ayuda al paciente, sino la consecuencia de la evactitud ó verdad científicas.

- g) Por otra parte, el paciente dificulta ó altera la relación médico paciente, porque no tiene confianza en el médico, porque se lo cambian a menudo, porque ha esperado mucho para entrar a la consulta, porque esta dura unos minutos, y porque todas las experiencias negativas de este tipo llegan al médico irritado, agredido, frustrado, - agregandose los problemas administrativos y de falta de recursos, igualmente se agrega el recuerdo del descuento quincenal para el seguro social, que se ha venido pagando por años, llegando el momento de requerir una atención médica, con todo derecho se exige que esta tenga otras - características.(7)

Por lo anterior, se debe tomar en cuenta que la razón principal de toda organización ó parte de ella, es quien demanda sus servicios ó productos, producirlos sin verificar su utilidad ó grado de satisfacción, resultara a mayor ó menor plazo, en dificultades, ineficiencias y hasta eliminación - de la organización, sustituyéndola por otra que satisfaga - la necesidad.

Para proporcionar una adecuada atención es importante estar conciente de varios elementos:

- a) ¿ Quién ó quienes son nuestros clientes ?
- b) ¿ Cuáles sus necesidades ó demandas ?
- c) ¿ Cómo se pueden satisfacer éstas correctamente ?

De esto se derivan varios conceptos que facilitan notablemente el éxito para lograr los objetivos:

CALIDAD:

El concepto clásico ó tradicional indica que es el grado en que un servicio ó producto se ajusta a una norma ó estandar establecido.

El concepto actual ó moderno indica que es el grado en que un producto ó servicio satisface las necesidades del usuario ó consumidor, así como del prestador del servicio.

De aquí que un servicio ó producto de buena calidad:

- a) No debe tener defectos cuando el usuario lo demanda ó ad quiere.
- b) Debe trabajar bien cuando se usa.
- c) Ser confiable a corto, mediano y largo plazo.

Para garantizar la calidad de un producto ó servicio, hay - que verificar la calidad de cada parte ó fase que la compone, es decir, que si el proceso mediante el cual se realiza se descompone en partes, y cada una de ellas se hace con ca lidad, al final, necesariamente será de calidad, a esto se le llama como calidad total.

Para lograr la calidad total de una organización, cada departamento ó área de trabajo es un proveedor y cliente a la vez y todavía más, cada individuo es un proveedor y cliente a - la vez.

Si en una organización existe la preocupación por la calidad con ello podemos lograr dos factores muy importantes en la producción:

EFICIENCIA:

Es el grado en que logramos proporcionar un servicio ó producto haciendo uso óptimo de los recursos necesarios.

La importancia de lograr la eficiencia, es debido a que si logramos un servicio ó producto de calidad, habrán menos re chazos y se harán las cosas una sola vez.

EFICACIA:

Es el grado en que logramos proporcionar un servicio ó producto con oportunidad y satisfacción del cliente.

La eficacia se logra porque de esta manera estaremos pendientes de que el servicio ó producto sea oportuno y adecuado a la necesidad.

EFFECTIVIDAD:

Quando una organización tiene conciencia de la importancia de la calidad, se logra eficiencia y eficacia, cuya suma implica la efectividad. Definiendose esta como el grado en que se logra proporcionar un servicio ó un producto con oportunidad, a satisfacción del cliente y haciendo uso óptimo de los recursos necesarios.

EXCELENCIA:

Ninguna organización ó individuo podría lograr ser excelente si no tiene alta preocupación por hacer su trabajo, lograr sus productos con calidad, ya que el concepto de calidad menciona que es el grado en que una organización es sobresaliente en los aspectos relevantes, sea en un momento dado ó comparativamente con otras.

Lograr la calidad y excelencia, no es algo reservado solamente para seres u organizaciones excepcionales, está al alcance de todos, sin embargo exige disciplina y se siguen considerando cuatro fases ó pasos concretos:

1.- Planear:

Estudiar suficientemente la demanda ó necesidades del consumidor ó cliente, en base a lo cual se define el diseño, el procedimiento ó prototipo que habra de ensayarse, probarse y finalmente precisar las normas, estándares ó aspectos relevantes mediante los que se verificara su calidad.

2.- Conformar:

Hacer producir ó realizar basandose estructuralmente en

el diseño ó procedimientos.

3.- Verificar:

Comprobar, investigar si el servicio ó producto esta de acuerdo a la demanda y necesidades del consumidor y con las especificaciones de las normas del diseño.

4.- Actuar:

Comprobar si el consumidor esta satisfecho con el servicio ó el producto, utilizando esta información para hacer ajustes en el diseño.

Si se analizan cuidadosamente estas cuatro fases, podemos percatarnos de que hay dos momentos ó aspectos que facilitan la calidad.

CALIDAD DEL DISEÑO:

Se logra precisando el procedimiento, normas, tamaño, forma etc, prometidos al cliente. Son especificaciones estándares características, que permiten producir el servicio ó bien de acuerdo a los requerimientos del cliente.

CALIDAD DE CONFORMANCIA:

Se logra durante el proceso, ajustandose al diseño, normas, procedimientos etc. Es la medida en que se satisfacen las demandas ó necesidades del cliente.

Solamente si conocemos lo que es relevante para los clientes internos y externos de una organización, lo que les interesa, lo que realmente necesitan, lo que satisface sus necesidades, entonces podremos lograr calidad y excelencia, de lo contrario estaremos caminando a ciegas en nuestro quehacer y la calidad y excelencia se convierten en buenos deseos, aspiraciones, ilusiones que jamas conseguiremos y que podrían convertirse en frustraciones y traernos conflictos, ineficiencia, baja productividad y otras consecuencias.(8)

De aquí que para poder brindar una buena calidad de atención y excelencia, se debe iniciar por investigar, conocer, identificar y analizar las expectativas de los demandantes de - consulta en la Unidad de Medicina Familiar 94.

Es importante mencionar que la base para el juicio de la calidad, es lo que se conoce a cerca de la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad.(6)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Que papel desempeña la Relación Médico Paciente en la Calidad de la Atención de la Unidad de Medicina Familiar 94?.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**VARIABLE INDEPENDIENTE:****Relación Médico Paciente:**

Se entiende como relación médico paciente al conjunto de - actitudes, reacciones, tanto del médico como del paciente, - al enfrentarse uno al otro independientemente de que lo deseen ó no. Consideramos dentro de esto la empatía, comuni cación, respeto, transferencia y contratransferencia, así - como la disponibilidad de tiempo y la relación objetivante.

VARIABLE DEPENDIENTE:**Calidad de Atención:**

Es el conjunto de acciones encaminadas a producir satisfac- ción del derechohabiente demandante de consulta, inclu- yéndose en esto el proceso administrativo, disponibilidad - de recursos y la relación médico paciente.

HIPOTESIS

La Relación Médico Paciente determina la Calidad de Atención en la Unidad de Medicina Familiar 94.

CRITERIOS DE INCLUSION Y DE NO INCLUSION:**Criterios de Inclusión:**

- a) Pacientes de 19 a 65 años
- b) Con expediente
- c) Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 94
- d) Adscritos a consultorios en los cuales el médico acepte contestar la encuesta.
- e) Con cualquier motivo de consulta
- f) Que acepten contestar la encuesta.

Criterios de No Inclusión:

- a) Pacientes menores de 19 años y mayores de 65 años
- b) Sin expediente
- c) No derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 94
- d) Adscritos a consultorios en los cuales el médico no acepte contestar la encuesta.
- e) Pacientes que no acepten contestar la encuesta

MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio es de tipo prospectivo, transversal y -
descriptivo, aplicado a la población demandante de consulta
en ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar 94, y a
los médicos adscritos a los consultorios de Medicina Fami--
liar del turno matutino y vespertino, en el lapso compendi
do del 23 de Agosto al 1 de Octubre de 1993.

a) Procedimiento para obtener la muestra:

Se acudió durante el horario de consulta a cada uno de
los consultorios, seleccionandose en forma aleatoria a -
los pacientes que reunieran los criterios de inclusión,-
explicándoles la intención y finalidades en la realiza--
ción de la encuesta, invitándoles a participar en el es-
tudio, procediendo a entregarles la encuesta en caso de
aceptar, orientándolos en la forma de contestarla, en-
cuestando posteriormente al médico tratante.

b) Sistemas de Captación de la Información:

La captación de la información se realizó mediante la -
aplicación de encuestas a pacientes demandantes de con--
sulta y a su médico tratante. Los resultados se vaciaron
en una sabana con todos los parámetros evaluados en la -
encuesta, realizándose posteriormente el compute del -
puntaje obtenido en cada uno de ellos.

c) Análisis Estadístico:

Se realizó mediante la aplicación de la prueba de Chi -
cuadrada para K muestras.

ANEXO I

La Relación Médico Paciente en la Calidad de la Atención de la UMF 94.

Encuesta para Pacientes.

Estimado derechohabiente: Con el deseo de conocer su opinión a cerca de la atención que se le brinda en esta Clínica, le solicitamos se sirva contestar el siguiente cuestionario, - subrayando la respuesta que usted considere la adecuada, es to con la finalidad de mejorar los servicios que se le brin dan.

Agradecemos de antemano su cooperación.

Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____ Escolaridad _____
Estado Civil _____.

- | | | | | |
|--|-------|--------------|-------------|-------|
| 1.- El Doctor me pregunta mi problema sin saludarme | nunca | casi siempre | siempre | _____ |
| 2.- Mi médico me escucha con atención y sin interrupciones. | nunca | casi siempre | siempre | _____ |
| 3.- El aspecto de su médico, su forma de hablar y - sus modales le causan un efecto confortador. | nunca | casi siempre | siempre | _____ |
| 4.- El doctor me pregunta otros temas diferentes a los de la consulta (trabajo, familia, etc) | nunca | casi siempre | siempre | _____ |
| 5.- El Doctor me examina: | nunca | bruscamente | con respeto | _____ |
| 6.- El Doctor me explica lo que me pasa | nunca | casi siempre | siempre | _____ |
| 7.- Siento que mi médico diagnóstica mi padecimiento sin la suficiente información | nunca | casi siempre | siempre | _____ |
| 8.- El doctor me explica el porque del tratamiento | nunca | casi siempre | siempre | _____ |
| 9.- El Doctor me apresura e ignora mis preguntas | nunca | casi siempre | siempre | _____ |

- 10.- El doctor utiliza palabras que no entiendo
nunca casi siempre siempre _____
- 11.- El doctor se comporta en forma respetuosa
nunca casi siempre siempre _____
- 12.- El doctor me critica por no cuidarme
nunca casi siempre siempre _____
- 13.- Su médico le hace sentir que tiene el tiempo
suficiente para escucharlo
nunca casi siempre siempre _____
- 14.- Siente que su médico considera su problema
como usted lo siente
nunca casi siempre siempre _____
- 15.- Queda satisfecho con la labor de su médico
nunca casi siempre siempre _____
- 16.- Ve a su médico seguro de su diagnóstico
nunca casi siempre siempre _____
- 17.- El médico cura su angustia ó preocupación
nunca casi siempre siempre _____
- 18.- Su médico detecta la razón real por la que
acude a consulta
nunca casi siempre siempre _____
- 19.- Esta tranquilo cuando pasa a ver a su médico
nunca casi siempre siempre _____
- 20.- La atención que se le brinda en la Unidad es:
buena mala _____
- 21.- Encuentra dificultades administrativas en la Clínica:
- a) Elaboración de alta si no
 - b) Trato con la asistente de consultorio si no
 - c) trato con personal de laboratorio y Rx si no
 - d) Tiempo de espera para la consulta si no
 - e) Trato con personal de trabajo social si no
 - f) Disponibilidad de medicamento y material
de curación si no
 - g) Trato con personal de Medicina Preventiva si no
 - h) Tramites de archivo (pago de incapacidades etc) si no
 - i) Trato con el jefe de Departamento Clínico si no
 - j) Información sobre tramites de jubilación
y/o accidente de trabajo, cambio de domi-
cilio etc. si no

Comentarios:

ANEXO II

La Relación Médico Paciente en la Calidad de la Atención de la UMF 94. Encuesta para Médicos

- 1.- Conoce usted los siguientes datos de su paciente
Edad _____ Ocupación _____ Edo Civil _____
- 2.- El paciente acude a consulta
agresivo enojado tranquilo _____
- 3.- Lo primero que hace al entrar su paciente es:
a) Saludarle
b) Preguntar el motivo de consulta
c) Revisar el expediente _____
- 4.- Considera que es fácil para su paciente expresarle su problema
nunca casi siempre siempre _____
- 5.- El interrogatorio de su paciente es:
a) Dirigido b) Le da tribuna libre
c) Concreto, sin semiología _____
- 6.- La Exploración Física la realiza:
a) Dependiendo de la carga de consulta
b) De acuerdo al motivo de consulta
c) En general _____
- 7.- Explica usted a su paciente sobre su padecimiento
a) Ocasionalmente
b) Solo si el paciente lo solicita
c) De acuerdo al nivel cultural del paciente _____
- 8.- Explica a su paciente el porque de determinado tratamiento
nunca casi siempre siempre _____
- 9.- Cuando su paciente le realiza preguntas usted:
a) Las ignora
b) Las contesta con monosílabos
c) Da explicaciones amplias tratando de contestar las dudas e inquietudes de su paciente _____
- 10.- Como considera la comunicación con su paciente
mala regular buena _____
- 11.- Domina el sentimiento que le inspira su paciente
nunca casi siempre siempre _____
- 12.- Proporciona experiencias correctivas a su paciente
nunca casi siempre siempre _____

- 13.- Considera que el número de consultas es excesivo que repercute en la calidad de la consulta de su paciente
nunca casi siempre siempre _____
- 14.- Logra identificar la repercusión psicológica que tiene en su paciente la presencia de enfermedad
nunca casi siempre siempre _____
- 15.- Se dirige a su paciente en forma sencilla y comprensible
nunca casi siempre siempre _____
- 16.- Que dificultades administrativas encuentra en la Unidad:
- | | | |
|---|----|----|
| a) Tramites en control de prestaciones | si | no |
| b) Actividades de la asistente médica | si | no |
| c) Citas en laboratorio y Rx | si | no |
| d) Exceso de consulta | si | no |
| e) Relaciones con trabajo social médico | si | no |
| f) Disponibilidad de Medicamento | si | no |
| g) Disponibilidad de material de curación | si | no |
| h) Trato con J.D.C. | si | no |
| i) Coordinación con Medicina Preventiva en los programas de detección | si | no |
| j) Burocratización de tramites | si | no |
| k) Otros (especifique) | | |

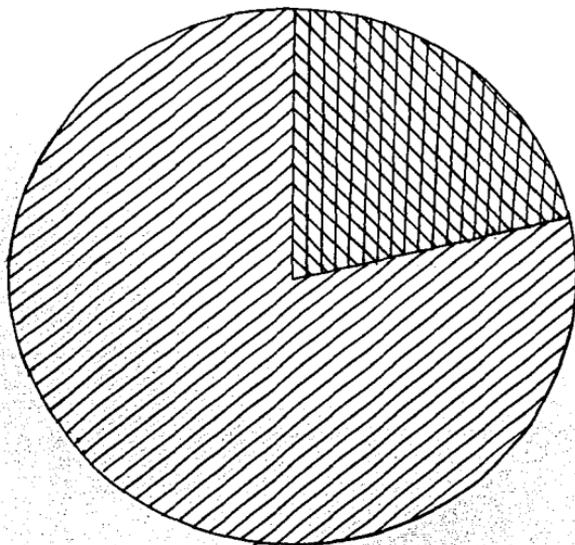
Comentarios:

CUADRO I
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO

SEXO	No.	%
HOMBRES	38	21
MUJERES	146	79

FUENTE: ENCUESTAS

GRAFICA I
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO



 MUJERES: 79%
 HOMBRES: 21%

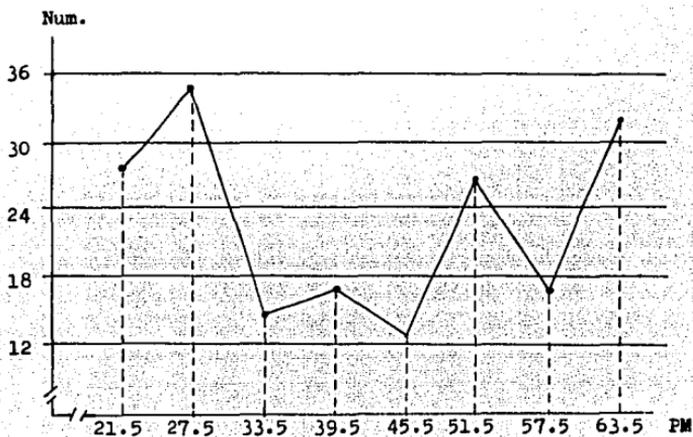
FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO II
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD

GRUPO DE EDAD	F	%	PM
19-24 a.	28	15	21.5
25-30 a.	35	19	27.5
31-36 a.	15	8	33.5
37-42 a.	17	9	39.5
43-48 a.	13	7	45.5
49-54 a.	27	15	51.5
55-60 a.	17	9	57.5
61-66 a.	32	18	63.5

FUENTE: ENCUESTAS
DE PACIENTES.

GRAFICA II
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD



ESCALA: 1.5:6

FUENTE: ENCUESTA
DE PACIENTES.

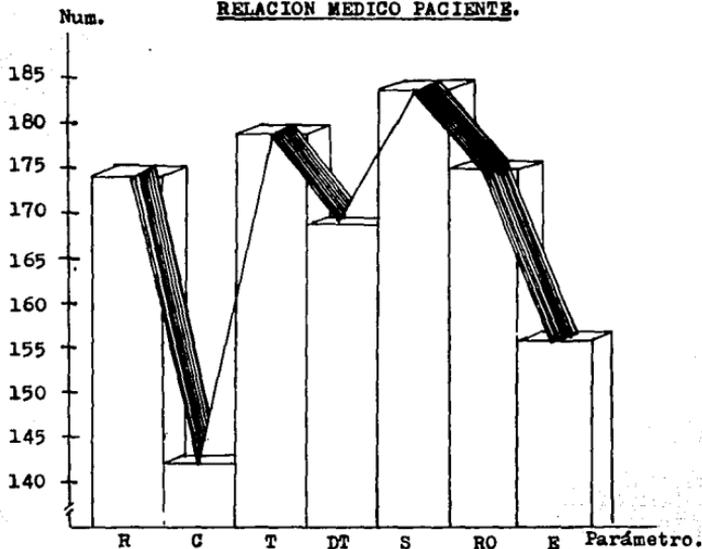
CUADRO III
PARAMETROS QUE INTERVIENEN EN LA
RELACION MEDICO PACIENTE

PARAMETRO	RMP		TOTAL
	+	-	
Respeto	174	10	184
Comunicación	142	42	184
Transferencia	179	5	184
Disponibilidad de tiempo	169	15	184
Satisfacción	184	0	184
Relación Objetivante	175	9	184
Empatía	156	28	184
TOTAL	1179	109	1288

$$\chi_c^2 = 1.92$$

FUENTE: ENCUESTA
DE PACIENTES.

GRAFICA III
PARAMETROS QUE INTERVIENEN EN LA
RELACION MEDICO PACIENTE.



SIMBOLOGIA:

- R: Respeto
- C: Comunicación
- T: Transferencia
- DT: Disponibilidad de tiempo
- S: Satisfacción
- RO: Relación Objetivante
- E: Empatía

ESCALA: 1:5

FUENTE: ENCUESTA
DE PACIENTES.

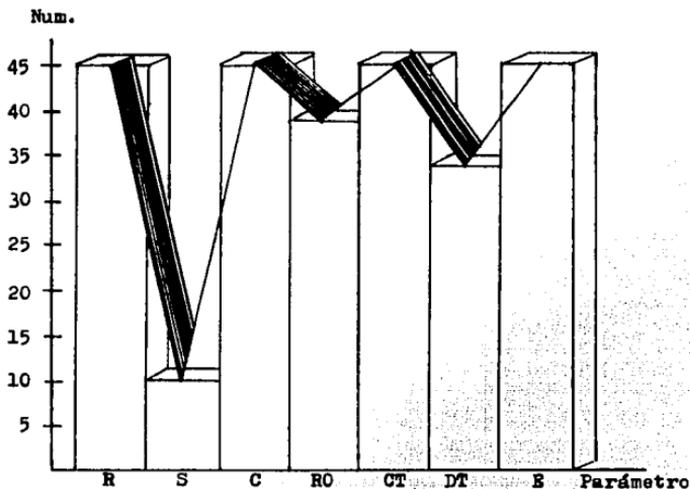
CUADRO IV
PARAMETROS QUE INTERVIENEN EN LA
RELACION MEDICO PACIENTE

PARAMETROS	RMP		TOTAL
	+	-	
Respeto	45	0	45
Satisfacción	10	35	45
Comunicación	45	0	45
Relación Objetivante	39	6	45
Contra- transferencia.	45	0	45
Disponibilidad de tiempo	34	11	45
Empatía	45	0	45
TOTAL	263	52	315

$$\chi^2 = 6.272$$

FUENTE: ENCUESTA
DE MEDICOS.

GRAFICA IV
PARAMETROS QUE INTERVIENEN EN LA
RELACION MEDICO PACIENTE



SIMBOLOGIA:

R: Respeto

S: Satisfacción

C: Comunicación

RO: Relación Objetivante

CT: Contratransferencia

DT: Disponibilidad de Tiempo.

E: Empatía

ESCALA: 1:5

**FUENTE: ENCUESTA
DE MEDICOS.**

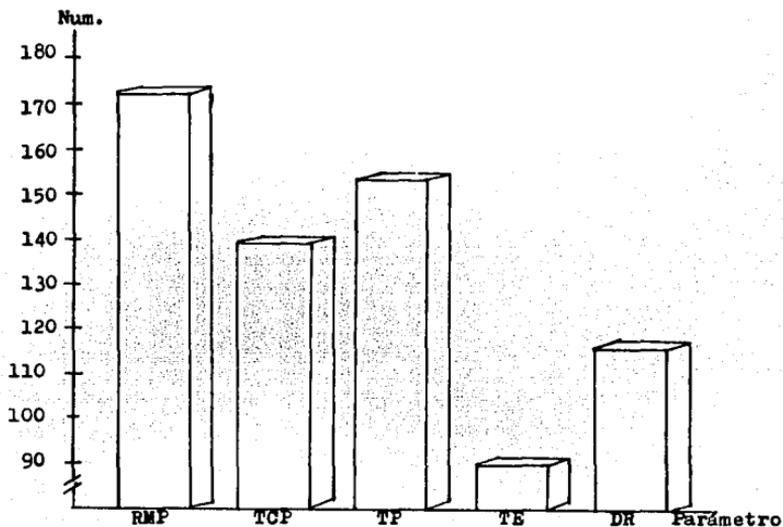
CUADRO V
PARAMETROS QUE INTERVIENEN EN LA CALIDAD

PARAMETROS	CALIDAD		TOTAL
	+	-	
Relación Médico Paciente	172	12	184
Tramites en control de Prestaciones	139	45	184
Trato con Personal Administrativo	153	31	184
Tiempo de Espera	90	94	184
Disponibilidad de recursos	116	68	184
TOTAL	670	250	920

$$\chi^2_c = 8.78$$

FUENTE: ENCUESTAS
DE PACIENTES.

GRAFICA V
PARAMETROS QUE INTERVIENEN EN LA CALIDAD



SIMBOLOGIA

RMP: Relación Médico Paciente

TCP: Tramites en control de Prestaciones

TP: Trato con personal administrativo

TE: Tiempo de Espera

DR: Disponibilidad de recursos

ESCALA: 1:10

FUENTE: ENCUESTA
DE PACIENTES.

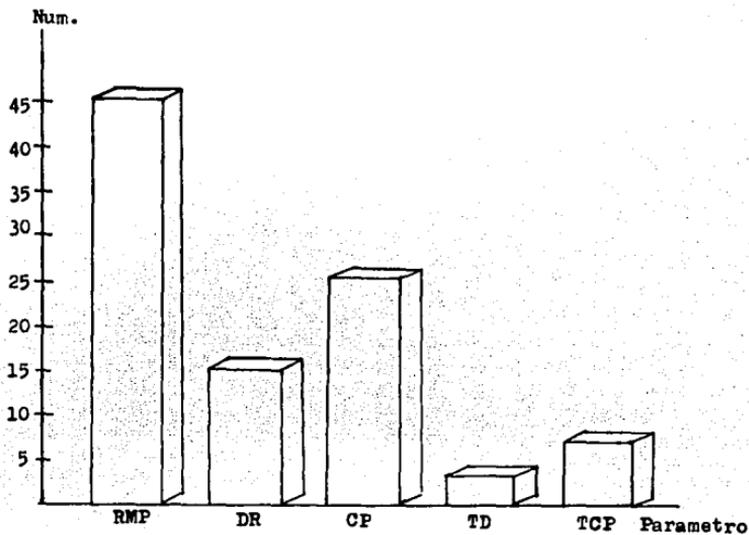
CUADRO VI
PARAMETROS QUE INTERVIENEN EN LA CALIDAD

PARAMETROS	CALIDAD		TOTAL
	+	-	
Relación Médico Paciente	45	0	45
Disponibilidad de Recursos	15	30	45
Coordinación con resto del Personal.	25	20	45
Tiempo disponible para la Consulta.	3	42	45
Tramites en Control de Prestaciones	7	38	45
TOTAL	95	130	225

$$\chi^2_c = 10$$

FUENTE: ENCUESTAS DE MEDICOS.

GRAFICA VI
PARAMETROS QUE INTERVIENEN EN LA CALIDAD



SIMBOLOGIA:

RMP: Relación Médico Paciente

DR: Disponibilidad de recursos

CP: Coordinación con el resto del personal

TD: Tiempo Disponible para la consulta

TCP: Tramites en Control de Prestaciones

ESCALA: 1:5

FUENTE: ENCUESTA
DE MEDICOS.

CUADRO VII
COMPARACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE
DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL
MEDICO Y EL PACIENTE.

	RMP		TOTAL
	+	-	
MEDICO	45	0	45
PACIENTE	172	12	184
TOTAL	217	12	229

$$\chi^2_c = 1.9$$

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO VIII
COMPARACION DE LA CALIDAD DESDE EL PUNTO
DE VISTA DEL MEDICO Y EL PACIENTE

	CALIDAD		TOTAL
	+	-	
MEDICO	10	35	45
PACIENTE	156	28	184
TOTAL	166	63	229

$$\chi^2_C = 6.7$$

FUENTE: ENCUESTAS

CUADRO IX
NUMERO DE MEDICOS Y DE PACIENTES QUE CONSIDERAN
QUE SI HAY CALIDAD DE ATENCION Y BUENA
RELACION MEDICO PACIENTE

	RMP	CALIDAD	TOTAL
MEDICOS	45	10	55
PACIENTES	172	156	328
TOTAL	217	166	283

$$\chi^2_c = 15$$

FUENTE: ENCUESTAS

RESULTADOS

Participaron un total de 45 médicos del turno matutino y vepertino de un universo de 50 médicos, esto porque 2 médicos-no aceptaron participar en el estudio y los otros tres fué - debido a que al momento de levantar las encuestas habia 3 - consultorios sin médico. En lo que respecta a los derechohabientes, se encuestaron un total de 184.

Se encuestó un total de 146 pacientes del sexo femenino(79%) y 38 pacientes del sexo masculino (21%). Por grupos de edad-se obtuvo lo siguiente: Del grupo de 19 a 24 años se encuestaron 28 pacientes, es decir 15% del total; en el grupo de - 25 a 30 años se encuestaron 35 pacientes o sea 19%, de 37 a 42 años participaron 17 pacientes (9%); en el siguiente grupo de 43 a 48 años se encuestaron 13 pacientes que equivalen al 7%; para el grupo de 49 a 54 años se incluyo a 27 pacientes siendo un 15%; del grupo de 55 a 60 años participaron - 17 pacientes o sea 9% y finalmente del grupo de 61 a 66 años se incluyeron 32 pacientes (18%).

Se evaluaron 7 parámetros de la relación médico paciente mediante las encuestas del médico y el paciente, observándose los siguientes resultados:

Relación Médico Paciente para el Derechohabiente:

1.- Respeto:

174 pacientes consideran que se les trata con respeto, - es decir, el 94.5% y 10 pacientes respondieron que no - los respetaban (5.5%).

2.- Comunicación:

142 pacientes tienen buena comunicación con su médico, - o sea un 77%, en comparación con 42 pacientes (23%) que-no tienen buena comunicación con su médico.

3.- **Transferencia:**

En 179 de los pacientes se encontró adecuada transferencia con su médico, siendo esto el 97.2% y en 5 de los pacientes existió una transferencia inadecuada con su médico, o sea en un 2.8%.

4.- **Disponibilidad de Tiempo:**

169 pacientes consideran que si se les dedica el tiempo suficiente a su consulta, correspondiendo a un 91% y 15-pacientes consideraron que no se dedica el tiempo suficiente a la consulta, que equivale a un 9%.

5.- **Satisfacción:**

El total de pacientes encuestados queda satisfecho con la labor de su médico(100%).

6.- **Relación Objetivante:**

En 175 de los pacientes se estableció una buena relación objetivante siendo el 95% y en 9 pacientes hubo una mala relación objetivante lo que equivale a un 5%.

7.- **Empatía:**

156 pacientes respondieron que si hay comprensión empática con su médico, siendo esto el 84.7% y en 28 pacientes no existió comprensión empática con su médico (15.3%).

Relación Médico Paciente para el Médico:

En lo que respecta a los parámetros de Respeto, Comunicación Contratransferencia y Empatía el 100% de los médicos encuestados (45), consideraron que no existe ningún problema.

- **Disponibilidad de tiempo:**

34 de los médicos consideran que si tienen el tiempo suficiente para proporcionar consulta a todos los pacientes -- que así se los demanden, lo que equivale al 75% y 11 de los médicos no disponen del tiempo suficiente para dar con

sulta a toda la población demandante, siendo estos el 25%.

- Relación Objetivante:

39 de los médicos establecen una buena relación objetivante con sus pacientes (86%) y 6 de los médicos no logran establecerla, correspondiendo al 14%.

- Satisfacción:

Solo 10 de los médicos encuestados están satisfechos con la labor que realizan o sea un 22% y 35 médicos no están satisfechos, es decir, un 78%.

La Calidad se evaluó mediante 5 parámetros tanto para el derechohabiente como para el médico, incluyéndose para ambos la relación médico paciente.

Calidad para el Derechohabiente:

1.- Relación Médico Paciente

172 de los pacientes calificaron de buena la relación con su médico, es decir 93.4% y 12 de los pacientes consideran como mala la relación con su médico (6.6%).

2.- Trámites en control de prestaciones:

En 139 de los pacientes existió buen trato en control de prestaciones, que corresponden a un 75.5%, en comparación con 45 pacientes que recibieron mal trato, o sea 24.5%.

3.- Trato con personal de Laboratorio, Rx, Asistente Médica, Medicina Preventiva, Jefe de Departamento Clínico:

153 pacientes recibieron buen trato siendo el 83% y 31 pacientes recibieron mal trato, es decir, el 17%.

4.- Tiempo de espera:

90 de los pacientes consideran que no esperan demasiado para pasar a consulta, siendo el 48.9% y 94 de los pacientes consideran que si esperan demasiado, lo que equivale al 51.1%.

5.- Disponibilidad de Recursos:

En 116 de los pacientes se les proporciona el medicamento y el material de curación en el momento oportuno (63%) y en 68 de los pacientes no se les suministra el medicamento en el momento adecuado, es decir, al 37% de los pacientes.

Calidad para el Médico:

1.- Relación Médico Paciente:

Los 45 médicos encuestados (100%) establecen una buena - relación con sus pacientes.

2.- Disponibilidad de Recursos:

15 de los médicos consideran que si se dispone de medicamentos y material de curación en el momento oportuno, lo que equivale a un 33.3% y 30 de los médicos respondieron que no disponen de recursos necesarios para el manejo de sus pacientes, o sea un 66.6%.

3.- Coordinación con el Jefe de Departamento Clínico y Resto de Servicios:

En 25 de los médicos si existe una adecuada coordinación con el resto del personal, siendo el 55% y en 20 de los médicos no existe coordinación con el resto del personal (45%).

4.- Exceso de consulta:

42 de los médicos consideran que si tienen excesiva consulta correspondiendo al 93.3% en comparación con 3 médicos que consideran no tener excesiva demanda de consulta es decir el 6.7%.

5.- Tramites en control de prestaciones:

7 de los médicos respondieron que no existe problema en este rubro y equivalen al 15%, mientras que 38 de los médicos

dicos consideran que hay demasiada burocratización en los tramites (85%) y frecuente pérdida de expedientes.

En el cuadro VII se compara la opinión que tienen de la relación médico paciente el médico y el derechohabiente, observándose que los 45 médicos encuestados (100%) califican como buena la relación con sus pacientes, en comparación con los derechohabientes, en los cuales 172 manifiestan tener una buena relación con su médico que corresponden a un 93.4% y 12 califican como mala la relación con su médico (6.6%)

La Calidad es evaluada desde el punto de vista del médico y el derechohabiente en el cuadro VIII, encontrándose que solo 10 médicos que corresponden al 22%, consideran que si existe calidad de atención y para el resto (78%), no hay calidad de atención, en lo que respecta al derechohabiente, 156 calificaron con calidad la atención que reciben, o sea un 84.7% y 28 de los pacientes manifestaron que no hay calidad en la atención que equivalen a un 15.3%.

En el cuadro IX se compara el número de derechohabientes y médicos que califican como buena la relación Médico Paciente y la Calidad, observándose que en el caso de los médicos solo 10 (22%) califican la atención con calidad y los 45 manifiestan tener una buena relación médico paciente con sus enfermos (100%). En el caso de los derechohabientes, para 172 es decir 93.4%, si tienen una buena relación con su médico y para 156 (84.7%) reciben atención con calidad.

ANALISIS DE RESULTADOS

Hay una mayor proporción de mujeres encuestadas, muy probablemente porque estas acuden con más facilidad a consulta, - ya sea a control prenatal, control de enfermedades crónico - degenerativas ó para programa de planificación familiar, en comparación con el sexo masculino que principalmente acude - por riesgos de trabajo ó control de enfermedades crónico degenerativas, influyendo en el número de hombres y mujeres - que demandan consulta en la UMF 94.

Se observó que acuden a consulta con más frecuencia pacientes de 19 a 30 años, y si tomamos en cuenta el sexo, se puede - justificar porque éstos son pacientes en edad productiva con un alto índice de fecundidad, siendo los principales motivos de consulta: atención de riesgos de trabajo y control prenatal; así mismo hay mayor proporción de pacientes encuestados de 49 a 66 años, ya que en estos grupos se empiezan a manifestar las llamadas enfermedades crónico degenerativas, que requieren de vigilancia y tratamiento continuo. La menor proporción fué para los pacientes de 31 a 48 años, quizá porque en estos grupos de edad las principales causas de consulta - son las infecciones agudas y riesgos de trabajo.

La Relación Médico Paciente para el Derechohabiente:

1.- Respeto:

Un número bajo de pacientes considera que su médico no - los respeta, al realizarles preguntas ó exploración física no justificada de acuerdo a la forma de pensar del paciente, sin embargo en muchas ocasiones, esto se realiza independientemente del motivo de consulta, obedeciendo - a los diferentes programas que se llevan a cabo dentro -

de la unidad y que en la mayoría de las veces, el paciente desconoce, malinterpretando el hecho de que se le interrogue sobre su actividad sexual, uso de métodos de -- planificación familiar, se exploren genitales en caso de de leucorrea ó bien las glándulas mamarias en búsqueda - de cancer.

2.- Comunicación:

Es uno de los parámetros en los cuales el paciente se - quejo en mayor proporción, esto porque en muchas ocasiones el paciente acude manifestando cierto malestar físico, que enmascara un trasfondo emocional, requiriendo - el paciente de que se le dedique tiempo para escucharlo y de alguna manera orientarlo ó apoyarlo, pero dada la - gran demanda de consulta, esto en la mayoría de las ocasiones resulta imposible, porque se requiere de tiempo - suficiente, de lo cual carece su médico, creandose en el paciente resentimiento hacia su médico, sintiéndose defraudado y falta de comunicación con éste.

3.- Transferencia:

En la mayoría de los pacientes existe un adecuado entendimiento con su médico, porque el trato continuo con él, favorece el que se establezcan lazos afectivos y de confianza, dando como resultado que el paciente maneje de - forma adecuada la presencia de enfermedad. Una mínima - proporción de los pacientes manifiesta sentimientos de - desconfianza con su médico, que puede deberse a que el - médico que lo atendió era el titular del consultorio, generando desconfianza, ó bien porque no se ha logrado establecer lazos afectivos entre ambos, por razones inherentes a la personalidad de cada uno.

4.- Disponibilidad de Tiempo:

Un número importante de pacientes considera que si se les dedica el tiempo suficiente en la consulta, y para un número menor la consulta es muy apresurada, no dando tiempo el médico a que se le explique adecuadamente el motivo de consulta, pero probablemente esta no sea la razón real por la que el paciente considere que no se le dedica el tiempo suficiente, ya que es bien sabido que el paciente no sólo acude a consulta por un padecimiento orgánico, sino que en muchas ocasiones existe un motivo oculto, es decir, algún problema emocional que el paciente quisiera compartir con su médico, pero sin embargo no se le da la oportunidad de manifestarlo, al apresurar la consulta.

5.- Satisfacción:

Todos los pacientes encuestados quedan satisfechos con la consulta que se les proporciona, aún cuando existen ciertas inconformidades en la relación con su médico, la labor que éste realiza los satisface.

6.- Relación Objetivante:

Una minoría de los pacientes manifiesta una mala relación objetivante con su médico, ya que no alcanza a dar la información suficiente para que su médico emita un diagnóstico, lo que puede deberse a que en muchas ocasiones existen padecimientos que por su frecuencia son diagnosticados con poca información por el médico, así mismo en muchas ocasiones con los signos que el paciente presenta es suficiente para emitir un diagnóstico.

7.- Empatía:

Es otro de los parámetros en el cual un número mayor de

pacientes considera que no existe comprensión con su médico, fomentado por la falta de involucración de éste - con el paciente, favorecido y porque no decirlo, determinado por la falta de tiempo, porque aún cuando el médico se da cuenta de la angustia de su paciente por estar enfermo, no dispone de mucho tiempo para reconfortarlo y - disminuir su angustia.

La Relación Médico Paciente para el Médico:

- Respeto, Comunicación, Contratransferencia y Empatía:

La totalidad de los médicos encuestados manifiesta que en estos parámetros no existe ningún problema con sus pacientes, ya que el trato del derechohabiente se lleva a cabo - en un ambiente de respeto, estando en la mejor disposición de comunicarse con su paciente, dominando el sentimiento - que como seres humanos despiertan y tratando de disminuir la angustia de éstos ante la presencia de enfermedad.

- Disponibilidad de Tiempo:

La mayoría de los médicos si dedica el tiempo suficiente a sus pacientes, pero unicamente abordando el motivo de consulta, sin realizar una atención integral de su paciente - que aún cuando no es lo ideal, como médicos institucionales, con una gran demanda de consulta, la necesidad de comunicarse plenamente con su paciente se va perdiendo, lo cual no es aceptado por una minoría de los médicos, ya que les resulta imposible tratar a sus pacientes como individuos sin necesidades ni sentimientos.

- Relación Objetivante:

Una proporción importante de los médicos establecen una - adecuada relación objetivante, realizando el interrogatorio y la exploración física sistematizada, mientras que una mi

noría no logra establecer una adecuada relación objetivante ya que aún cuando la exploración física del paciente debe ser en general independientemente del motivo de consulta debido a la demanda de atención que tienen algunos médicos la exploración física la realizan de acuerdo al motivo de consulta y a la demanda de consulta que tengan, lo que repercute en la relación objetivante.

- Satisfacción:

La mayoría de los médicos están insatisfechos con la atención que le brindan a sus pacientes, ya que no disponen de el tiempo suficiente para dar una atención adecuada, ya que el exceso de consulta no se los permite impidiendo que se establezca una adecuada relación interpersonal, que se refleja en la opinión que tienen los pacientes de la comprensión de sus médicos.

Calidad de Atención para el Derechohabiente:

1.- Relación Médico Paciente:

Existe una buena relación médico paciente para la mayoría de los derechohabientes, y aún cuando no están conformes en algunos aspectos de ésta, el hecho de acudir a solicitar atención médica en alguna de las instituciones de salud, los obliga a no esperar que se les trate con mucha atención, ni se les dedique mucho tiempo, considerando esto como un rasgo característico de la atención institucional.

2.- Trámites en Control de Prestaciones:

Es uno de los factores en los cuales existieron menos quejas, quizá porque los pacientes no realizan trámites frecuentemente, y los que se quejan es principalmente por la falta de información para el cobro de incapacida-

des y demasiada burocratización para el trámite de alta.

3.- Trato con el personal Administrativo:

La mayor parte de los pacientes encuestados refieren un trato cordial en la mayoría de las ocasiones, tomando también en consideración la actitud del paciente con el personal y la forma en que se dirige a ellos, ya que al comportarse en forma agresiva y prepotente, resultaría casi imposible que no se sucedieran conflictos con el personal como lo manifiesta cierto número de pacientes.

4.- Tiempo de espera:

Un 50% de los pacientes considera que no es problema el esperar para la consulta, ya que lo toman como algo habitual en una institución con gran demanda de atención, debiendo esperar un tiempo muy variable para recibir consulta, aún cuando estén citados, ya que en muchas ocasiones es imposible respetar la hora de la cita, por la gran demanda de consulta y la impuntualidad tanto de los pacientes como del propio personal de la institución, lo que explica que el otro 50% de pacientes consideren que si esperan demasiado para recibir atención.

5.- Disponibilidad de Medicamento y Material de Curación:

En la mayor parte de los pacientes se les proporciona en forma oportuna y adecuada el medicamento, habiendo cierto número de derechohabientes, a los cuales no se les proporciona el medicamento y material de curación en forma oportuna y adecuada, principalmente en pacientes con padecimientos crónico degenerativos, que llegan a requerir de medicamentos que solo se manejan en el segundo nivel de atención ó que tienen mucha demanda y no se alcanza a cubrir las necesidades de todos los pacientes, oca-

sionando que tengan que acudir a la clínica en varias - ocasiones hasta que se le proporcione el medicamento ó - lo tenga que adquirir por sus propios medios.

Calidad de Atención para el Médico:

1.- Relación Médico Paciente:

Todos los médicos encuestados manifiestan tener una buena relación médico paciente, ya que dentro de sus posibilidades trata de proporcionar el mejor trato posible a su paciente, con todo y la limitante del tiempo.

2.- Disponibilidad de Recursos:

Dos terceras partes de los médicos tienen problemas con la disponibilidad de recursos, ya que deben de adaptarse al medicamento que haya en existencia, aún cuando no sea el adecuado para el padecimiento a tratar ó bien para el paciente, condicionando en la mayoría de las ocasiones - una evolución desfavorable del paciente y que éste acuda nuevamente con el médico, aumentando más el número de -- consultas al no resolversele adecuadamente su problema, - influyendo quizá en la confianza que el paciente le tenga a su médico. Además también representa el tener que - elaborar recetas extras en caso de no haber medicamento, restandole tiempo a las consultas.

3.- Tiempo Disponible para la consulta:

La mayor parte de los médicos no tienen tiempo suficiente para dar una atención integral a sus pacientes, ya - que al tener una gran demanda de consulta, simplemente - tienden a burocratizarse, cumpliendo con su cuota diaria de consultas.

4.- Coordinación con el J.D.C. y resto de servicios:

Las opiniones vertidas por lo médicos es un poco más del

50%, manifiestan que si hay una buena coordinación con su JDC y en general con el resto del personal; cierto número de médicos manifestó que no existe una adecuada coordinación con los otros servicios, ya que en ocasiones por falta de recursos, como es el caso del laboratorio, no se realizan todos los exámenes solicitados además de que en ocasiones tampoco está bien justificada su solicitud de acuerdo al diagnóstico anotado en la requisición, porque al tecnicarnos como médicos, solicitamos exámenes para obtener un diagnóstico y no para confirmar una sospecha diagnóstica. En el caso de Rx y también del laboratorio, debido al exceso de demanda, las citas que se les dan a los pacientes no coinciden con la cita del médico, retrasando la atención del paciente. En lo que respecta a Medicina Preventiva algunos médicos manifestaron que al no informárseles sobre los diferentes programas que se llevan a cabo no existe un adecuado envío y control de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas. La coordinación con trabajo social médico es adecuada en la mayoría de las ocasiones, únicamente se mencionó el hecho de que algunas veces, no se indican los requisitos que deben cumplir los pacientes para integrarlos a grupos de ejercicio.

5.- Trámites en control de prestaciones:

La mayor parte de los médicos están de acuerdo en que existe demasiada burocratización en los trámites en control de prestaciones, tardando demasiado en la elaboración del alta en pacientes que acuden al mismo tiempo a consulta, otorgándose ésta en la mayoría de las ocasiones al término de la jornada de trabajo y en forma inadecuada; además en ocasiones son dados de baja pacientes que-

en realidad no lo estan, con la consiguiente pérdida del expediente, que en muchas ocasiones guarda información valiosa e importante para el paciente.

Al comparar la opinión que tienen de la relación médico paciente tanto el médico como el derechohabiente, observamos que los 45 médicos encuestados tienen una buena relación médico paciente y lo mismo sucede con casi la mayoría de los pacientes encuestados, lo que sugiere que aún cuando hay algunas inconformidades del médico y del paciente, ambos mantienen una buena relación, y al aplicar la prueba estadística a estos datos, obtenemos una chi cuadrada calculada menor que la de tablas, con lo que la hipótesis nula se acepta, es decir, que la relación médico paciente no influye en la calidad de la atención.

En lo que respecta a la comparación de la calidad para el médico y el derechohabiente, se observa que un gran número de los médicos consideran que no hay calidad, porque aún cuando tienen una buena relación médico paciente con el derechohabiente, no cuentan con el tiempo suficiente para la consulta y en algunos de los casos ni con el medicamento adecuado para el tratamiento de sus pacientes, repercutiendo esto en la atención que se brinda, y aún cuando no todos los factores influyen en un solo paciente, si repercuten todos en el médico, por lo cual califica la atención con falta de calidad. En cuanto al derechohabiente, estos en su mayoría consideran que si hay calidad de atención, contra una minoría que opina lo contrario, esto es entendible si consideramos que no todos los pacientes tienen problemas en los parámetros evaluados y en algunos de los casos aún cuando manifestaron problemas no les dan mucha importancia y lo toman como algo habitual y

común en las instituciones, como en el caso del tiempo de espera para pasar a consulta.

En este caso al aplicar la prueba estadística se rechaza la hipótesis nula y se acepta que la relación médico paciente si influye en la calidad de la atención, esto porque a la relación médico paciente siempre se le ha dado mayor importancia que al resto de los factores que involucran la atención, - por lo que al haber una buena relación médico paciente, ya - se considera que la Atención Médica tiene calidad, esto es - corroborado al realizar la prueba estadística comparación de los médicos y derechohabientes que consideran que si hay una buena relación médico paciente y atención con calidad, ya - que en este caso se acepta la hipótesis de que la relación - médico paciente si determina la calidad de la atención.

CONCLUSIONES

El hablar de Relación Médico Paciente no es sinónimo de Atención Médica, ya que esta incluye también el proceso administrativo, que es importante tomarlo en cuenta si queremos tener calidad en la atención, ya que en ocasiones, ésta juega un papel mucho más importante del que normalmente suele atribuírsele, alcanzando dimensiones insospechadas.

Al realizar el presente estudio, resultado evidente la demanda desigual de consulta que existe en los diferentes módulos, - como consecuencia de la falta de cobertura del personal médico con incidencias, y porque no decirlo, por una probable distribución inadecuada de pacientes adscritos a cada consultorio, aunque no puede dejar de mencionarse que el paciente - acuda a consulta en forma continua por una mala evolución de su padecimiento, debido a que no se le prescribe el medicamento adecuado por falta de éste, observándose que esto no es consecuencia directa de la relación médico paciente, si no del proceso administrativo.

Sin embargo es inegable que a fin de cuentas, éste repercute directamente en la relación Médico Paciente, ya que al existir una demanda desigual de consulta, habrá consultorios en los cuales el médico no dispone del tiempo suficiente para - ver de manera integral a su paciente, con la consiguiente in conformidad del paciente e insatisfacción del médico por no poder proporcionar a su paciente la atención adecuada, ya que aún cuando esté en la mejor disposición de otorgarla, existen otros factores que se lo impiden, como el exceso de consulta, burocratización de trámites, falta de recursos, retraso en la elaboración de exámenes de laboratorio y gabinete , etc; por

lo que resultaría interesante el realizar un análisis del -
proceso administrativo y su repercusión en la Calidad de Atenci
ción.

SUGERENCIAS

- 1.- Realizar por parte de las autoridades y resto del equipo un análisis de la carga valorativa que se le ha dado a la relación médico paciente como única determinante de la Calidad de Atención, ya que en realidad no es unifactorial.
- 2.- Enfatizar por parte de las autoridades, el aspecto administrativo de la atención médica, por la insatisfacción encontrada en ese aspecto.
- 3.- Revisión de la cobertura de cada consultorio, para tener una distribución más equitativa y que de esta manera se le proporcione a cada paciente el tiempo adecuado en la consulta, de acuerdo a sus necesidades favoreciendo la continuidad e integralidad en la atención.
- 4.- Cubrir en forma oportuna y adecuada las necesidades del paciente para disminuir el número de futuras consultas.
- 5.- Mejorar las condiciones de trabajo del médico, mediante una coordinación adecuada con los diferentes servicios de la unidad, informándoles en forma oportuna de los recursos con los que cuenta para el manejo de sus pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Peña G. La Relación Médico Paciente a Nivel Institucional. Rev Med IMSS 1987; 25:453-6.
- 2.- Martínez C. La Relación Médico Paciente y su carácter Objektivante. Ciclos Básicos Universitarios 1982; IX y X: 277-84
- 3.- La Tercera Oreja. ESM IPN 1987; P:1-4. Mecanograma no publicado.
- 4.- Feinstein AR. Clinical Judgement. The Williams and Wilkins Company 1967.
- 5.- Solomon P. Manual de Psiquiatría. México: Editorial Manual Moderno, 1976: 5-13
- 6.- Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. México: La Prensa Médica Mexicana, 1991:6,9,101-2
- 7.- Martínez C. Los Motivos de la Alteración de la Relación Médico Paciente en la Medicina Institucional. Ciclos Básicos Universitarios 1982; IX y X:290-3
- 8.- En Busca de la Calidad y Excelencia. IMSS 1989. Mecanograma no publicado.
- 9.- Wilson JD, Braunwald E, Martin JG. y col. Principios de Medicina Interna. México: Editorial Interamericana, 1991: 1-6