



00669
2
Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Facultad de Contaduría y Administración

Facultad de Química

Instituto de Investigaciones Sociales

Instituto de Investigaciones Jurídicas

T e s i s

**“Los Factores Socioeconómicos del Médico y su
relación con la Satisfacción del Derechohabiente en una
Institución de Salud”**

Que para obtener el grado de:

Maestro en Administración

(Sistemas de Salud)

Presenta: Gabino García Tapia.

Tutor: Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez.

Asesor de apoyo: Dr. José Ramón Torres Solís.

México, D.F.

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACIÓN DISCONTINUA

*A Dios,
por haberme
permitido el
privilegio de la vida.*

*A la Universidad Nacional
Autónoma de México,
por su apoyo total e invaluable
en mi formación académica.*

*A mi tutor,
Dr. Ricardo Alfredo
Varela Juárez,
por ser más que un
maestro.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*Al Dr. José Ramón Torres Solís,
por su apoyo en la elaboración de la
metodología de ésta investigación.*

*A mis sinodales, quienes con profundo
humanismo me otorgaron sus conocimientos y su
comprensión para perfeccionar mi trabajo:*

*M.A. María Magdalena Chain Palavicini,
M.A. Octavio Muñoz Jiménez,
M.A. Carlos Real Venegas,
E. en N. Jorge Ruiz de Esparza García,
Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez.*

*A las autoridades del Centro Médico
Nacional "20 de Noviembre" del
ISSSTE, por las facilidades otorgadas.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A Mi Madre:

Porque sabiendo que jamás existirá una forma de agradecerte una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constantes, sólo deseo que comprendas que éste logro mío es tuyo y que mi esfuerzo estará siempre inspirado en ti.

Con respeto y admiración...

**“Los Factores
Socioeconómicos
del Médico
y su relación
con la Satisfacción
del Derechohabiente
en una Institución
de Salud”**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
LA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU PROBLEMÁTICA	3
Problemática del Sistema Nacional de Salud	4
Planeación del Sistema Nacional de Salud	7
La Transición Epidemiológica	12
Cambio en el Estado Mexicano	17
El Sistema de Seguridad Social en México	18
La Asistencia Social	20
La Salud Privada	23
El Acceso a los Servicios de Salud	25
Equidad en los Servicios de Salud	27
CAPITULO II	
HUMANISMO Y ATENCIÓN MÉDICA	29
Ciencia y Humanismo al Servicio del Hombre	30
Los Derechos Humanos en la Atención Médica	35
El Humanismo en la Atención Médica	41
El Humanismo del Médico Frente a su Enfermo	45
Crisis en el Humanismo Actual	48
El Retraso del Humanismo Frente al Avance de la Ciencia Médica	50
La Administración por Valores en la Atención Médica	54

CAPITULO III	
LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE	58
La Relación Entre el Paciente y su Médico	59
Semblanza de la Relación Médico - Paciente	62
El Médico como Institución	67
El Enfermo como Objeto	72
CAPITULO IV	
LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS DEL MÉDICO Y LA SATISFACCIÓN DEL DERECHOHABIENTE	78
Los Factores Socioeconómicos del Médico	79
El nivel de Ingreso	81
La Pertenencia a un Grupo Social	83
Obligaciones Económicas Contraídas	85
La Satisfacción del Derechohabiente	87
CAPITULO V	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	97
Planteamiento del Problema	98
Justificación del Estudio	100
Hipótesis	102
Definición Conceptual de Variables	103
Objetivos de la Investigación	105
Preguntas de la Investigación	105
Definición del Tipo de Investigación a Realizar	106
Diseño de la Investigación	107
Selección de la Muestra	108
Recolección de los Datos	110
Análisis de los Datos	115
Límites de la Investigación	116

CAPITULO VI	
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	117
Análisis de Resultados Satisfacción del Derechohabiente	118
Análisis de Intersecciones entre Variables	127
Análisis por Especialidad	139
Análisis de Resultados Factores Socioeconómicos del Médico	164
Análisis de Intersecciones entre Variables	172
Análisis de Observaciones	179
CAPITULO VII	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	187
Conclusiones	188
Recomendaciones	195
Matriz Comparativa	199
BIBLIOGRAFÍA	202
ANEXOS	207

ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
ANEXO I	
SATISFACCIÓN DEL DERECHOHABIENTE	208
Diseño de Entrevista	209
Frecuencias	212
Gráficas	228
Crosstabs	245
ANEXO II	
FACTORES SOCIOECONÓMICOS DEL MÉDICO	270
Diseño de Entrevista	271
Frecuencias	274
Gráficas	288
Crosstabs	302
Niveles Socioeconómicos	350
ANEXO III	
ADMINISTRACIÓN POR VALORES (APV)	359
Plan de Juego de APV	360
Proceso de Administración por Valores	361
ANEXO IV	
CÓDIGO-GUÍA BIOÉTICA	362
ANEXO V	
OFICIOS DE AUTORIZACIÓN	374

INTRODUCCIÓN

El sector salud en nuestro país, orgullo de varias generaciones, se encuentra hoy en día en el ocaso de su existencia debido a la terrible irresponsabilidad de haber perdido su misión ante la sociedad mexicana, al ya no ver la salud como valor y su protección como un derecho sin importar la condición social y económica de las personas a las que sirve. Lamentablemente hoy se esta olvidando que la protección de la salud constituye uno de los principales derechos consagrados en nuestra Constitución, el cual tiene como finalidad no solo alcanzar el bienestar físico y mental de los mexicanos sino otorgarles una mejor calidad de vida, de ahí entonces surge su importancia al constituirse en **"una garantía social"**.

Actualmente vemos con profunda tristeza el resquebrajamiento del Sistema Nacional de Salud sin que el Estado Mexicano haga algo para detenerlo, por el contrario está coadyuvando para su desintegración al dejar pasar los gravísimos problemas que enfrenta, destacando la falta de planeación, organización, dirección y control de sus recursos materiales, humanos, técnicos y financieros lo que en suma significa una ausencia total de administración.

Conjuntamente con lo referido las Instituciones Públicas de Salud presentan una seria falta de humanismo en la atención médica que brindan a sus derechohabientes, por lo que el descontento de éstos va aumentando vertiginosamente sin encontrar hasta este momento acciones que frenen y reviertan este fenómeno.

Hablando particularmente de la Administración de Recursos Humanos en el sector salud, se observan enormes deficiencias cuantitativas y cualitativas en la prestación y formación de estos recursos, encontrando lamentablemente un panorama muy sombrío debido a la ausencia total de planificación en el sector y a una ruptura irresponsable y cobarde con las necesidades sociales.

Todo lo anterior ha hecho que se reflexione no solo en encontrar las causas de dicha problemática sino también en investigar las posibles soluciones que permitan restituir lo perdido. Obviamente en una sola investigación no se podrá lograr lo referido, sin embargo tenemos que partir de algún indicio que nos permita llegar al meollo de lo que aquí se cuestiona. Por lo mencionado considero interesante explorar la piedra angular de la práctica médica, la denominada relación médico-paciente, la cual se encuentra seriamente dañada en las instituciones públicas. Para lograrlo estudiaremos a sus actores principales desde dos ópticas diferentes, por una parte profundizando en la satisfacción percibida del derechohabiente ante el servicio otorgado por su médico y por la otra indagando los factores socioeconómicos de éste para ver si tienen alguna influencia en su comportamiento ante el paciente.

Por lo tanto, la presente investigación tiene por objetivo establecer la relación que existe entre los factores socioeconómicos del médico y la satisfacción del derechohabiente en el área de consulta externa del *Centro Medico Nacional "20 de Noviembre"* del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Al descubrir si realmente los factores sociales y económicos afectan al médico en la atención que brinda hacia su paciente se podrán aportar nuevos elementos de juicio en el desarrollo de la administración de recursos humanos que sin lugar a dudas, hoy en día, es un campo del conocimiento con enormes expectativas de desarrollo.

CAPITULO I

LA ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU PROBLEMÁTICA

PROBLEMÁTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se encuentra constituido y estructurado con base al funcionamiento del sistema socioeconómico imperante en nuestro país, a saber el neoliberal, por lo que hoy en día los servicios de salud se encuentran regidos por las fuerzas del mercado donde observamos la libre competencia y la concentración del ingreso en unos cuantos, aunado a esto existe una aguda crisis socioeconómica que lamentablemente se agrava día con día originando que las Instituciones Públicas de Salud se vean limitadas en su capacidad de acción debido a la escasez y mala aplicación de los recursos materiales, humanos, técnicos y financieros que demandan sus programas prioritarios. Todo lo anterior ha degenerado en el incumplimiento del artículo 4º Constitucional que señala el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos como una garantía social.

Sin lugar a dudas parte del problema se origina por la enorme dependencia económica que tenemos con las grandes economías extranjeras, principalmente la norteamericana, así como por la terrible deuda externa, por lo que existen recursos muy limitados que aunados a la impresionante corrupción que tenemos, vemos como resultado el desinterés y abandono extremo a las clases más desprotegidas.

La anterior política se ha reflejado directamente en la asignación del presupuesto federal al Sector Salud, el cual ha disminuido considerablemente, ya que cada año nos alejamos más de lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud que señala la aplicación del 5% del PIB. Así mismo se ha reducido el gasto programable destinado a dependencias que atienden la población abierta, es decir, aquella que no cuenta con seguridad social ni recursos económicos para acceder a la atención médica privada.

Como consecuencia de lo referido, el Sector Salud presenta enormes dificultades¹, entre las cuales podemos señalar las siguientes:

1. Ausencia de procesos efectivos de planeación y control de recursos.
2. Deficiencias cuantitativas y cualitativas en la atención y formación del personal encargado.
3. Falta de asociación de la enseñanza y la investigación con las necesidades de la comunidad.
4. Trato deshumanizado en la atención médica.
5. La existencia de una hegemonía del modelo biomédico en los servicios de salud, tanto de visión como de ejecución profesional.
6. Insuficiente desarrollo en el Sistema de Atención Primaria de la Salud.
7. Aumento continuo de padecimientos graves que afectan la estructura familiar y social.
8. Desprecio a la contribución de otras disciplinas en la solución de los problemas.
9. Falta de campañas de prevención de enfermedades.

Dicho todo lo anterior, resulta apremiante realizar un cambio estructural al Sistema Nacional de Salud para que este cumpla con su objetivo sustancial, a saber, la atención y prevención de la salud de los mexicanos, ya que hoy en día observo con tristeza que el acceso a un servicio médico oportuno y de calidad para las clases más desprotegidas ha quedado como tan solo una frase más, un sueño o tan solo una ilusión en este país.

Debemos recordar que nuestro gobierno deberá en todo momento velar por la estabilidad política y social de nuestro país, la cual, lamentablemente, se continuará afectando de proseguir el actual modelo económico, ya que de persistir así, se desencadenará el quebranto institucional en el sector salud.

¹ Cruz Velasco, Juan. "Satisfacción Laboral en Médicos y su Relación con la Calidad en la Atención a los Usuarios", Tesis Licenciatura (Licenciado en Psicología), UNAM, México, 1999, p. 6-17.

Para todos nosotros es muy conocido que la calidad en la atención médica depende, lamentablemente, en gran medida del nivel socioeconómico de los que intervienen en el proceso médico, lo anterior ha sido ya muy estudiado, por ejemplo, Javier Chávez afirma que: *"Los principales problemas de acceso a un servicio médico oportuno y de calidad se derivan de la jerarquización (diferenciación social) de las demandas y necesidades, implícita en la estructura y funcionamiento del SNS"*. Esta jerarquización, de acuerdo al autor es entendida como un *"criterio de valoración para la determinación de prioridades en la asignación de recursos presupuestales e inversiones, destinados a los distintos tipos y niveles de atención médica y asistencial, como respuesta a las demandas y necesidades de estos servicios, por parte de la población y de acuerdo al lugar que ocupa dentro del proceso productivo y la consiguiente capacidad de hacer efectivas estas demandas"*.²

Por lo que de acuerdo a lo anterior, la accesibilidad a los servicios médicos oportunos y de calidad se encontrará doblegada a los aspectos laborales y niveles socioeconómicos de las personas que los solicitan, ya que el servicio que recibirán estará determinado con base a una estructura medico-administrativa clasista, piramidal y jerarquizada.

Todo lo anterior nos indica que para poder acceder a un servicio médico oportuno y de calidad tendremos que pertenecer a un determinado estatus social, por lo que de proseguir funcionando el SNS de esta forma y con estos intereses tendremos como consecuencia un estallido social múltiple.

² Chávez Valencia, Javier. "El Sistema Nacional de Salud en México: implicaciones políticas y sociales", Tesis Licenciatura (Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública), UNAM, México, 1998, pp. 7.

PLANEACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Dado que la estructuración y funcionamiento del SNS esta determinado por la política social de nuestro país, tenemos que enfocarnos a estudiar como funciona esta. Encontramos entonces que nos hallamos inmersos en un modelo socioeconómico que ha repercutido en una crisis económica caracterizada por la creciente deuda interna y externa, una reducción del poder adquisitivo, globalización y dependencia de economías de las grandes potencias, incremento en los niveles de desempleo y subempleo y particularmente en el Sector Salud conlleva a un desabasto de medicamentos y una saturación de pacientes.

Es quizá por lo anterior que se mencione que el actual modelo neoliberal esta frenando la dinámica del desarrollo económico y social de nuestro país.

Recordemos que los servicios de salud repercuten en el mejoramiento de la calidad de vida de los seres humanos por lo que no podemos permitir que continúe esta situación.

Para comprender lo anterior tenemos que referirnos a los dos tipos de enfoques que existen actualmente en nuestro país, por una parte tenemos a aquellos que prefieren a un Estado Benefactor que se encargue de la planeación, organización, dirección y control del Sistema Nacional de Salud a través de una gran infraestructura que permita lograr el acceso oportuno y de calidad a los servicios médicos para todos los mexicanos; en otra parte, opuesta a la anterior, tenemos a aquellos que piensan que se debe de disminuir la acción del Estado Mexicano en el SNS para así permitir que el capital privado intervenga directamente en la generación de los servicios médicos a la población mediante una reducción en el gasto público y una consecuente competencia monopólica.

Sin lugar a dudas en nuestro país hemos caminado gradualmente a la segunda posición, la cual se vislumbra negativa para algunos y positiva para otros, sin embargo baste ver nuestro entorno actual para poder objetar al actual modelo económico aplicado a la salud, ya que nos encontramos integrados por un mercado que regula la asignación de los recursos, permitiendo que la intervención estatal corrija y complemente la planificación corporativa u oligopólica que pretende transgredir las principales variables mercantiles como lo es el precio, para así aumentar sus beneficios.³

Es por todo lo precedente que el actual modelo neoliberal implica no solo la desaparición del Estado sino su privatización. Esto permitiría una terrible metamorfosis que convertiría al Estado Mexicano en autoritario al permitir que esté reprima y controle a los grupos marginados por el mercado, por lo tanto los servicios de salud representados por estos grupos serian un problema a resolver en primera instancia.⁴

No hay que olvidar que el reto del gobierno actual es muy grande debido principalmente a que tiene que enfocarse a cumplir dos expectativas, por una parte cubrir los intereses de la clase oligopólica neoliberal que existe en los servicios de salud y por la otra tiene que abrigar las demandas de la población más humilde la cual exige con gran firmeza una mejor atención para así evitar estallidos sociales a gran escala.

Debemos recordar que la planeación del SNS es muy compleja ya que es afectada por factores económicos, políticos y sociales, lo cual degenera en una atención diferenciada conforme a los diferentes estratos sociales, por lo que se satisfacen las necesidades imperantes con base a diferentes expectativas, intereses y capacidad de pago abarcando los siguientes niveles: clase dominante,

³ Valenzuela Feijoo, José Carlos. "Crítica del Modelo Neoliberal: El FMI y el cambio estructural", UNAM, México, 1991.

⁴ Villarreal, Rene. "La Contrarrevolución Monetarista: Teoría, política económica e ideología del neoliberalismo", Océano, México, 1984.

fuerza laboral formalizada (derechohabiente) y población marginal (no derechohabiente) la cual asciende aproximadamente a 50 millones de mexicanos.⁵

La atención médica de la fuerza laboral formalizada se da a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de los servicios médicos que otorgan la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR) y Petróleos Mexicanos (PEMEX); además en algunos pequeños casos también es atendida mediante los seguros de gastos médicos mayores. Para la población marginal existe la atención mediante la Secretaría de Salud, la cual se encuentra descentralizada en cada Estado de la República.

El Dr. Ramón Troncoso Muñoz argumenta que la forma en como está constituido el SNS tiene por objetivo proteger a la población económicamente activa debido a la importancia que tiene en la productividad de las empresas.⁶

Debemos de observar que el SNS posee una estrategia global diversificada encaminada a conservar la estabilidad política y social de nuestro país. Por lo que para lograr lo anterior, nuestro gobierno deberá tener una política social encaminada a mitigar los efectos de la pobreza mediante una intervención planificada que permita la asignación de recursos a fin de aumentar el bienestar de la población en su conjunto.

Para comprender la forma en como esta planificado el SNS, lo primero que tenemos que vislumbrar es que ha existido un cambio en la conceptualización de éste debido a que pasamos de un modelo donde existía un Estado benefactor a un modelo económico llamado neoliberal o de liberalismo social en donde se ha permitido el libre juego de la oferta y la demanda, generando los monopolios y ocasionando que una parte de la población que posee el poder económico pueda

⁵ SSA / Dirección General de Información / CONAPO.

⁶ Troncoso, Ramón. "Medicina, Capitalismo y Trabajo", en: "Medicina ¿Para Quién?", Nueva Sociología, México, 1980. p.39.

ser atendida por ese mercado, sin embargo la gran mayoría de la población deberá entrar en el ámbito de la población social del Estado debido a los bajos ingresos.

Sabemos que las políticas de salud se van conformando de acuerdo a las expectativas del poder económico, ya que este tiene una enorme influencia en las decisiones del poder político, por lo que el capital tanto extranjero como nacional dirige su inversión hacia las áreas consideradas con mayor rentabilidad en la economía como son las clínicas y hospitales privados, seguros de gastos médicos mayores, laboratorios e industrias de insumos para la salud; mientras que el poder político va a dirigirse, a través del presupuesto público, a contribuir (junto con las aportaciones de trabajadores y empresas) a la prestación de la seguridad social a los trabajadores de las empresas privadas y sector público por un lado, y a las instituciones de salud pública dirigidas a atender la población marginada del proceso productivo: desempleados y subempleados tanto rurales como urbanos por el otro.

La forma en como se encuentran organizados y estructurados los sistemas de salud, atiende a la división del trabajo y especialización que establece un orden jerárquico que complementa y está basado en la estructura de clase y relaciones de clase de nuestras sociedades a través del reflejo de una estructura clasista y piramidal.⁷

Lo anterior se observa claramente cuando caminamos por algún hospital y encontramos que los distintos niveles ocupacionales se encuentran divididos claramente por el nivel económico, social y cultural de las personas.

Con base a lo anterior podemos distinguir entonces dos problemáticas: la primera es el acceso a un servicio médico oportuno y de calidad para los estratos sociales

⁷ Navarro, Vicente. "Lucha de Clases, Estado y Medicina", Nueva Imagen, México, 1984, p.149-153.

menos favorecidos y la segunda es la participación de estos estratos en la generación y ejecución de las políticas sanitarias y asistenciales reservadas solo para los altos niveles socioculturales debido al bajo nivel de instrucción que poseen estos o más bien por la falta de oportunidades para ascender a niveles más altos.

Otro problema que encontramos en la planeación del SNS es sin duda la falta de participación activa del usuario en la estructuración de los servicios médicos, lo cual redundaría en el desconocimiento total de los prestadores de estos servicios en el momento de proporcionarlos.

TFSIC CON
FALLA DE ORIGEN

LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Los cambios en los patrones de salud, enfermedad y muerte que han existido en nuestro país se deben a las variaciones económicas, demográficas, sociales y culturales que repercuten en el perfil epidemiológico teniendo un origen multifactorial ya que además de las condiciones materiales de la población, también se reflejan los avances de la ciencia y la tecnología.

Rogelio López advierte que la transición epidemiológica es un cambio en el perfil de la salud de la población que va de las enfermedades infectocontagiosas a los padecimientos crónico-degenerativos y las lesiones, como principales causas de muerte, este cambio en el perfil de mortalidad no implica que se hayan abatido los padecimientos de la etapa pretransicional, existiendo, no un desplazamiento *"Sino un traslape en el patrón de morbilidad: que ha aumentado la proporción de muertes por padecimientos crónico-degenerativos, pero no ha disminuido la importancia de las enfermedades infecciosas. Además, han resurgido enfermedades que se creían erradicadas como el paludismo y el cólera"*.⁸

Lo anterior es ejemplificado con las siguientes cifras:

En 1950 las enfermedades de tipo infeccioso representaban el 34.6%, las respiratorias el 20.7%, las de los aparatos circulatorio y digestivo reunían el 11.3% y los accidentes y tumores malignos tenían los últimos lugares con el 6 y 2% respectivamente. Sin embargo para 1990 las enfermedades del aparato circulatorio ocupaban el primer lugar con el 20%, seguidas por tumores con el 14.4% y accidentes con el 14 %. Las enfermedades de tipo infectocontagiosos integran el 20.2%; donde las infecciones respiratorias agudas representaron el 63%, las diarreas el 17% y la amibiasis el 7.2% lo que denota claramente que las

⁸ López, Rogelio; Villasoto, Juan Carlos y Esquivel, Irma. "La Transición Epidemiológica", Revista Ciencia Medica, Vol. 1, No. 2, México, octubre-diciembre de 1994, pp. 11.

enfermedades infectocontagiosas han disminuido en importancia como causa de muerte, pero continúan siendo las primeras causas de enfermedad.⁹

Por lo tanto podemos afirmar que en nuestro país están cohabitando dos tipos de enfermedades: aquellas propias de países industrializados como son las enfermedades crónico-degenerativas y aquellas que caracterizan a los países subdesarrollados, las de tipo infecto-contagiosas o "*patología de la pobreza*", por lo que la problemática actual que enfrenta nuestro país se ha complicado ya que importamos de los países desarrollados tan solo las afecciones y no los beneficios.

Con relación a lo anterior Francisco Rodríguez señala que: "*el nivel de desarrollo y la desigualdad en las condiciones de vida influyen de manera determinante en la salud de la población: la disposición de agua potable, drenaje, servicios de limpieza, condiciones de vivienda, alimentación, nivel educativo, condiciones laborales, etc. Son factores que se concretan en la intensidad y carácter de riesgos para la salud*".¹⁰

Sostiene que lo más significativo en el cambio del perfil epidemiológico, se refiere a la acentuación de las diferencias en el perfil patológico predominante en los diferentes estratos sociales, ya que la patología típica de los estratos sociales privilegiados se asemeja a la que caracteriza a los países desarrollados, mientras que las clases subalternas combinan los efectos de la desnutrición y las infecciones comunes con los daños derivados de la modernización y de las condiciones laborales en la industria, por lo que la población rural continua padeciendo la patología de la pobreza mientras que el medio urbano sufre de niveles crecientes de enfermedades crónicas y traumatismos.

⁹ *Ibidem*, p. 16.

¹⁰ Rodríguez Hernández, Francisco. "Atención a la Salud y Desigualdad Regional: Distribución de los recursos para la atención de la salud en México", Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, México, 1992, pp. 11.

Afirma además que *"gran parte del perfil morboso de la pobreza puede ser evitado o atacado con los conocimientos y las técnicas de la medicina actual, pero afecta precisamente a los grupos de población que carecen de recursos para enfrentar esta problemática"*¹¹

Con base a lo anterior podemos resaltar que lamentablemente nuestro país padece la enfermedad más grave de la humanidad **"LA POBREZA"**, la cual es curable, pero sino se trata con oportunidad genera un sin fin de afecciones que desencadenan en la muerte, por lo que la política social de nuestro país tendrá necesariamente que redirigirse a abatir este padecimiento generacional que nos agobia día con día.

Por otra parte la transición epidemiológica, de acuerdo a Julio Frenk, se refiere estrictamente a las condiciones de salud independientemente del papel que asuma el Sistema Nacional de Salud vigente y lo especifica de la siguiente manera:¹²

- a) Se tiene una tendencia general a la disminución de muertes de origen no infeccioso.
- b) Existe un desplazamiento de muertes que se concentran en niños pequeños.
- c) Adquieren mayor importancia los padecimientos crónicos, por lo que es mayor el tiempo en que pasa una enfermedad y ocurre el desenlace, por lo que la discapacidad va adquiriendo mayor peso.
- d) La enfermedad de ser un evento agudo, se convierte en un estatus de la persona, es decir en parte de su identidad.

De acuerdo con el Dr. Frenk se da una coexistencia de enfermedades pretransicionales como las infecciones comunes con las post-transicionales, como

¹¹ *Ibíd*em, pp. 26.

¹² Frenk, Julio. "La Transición Altera el Significado de la Salud", Revista Ciencia Medica. 1994, pp.18.



las enfermedades del corazón o tumores malignos, reapareciendo en ocasiones enfermedades ya controladas como el cólera, el paludismo o el dengue.

Y afirma que *“La mortalidad infantil en los cinco estados de la república más pobres es el doble de la mortalidad infantil de los cinco estados de la república más ricos”* por lo que se trata de *“un problema muy serio de equidad”*¹³

Las anteriores palabras emitidas por el que hoy es el secretario de salud, nos permite reconocer claramente que la distribución de la enfermedad en nuestro país atiende directamente a los factores socioeconómicos de la población, por lo que tendremos que lograr en nuestro país un desarrollo económico que permita mejorar las condiciones de vida de nuestra población a través de una mayor infraestructura en redes de agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación, etc. y mediante programas de saneamiento como son las campañas de vacunación y la ampliación y mejoramiento de los servicios médicos en todos los niveles.

Refiriéndose a la transición del modelo de atención a la salud, Julio Frenk explica que como respuesta a los cambios y a las condiciones de salud de la población, también se da una transición en la *“respuesta social que se articula a través del sistema de salud: a esto le podemos llamar la transición de la atención a la salud: cómo responde el Sistema de Salud a la transición epidemiológica y establece un cambio en su forma de organizarse, de financiarse o de proporcionar los servicios”*. Por lo que una *“transición es un proceso de cambio de largo plazo y que sigue un patrón definido”* donde *“la transición epidemiológica se refiere a los procesos de cambio, en el largo plazo, que siguen los patrones de salud, enfermedad, discapacidad y muerte de una población”*.¹⁴

¹³ *Ibidem*, pp. 21.

¹⁴ *Ibidem*, pp. 18.

Sin embargo, vemos con preocupación que a pesar de existir en nuestro país una transición epidemiológica, el Sistema Nacional de Salud no se ha reestructurado para enfrentar esta situación, por el contrario, se está desmoronando día con día frente a los ojos cegados de este gobierno en donde no se vislumbra una planeación basada en los planteamientos del Dr. Frenk, pese a su posición en el actual sistema de poder.

Hoy en día vemos en el actual modelo neoliberal que la intervención del Estado solamente existe para "*reestablecer el juego del libre mercado*" y no para permitir una política social que acepte enfrentar los actuales cambios epidemiológicos, producidos en cierta parte por las enormes diferencias socioeconómicas.

Es por lo anterior que debe existir una reorientación a la actual política sanitaria que permita realizar los cambios estructurales necesarios y redirija los objetivos de las diversas instituciones que conforman el sector salud para favorecer a la nación en su conjunto.

TRFCS CON
FALLA DE ORIGEN

CAMBIO EN EL ESTADO MEXICANO

El gobierno de México debido al desequilibrio que sufre el actual sistema social y económico, ha iniciado un cambio denominado *"la reforma del estado"*, el cual se ha caracterizado por una reducción en la cobertura y atribuciones del gobierno como una panacea para resolver cualquier problema.¹⁵ Esto ha traído como consecuencia una problemática aún mayor ya que la intervención del capital privado en el sector salud no siempre persigue los mismos fines de una nación en su conjunto, a saber la salud de todos los mexicanos.

Para que la llamada reforma del estado se dirija realmente hacia un mejoramiento en el bienestar de toda la población, tendría que ser una reforma democrática, *"que coloque al país al ritmo de las grandes transformaciones mundiales pero que recoja, también lo mejor de las luchas pasadas..."*¹⁶ Es necesario tener en cuenta siempre que la Justicia Social se podrá alcanzar solo *"mediante una estructura progresiva de impuestos y una asignación del gasto público que privilegie a los más desfavorecidos"*.¹⁷

Recordemos que *"la mano invisible del libre mercado"* no va a resolver el terrible problema que tenemos en materia de salud. Para poder resolver esto será necesario mejorar la eficiencia recaudatoria de Hacienda y su impacto redistributivo para de esta forma permitir la libre afluencia de recursos para mejorar la calidad y calidez en las clínicas y hospitales del SNS, así como luchar para abatir la extrema pobreza, que sin lugar a dudas es la generadora de la problemática central en nuestro país.

¹⁵ Chávez Nieto, José. "La Reforma del Estado y la Dimensión Deseable de la Administración Pública en México", en: "Reflexiones al Futuro", Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, México, 1994, p. 73 y 92.

¹⁶ González Pedrero, Enrique. "La Reforma del Estado", Revista Nexos, No.146, México, febrero de 1990, pp.52.

¹⁷ Romero, Miguel. "El Neoliberalismo en América Latina: Carta de los Provinciales Latinoamericanos de la Compañía de Jesús", Universidad Iberoamericana, México, 1997. pp. 21.

EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

El Sistema de Seguridad Social en México está diseñado para otorgar una protección integral al denominado "*mercado formal de trabajo*" mediante el pago de aportaciones que en conjunto con el gobierno y la iniciativa privada permiten disponer de los siguientes servicios: atención médica, pensiones por jubilación, por incapacidad, viudez y algunas prestaciones económicas y sociales además de actividades recreativas y culturales.

La seguridad social está repartida entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que atiende al sector laboral de la iniciativa privada, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) correspondiente a los empleados del sector público. El IMSS es financiado en forma tripartita, es decir, las aportaciones son realizadas por el trabajador, el empresario y el estado, donde este último es el encomendado para regular la relación obrero-patronal. Los servicios del ISSSTE son financiados de manera bipartita con las aportaciones de los empleados federales y el gobierno.

Con relación a las aportaciones, Benjamín Retchkiman considera que las erogaciones en seguridad social por parte del gobierno federal contribuyen a su legitimación, ya que al considerar estas aportaciones como impuestos, se debe tomar en cuenta su impacto y traslación, es decir, cuando el empresario transfiere su aportación al costo de producción o servicio, lo que indiscutiblemente se considerará en el precio que pagará el consumidor final.¹⁸

Debemos tener siempre presente que definitivamente la seguridad social es pagada directa o indirectamente por la clase proletaria, ya que esta es la productora de la riqueza social generadora de plusvalía, con la que el empresario

¹⁸ Retchkiman Kirk, Benjamín. "Política Fiscal Mexicana", Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México, 1983, p.168.

paga sus aportaciones y el gobierno financia la parte que le corresponde de la seguridad social al pagar ésta con los impuestos que le corresponde.

No obstante lo anterior, tenemos que recordar que el 47% de la población esta cubierta por el IMSS, el 10% por el ISSSTE y otro 9% por servicios médicos otorgados a los sectores militar y paraestatales, lo que significa que más de la mitad de la población tiene acceso, aunque deficiente, a un sistema de seguridad social; sin embargo solo el 4% recibe atención medica privada y lamentablemente el 30% restante no tiene seguridad social y no puede acceder a organismos privados por lo que tienen que recurrir a los servicios que ofrece el sector salud federal y/o estatal, los cuales lamentablemente dejan mucho que desear.¹⁹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁹ Villarreal, Rene. "Liberalismo Social y Reforma del Estado: México en la era del capitalismo posmoderno", Nacional Financiera, FCE, México, 1993.

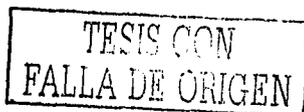
LA ASISTENCIA SOCIAL

Este tipo de asistencia se encuentra orientada a atender las necesidades de la población abierta, es decir aquellas personas que no tienen derecho a la seguridad social, pero que sin embargo tienen el derecho a ser atendidas conforme a nuestra carta magna; por lo tanto no es una dádiva ni una caridad que otorga el Estado Mexicano hacia los más desprotegidos, sino que es una obligación de éste.

Históricamente la asistencia social en México había estado ligada principalmente a instituciones que perseguían motivos ideológicos, éticos o religiosos y no es hasta 1890 que el Estado participa activamente en las tareas asistenciales mediante el uso de recursos. Esta contribución del gobierno alcanza su cúspide en los años ochenta cuando se orienta a resolver los problemas de salud encontrados en las clases socioculturales más desprotegidas y marginadas. Entre los principales objetivos que perseguía estaban: la integración familiar, el mejoramiento de la comunidad, la alimentación complementaria y la atención a la infancia y la vejez. Todo lo anterior para *"lograr la prevención, promoción y rehabilitación de los grupos de población incapacitados o en desventaja social y cultural, para contribuir al bienestar y desarrollo individual y colectivo"*²⁰

Cabe mencionar que esta asistencia contaba con el apoyo de la entonces Secretaria de Salubridad y Asistencia, el IMSS e ISSSTE mediante programas de *"Solidaridad Social"* para atender a la población abierta tanto rural, como suburbana y urbana y por otra parte mediante el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que otorgaba apoyos a través de: medicina preventiva y nutrición, educación, promoción social, desarrollo de la comunidad, alimentación familiar y asistencia jurídica.

²⁰ Soberón, Guillermo; Kumate, Jesús y Laguna, José. "La Salud en México: Testimonios", La Asistencia Social, V-3, FCE, México, 1988, pp.32.



Posteriormente al entrar en vigor la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (1986) se conceptualiza la asistencia social como *“el conjunto de acciones tendentes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva”*²¹

Por lo tanto el objetivo fundamental de la asistencia social es contribuir al bienestar social de la población considerado como un principio inalienable de equidad que permite el mejoramiento del nivel de vida y dignidad de la población a través de acceder a la justicia como complemento necesario de la libertad; al trabajo como requisito de la preeminencia y el bienestar; a la educación, como medio que permita el desarrollo armónico de todas las facultades del hombre; a la salud, como condición indispensable para alcanzar una vida plena mediante el uso y disfrute de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación; y por qué no a la vivienda decorosa, como condición indispensable para el sano desarrollo de la vida humana.

Es por lo anterior que resulta necesario afirmar que el propósito de la asistencia social es la protección de los grupos sociales más vulnerables debido a adversidades socioeconómicas, sanitarias, educativas y culturales permitiendo la igualdad de circunstancias que logren la equidad en su esfuerzo y desarrollo.

Sin embargo esos objetivos se han ido desvirtuando mediante los aparentes esfuerzos que ha hecho el gobierno por mitigar esta problemática, ya que los hechos distan mucho de lo antes expuesto debido a que los recursos materiales, humanos, técnicos y financieros dirigidos hacia este sector de la población son completamente insuficientes y arcaicos permitiendo la existencia de serios problemas estructurales que afectan la calidad en la atención.

²¹ Soberón, Guillermo. Op. Cit., pp. 34.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Muestra de lo precedente es el aumento de los sectores de la población que no tienen acceso a los servicios asistenciales y que lamentablemente están aumentando sus necesidades y agravándose sus carencias.

Aunado a lo anterior están disminuyendo los apoyos que permitan a la población garantizar los mínimos de bienestar y las condiciones económicas desfavorables en nuestro país están dañando alarmantemente el tejido social, por lo que los niños y los ancianos se encuentran en desprotección extrema.

No cabe duda que la asistencia social en nuestro país fue concebida como una estrategia para lograr una sociedad más justa mediante un adecuado bienestar social. Sin embargo las soluciones están limitadas solo a programas de racionalización de los recursos y a estrategias de sectorización y descentralización administrativa para así poder eficientar estos servicios, pero lamentablemente esto no parece mitigar la problemática imperante. Baste recordar que sí la seguridad social se encuentra con graves problemas que permiten vislumbrar su quebranto, lamentablemente con mayor crudeza percibimos un desabasto total en los programas implementados a las clases más desprotegidas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA SALUD PRIVADA

El Gobierno Federal y Estatal han decidido incentivar este tipo de atención médica a través de estimular la inversión en el sector salud privado. Un ejemplo de esto se da mediante los ya muy conocidos seguros de gastos médicos mayores, los cuales, el Gobierno otorga a sus empleados de mandos medios y altos como una prestación que privilegia a unos cuantos y que denota claramente la terrible división que existe entre los trabajadores, ya que ahora existen de primera y de tercera, lo cual a mi parecer no se justifica, ya que en el terreno de la salud, la calidad, oportunidad y fraternidad de los servicios médicos no debería de obedecer a ese tipo de fragmentación de clase social.

No cabe duda que lo anterior es una forma de privatizar el financiamiento a la seguridad social, que de acuerdo a ciertos intereses se vislumbra como el único sustento que tendrá la medicina en un futuro, debido a los constantes incrementos que ha tenido este sector.

Por otra parte, considero que la privatización de los sistemas de salud se ha traducido principalmente en la desintegración de las instituciones públicas mediante la falta de inversión productiva aunada a dejar pasar por alto los hechos de corrupción y la negligencia e ineficiencia técnico-científica y operativa que agobia día con día a los usuarios; donde de continuar con este panorama se terminará lamentablemente por soterrar de forma definitiva a este sector.

Asimismo, es necesario recordar que las instituciones privadas no realizan ningún tipo de investigación por lo que no aportan a la ciencia medica conocimientos que permitan a batir los grandes problemas imperantes en nuestra sociedad. Sin embargo son los principales beneficiarios de las investigaciones realizadas en el ámbito público.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cabe señalar que la gran mayoría de los pacientes que son sometidos a protocolos de investigación provienen precisamente de aquellas clases sociales imperantes en los sistemas de seguridad social y/o asistencia social pero que lamentablemente los beneficios de estas investigaciones no recaen en estos sino en los pertenecientes a los altos niveles sociales. Por lo que creo que sería conveniente revisar estos casos para ser más equitativos en la forma de aplicar los beneficios.

Lo anterior lamentablemente también sucede con los médicos, ya que estos son preparados con recursos gubernamentales y en instituciones públicas, lo cual parecen olvidar cuando se desempeñan profesionalmente al solo beneficiar al sector privado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Como ya hemos comentado anteriormente, cada día se vuelve más difícil para la mayoría de las personas acceder a un servicio médico de calidad y calidez de forma oportuna, debido principalmente a la notable ausencia y disminución gradual en los recursos económicos, técnico-científicos y de personal necesario para cubrir la demanda creciente.

Lo precedente lo hace notar muy claramente García Romero al mencionar que *"Los servicios han recibido un menor financiamiento y apoyo, deteriorándose y disminuyendo su capacidad de respuesta a las demandas ciudadanas"* afirmando que *"a través de la disminución del gasto social, el estado busca hacer participar a la sociedad en la responsabilidad de su salud, sin tomar en cuenta que la asistencia médica tiene un costo que queda fuera del alcance de la mitad de nuestros compatriotas"* por lo que solo *"unos cuantos individuos disfrutarán de buena atención. El resto deberá conformarse con servicios de calidad equiparable a sus ingresos, lo que les dificultará conservar la plenitud de su salud. Esto provocará un mayor desequilibrio social y antepondrá consideraciones técnicas o de lucro por encima de principios éticos, ahondando más la inequidad con la que se prestan los servicios"*²²

Hablando específicamente de los beneficiarios de la Seguridad Social, podemos hacer notar que lamentablemente se encuentran involucrados en la misma problemática que hemos comentado ya que se avizoran mayores problemas a los ya de por sí muy serios que estamos observando actualmente en nuestras instituciones; además ahora que la población económicamente activa es muy amplia no deberíamos de tener ningún tipo de problema de falta de recursos, sin embargo dentro de algunos años esta población disminuirá y aumentará la

²² García Romero, Horacio. "La Salud de los Mexicanos, prioridad del Estado", La Jornada Ecológica. Año 5, No. 53, México, 23 de enero de 1997, pp.2.

población jubilada y/o pensionada, por lo que de no tomar medidas estructurales corremos el riesgo de ver desintegrado nuestro Sistema Nacional de Salud.

Lo anterior nos debe de hacer tomar conciencia, en que a pesar de ser un país con serios problemas económicos tenemos la obligatoriedad de ver por las prioridades nacionales, ya que permítanme afirmar que lo que se requiere es una reasignación de recursos ya que estos no se encuentran bien distribuidos, baste ver el presupuesto para el año 2002 el cual da una mayor prioridad al problema del FOBAPROA que al sector salud.

Un ejemplo claro de aplicación eficiente de recursos lo es el caso de nuestra nación hermana Cuba, la cual teniendo índices de ingresos muy por debajo de los de nuestro país, posee niveles de protección a la salud equiparables a los países del primer mundo. No cabe duda que tenemos que reflexionar sobre nuestra actual política social si queremos realmente mejorar nuestro nivel de vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EQUIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

García Romero indica lo siguiente: *"La salud es una precondition para la igualdad de oportunidades sociales, conjuntamente con la educación. Sólo los individuos sanos pueden generar mejor trabajo y la riqueza social... un real desarrollo económico incide en la evolución humana, a través del mayor bienestar de las poblaciones"*²³ *Es una obligación del estado "organizar un sistema con los recursos aportados por la sociedad en general, que asista médicamente en forma integral a la población que lo requiera"*²⁴. *Esto es, que exista una equidad integral: de cobertura, de pago y de calidad.*

Es necesario comprender que para que exista una mayor equidad en el otorgamiento de los servicios de salud será necesario comprender la importancia que poseen los recursos económicos asignados por el gobierno, los cuales gradualmente se han ido disminuyendo afectando enormemente la calidad de los mismos.

Aunado a lo anterior observamos como gradualmente el gobierno se ha ido deslindando de sus responsabilidades de atención médica delegándola a la sociedad, ejemplo claro de esto lo constituye el Teletón, el cual implica una transferencia de recursos y responsabilidades a la sociedad permitiendo al gobierno un deslinde total de sus responsabilidades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²³ García Romero, Horacio. Op. Cit. pp. 3.

²⁴ Idem.

Hasta este momento hemos tenido un panorama, por cierto nada halagador, de la problemática existente en la administración del Sistema Nacional de Salud, encontrando diversas cuestiones que permiten suponer su desintegración gradual orquestada desde las más altas esferas del poder económico de nuestro país, permitiendo así su cercana privatización, la cual hasta este momento no ha tenido algún beneficio para las clases más desprotegidas en los países donde se ha establecido.

Una parte fundamental de lo referido se circunscribe directamente a las consecuencias completamente negativas que se han generado debido a la implantación de políticas equivocadas descritas con anterioridad, por lo que en el próximo capítulo abordare manifiestamente ésta problemática desde el punto de vista de la atención médica, la cual ha sido drásticamente dañada no solo por el dejar pasar del Estado sino también por aquellos que juraron defenderla.

Comenzaré emprendiendo una búsqueda hacia su origen, su significado y esencia que sin lugar a dudas converge en el humanismo médico, el cual como veremos, se esta perdiendo deplorablemente ante nosotros como simples observadores de un desenlace anunciado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II

HUMANISMO

Y

ATENCIÓN MÉDICA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CIENCIA Y HUMANISMO AL SERVICIO DEL HOMBRE

El humanismo ha sido entendido como un "*movimiento cultural*" que puso énfasis especial en el hombre, su dignidad y sus valores, dándole una visión que lo concibe como un ser creador que ya no se limita a contemplar el orden establecido sino por el contrario participa activamente para cambiarlo en beneficio del hombre mismo.

Para comprender cabalmente el significado de la palabra dignidad y poderla así relacionar con el ser humano, tenemos que referirnos a su acepción histórica donde encontramos que *Dignitas* en la literatura y oratoria latina era considerado como un mérito, consideración, estima, prestigio y respetabilidad, en razón de una situación elevada por un cargo público; además denota valor, belleza y hermosura exterior de las cosas. Etimológicamente *dignus* proviene de un vocablo compuesto de origen indoeuropeo: *dekno* donde "Dek" significa tomar o aceptar y "no" se refería a lo lleno a lo pleno, por lo que en este sentido, digno remitía a aquello que es merecedor *de*, pero también remitía a lo honrado, lo conveniente, lo proporcionado. Por otra parte *dignitas* posee otra significación relevante que se remonta al vocablo griego *axioma*, el cual indicaba cierta reputación, rango o crédito: aquello a lo que algo es acreedor por su mérito; también se referían a puntos de partida o principios absolutos, innegables e indubitables, desde los cuales era necesario comenzar para fundamentar y derivar lógicamente en algún teorema. Por lo que aquello que se considera digno es aquello que se caracteriza por no estar ligado, determinado o condicionado a algo. Por todo lo anterior, el término dignidad no atiende a una determinada cualidad de realce político o social sino a un valor intrínseco y propio del hombre por el que merece un respeto incondicional por el solo hecho de ser hombre.²⁵

²⁵ Aguirre Moreno, Arturo. "Cuatro Visiones Sobre la Dignidad del Hombre. Estoicismo, cristianismo medieval, humanismo renacentista y Kant", Tesis Licenciatura (Licenciado en Filosofía), UNAM, México, 2001, p. 7-9.

A lo largo de la historia, la dignidad del hombre ha ocupado un lugar preponderante, sin embargo actualmente observamos deplorablemente una decadencia y crisis en los valores fundamentales por lo que tenemos que recuperar el rumbo de nuestra existencia como humanidad antes de que se pierda en el olvido.

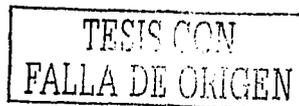
Hoy en día es cotidiano observar con desenfreno el culto a la razón, la fe en el progreso y la capacidad del hombre para conocer y dominar la naturaleza reduciendo a ambos a un discurso utilitario que solo acepta lo lógicamente demostrable, lo que puede ser calculado, medido, relacionado causalmente y que puede explicarse en fórmulas racionales.

Tenemos una sociedad en la que ejercen poder el lucro, el comercio y el gran capital, sociedad en la que el hombre no es sujeto sino objeto, tan desechable como la multitud de objetos que se fabrican para usarlos una sola vez y después se desechan, sociedad interesada en los índices de morbilidad y mortalidad, pero no por el padecer y la muerte de los seres humanos.

Las grandes y asombrosas cirugías y los innumerables medicamentos maravillosos que tenemos para alargar nuestra vida, permiten que vivamos más años pero lamentablemente no sirven de nada porque hemos llegado a perder inclusive el propio significado que le da razón y sentido a nuestra vida y su calidad.

Recuperemos al ser humano que es capaz de sentir felicidad o sufrimiento, bondad y maldad tanto en sí mismo como en los demás, aquel que es capaz de sacrificar su vida por un ideal, aquel que respeta la creación humana, sus pensamientos, emociones, porque no su espiritualidad, tener sensibilidad humana, que comprenda su drama.²⁶

²⁶ Martínez Cortés, Fernando. "Ciencia y Humanismo al Servicio del Enfermo", Setra, México, 1998.



El desarrollo de la ciencia debe contribuir esencialmente al conocimiento y significación del hombre como persona y de ninguna manera permitir su mutilación o peor aún su reducción a tan solo un objeto de estudio.

Debemos comprender su historicidad, sus sueños, sus conocimientos e ignorancias, sus miedos, sus dudas y certidumbres, sus odios y amores, sus esperanzas y desilusiones, su ideología sobre la salud, enfermedad y muerte, la imagen de sí mismo y de los demás, su interacción con el mundo. No olvidándose nunca del ser del hombre y entendiéndolo siempre en su padecer.

Porque el ser humano es un ser con valores que le son propios, insustituibles e inalienables, los cuales deben ser exigibles para sí mismo y con los demás. Como menciona Séneca *"El hombre es cosa sagrada para el hombre"*.

Ahora es el momento de terminar con la barbarie imperante en nuestra sociedad, tenemos que retornar a nuestros orígenes mediante un proceso de renovación que nos permita recobrar los valores del hombre.

Tenemos que ver al hombre como un ser que posee un fulgor, una chispa divina que dirige sus caminos hacia todas las cosas por una inquietud o intención que le es propia en tanto que consigue actualizar sus facultades superiores, intelecto y voluntad, produciendo vínculos y ordenes en la medida de sus atributos y aspiraciones. Estas facultades le confieren la característica de ser una creación distinta de cualquier otra ya que posee un eximio valor que se encuentra solo por debajo de Dios.

Porque no es un ser entre los demás, no es sólo un ser creado, es también un creador; no es un ser que actúe pasivamente ya que actúa libremente para llegar a estar en armonía y unidad con su medio teniendo un sentido y una razón a todo lo creado reflejando su racionalidad y su voluntad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La expresión más pura y perfecta de relación entre los seres humanos es sin duda el amor por el prójimo porque el hombre es un ser que se valora por la ayuda que preste no para él mismo sino hacia los demás independientemente del estatus social o belleza corporal de la persona, ya que ser y actuar se deben corresponder mutuamente porque quien no actúe conforme a su naturaleza humana muere en esencia.

La libertad humana es un don divino que le da la capacidad de elección que le permite crear y transformar el mundo utilizando su capacidad de sentir y conocer para de esta forma trascender en el tiempo, porque de acuerdo con Tomás de Aquino *"La dignidad humana estriba en ser naturalmente libre y existente por sí mismo"*²⁷.

Esta libertad e igualdad entre los hombres, son principios básicos de una cultura humanística ya que recordando lo dicho por el ilustre humanista Pomponazzi: *"Porque toda la especie humana es como un único cuerpo compuesto de diferentes miembros y dotado también de funciones distintas, no obstante dotadas para común provecho del género humano"*²⁸

No hay duda que cada hombre al ser irremplazable se le confiere sentido a la existencia humana con sus atributos de libertad, autonomía y dignidad.

La dignidad del hombre comprende un valor primario y absoluto propio de todo ser humano, que no se debe circunscribir a determinados aspectos, características o méritos individuales, parte de una comprensión integral del propio hombre entendiéndolo como causa de respeto para sí y hacia los demás.

Al respecto Kant mencionaba que *"El hombre, considerado como persona, es decir, como sujeto de una razón práctico-moral, está situado por encima de todo"*

²⁷ Citado por: Aguirre Moreno, Arturo. Op. Cit., pp. 49.

²⁸ Heller, Agnes. "El Hombre en el Renacimiento". Península, Barcelona, 1978. pp. 442.

*precio, porque como tal (homo noumenon) no puede valorarse sólo como medio para fines ajenos, incluso para sus propios fines, sino como fin en sí mismo, es decir, posee una dignidad (un valor interno absoluto)*²⁹ por lo tanto el humanismo debe **CONSIDERAR AL HOMBRE COMO UN FIN EN SÍ MISMO**, donde la dignidad, libertad y respeto por la persona humana son el fundamento de una conducta fincada en el conocimiento, la comprensión, el respeto y el amor.

El médico humanista, por lo tanto, debe destacarse por tener con el paciente una comunicación que permita un trato afectivo y una comprensión mutua donde las ciencias que han contribuido a ver al hombre como persona se deben de incorporar necesariamente a las ciencias médicas porque tenemos que concebir al ser humano como un microcosmos dinámico que esta hecho a imagen y semejanza de Dios constituyéndolo como un fin en si mismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁹ Kant, Immanuel. "Metafísica de las Costumbres", Tecnos, Trad. Cortina y Conill, Barcelona, 1997, pp. 435.

LOS DERECHOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA

*"Los derechos humanos son entendidos como aquellos principios inherentes a la dignidad humana que necesita el hombre para alcanzar sus fines como persona y para dar lo mejor de sí a su sociedad. Son aquellos reconocimientos mínimos sin los cuales la existencia del individuo o la colectividad carecerían de significado y de fin en sí mismas. Consisten en la satisfacción de las necesidades morales y materiales de la persona humana"*³⁰

No cabe duda que el humanismo en la atención médica incorpora a los derechos humanos como principios mínimos de respeto a la dignidad humana, por lo que es una terrible violación su omisión, acción o complacencia por parte de cualquier persona que los lesione. Recordemos que la dignidad humana interviene directamente en el concepto de los derechos humanos ya que de ahí parte su definición como el principio que "implica que al hombre se le respeten sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento. Es el respeto por la voluntad del individuo".³¹

Las principales características de los derechos humanos son:

☛ **Innatos o inherentes a nuestra naturaleza humana.**

Se nace con una dignidad intrínseca que nos permite ejercer su respeto mediante el reconocimiento de no quebrantar y garantizar a todos los seres humanos sus derechos básicos.

³⁰ Díaz Muller, Luís. "Manual de Derechos Humanos", CNDH, México, 1992, pp.53.

³¹ Beuchot, Mauricio. "Algunos Rasgos de la Fundamentación Filosófica de los Derechos Humanos en América Latina", Cuadernos de Filosofía, No.5, Universidad de San Carlos, Guatemala, 1992, pp.89.

☛ **Inalienables.**

Son propios, intransferibles e imprescriptibles. No pueden ser suspendidos por ninguna circunstancia. Deben de ser reconocidos, respetados y practicados como una garantía hacia los demás.

☛ **Universales.**

Estos derechos son exigibles en cualquier momento, lugar o circunstancia ya que su protección y defensa va más allá de los gobiernos humanos, por que recordemos que "... son derechos innatos, inalienables, que pertenecen a todo ser humano en cuanto tal, independientemente de su reconocimiento por el Estado."³² Deben ser observados por las declaraciones, pactos y constituciones en el ámbito mundial ya que su aplicación debe darse aún en los estados de excepción.

En esencia los principios salvaguardados por los derechos humanos son la dignidad, libertad, igualdad, justicia, inviolabilidad y autonomía del ser humano y de acuerdo con Liguori se relacionan con la salud en los siguientes aspectos:

- ☛ En el impacto que tienen los programas, prácticas y políticas de salud sobre los derechos humanos.
- ☛ En el efecto de las violaciones a los derechos humanos sobre la salud.
- ☛ En la vinculación intrínseca y fundamental de la protección y promoción de los derechos humanos con la protección y promoción de la salud.³³

Podemos observar entonces que entre la atención médica y los derechos humanos surge no solo el derecho a la vida sino también el derecho a la salud. Veamos entonces estos derechos que atañen directamente a la atención médica, la cual se enfrenta cotidianamente a situaciones relacionadas con los derechos humanos.

³² Oestreich, Gerhard. "La Idea de los Derechos Humanos a través de la Historia", Berlín, 1974, pp.25

³³ Liguori, A. L. "Presentación", en: "Salud y Derechos Humanos: perspectivas en salud pública", INSP, México, 1995, p.15-18.

EL DERECHO A LA VIDA.

Aunque los derechos humanos no pueden ser jerarquizables, autores como Agustín Basave y Carlos Massini coinciden en la existencia de un derecho sin el cual el resto no podría existir al señalar: *"Puede decirse que el atentado a la vida lo es, al mismo tiempo, contra todo el resto de los bienes humanos básicos, ya que su ausencia impide la posibilidad misma de su concreción... de este modo es posible hablar de la vida como de un bien más básico... corresponde considerar al derecho humano a la inviolabilidad de la vida como más fundamental que el resto"*.³⁴

El respeto al derecho de la vida humana es un derecho natural que está más allá de la ley sancionada por el hombre porque no es concebible lesionar el derecho que tiene un ser humano a vivir, ya que estaríamos en contra de la ética y la moral dictada por la racionalidad, además de ir contra las leyes humanas conquistadas históricamente por el hombre como producto de luchas y de consensos vertidos en la Declaración Universal.

El anterior derecho reviste la mayor importancia en la atención médica, ya que salvar la vida a un paciente va más allá que un simple asunto de salud al ser un encuentro innegable con la **practica de los derechos humanos**. Es un encuentro que crea en el médico la posibilidad de ver en el enfermo a una persona humana a la cual no se le va a negar el derecho de conservar su vida. Es un enfrentamiento manifiesto con la existencia de la dignidad humana donde el médico pone a prueba su ética profesional una y otra vez.

Agustín Basave va más allá de la anterior concepción al afirmar que *"el derecho a la vida supone no solamente la simple abstención de matar, de mutilar y de torturar a los hombres, sino también entraña la ayuda para vivir con la plenitud que*

³⁴ Massini Correas, Carlos I. "El Derecho a la Vida en la Sistemática de los Derechos Humanos", en: "Problemas Actuales Sobre Derechos Humanos: una propuesta filosófica", Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 1997, pp.171.

TRUCO CON
FALLA DE ORIGEN

*se pueda [...] todo ser humano tiene derecho a que la sociedad le proporcione medios necesarios para la vida digna de la persona”.*³⁵

La perspectiva anterior se ajusta ampliamente a la concepción que tenemos hoy en día de los derechos humanos ya que no es suficiente la omisión del acto de quitar deliberadamente la vida, sino que se vislumbra el derecho a proporcionar los medios necesarios para la conservación y desenvolvimiento biopsicosocial del hombre.

Todo lo anterior sin duda nos ha elevado al excelso valor que posee el derecho a la vida, sin embargo nuevamente advertimos su postración ante las diferencias sociales que no permiten que los pacientes de escasos recursos accedan a este derecho en su atención médica, ya que debido a su condición humilde les es imposible obtener una atención digna que les respete su vida.

Lo referido sin duda constituye una violación flagrante a los derechos humanos por omisión y complacencia del Estado Mexicano que de acuerdo a Basave “... existe para defender, servir y respetar a toda la vida humana, sin excepción” y es que nuestro gobierno poco se ha ocupado en brindar atención médica a los más necesitados, constituyéndose así en una actitud cuya esencia está en el poco respeto que se le ha dado al valor de la vida del hombre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁵ Basave Fernández del Valle, Agustín. "Meditación sobre la Pena de Muerte", FCE, México, 1997, pp. 31.

EL DERECHO A LA SALUD

Sin lugar a dudas después del derecho a la vida, el derecho a la salud es el que ostenta una relación más cercana con la Atención Médica al constituirse en una garantía social. Cuando hablamos del derecho a la salud nos acercamos al ideal de la dignidad humana al ser concebida de acuerdo con la OMS como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Lo anterior se concretiza en su protección al "garantizar el acceso a los servicios que permitan el mantenimiento o restauración de dicho bienestar"³⁶

El Dr. Julio Frenk, encuentra básicamente cuatro valores sociales en la base de la pirámide hacia la construcción de los propósitos esenciales en materia de salud (equidad, calidad, eficiencia), siendo estos:

- ☞ La inclusión social. Relacionada con que "todos reciban un trato semejante ante necesidades semejantes", al tener presente que "todas las vidas humanas tienen el mismo valor".
- ☞ La igualdad de oportunidades. Indicando claramente que es "asegurar a todos un piso básico de atención a la salud".
- ☞ La autonomía individual y familiar. Señalando la libertad de decisión.
- ☞ La corresponsabilidad social. Limitando al anterior en aquellas decisiones que pueden afectar a terceros.³⁷

Observamos en los anteriores valores sociales los principios básicos de dignidad, libertad, igualdad, justicia y autonomía, los cuales se tienen que hacer efectivos en la atención médica. No obstante sabemos que nuestra realidad dista mucho de lo referido.

³⁶ García, Moriyón. "Los Derechos Humanos", Popular, Madrid, 1989, pp.25.

³⁷ Frenk, Julio y Knaul, Felicia. "Los Derechos Humanos como Base Doctrinaria para las Políticas de salud", en: "Salud y Derechos Humanos: perspectivas en salud pública", INSP, México, 1995, p.27.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo en la actualidad el derecho a la salud coadyuva al desarrollo de los derechos humanos, ya que como lo menciona el Dr. Frenk *"en la búsqueda de un orden global mejor ajustado a las necesidades del desarrollo humano, la salud habrá de jugar un papel que es, literalmente vital. En su esencia, la salud toca los más profundos valores y derechos, los que tienen que ver con la dignidad de la vida humana. Como en pocos campos, estos valores son compartidos por prácticamente todos los miembros de la sociedad global. La salud puede ofrecer por lo tanto, un puente para la concordia, la paz y el desarrollo sustentable en esta casa común de todos los seres humanos"*.³⁸

No hay duda que la salud toca los más profundos valores y derechos, los que tienen que ver con la dignidad de la vida humana, porque estrictamente constituye su fundamento.

³⁸ Frenk, Julio y Gómez, Octavio. "Integración Global, Salud y Derechos Humanos", en: "Salud y Derechos Humanos: perspectivas en salud pública", INSP, México, 1995, pp.13.

EL HUMANISMO EN LA ATENCIÓN MÉDICA

"Se ha convertido casi en un lugar común la insistencia de que la medicina requiere algunos replanteos que abarcan cuestiones que van desde las eminentemente teóricas hasta las del quehacer diario del médico... los términos concretos de este replanteo no tienen acuerdo unánime, aunque si lo tiene la inspiración fundamental del movimiento; la recuperación del ser humano en el desarrollo científico de la medicina y su ejercicio"³⁹

La recuperación del ser humano es sin lugar a dudas el elemento cardinal y esencial en la práctica médica, ya que atrozmente se ha perdido en la gran mayoría de las instituciones públicas y también en otro sentido en las instituciones privadas al solo actuar con fines de lucro. Pero ¿cómo recuperar al ser humano?, evidentemente con una cultura humanística que circunscriba al médico en su práctica diaria.

Porque el humanismo al constituir la manera de ser propia del hombre es una forma de vida en la cual se valora y se hace énfasis a todo lo humano que tenemos como individuos, donde poseemos la capacidad de buscar explicaciones a los acontecimientos que nos rodean.

Recordemos que el ser humano gracias a su inteligencia ha creado ciencia para aventurarse en lo desconocido, descubrir lo inédito e inventar lo insospechado; pero también ha permitido que sea utilizado como medio reduciéndose a tan solo un instrumento esclavizado y explotado por otros hombres olvidando por completo la convicción de que todo individuo posee una dignidad que lo hace un fin en sí mismo.

³⁹ Bleger, José. "Psicología y Medicina", en: "Psicología y Cáncer", Hormé, 1965, pp. 53.

La construcción de valores y normas que protegen esa dignidad contra el uso de la fuerza y que intentan regular una convivencia civilizada se basa en principios, los cuales se encuentran forjados por la cultura que le da al médico la tabla de valores que rige sus juicios y sus actos que le permiten tener una noción clara del sentido del bien y su justicia. Estos valores específicos surgen como una esperanza para cada nuevo ser humano por lo que es necesario cultivarlos, protegerlos y desarrollarlos mediante una formación humanista.

El humanismo se sustenta en valores entendidos, como la percepción de lo que constituye un bien humano, que se ha ido edificando, consolidando y, en ocasiones cuestionando y descartando. La preservación de ciertos valores da continuación al humanismo y constituye una constante referencia para normar el comportamiento y tratar de conducirlo en un sentido positivo; es decir que logre el bien común.

Es por lo anterior que el humanismo en la atención médica se ha entendido y expresado fundamentalmente en la oportunidad que tiene el médico de ayudar, en forma amplia y efectiva, al ser humano que confía en él para el alivio de su enfermedad, practicando su saber en forma ética y respetando los valores trascendentales del hombre.

Como menciona el ilustre doctor Ignacio Chávez: *"No hay peor forma de mutilación espiritual de un médico que la falta de cultura humanística, quien carezca de ella podrá ser un gran técnico en su oficio, podrá ser un sabio en su ciencia, pero en lo demás no pasará de un bárbaro, ayuno de lo que da la comprensión humana y de lo que fija los valores del mundo moral"*⁴⁰. Por lo tanto afirma que el humanismo *"quiere decir cultura, comprensión del hombre en sus aspiraciones y miserias; valoración de lo que es bueno, lo que es bello y lo que es justo en la vida; fijación de las normas que rigen nuestro mundo interior"*⁴¹

⁴⁰ Chávez, Ignacio. "Humanismo Médico, Educación y Cultura: Conferencias y discursos", UNAM, México, 1991, pp. 33.

⁴¹ Idem.

Al comprender las anteriores palabras podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que el humanismo es el elemento primordial y fundamental en la atención médica sin el que no podríamos vislumbrar la medicina.

Recordemos que la ciencia nos hace fuertes pero no mejores por lo que en el momento de que el médico trate al paciente, éste deberá en todo momento velar por un trato humano.

El mayor interés que debe de tener el médico es conocer y comprender el problema humano para poder ser así un consultor y una guía para ayudar al que lo necesite.

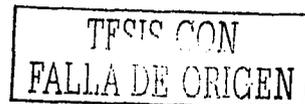
Nunca debemos de olvidar que la incomprensión es la forma primera del desprecio por lo que un médico que no comprenda a su paciente está degradando su propio espíritu, ya que carece de un humanismo genuino donde la preocupación máxima debe de ser el enfermo, para estudiarlo y comprenderlo, teniendo siempre un interés por su vida y un profundo respeto a su dignidad.

Una actitud humanista basada en altos valores siempre tendrá el discernimiento de que el que sufre y se angustia no es una maquina sino un ser humano.

Uno de los más excelsos e ilustres científicos de la humanidad, Isaac Newton, refería lo siguiente: *"Ignoro cómo pueda yo aparecer ante el mundo; pero para mí, me parece haber sido como un niño que juega en la playa y se divierte encontrando un guijarro más liso o una concha más hermosa que las otras, mientras que el gran océano de la verdad ha quedado ignorado para mí."*⁴²

La frase anterior nos demuestra claramente que el humanismo permite y ayuda al ser humano a inclinarse con humildad ante la inmensidad de lo que ignora, por lo

⁴² Citado por: Chávez, Ignacio. Op. Cit., pp. 38.



que particularmente el médico debe condescender en que otros profesionales le auxilien en su búsqueda por la salud del enfermo y así dar cumplimiento cabal al deber esencial y la misión fundamental del médico que es: ***“cuidar con devoción piadosa al hombre enfermo para restituirle la salud y para mitigarle el sufrimiento”***; este cometido será más noble en la medida en que se ejerza con mayor generosidad, con mayor desinterés y con mayor sacrificio por el médico.⁴³

Aunado a lo anterior se incorpora una nueva responsabilidad para el facultativo, a saber, *“el deber social ante la comunidad que le dio origen”*; esto se refiere claramente a que los médicos que han sido preparados con recursos públicos, generados por el pueblo, tendrán en todo momento la responsabilidad de atender a éste, ya que es muy común en nuestra sociedad el rechazo a nuestros orígenes y aún peor el menosprecio y falta de humanismo a las clases más necesitadas.

Los juicios y actos del médico perpetuamente deberán de ser basados en sus valores teniendo claramente definido el sentido del bien y la justicia al constituir su fundamento como ser humano.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴³ Chávez, Ignacio. Op. Cit., p. 71-72.

EL HUMANISMO DEL MÉDICO FRENTE A SU ENFERMO

Para que el médico logre una atención eficaz, no simulada, tendrá que estar constantemente preparado con los avances científicos más recientes y las conquistas terapéuticas de vanguardia, ya que sino es así, incurriría en una omisión de consecuencias fatales para su paciente. Lo anterior deberá incluir no solamente la asistencia a seminarios, congresos, simposios ó coloquios científicos sino también tendrá que comprender una preparación que permita en el médico un trato más humano con sus pacientes porque recordemos que la ciencia no basta, ya que se requiere de una calidez humana en la atención que recibe el enfermo lo cual lamentablemente se ha ido perdiendo en las instituciones públicas donde a veces no se otorga ni atención eficaz y menos calidez humana.

Al respecto, el propio Dr. Chávez nos menciona: *"Por razón de organización, los enfermos suelen ser vistos hoy por un médico y mañana por otro; las consultas se han vuelto, por razón de economía, más breves, más rápidas y más distanciadas; el conocimiento personal y el juicio psicológico que el médico se haya formado en los primeros contactos corre el riesgo de volverse inútil al romperse la relación medico-enfermo. Por eso la profesión se pregunta con inquietud si la estatización de la medicina, hacia la cual vamos ineludiblemente, con todo y sus ventajas innegables, llegará a pagarse un día con la triste moneda de romper el binomio tradicional y borrar del médico esa virtud que le confería autoridad moral ante sus enfermos, su familia y la sociedad en general."*⁴⁴

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴⁴ Ibidem, pp. 76.

Pero lamentablemente esa "triste moneda" ya se pago en perjuicio de las grandes masas y es que como menciona él "por razón de organización", es decir, por una mala administración en el Sistema Nacional de Salud.

Y continua: "... si la medicina de masas, con su sobrecarga de quehaceres, con sus reglamentos rígidos, con sus limitaciones de personal médico, no va a romper la relación tan personal, tan humana y tan importante que debe haber entre el médico y el enfermo. Si al convertirse en funcionario público, el médico no va a dejar de sentirse libre y va a actuar como un burócrata, apático y sumiso. Si al perder el honorario tradicional no va a menguar el interés solícito por los enfermos que tiene a su cuidado. Por último, si en vez de cultivar el afán de superación profesional no va a caer en la monotonía de la rutina y a parar pronto en la mediocridad."⁴⁵

Vemos con enorme tristeza que lo escrito por el Dr. Ignacio Chávez en julio de 1975, desde hace varios años es una realidad flagrante que destruye y flagela el humanismo en la atención médica del sector público en nuestra sociedad. Y es que el médico independientemente de que ejerza privadamente o se desempeñe como funcionario público debe de conservar la actitud humanitaria que lo caracteriza.

Otro elemento fundamental del humanismo médico es sin duda la incorporación del componente espiritual en el trato con el enfermo ya que, en palabras del Dr. Chávez, no solamente "somos carne de dolor y sufrimiento" sino también "somos espíritus de temor o de esperanza".⁴⁶ Todo esto debe de ser altamente tomado en cuenta, ya que la confianza y la fe del enfermo en el valor de su cura hacen grandes milagros. No olvidemos que una palabra de esperanza a veces es mejor que una droga.

⁴⁵ *Ibidem*, pp. 78.

⁴⁶ *Ibidem*, pp. 76.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otra parte, refiriéndonos a la honestidad y desinterés en la atención médica, observamos que la medicina no puede ser una actividad lucrativa puesto que perdería su alta nobleza ya que se convertiría al enfermo en un objeto de explotación y transformaría al médico en mercader de su profesión por lo que se degradaría la profesión médica. Como menciona el Dr. Chávez *"Para el enriquecimiento ilícito hay muchas otras actividades que son más productivas y que no están amasadas con el dolor humano"*⁴⁷.

El *"dolor humano"* es algo que ninguna persona y mucho menos el médico tienen el derecho de utilizar con fines de lucro, ya que eso deshonoraría a la propia institucionalidad del galeno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴⁷ Ibidem, pp. 79.

CRISIS EN EL HUMANISMO ACTUAL

Hoy vemos con tristeza que no hemos sido capaces de vencer a la enfermedad, la indigencia, la violencia, la esclavitud, la opresión, la pobreza, los prejuicios ya sean raciales, ideológicos, culturales o religiosos porque nuestros actos obedecen a la codicia, al afán de dominar el hombre por el hombre; hemos reducido al hombre a un simple capricho de los intereses de unos cuantos, donde permitimos su degradación a un simple objeto por lo que deja de tener un sentido intrínseco al sólo adquirir el sentido que el sujeto humano le atribuye tener.

Nos estamos enajenando a nosotros mismos intercambiándonos como simples mercancías, permitiendo nuestra explotación y olvidándonos a nosotros mismos mediante el abandono de nuestros valores primarios de solidaridad, justicia e igualdad entre los hombres.

Hoy siguen subsistiendo el gran desarrollo médico aunado a una humillación lacerante a los más desprotegidos que se ve agravado por la miseria y la opresión, porque vivimos en un mundo arbitrario y trágico producto de la irracionalidad del hombre. El propio filósofo y maestro emérito de nuestra Universidad Nacional, el Dr. Luis Villoro afirma que debido a la situación imperante en nuestro mundo: *"no faltan posibilidades de establecer paralelos entre el periodo actual y los fines de la Edad Media y principios del Renacimiento"*⁴⁸

Porque sé esta perdiendo la dignidad del hombre como en la barbarie encontrada durante la Edad Media, estamos retornando a formas de vida arcaicas donde encontramos la falta de consideración de los individuos como base de sustentación de la sociedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴⁸ Villoro, Luis. "El Pensamiento Moderno: Filosofía del renacimiento", FCE, México, 1992, pp. 102.

No cabe duda que tenemos que retornar al hombre como única fuente de sentido en nuestra vida proyectándonos como lo menciona el Dr. Villoro a recuperar la sensación de pertenencia en una totalidad que debe abarcar la comunión con la naturaleza, con la sociedad y con el cosmos.

Por lo anterior: *"Cobrarían entonces nueva dignidad actitudes un tanto olvidadas: entrega, testimonio, humildad, respeto, compasión, fraternidad, amor, justicia. Y quizás esta comunión renovada con el cosmos y con los otros manifestará de nuevo una dimensión de lo Sagrado, no lo sagrado ajeno al hombre, instrumento de las religiones positivas, máscara de opresiones, sino lo Sagrado en el interior de cada hombre y de cada cosa, que se manifiesta en el esplendor y en la unidad del todo."*⁴⁹

Por lo tanto como hombres debemos reivindicar el valor en nosotros mismos comenzando desde las personas u objetos que nos rodean demostrando día con día nuestra convicción inalienable de respeto al humanismo como única vía de sustentabilidad en nuestro planeta.

⁴⁹ Ibidem, pp. 118.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EL RETRASO DEL HUMANISMO FRENTE AL AVANCE DE LA CIENCIA MÉDICA

*"Poderío y perplejidad: he aquí los dos atributos de la medicina contemporánea, tal como lo ha calificado el ilustre historiador y filósofo Pedro Laín Entralgo. En efecto, una cruel paradoja la agobia: por un lado, su deslumbrante progreso científico y técnico; por el otro, los millones de seres humanos que viven y mueren privados de sus frutos..."*⁵⁰

Desde hace algunos años la medicina ha venido transformándose muy rápidamente, los avances técnicos y científicos han revolucionado el diagnóstico y la terapéutica médica a niveles inimaginables, los pronósticos y esperanza de vida aumentan día con día, no hay duda de que la práctica médica ha sufrido un cambio estructural que la ha beneficiado extraordinariamente; sin embargo este avance vertiginoso a olvidado por completo, y sobretodo en las instituciones de salud, los principios y valores forjados desde su origen, a saber el humanismo en la atención médica.

Hay quienes afirman que *"La medicina ha salido del dominio de lo sagrado, que ocupó durante miles de años, muy cerca del sacerdocio, con el que se confundió durante largo tiempo."* Para pasar a la tecnificación de su arte trayendo como consecuencia *"la desvalorización de las cualidades humanas del médico"* lo cual constituía la mayor estimación hacia éste por parte de la sociedad, por lo que atrozmente se esta convirtiendo en tan solo un *"técnico de la salud"*, en un *"agente impersonal de la ciencia de curar"* dejando de lado toda su representación humana.⁵¹

⁵⁰ Jinich, Horacio. "Prologo", en: "Ciencia y Humanismo al Servicio del Enfermo", Setra, México, 1998. pp. 9.

⁵¹ Cuchteneere, Raoul de. "Humanismo y Medicina Social", Humanismo, Buenos Aires, 1959, pp.40.

Por otra parte, debido a la alta complejidad de la ciencia médica, ésta se ha ido especializando gradualmente por lo que en cierto sentido se ha ido olvidado de ver al ser humano como un todo, ahora se ven solo partes como si no fueran interdependientes uno del otro. Aunado a lo anterior, el perfeccionamiento en las técnicas de diagnóstico que permiten prevenir con mayor anticipación la aparición de enfermedades graves no están operando en los niveles socioeconómicos más humildes por lo que es recurrente el agravamiento y peor aún la aparición de secuelas permanentes que dañan por completo al ser humano. Esto nos permite afirmar con enorme tristeza que por los altos costos que implica tener un acertado diagnóstico y la aplicación de una terapéutica efectiva se está negando a la humanidad en su conjunto acceder a esos grandes avances técnico-científicos, lo cual es muy grave por que se está vedando el desarrollo de los pueblos.

Lo anterior es muy alarmante, ya que está teniendo lugar un desfase impresionante entre los avances técnico-científicos y el desarrollo humano en la medicina actual, por lo que la práctica médica ha quedado reducida tan solo a los adelantos generados por las grandes investigaciones científicas; pero los avances en ser mejores humanos ¿en dónde los dejamos?, ¿cuándo olvidamos sentir empatía por el que sufre?, ¿cómo permitimos la desvalorización de la profesión médica?, ¿por qué nos dejamos vencer por el cientificismo absurdo?; Son cuestionamientos que nos hacemos constantemente y que nos intranquilizan debido a su agudeza y aplicación en nuestros días donde el médico se ha hecho insensible frente a los problemas de la humanidad por lo que *"con cuanta frecuencia humanismo y medicina parecen disímbolos en la lucha sórdida del médico por acumular pacientes y despojarlos de sus bienes o en los excesos de la tecnología que dejan de contemplar al humano como tal, y lo perciben solo como fuente de datos numéricos"*⁵² No hay duda, nos menciona el Dr. Segovia: *"El hombre nunca más que ahora es el lobo del hombre"*⁵³.

⁵² Alarcón Segovia, Donato. "Humanismo y Medicina, Infancia y Sociedad: Memorias VI Simposium Internacional", Instituto Nacional de Nutrición, México, 1994, pp.334.

⁵³ Ídem.

Que palabras tan hirientes que sin embargo tienen un fundamento ya que una sed de lucro altamente exacerbada, arbitrariedades en prestaciones médicas, fraudes en las aseguradoras, malversaciones en fondos destinados al sector salud, complicidades entre algunos médicos para cubrirse mutuamente, son solo algunos ejemplos de la deshumanización que estamos viviendo en nuestros días.

Y es que algunos médicos, como el Dr. Ávila, incluso afirman que se está perdiendo la relación humana entre el médico y su paciente debido a que la salud ahora se le ve como una mercancía que se compra y se vende al mejor postor quedando el médico como tan solo una herramienta de la denominada "*industria de la salud*".⁵⁴

No obstante existen en mayor proporción aquellos que luchan por asistir al enfermo con generosidad y abnegación, porque tienen un sentido social que los guía hacia el bien común, rescatando en todo momento la dignidad de la medicina.

No hay duda, la práctica médica que se precie de serlo deberá en todo momento estar al servicio del hombre, evitando la tecnificación absurda e irracional que destruye los valores humanos. Porque "*la medicina óptima, la medicina de la más alta calidad, la única que debemos aceptar es la medicina que antepone el hombre a la ciencia, el humanismo a la técnica, huyendo de la veneración injustificada a la técnica y del divorcio con la verdad humana*".⁵⁵

Definitivamente tendremos que lograr un equilibrio entre la ciencia y el humanismo donde uno no sea velado por el otro sino por el contrario que se complementen ampliamente con un solo objetivo: la salud del hombre.

⁵⁴ Ávila Cisneros, Ignacio. "Humanismo y Medicina, Infancia y Sociedad: Memorias VI Simposium Internacional", Instituto Nacional de Nutrición, México, 1994, p. 335-336.

⁵⁵ *Ibidem*, pp. 335.

Recordemos que la ciencia medica no tiene como finalidad únicamente prolongar la vida, sino contribuir al mejoramiento de su calidad y esto sólo se podrá hacer mejorando la calidad de los seres humanos que participan en ella porque el verdadero valor del médico reside en sus principios básicos como son: el respeto a la dignidad, el derecho a la vida y el enaltecimiento a la integridad física y mental del enfermo por lo que el médico deberá ejercer la verdad como el elemento primero en cualquiera de sus relaciones.

Por otra parte, comprendamos que no solamente el personal médico tiene una relación constante con los pacientes y sus familiares ya que existen otros actores fundamentales para que estos reciban una adecuada atención médica como son el personal paramédico, administrativo, de servicios, todos sin excepción por el solo hecho de laborar dentro de una institución médica deberán ineludiblemente tener una vocación humanista que vea al paciente como persona y no como enfermedad. No debemos olvidar que solo mediante una actuación conforme a los más altos valores humanos apegándonos ante todo al respeto a la vida de los demás y de uno mismo podremos vislumbrar un cambio de la medicina frente al humanismo.

Sin lugar a dudas parte de ese cambio se tendrá que ver reflejado necesariamente en la aplicación de recursos por parte del Estado Mexicano que permitan que los frutos de las grandes investigaciones técnico-científicas lleguen a las clases más desfavorecidas para así poder cumplir con el derecho universal de toda la humanidad: *“la salud”*; de lo contrario todo quedará en simples y llanas promesas que no permitan ver tangiblemente en nuestro país el tan anhelado hospital moderno, siendo este: *“... esencialmente un organismo que recibe a todas las clases de la sociedad, y que “dispone de medios técnicos y de personal calificado en cantidad necesaria para asegurar a los enfermos todas las posibilidades de la medicina moderna en el dominio del diagnóstico y de la terapéutica”*⁵⁶

⁵⁶ Cuchteneere, Raoul de. Op. Cit., pp. 12.

LA ADMINISTRACIÓN POR VALORES EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Todo lo relatado anteriormente sin lugar a dudas nos permite reflexionar sobre la enorme importancia que tiene el humanismo en la atención médica, el cual se ha visto profundamente lastimado por los fines lucrativos que envuelven a su práctica, no obstante seguimos teniendo la esperanza en frenar y revertir estas tendencias negativas, para así mejorar las condiciones con que son tratados los pacientes, sobre todo en el sector público. Lo anterior se podrá llevar a cabo a través de la aplicación sistemática de la denominada Administración por Valores, la cual tiene su fundamento en que una organización podrá ser eficiente si tiene clara la visión de su misión y sus valores, los cuales tendrán que ser compartidos por todo el personal. Además de lo precedente, deberá reflejar una profunda calidad en los servicios que proporciona a sus clientes así como a sus empleados, al asentirles en un ambiente motivador, una calidad de vida que les permita comprender que trabajar por los objetivos de la organización es trabajar para ellos mismos.

La Administración por Valores pone en el centro de la organización al ser humano al ser éste el elemento cardinal del cual deben partir todas las decisiones estratégicas de la organización, recordando en todo momento que *“Las organizaciones no hacen funcionar la Administración por Valores. ¡La hacen funcionar las personas!”*⁵⁷

En el caso de las organizaciones que persiguen fines lucrativos, como en nuestro medio son los servicios de atención médica privados, esta teoría señala que la organización deberá de ser rentablemente ética, es decir, deberá de existir una integridad en la obtención de sus utilidades y en la asignación de sus recursos.

⁵⁷ Blanchard, Ken y O'Connor, Michael. "Administración por Valores", Norma, Bogotá, 1997, pp. 9.

Por otra parte señala que deberá de tener una responsabilidad compartida que genere una confianza mutua entre la organización y su entorno, incorporando así a sus proveedores, acreedores, comunidad en general e inclusive a sus propios competidores.

Lo anterior le permitirá definir o redefinir su propósito en la vida identificando así sus valores básicos como son la honradez, integridad, equidad y cooperación, que guían y dan forma a los esfuerzos destinados a cumplir un determinado propósito teniendo siempre en cuenta que nuestras acciones deberán de estar circunscritas al ser éticos, sensitivos y rentables.

Es importante destacar que para llevar a cabo lo anterior es necesario tener firmemente asida la voluntad de creer en un conjunto de valores para ponerlos en acción, es decir, aplicarlos en todas las decisiones de nuestra organización porque recordemos que los valores son los que alinean a la gente, al ser un compromiso para alcanzar metas comunes.

Para lograr todo lo anterior es necesario iniciar el siguiente procedimiento en nuestras organizaciones médicas: **(ver ANEXO III)**

Fase 1: Aclarar nuestros valores, propósito y misión.

Primeramente tendremos que obtener la debida autorización de los directivos de nuestra organización para poder así decidir sobre los valores a ser impulsados en la estrategia organizacional, estableciendo prioridades y definiendo la misión de nuestra organización, la cual deberá de estar acorde con los valores promulgados.

Posteriormente tendremos que comprometer al equipo de alta dirección en cumplir nuestra misión y valores para poder así discutirlos en total libertad con todo el personal involucrado, averiguando que piensan al respecto para aplicar lo más conveniente a la organización y a todos sus integrantes.

Finalmente se tendrán que hacer reuniones que permitan vincular la misión y los valores con la vida laboral, incluyendo las recomendaciones de los que nos apoyan y los que se oponen, para ver así como equilibrar ambas posturas que permitan su promulgación.

"Una vez que la organización tenga una clara visión de su misión y sus valores, cuenta con una base sólida para evaluar sus prácticas administrativas y ponerlas de acuerdo con la misión y los valores expresados"⁵⁸

Fase 2: Comunicar nuestra misión y nuestros valores.

Mediante una reunión especial de lanzamiento se podrá hacer la declaración de nuestra misión y nuestros valores. Posteriormente se podrá realizar a través de carteles, folletos, tarjetas de acción, etc. que se encuentren a la vista de todo el personal como un mecanismo de refuerzo constante que permita influir en las prácticas diarias de trabajo.

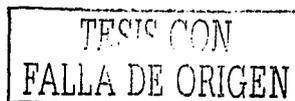
Lo anterior se podrá reforzar mediante mecanismos de comunicación formal como son el entregar una copia del plan de implementación e integración a todo el personal, ó informal, a través de la propia acción de los directivos, es decir, mediante la congruencia en su actuación conforme a lo pactado.

Fase 3: Alinear nuestras prácticas diarias con nuestra misión y nuestros valores.

Las prácticas y las conductas organizacionales de todo el personal deberán de estar conforme a la misión y los valores promulgados. Ambos tienen que perseguir las mismas metas y objetivos.

La medición de la satisfacción de los clientes, la evaluación administrativa y la retroalimentación a través de los empleados son métodos que permiten saber si realmente una organización se encuentra alineada con su misión y sus valores.

⁵⁸ *Ibidem*, pp. 34.



Debemos recordar ante todo que ***lo más importante es actuar conforme a los valores expresados***. De lo contrario todo nuestro procedimiento se desplomará por completo al no encontrar los cimientos que permitan sostener a toda la estructura realizada.

Si bien no es una panacea, la Administración por Valores aporta enormes beneficios para la sana administración de los sistemas de salud al permitir incorporar los valores compartidos de una organización con su rentabilidad, dejando muy en claro que el beneficio deberá ser visto por todos los que intervinieron en el proceso.

Una vez que hemos ingresado en el humanismo en la atención médica y culminado con una aplicación administrativa de éste, que sin lugar a dudas defiende la dignidad del hombre al poner por encima sus valores como tal, es momento de que prosigamos con nuestro camino y nos acerquemos más profundamente al núcleo de la problemática en la atención médica donde se vislumbran ante nosotros dos actores principales que intervienen en esta incursión, el paciente y su médico, veamos en el siguiente capítulo la relación que surge entre ambos, la cual nos permitirá conocer ampliamente las principales dificultades e inconvenientes a que se tienen que enfrentar día con día.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA RELACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y SU MÉDICO

Sin lugar a dudas la piedra angular en la práctica médica es la relación que existe entre el médico y su paciente, la cual abarca distintos aspectos entre los que destacan los ámbitos social, económico, ideológico, cultural, psicológico y por supuesto el biológico; todos los anteriores constituyen un conjunto de interrelaciones que van determinando el tipo de vínculo que existe entre estos dos actores.

Es por lo anterior que se asegura que entre el médico y el paciente existe una interacción emocional que estipula y condiciona a la enfermedad misma.

En esta relación interpersonal se entrelazan conductas, emociones y pensamientos que giran entorno a objetivos altamente complementarios, entre los cuales sin lugar a dudas se encuentran el diagnóstico y la terapéutica, donde ambos convergen directamente en la salud del hombre.

Alrededor de estas dos personas debe de existir una reciprocidad activa que permita el surgimiento de una empatía mixta que consienta, al menos por un momento, transferirse mutuamente obligaciones y derechos.

Cabe mencionar que generalmente en este tipo de relación, el médico es el que controla la conjunción entre ambos y por lo tanto es el que a mi juicio debe de tener una mayor responsabilidad en usar esa ventaja que le da la sociedad para permitir al paciente una participación más activa que converja en su pronto restablecimiento, teniendo en todo momento profundo respeto por su humanidad.

El médico debe hacerse cargo no solo del padecer definido por las ciencias biomédicas sino también de la manera en como el paciente siente, sufre y teme a la enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para que pueda surgir la confianza, la esperanza y la fe en este tipo de relación, el médico debe permitir el desahogo pleno del paciente a través de una acertada comunicación que reconozca humildemente la debilidad de ambos frente a la enfermedad. De esta manera comenzará una etapa de comprensión y conocimiento que será cimentada por el respeto y construirá gradualmente un vínculo perfecto de unión: el amor por el prójimo.

El médico tiene la obligación de despertar, estimular y dirigir las fuerzas psico-biológicas del paciente hacia su curación.

Por lo tanto para que se pueda dar un proceso terapéutico efectivo deberá de existir entre ambos la plena disposición tanto del enfermo en curarse como la capacidad científico-afectiva del médico en aliviar la enfermedad. Ya que solo mediante sus conocimientos, su afecto y comprensión y sobretodo una genuina disposición por ayudar al paciente se fusionaran con la enorme voluntad de vivir de éste para vencer su enfermedad.

Consiguientemente con lo referido, dentro de la relación médico-paciente se deberán de observar los siguientes aspectos:

- El estado de vulnerabilidad, ansiedad y dependencia del paciente.
- La profunda desigualdad que existe entre ambos.
- Las perspectivas y la confianza que el médico genere sobre su paciente y familiares.
- La honestidad del médico sobre sus límites del conocimiento.
- La respectiva autorización del enfermo cuando se trate de realizar investigaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otra parte importante que abordaremos en la relación médico-paciente será sin duda el denominado conocimiento informado, el cual tiene su fundamento en:

1. Proporcionar información verídica a todos los pacientes.
2. Evitar algún tipo de convencimiento o coerción.
3. Verificar en todo momento la capacidad mental del paciente para aceptar o rehusar cualquier tipo de tratamiento.
4. En caso de incapacidad mental permitir la asistencia de familiares responsables.

Aunado a lo anterior deberá de existir una confidencialidad íntegra por parte del médico tratante, donde se permita al paciente una privacidad plena que inclusive llegue a mantener el sigilo ante sus familiares más cercanos.

Por otra parte, como observamos en el capítulo anterior, los derechos humanos deberán de respetarse íntegramente ya que como se advirtió, son inherentes a la condición humana por lo que en este tipo de relación donde los riesgos o peligros terapéuticos son cotidianos deben analizarse con toda franqueza.

Recordemos que el respeto a la dignidad y autonomía del enfermo aunado con el ejercicio de la justicia y de la responsabilidad científica son en esencia la mejor ley de la práctica médica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEMBLANZA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Para hablar de la relación que ha existido entre estos dos personajes a lo largo de la historia, trataremos de explorar algunos pasajes que nos permitan vislumbrar y entender la enorme complejidad que han tenido que afrontar ambos hasta la actualidad.

Primeramente advirtamos que la concepción de la medicina tiene su origen en la experiencia de los individuos con el mundo que los rodea, con la vida misma a lo largo de la historia de la humanidad y obviamente es influida por los principales factores económicos, políticos, culturales y sociales que circunscriben a la ciencia médica.

Es por lo anterior que se diga que: *"La medicina es una de las cosas más estrechamente vinculadas con el conjunto de la cultura, puesto que toda transformación en las concepciones médicas está condicionada por transformaciones en las ideas de la época"*⁵⁹

Sabemos que la medicina tiene su origen en el instinto del hombre por conservar la vida y aliviar los dolores mediante el dominio de la naturaleza por lo que ésta es parte integrante de la conducta del hombre.

Para Hipócrates el cuerpo humano era concebido como un todo unitario donde todos los órganos y todas las partes contribuían a su salud, por lo que las enfermedades nunca se localizaban en una sola parte, sino que trastornaban el equilibrio general.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁵⁹ Canguilhem, Georges. "Lo Normal y lo Patológico", Siglo XXI, México, 1978, pp. 73.

Por lo tanto al concebir al organismo como un ente unitario que a su vez se encontraba estrechamente conectado con su medio ambiente, el médico no podía estudiar a cada paciente sino había comprendido los datos ambientales que condicionaban el proceso salud-enfermedad. Entonces no hay duda que el análisis de la situación social sobre las condiciones de trabajo y de vida de cada individuo son esenciales para comprenderlo mejor.

Sin embargo el ejercicio de la medicina desde tiempos antiguos siempre se ha estructurado con base a las diferentes clases sociales, por ejemplo en Grecia existía la asistencia medica a los esclavos, el tratamiento de los hombres libres y ricos y el cuidado terapéutico de los enfermos libres y pobres.

Leemos en el siguiente texto vertido por Platón: *"Hay, pienso, médicos y servidores de médicos, a los que indudablemente también llamamos médicos. Pueden ser, pues, ya libres, ya esclavos y en este caso adquieren su arte según las prescripciones de sus dueños, viéndoles y practicando empíricamente, pero no según la naturaleza, como los médicos libres por sí mismos lo aprenden y los enseñan a sus discípulos... Y siendo los enfermos en las ciudades unos libres y otros esclavos, a los esclavos los tratan por lo general los esclavos, bien corriendo de un lado para otro, bien permaneciendo en sus consultorios; y ninguno de tales médicos da ni admite la menor explicación sobre la enfermedad, sino que prescribe lo que la práctica rutinaria le sugiere, como si estuviese perfectamente al tanto de todo y con la arrogancia de un tirano, y de pronto salta de allí en busca de otro esclavo enfermo, y así alivia a su dueño del cuidado de atender a otros pacientes"*⁶⁰

Aunque parezca increíble el anterior texto, tal pareciera que se estuviese relatando lo que actualmente acontece en el servicio médico otorgado a las clases más necesitadas, como bien dice a los esclavos (clase trabajadora) los tratan por lo general otros esclavos (residentes), sin lugar a dudas no se otorga una

⁶⁰ Platón, LEYES.

explicación sobre la enfermedad y se prescribe lo que la práctica rutinaria le sugiere con la arrogancia de un tirano. Así permite el descanso de los médicos adscritos.

Ahora entonces quizá por eso advierto lo difícil que es lograr un cambio en este tipo de servicios, ya que son vicios encontrados en toda la historia de la humanidad.

Aunado a lo anterior, los castigos a una mala práctica médica siempre se han diferenciado en clases sociales desde los orígenes de la humanidad, ya que por ejemplo en la cultura mesopotámica, el Código de Hammurbi, redactado alrededor del siglo XVIII antes de Cristo, establecía castigos diferenciados al mencionar que: *“Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha causado la muerte de ese señor... se le amputará su mano”*⁶¹, sin embargo *“Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en el esclavo de un subalterno con una lanceta de bronce y le ha causado la muerte, entregará esclavo por esclavo”*⁶²

No cabe duda que si fallecía un esclavo tan solo el médico tenía que reponerlo por otro, en cambio si se afectaba a un hombre libre, a un Señor, la pena era la mutilación de su mano, ¡qué contrastes! por eso quizá es que en los servicios públicos al atenderse a personas de nivel social bajo, existe poco o nulo castigo a los errores u omisiones practicados.

Por otra parte en la relación-médico paciente la información que se otorga al enfermo ha sido y es fundamental para lograr el éxito terapéutico, ya que como menciona el texto del *Corpus Hippocraticum* titulado *“Sobre la medicina antigua”*: *“los ignorantes en medicina no pueden saber, en sus enfermedades propias, ni cómo éstas nacen y terminan, ni por qué causas crecen y disminuyen; pero si los*

⁶¹ Código de Hammurbi, artículo 218.

⁶² *Ibídem*, artículo 219.

*que han descubierto estas cosas se las explican, les será fácil instruirse en ellas; porque entonces no se trata para ellos más que de recordar, escuchando al médico, lo que ellos mismos han experimentado. Sí el médico no llega a hacerse comprender de los profanos y no pone a sus oyentes en esta disposición de espíritu, no alcanzará lo que las cosas son'*⁶³

Es por eso que *"la concordancia entre el saber del médico y el recto saber del enfermo acerca de sí mismo perfecciona el diagnóstico y es garantía de su acierto"*⁶⁴

De acuerdo a Platón el mejor recurso para lograr la confianza del paciente en el médico es la persuasión verbal, ya que es necesario convencerlo de la eficacia de su tratamiento para de esta forma poder restituirle su salud.

Saliceto en su "Suma conservationis" menciona que mediante el interrogatorio *"queda confortado el espíritu del enfermo... y llega a ser más eminente la operación de los medicamentos...; y el alma del enfermo cobra tal vigor por la virtud de esta fe y esta imaginación, que actúa sobre la enfermedad más intensa, noble y sutilmente que el médico con sus instrumentos y sus medicinas"*⁶⁵

Es por lo anterior que el interrogatorio reviste una importancia suprema para el enfermo que lamentablemente en los servicios públicos no se le otorga la trascendencia debida por lo que tiene resultados funestos en gran medida.

Posteriormente el ejercicio de la medicina se ve influido por el cristianismo lo cual permite a los sacerdotes hacerse cargo de la práctica medica, por lo que la misericordia reviste una gran importancia en la relación médico-paciente. Sin embargo ya entre los galenos existía la codiciosa sed de lucro por lo que la

⁶³ Citado por Lain Entralgo en: "Historia de la Medicina", Salvat, Barcelona, 1978, pp. 33.

⁶⁴ Leda Datz, Inocencio. "La Relación Médico-Paciente: un estudio psicoanalítico", Tesis Maestría (Maestría en Psicología), UNAM, México, 2002, pp. 19.

⁶⁵ Citado por Lain Entralgo. Op.Cit., pp. 91.

misericordia cristiana pierde terreno en el quehacer médico. Y es que como menciona Leda Datz: *"Las mayores concentraciones de estima, dinero y poder social orlan a los más especializados"*⁶⁶

*Actualmente "Vivimos en un mundo deslumbrado por los nuevos alcances del conocimiento científico y de la tecnología desarrollada. Esta imagen pública de las necesidades tecnológicas no hace diferencia sustantiva entre nuestra capacidad de visitar planetas y la de curar enfermedades. Tal espejismo se ve reforzado por la evidente disminución y aún desaparición de muchas enfermedades tradicionales, éxito que se atribuye a la medicina sin percibir que es, en mucha mayor medida, producto de la mejoría progresiva del nivel de vida de los pueblos... Pero el proceso de considerable mitificación que rodea al progreso médico nos envuelve a todos, y público y doctores confundimos sistemáticamente la actual capacidad tecnológica de, por ejemplo, mutilar exitosamente pacientes en un quirófano, con la capacidad de tener un adecuado conocimiento de sus enfermedades e indicar acertadamente una terapéutica oportuna que sea, en definitiva, mejor que no hacer nada o darles un buen consejo"*⁶⁷

Por lo que la actual relación entre el médico y su paciente lamentablemente solo esta basada en indicadores biológicos y no contempla los aspectos sociales, culturales y económicos fuertemente aludidos a lo largo de la historia.

Aún es más difícil comprender que después de tantos siglos todavía la atención médica se encuentre diferenciada entre ricos y pobres, donde la ignorancia todavía hace suponer que la etiología y los medios terapéuticos giran en torno a las supersticiones.

⁶⁶ Leda Datz, Inocencio. Op.Cit., pp. 36.

⁶⁷ Neri, A.C. "La Medicina en el Mundo Contemporáneo", Educación Médica, Salud, Vol.13, No.2, 1979, pp.117-118.

EL MÉDICO COMO INSTITUCIÓN

*"El papel del médico es, por definición, el de un ser "superior": el médico es, por definición, un ser cultivado, informado, objetivo, bueno y desinteresado, porque cumple una "misión". Sobretudo conoce el arte de la medicina, conoce las enfermedades y sabe curarlas. "Ciencia y conciencia" son las cualidades que se le reconocen. Pero, desgraciadamente, es un hecho que todo eso sólo sirve para justificar el "poder" que, a pesar de todo conserva el médico en nuestra sociedad. Las relaciones entre médico y paciente son casi siempre relaciones de autoridad. Relaciones que encubren y disimulan a veces defectos infinitamente graves, que son desde una real ignorancia científica a los innumerables abusos que los pacientes deben soportar a diario"*⁶⁸

Al hablar sobre el médico tenemos claramente definido que antes de ser un profesionalista es ante todo un ser humano que posee emociones, aspiraciones, necesidades y una ideología propia que de una u otra manera repercuten en la atención que este brinda hacia sus pacientes por lo que no siempre puede tener una *inalterable sangre fría* y una *impecable diligencia frente al paciente*.

Sin lugar a dudas la suficiencia técnica del médico le permite obtener la confianza y amistad del paciente, pero no es mediante el modelo tradicional de consulta, donde el paciente exhibe su cuerpo doliente ante un ser desconocido, como se podrá obtener la confianza de éste. La práctica médica actual tiende a neutralizar al paciente mediante imponerle una barrera que aumenta la distancia entre ambos y que no permite ver a esté como un ser humano sino más bien como un ente patológico ante la mirada difusa del galeno donde abunda la despersonalización del paciente y la cosificación de su cuerpo.⁶⁹

⁶⁸ Basaglia, Franco. "La Institución Negada", Siglo XXI, México, 1979. pp. 102.

⁶⁹ Leda Datz, Inocencio. Op. Cit., 2002.

Porque no es posible desvincular al paciente de toda su historicidad individual y social, de su enfermedad y sufrimiento, negándole su derecho a expresarse libremente y a ser el núcleo esencial de la práctica médica, porque como menciona Foucault *"... para conocer la verdad del hecho patológico, el médico debe abstraerse del enfermo"*⁷⁰

Históricamente dos escritos del Corpus Hippocraticum "Sobre el Médico" y "Sobre la Decencia" mencionan algunos rasgos sobre la forma de ser del médico indicando que éste: *"será honesto y regular en su vida, grave y humanitario en su trato; sin llegar a ser jocoso y sin dejar de ser justo, evitará la excesiva austeridad; quedará siempre dueño de sí, ha de ser serio sin rebuscamiento, severo en los encuentros, pronto en la respuesta, difícil en la contradicción, penetrante y conservador en las concordias, moderado para con todos, silencioso en la turbación, resuelto y firme en el silencio, bien dispuesto para aprovechar la oportunidad"*⁷¹

Debemos recordar que el rol del médico y el paciente se encuentran determinados y delimitados a cierta área de acción que condicionan su identidad, su lenguaje y a su relación con los demás. Así entonces el médico esta circunscrito a una estructura de poder y el paciente a una estructura de no poder. Lo anterior es descrito claramente por Basaglia al mencionar que *"La familia, la escuela, la fabrica, la universidad, el hospital, son instituciones basadas en una clara distribución de papeles: la división del trabajo (señor y siervo, maestro y alumno, dirigente y dirigido). Esto significa que lo más característico de dichas instituciones es una tajante separación entre los que detentan el poder y los que no lo detentan. De lo cual puede también deducirse que la subdivisión de los roles expresa una relación de opresión y de violencia entre poder y no poder, que se transforma en la exclusión del segundo por el primero"*⁷²

⁷⁰ Foucault, Michel. "El Nacimiento de la Clínica", Siglo XXI, México, 1979.

⁷¹ Citado por Laín Entralgo. Op. Cit., pp.28.

⁷² Basaglia, Franco. Op. Cit., pp. 131.

Es por lo anterior que es necesario considerar que el médico desempeña un rol donde él es el depositario del poder y lamentablemente tiene como contrapartida necesaria a los desposeídos: los pacientes. Estos entonces se ciñen al control y gestión del médico en un "proceso curativo" completamente desequilibrado.⁷³

Para algunos estudiosos del tema, el problema con los médicos tiene su origen en su formación familiar y académica la cual también posee rasgos característicos de una relación de poder entre el profesor y el estudiante permitiendo que sólo éste abstraiga información y no tenga espacio para la creatividad y la crítica.⁷⁴

Lo anterior reviste una gran importancia debido a que es altamente probable que el médico reproduzca el anterior modelo en su relación medico-paciente, lo cual perjudica ampliamente y como siempre al más desposeído.

Es por lo precedente que *"Si el médico se limita a reproducir el modelo al que ha sido sometido a lo largo de su historia personal, educacional y profesional, negará el valor de la palabra del paciente, del mismo modo que la institución niega el valor de su palabra. No podrá escuchar las necesidades del paciente porque se verá desbordado por sus propias necesidades no escuchadas"*⁷⁵

La autoridad e influencia que tiene el médico sobre el paciente debe ser aprovechada benéfica al permitir que éste siga los tratamientos indicados, así como mediante inspirarle fe, confianza y calidez para poder lograr un pronto reestablecimiento de su salud.

Es por lo anterior que Balint nos dice que *"La droga más frecuentemente utilizada en la práctica general era, con mucho, el propio médico, es decir, que no sólo importaban el frasco de medicina o la caja de píldoras, sino el modo como el*

⁷³ Marx, Karl. "El Capital", Libro I, Capítulo VI, Inédito, Signos, 1971.

⁷⁴ Basaglia, Franco. "Razón, Locura y Sociedad", Siglo XXI, México, 1978.

⁷⁵ Leda Datz, Inocencio. Op. Cit., pp. 70.

médico las ofrecía al paciente, en suma, toda la atmósfera en la cual la droga era administrada y recibida”⁷⁶

Gran parte de las enfermedades que llegan al consultorio médico son reflejo de la problemática imperante en nuestra sociedad por lo que el médico deberá de tener una mayor sensibilidad a este respecto con los pacientes.

Hoy sabemos que la forma en como el médico trate al enfermo conllevará a un acierto o un rotundo fracaso en los resultados terapéuticos.

Se dice que los médicos creen saber como los pacientes se deben de conducir cuando están enfermos, como si ellos poseyeran el conocimiento sagrado y los pacientes fueran unos ignorantes; pero lamentablemente en la realidad que vivimos día con día en las instituciones publicas así es, ya que los pacientes poseen un alto grado de ignorancia lo cual ha permitido abusos e incomprensiones en la mayoría de los casos.

La tarea es difícil ya que se tiene que concienciar al médico de que el paciente no es diferente de él sino por el contrario es un complemento de éste donde deben de ayudarse mutuamente para lograr un fin en común, a saber la salud.

Finalmente es importante hacer mención del significado antitético que tiene para el inconsciente la figura del médico: *“guardián de la vida” – “agente de muerte”*. *El médico es vivido por los demás y se vive a sí mismo, en algún nivel, con poderes omnímodos de dar vida y de dar muerte. La enunciación se mueve en un juego de equilibrio entre la fórmula “ha muerto” y la otra de “lo ha matado – lo he matado”. La angustia y la culpa de los familiares de un muriente se canalizan con relativa frecuencia por medio de la acusación hecha al médico de haberlo matado. No*

⁷⁶ Balint, Michael. “El Médico, el Paciente y su Enfermedad”, Libros Básicos, 1961, pp.17.

*menos importantes son las auto acusaciones, sobretudo inconscientes que se hace el médico, de matar o dañar a sus pacientes.*⁷⁷

Otra forma antitética surge con los médicos que trabajan en los servicios médicos públicos cuando advertimos que existe en ellos una contradicción inminente y permanente entre ser "*un profesional liberal*" y un "*asalariado*", ya que estos desempeñan los dos roles. Por la mañana son asalariados y por la tarde son profesionales liberales.

Veamos entonces las diferencias que se nos presentan: los asalariados son propietarios de su fuerza de trabajo más no del capital, ni del producto generado por su trabajo. En cambio al ser un profesional liberal lo conceptualizamos como un pequeño capitalista que busca ampliar su margen de ganancia, para lograr esto debe tener su propio capital, parte de este son sus conocimientos que al no estar generalizados puede obtener de ellos un lucro.

La contradicción mencionada afecta de manera importante a todas las funciones que desempeña un médico ya que por ejemplo por las mañanas cuando es un asalariado se mantienen en él las conductas de ser un pequeño capitalista al ubicarse en un plano de superioridad y de distancia tanto con relación a los demás asalariados como con los pacientes que atiende, ya que se edifica en él una barrera más, donde tiende a hablar con la voz de la empresa, identificándose con sus intereses.⁷⁸

No obstante lo anterior el médico debe entender y hacer propio que el ejercicio de la medicina está inspirado en los valores humanos por lo que su misión está enfocada a velar por la salud de la humanidad sin importar su condición socioeconómica.

⁷⁷ PLA, Juan Carlos. "Formación Psicológica del Médico", Imago, N.L., México, 1978.

⁷⁸ Bonino, Donatella. "El Compañero Médico: Por una nueva relación médico-paciente", Nueva Imagen, México, 1979.

EL ENFERMO COMO OBJETO

*"El paciente es ya un cuerpo institucionalizado, que lleva a veces el número de su cama por nombre, que se vive como un objeto y que, a veces intenta, cuando aún no está domesticado, reconquistar los caracteres de un cuerpo personal, de un cuerpo vívido, rehusando identificarse con el rol asignado"*⁷⁹

No cabe la menor duda que el paciente es un ser humano que padece una determinada enfermedad que ha trastornado drásticamente su vida biológica, psicológica y socialmente, donde además se ve en la penosa necesidad de asistir ante espacios y personas desconocidas donde es considerado como tan solo un objeto de estudio más, en el que abunda su despersonalización y la cosificación de su cuerpo. Es por lo anterior que en algunas ocasiones el paciente entra en estados depresivos o también inclusive llega a etapas de sadomasoquismo.

Lamentablemente la práctica médica actual esta basada en la disociación del fenómeno, es decir se separa al enfermo de la enfermedad para obtener un aparente conocimiento de está, pero no se toma en cuenta al paciente que se encuentra vinculado al padecimiento estudiado, por lo que existe una alta probabilidad de fracasar.⁸⁰

Es por lo anterior que se mencione que *"la certeza médica no se constituye a partir de la individualidad completamente observada, sino de una multiplicidad enteramente recorrida de hechos individuales"*⁸¹

Al respecto Canguilhem menciona: *"Todo concepto empírico de enfermedad conserva una relación con el concepto axiológico de la enfermedad. Por*

⁷⁹ Leda Datz, Inocencio. Op. Cit., pp. 140.

⁸⁰ Luchina, Isaac. "La Relación Médico-Paciente en Cancerología", en: "Psicología y Cáncer", Hormé, Buenos Aires, 1965.

⁸¹ Foucault, Michel. Op. Cit., pp. 147.

*consiguiente no es un método objetivo lo que permite calificar de patológico a un fenómeno biológico considerado. Siempre es la relación con el individuo enfermo, por intermedio de la clínica, la que justifica la calificación de patológico'*⁸²

Recordemos que no todo es biológico, sin embargo con lo anterior no quiero decir que es psicológico o es sociológico, por que la enfermedad en sí es una combinación de los tres y que lamentablemente en la relación médico-paciente sólo sé esta tomando en cuenta lo biológico por lo que es mi deber mencionar que también se debe de incluir a las otras dos esferas del conocimiento ya que el paciente es un ser biopsicosocial en esencia y presencia.

Otro problema para el paciente es reconocerse enfermo, ya que entonces éste entraría a una etapa de su vida generalmente rechazada y problemática no solo para él sino también para los que le rodean, ya que *"Constituye un grave choque llegar a comprender que, debido a la enfermedad hemos perdido capacidades..."*⁸³

Una vez que el paciente reconoce la problemática que esta viviendo decide consultar a otros sobre su contrariedad y sacar a luz aquello que tenía aprisionado; sin embargo es hasta el último momento que decide consultar al médico, como postrera instancia en el proceso de la vida, lo que en algunas ocasiones sucede cuando ya es demasiado tarde.

Lo anterior refleja claramente la falta de confianza que tenemos sobre aquellos en los cuales deberíamos de tener toda la familiaridad para descansar nuestra problemática desde el comienzo de los primeros síntomas, pero no es así. Y es que el médico, aunque lo queramos negar, va a ser en todo momento el protagonista fundamental en esta controvertida relación.

⁸² Canguilhem, Georges. Op. Cit., pp. 177.

⁸³ Balint, Michael. Op. Cit., pp.112.



El paciente cuando está frente al médico alude la presencia de ciertos malestares a lo que el galeno responde organizándolos en un conjunto de síntomas y signos apoyándose en exámenes de diferente índole.

Lo anterior permite al médico la aceptación ó no de la sintomatología y entonces decide otorgar un diagnóstico y una terapia asequible para el paciente.

Así entonces el paciente va a decidir sobre la aprobación ó no de lo anterior y por lo tanto comenzará para éste el peregrinar hasta encontrar aquello que sus oídos quieren escuchar.

Nunca debemos de olvidar que en la relación entre el médico y el paciente: *"Toda enfermedad suscita fantasías en el enfermo sobre la naturaleza de su esencia, sobre el modo como empezó, sobre sus causas, sobre su eventual curación, sobre su desenlace..."*⁸⁴

De ahí entonces la importancia sobre la basta información que el paciente debe tener sobre su enfermedad.

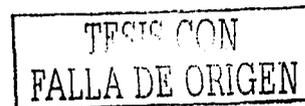
*"Toda teoría ontológica de la enfermedad hay que atribuirle a la necesidad terapéutica"*⁸⁵

Al respecto Leda Datz refiere que todas las enfermedades provocan en el paciente la renuncia de algo o de alguien por lo que es probable la aparición de resentimientos y hostilidades hacia aquel que lo privo, el médico. Lo anterior se ve claramente reflejado cuando algunos pacientes tienen inconformidades con el médico cuando éste les envía dietas rigurosas o tratamientos difíciles de realizar, llegando incluso al rompimiento de la relación.⁸⁶

⁸⁴ Leda Datz, Inocencio. Op. Cit., pp. 110.

⁸⁵ Canguilhem, Georges. Op. Cit., pp. 17.

⁸⁶ Leda Datz, Inocencio. Op. Cit., pp. 113.



Otro problema que se da muy a menudo en la relación médico-paciente es sin duda la exacerbada idealización del médico, lo cual provoca en el paciente resultados muy satisfactorios, sin embargo esto puede conducir a ver a éste como un ser omnipotente lo que puede suscitar enormes problemas cuando se descubre su falibilidad.

Para otros pacientes quizá la enfermedad represente un alivio, ya que aunque parezca increíble existen personas que la vida diaria los sofoca hasta llegar al punto en que caen enfermos y esto para ellos representa un respiro a su tormentosa existencia.

No obstante siempre debemos de reconocer que la enfermedad es una "*nueva forma de vida*" donde entre el médico y el paciente se debe de establecer una comunicación apropiada que permita el surgimiento de la confianza plena entre ambas partes, para de esta forma lograr una cooperación eficaz que logre el reestablecimiento de la salud del enfermo.

Nunca debemos de olvidar que el paciente es un ser indefenso que esta pasando por un estado altamente crítico y doloroso, por lo que no es justo que se le trate como a un simple objeto al que se le atiende de forma desorganizada y en serie pasándolo de servicio en servicio justificándose en todo momento en la excesiva carga de trabajo.

Por que recordemos siempre que los enfermos deben constituir la razón de ser del médico y ser su vértice en cualesquiera de sus actividades, ya que deben configurar la principal prioridad para el facultativo y esto lo debe demostrar ayudándolo a sobrellevar no solo la enfermedad sino también la invalidez e inclusive la muerte misma, manteniendo en todo momento la dignidad por la persona y el respeto a su individualidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tenemos que tener muy en claro que la obligación primordial del galeno es para con su paciente, por lo que entenderlo en sus preocupaciones y en sus creencias permitirá comprender que existen diversos puntos de vista que aunque sean divergentes con su opinión se tienen que respetar. Por ello entonces al comprender sus inquietudes, sus sentimientos y actuar conforme a su responsabilidad, el médico estará demostrando que actúa con compasión y respeto ante sí mismo.

No hay duda de que tenemos que recuperar la preciada capacidad de entender y comprender a la enfermedad como una respuesta integral que ve al ser humano como un ente biopsicosocial y no solo como un simple órgano o una llana función, tenemos entonces que examinarlo desde la óptica de los factores psicológicos y sociales que lo afectan ampliamente.

Ante todo tenemos que reconocer y respetar la dignidad del enfermo, tratarlo como a un ser íntegro, respetando su libertad de elección, fomentando su participación en su alivio y ante todo ponernos en su lugar, es decir, sentir empatía, lo que implica sentir con su piel y ver con sus propios ojos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nos hemos acercado en las anteriores líneas a observar algunos de los aspectos más sobresalientes y principales que coexisten en la relación que surge entre el paciente y su médico, obviamente sin haber pretendido agotar el tema, sin embargo se dejó muy en claro su enorme trascendencia en la práctica médica.

Ahora que alcanzamos el mencionado asunto, advertiremos la necesidad de estudiar a estos representantes de la práctica médica desde la perspectiva que plantea este estudio. Por ello entonces preparémonos a descubrir algunos de los principales factores socioeconómicos que atañen al médico y distingamos el significado y la trascendencia que tiene la satisfacción en el derechohabiente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO IV

LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS DEL MÉDICO Y LA SATISFACCIÓN DEL DERECHOHABIENTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS DEL MÉDICO

"La acción del medio actúa sobre todo hombre para protegerlo o bien para dañarlo... El ambiente en que vive condiciona sus reacciones, influye sobre su desarrollo físico y mental y aun es la causa misma de sus males"⁸⁷

Los factores socioeconómicos, pocas veces estudiados, constituyen un elemento central en el comportamiento que tiene el ser humano en los ámbitos familiar y laboral debido a que tienen una influencia que condiciona la conducta de las personas hacia determinados intereses donde no escapa el quehacer del médico. Cabe señalar que posteriormente se podrá observar en los resultados de la presente investigación como estos influyen en el galeno para que éste se comporte de una determinada forma ante el paciente.

Los médicos, como todos los seres humanos, se comportan de acuerdo a patrones establecidos por aspectos genéticos y circunstanciales, dentro de estos últimos encontramos a los factores sociales y económicos que influyen de manera decisiva en su comportamiento laboral, por lo que es posible establecer una relación entre estos factores que posee el médico y la satisfacción que presentan sus pacientes.

Los aspectos sociales y económicos que abordaremos en nuestra investigación, por afectar directamente al médico, son el nivel de ingresos, las obligaciones económicas contraídas y la pertenencia a un determinado grupo social, entre otros, los cuales son solo algunos de los condicionantes que intervienen para que un médico actúe de una determinada forma.

⁸⁷ Chávez, Ignacio. Op. Cit., pp. 79.

ESTADO
DE LA
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hablando particularmente del médico institucional podemos ejemplificar comentando el caso de aquel que comienza su consulta muy temprano y la continua incluso después de haber sido su hora de salida, donde es querido por sus pacientes debido a su trato amable y los resultados terapéuticos exitosos; y por el contrario tenemos el caso de otro que llega tarde a su consultorio, sus resultados terapéuticos son desfavorables y además proporciona un trato poco amable a sus pacientes, sí es que acaso los trata él personalmente, porque lo más común es que dejen la responsabilidad a los médicos residentes.

Sin embargo el mismo médico por la tarde en su consultorio privado otorga un trato excepcional a sus pacientes ¿qué fue lo que modificó la conducta de dicho médico para dar un giro de 180°? Fueron sin duda los aspectos sociales y económicos que invaden toda relación humana.

Basándonos en lo referido, tal parece que existe un pasadizo invisible e invencible por donde el médico transita de una dimensión a otra donde cambian por completo sus convicciones, valores, sentimientos, en suma su propia humanidad convirtiéndose en otro ser completamente diferente.

No hay duda, existe una metamorfosis tal que por la mañana ve con indiferencia al que comprende en la tarde con completo interés.

Es por lo anterior que reflexionamos que el poder económico es una potestad suprema que corrompe y degenera lo más sagrado en un médico, a saber, la relación con su paciente.

Veamos ahora con detalle en las siguientes páginas los factores sociales y económicos que aborda la presente investigación en relación con el médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EL NIVEL DE INGRESO

El nivel de ingreso que recibe un médico tiene que ver principalmente con las remuneraciones obtenidas por su trabajo desempeñado ya sea en el ámbito público o en el privado; generalmente los médicos laboran en ambos espacios por lo que les permite obtener una cantidad de dinero considerable debido a que en el ámbito privado reciben por dos partes, mediante las consultas otorgadas y a través de cirugías practicadas, lo que no sucede en el ámbito público, ya que ahí solo reciben una suma determinada por ambas cuestiones de carácter fijo lo que tiene sus ventajas evidentemente.

La importancia que tiene el ingreso económico para la vida del médico es innegable, dado que influye directamente en su condición de vida y en la de su familia, al permitirles disfrutar de ciertas comodidades y privilegios que tienen que ver con la clase y nivel de casa habitación, su desarrollo social, el tipo de educación al cual tienen acceso sus hijos, su esparcimiento, etc. Sin duda va más allá de cubrir simples necesidades básicas.

Recordemos que de acuerdo con Vroom, el nivel de ingreso no depende de la cantidad absoluta de la remuneración, sino de la relación que existe entre ésta cantidad y algún estándar de comparación usada por el médico. Dicho estándar puede ser una medida de adaptación que se derive de las remuneraciones antes percibidas o bien tratarse de la cantidad que otra persona percibe. Sin duda esta última aseveración respondería a la equiparación del médico con un nivel de vida demasiado elevado que éste considera que debería recibir en función incuestionable de su sacrificio cuando estudiante. Al respecto Patchen percibió que los individuos comparan sus propias ganancias con las de otros y evalúan sus diferencias o similitudes en términos de las dimensiones que los médicos creen

que son las bases de la remuneración, como en este caso sería el nivel educativo.⁸⁸

Lo anterior sin duda nos permite recordar a Adams con su teoría de la equidad, dejando muy en claro que en la medida que un médico ve que su razón entre aportación y ganancia difiere de la de otra persona, establece un estado de disonancia, por lo que éste buscara en todo momento la compensación.

No hay duda que para el nivel socioeconómico del médico el dinero sigue siendo el móvil principal de su vida en la medida que siga dependiendo de éste para poder estar acorde con el nivel de ingresos de las personas con quien tiene un contacto continuo, que podrían ser sus pacientes privados, sin duda.

El poder económico que da el dinero evidentemente le permite al médico comprar un estatus por medio de adquirir posesiones materiales. Al respecto menciona Schultz que el dinero puede significar lo que el individuo desee, porque adquiere la característica de mayor importancia al constituirse en un símbolo de poder.⁸⁹

Por otra parte en estudios practicados con médicos que trabajan en el sector público, como en los de Ruvalcaba y Cruz, se tiene conocimiento que los médicos manifiestan un mayor disgusto por el salario percibido, inclusive superior a todos los demás trabajadores. Lo anterior debido a que el salario recibido no corresponde a su posición social, nivel de estudios ni responsabilidad laboral.⁹⁰

Pese a dicha inconformidad, los médicos no expresan su deseo de abandonar el trabajo, evidentemente porque no solo les otorga una remuneración económica sino que también tienen el disfrute de determinadas prestaciones en especie que hablaremos más adelante.

⁸⁸ Citado por Barrios López en: "Factores Psicosociales que Determinan el Binomio Satisfacción-Productividad en el Trabajo", Tesis Licenciatura (Licenciado en Psicología), UNAM, 1994.

⁸⁹ Schultz, Duane P. "Psicología Industrial", McGraw-Hill, México, 1991.

⁹⁰ Citado por Cruz Velasco. Op. Cit. p. 66-67.

LA PERTENENCIA A UN GRUPO SOCIAL

Cuando estudiamos socialmente al médico advertimos que su conducta se encuentra ampliamente influenciada y afectada por los denominados grupos de referencia como es la familia, la cual ejerce un dominio directo en su forma de actuar. Por otra parte encontramos los denominados grupos de pertenencia que intervienen directamente en el médico debido a que son aquellos a los que pertenece e interactúa constantemente y finalmente tenemos el llamado grupo de aspiración que es aquél hacia el cual el médico desea llegar por ser su ideal, su prototipo a seguir.

Sin lugar a dudas parte de las necesidades sociales mencionadas ampliamente por Maslow son en el caso del médico la necesidad de ser aceptado por un determinado grupo social para poder interactuar e interrelacionarse con otros que a su juicio pertenecen al mismo nivel socioeconómico que tiene actualmente o que en su caso desea obtener, caso típico es la pertenencia a una sociedad médica o a un determinado club de médicos notables, a los cuales luchara arduamente para estar dentro de sus filas.

No obstante lo anterior al grupo que desea pertenecer el médico por sobre todas las cosas es sin duda a la clase social más alta, ya que es una necesidad insatisfecha en la mayoría de estos, por lo que perseverara con denuedo para lograrlo. Recordemos que las necesidades insatisfechas dominan la atención del individuo y determinan ampliamente su conducta.

Aunado a lo anterior la necesidad de afiliación descrita por Mc Clelland también se refiere ampliamente a la necesidad que el médico tiene de establecer contactos personales y consolidar relaciones sociales mediante la aceptación y aprecio del grupo al que desea pertenecer o ya pertenece.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El pertenecer a un determinado grupo requiere necesariamente que el médico posea las características sociales y económicas que éste exija para ser aceptado. De ahí entonces se comprenden que elementos como son el tipo de automóvil, la ubicación y el tipo de vivienda, la asistencia de los hijos a determinado tipo de escuela, la zona donde se encuentra su consultorio, etc. determinen ampliamente ese grado de aceptación.

Otra faceta de esa pertenencia lo constituye sin duda el hecho de que la familia del médico haya pertenecido a una determinada clase social y este logre superar social y económicamente a ésta a través de un gran esfuerzo y dedicación a su profesión. Por otra parte tenemos a aquel que se mantuvo igual o que solo los supero un poco. Lo anterior desde mi punto de vista afectará al médico necesariamente ya que no es lo mismo aquel médico que sus padres fueron médicos a aquel en donde sus padres solo asistieron a la primaria, no obstante ese nivel educativo que sin lugar a dudas le permitió tener otro estatus de alguna forma se tiene que ver reflejado en su desempeño diario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBLIGACIONES ECONÓMICAS CONTRAÍDAS

Este tipo de obligaciones se refiere principalmente a las deudas económicas de carácter familiar, comercial o bancario que posee el médico. Este tipo de compromisos genera en el médico cierto desequilibrio emocional al tratar de cumplir en tiempo y forma con éstos deberes que desde mi punto de vista causan en el médico un estado de búsqueda constante por encontrar recursos que cubran dichos compromisos.

Obviamente esta variable socioeconómica en el médico se encuentra ampliamente relacionada con el nivel social y económico que éste desea obtener, ya que por obtener dicho estatus se endeuda considerablemente para conseguirlo. Baste decir las terribles hipotecas a las cuales se tiene que adherir para poder obtener una casa que valla de acuerdo con sus ideales o por otra parte las deudas originadas por determinado tipo de vehículos que desea adquirir o peor aún al referirnos a las cantidades exorbitantes que tienen que desembolsar por la educación de sus hijos.

Todo lo anterior sin lugar a dudas va a provocar en el médico una angustia que en lo particular existe el cuestionamiento de sí ésta situación se va a ver reflejada en la atención con su paciente. Esto lo seguiremos postergando hasta ver los resultados.

No obstante lo referido, recordemos que la resolución de problemas financieros genera en el individuo cierto grado de insatisfacción que repercute en su trabajo, de ahí la importancia de evaluar esta variable tomando en cuenta ampliamente su influencia en el trato que el médico otorga a su paciente.⁹¹

⁹¹ Sánchez y Quiroga. "Patrones de Insatisfacción Laboral y Atribución de Causas", Revista Mexicana de Psicología, V-15, No.2, México, 1998.

Como podemos observar en las anteriores paginas los factores socioeconómicos del médico aunque muy diversos establecen un panorama general sobre el medio ambiente social y económico en el cual esta inmerso éste y aunque solo nos ha permitido tener una aproximación al fenómeno, en su conjunto nos permite esbozar claramente el dilema al cual se enfrenta el facultativo, a saber, esforzarse en función del interés general o desistir ante su interés personal. Quizá la respuesta sea encontrar el justo medio que permita la convergencia de ambos intereses en un solo esfuerzo.

Veamos ahora detalladamente la otra dimensión de esta investigación, la cual constituye la esencia y el objetivo último de todo el Sistema Nacional de Salud, la denominada satisfacción del derechohabiente, donde conoceremos y apreciaremos su significado e importancia que tiene para evaluar objetivamente la calidad de los servicios de salud no solo en nuestro país sino en el mundo en su conjunto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA SATISFACCIÓN DEL DERECHOHABIENTE

*"Uno de los aspectos que resultan más difíciles de controlar es el grado de satisfacción del cliente; particularmente resulta complicado medir si el desempeño de los empleados contribuye o no para lograrla."*⁹²

La satisfacción del derechohabiente es una parte esencial del control de calidad que debe de existir en cualquier parte de la atención médica, ya que no solo a los productos tangibles se les aplican controles, también a los servicios mediante el conocimiento de la perspectiva de los que intervienen y son beneficiarios de éstos. Una forma de control es evidentemente el preguntar al paciente la forma como fue atendido, si se cumplió con sus expectativas, etc.

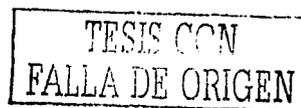
Sabemos que los grandes estudiosos de la calidad como Deming, Juran, Ishikawa y Crosby, siempre han coincidido en que las acciones y esfuerzos que emprenda una organización deberán de tener como finalidad la satisfacción de su cliente.

Recordemos que una virtud esencial que permite la trascendencia de toda organización de calidad es la de reflejar una actitud de servicio que permita entender, atender y sobretodo comprender lo que el paciente quiere, necesita y espera del servicio médico.⁹³

Como podemos ver parte del estudio de la satisfacción del paciente se centra evidentemente en la calidad del servicio otorgado que percibe éste, el cual se debe de evaluar de acuerdo a Peterson en tres vertientes: las características físicas de la institución, las características personales del prestador de servicios y la más importante, la satisfacción del usuario. Por su parte Donabedian refiere que

⁹² Koontz, Harold. "Administración: Una perspectiva global", McGraw-Hill, México, 1999, pp.741.

⁹³ Cantú Delgado, Humberto. "Desarrollo de una Cultura de Calidad", McGraw -Hill Interamericana, México, 1997.



lo anterior se llevará a cabo a través de una revisión periódica a la estructura, un seguimiento continuo al proceso y un examen sistemático del resultado.⁹⁴

Las dimensiones de calidad aplicables en las organizaciones que otorgan servicios incluyen la disponibilidad, capacidad de respuesta, comodidad, oportunidad y atención.

Sin embargo, hasta este momento las evaluaciones de calidad en el sector público se basan única y exclusivamente en las características físicas de la institución y a veces en las características técnico-científicas del prestador de servicios, pero lamentablemente se les olvido evaluar la satisfacción del paciente, la cual constituye la razón de ser y de existir de los servicios de salud por lo que lamentablemente es muy común encontrar en estos servicios de salud la medición de la atención médica a través de simples estadísticas que miden el número de consultas otorgadas, cirugías practicadas, etc. pero que de ninguna forma optan por investigar si realmente los usuarios están recibiendo un servicio acorde con sus expectativas.

Al respecto Bruce menciona que "los marcos conceptuales, la administración cotidiana, las burocracias, los sistemas internos de recompensa y el deseo del gobierno de cumplir con metas preestablecidas (contabilizadas en términos demográficos o por número de servicios ofrecidos) han conducido a un fuerte sesgo en la evaluación del desempeño basado en el volumen de actividades, a veces del trabajador individual y otras al nivel de programas"⁹⁵

Es por lo anterior que nuestra investigación se centra principalmente en la satisfacción del derechohabiente tratando de establecer una relación con algunas características sociales y económicas del prestador de servicios (médico).

⁹⁴ Donabedian, Avedis. "Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio", INSP, México, 1990.

⁹⁵ Bruce, J. "Elementos Fundamentales de la Calidad de la Atención", Documentos de trabajo, Núm. 21, Population Council / INOPAL III, México, 1998.

Pero ¿qué es la satisfacción del paciente? Para Donabedian es una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente; Para Cafferata y Roghmann es un insumo a esa interacción, en el sentido de que se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y que condiciona su conducta ante el profesional de la salud, siendo una medida de eficacia y control seguro de la calidad de los servicios de salud, por lo que la satisfacción del paciente es una medida de garantía de calidad, como un resultado puntual del servicio prestado por un médico. Por lo tanto es un elemento deseable e importante en la actuación médica. Por su parte Hulka entiende que la satisfacción del paciente se compone de la suma de la satisfacción con la competencia profesional del médico, de su calidad personal y de los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos y en conjunto con Ware, definen diez factores: accesibilidad / conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia / resultados de los cuidados; financiación y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional y ambiente favorecedor de los cuidados. Por otra parte Wolf considera tres dimensiones al hablar de satisfacción del usuario: 1) cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); 2) afectiva (interés y comprensión que demuestra) y 3) comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del profesional).⁹⁶

No obstante lo referido, debemos comprender primeramente que la satisfacción es un estado de ánimo que crea agrado y complacencia por la realización completa de las necesidades y expectativas creadas. Ese estado de ánimo de los pacientes surge como producto de relacionar las necesidades y expectativas con el valor y los rendimientos percibidos por éste en su atención. Esta satisfacción va a variar de un paciente a otro debido a que parte de expectativas personales, no obstante su pueden circunscribir a un eje rector que agrupe todos estos intereses.

⁹⁶ Citado por García Acosta en: "Evaluación de la Calidad de la Atención en Servicios de Salud a través de la Satisfacción del Paciente", Tesis Maestría (Maestría en Investigación de Servicios de Salud), UNAM, México, 2000, p. 34 y 35.

Tengamos siempre presente que el nivel de satisfacción de un individuo es una combinación que surge del nivel de aspiraciones, tensiones y necesidades, así como de los beneficios obtenidos por el ambiente.⁹⁷

Sabemos que para lograr la satisfacción del paciente convergen varios aspectos entre los que destacan los interpersonales, los afectivos, los emotivos y por supuesto los técnico-científicos, por lo que los procesos fisiológicos, psicológicos, sociales, económicos y hasta los culturales pueden determinar de manera importante el nivel de satisfacción del paciente. Lo anterior deberá de tener primordial atención al ser el más importante componente en la calidad de la atención médica.

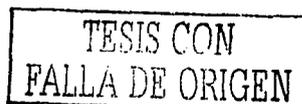
La satisfacción del paciente refleja su percepción sobre el grado en que se han cubierto sus necesidades y carencias en la atención médica recibida.

No hay duda que su origen parte de las necesidades que tiene el hombre con respecto a su salud y se vincula estrechamente con lo que espera recibir y lo que logra obtener del servicio médico.

Para entender lo referido tendremos que enfocarnos a examinar si las necesidades básicas de salud del enfermo se encuentran resueltas para después ver cuales son sus aspiraciones o expectativas al solicitar la atención médica y finalmente evaluar arduamente lo que éste realmente obtuvo.

Otra faceta de la satisfacción del paciente lo constituye sin duda la necesidad imperante de determinar objetivamente la calidad de los servicios de salud mediante medidas eficaces de control. El propio Donabedian lo reconoce como una medida de garantía de la calidad y como un resultado puntual de la asistencia prestada por un profesional. Es la calidad sentida referida principalmente a los aspectos subjetivos de la calidad.

⁹⁷ Blum, Milton L. "Psicología Industrial", Trillas, México, 1977.



Por lo tanto la satisfacción de un paciente dependerá de lo que espera recibir de la atención médica y lo que obtiene finalmente de ésta. Dejando muy en claro que solo existirá satisfacción cuando los pacientes cumplen con sus expectativas.

De esta forma se tienen que instrumentar constantemente estudios de satisfacción del usuario para así tener presentes las expectativas e implementar las medidas necesarias para otorgar a los usuarios una atención que lo satisfaga plenamente.

Recordemos que el servicio médico es un intangible difícil de medir objetivamente, por tal motivo se requieren utilizar mecanismos que permitan detectar subjetivamente las percepciones y actitudes de aceptación o rechazo a éste por parte de los pacientes.

No obstante lo anterior, la satisfacción del paciente debe partir de evaluaciones objetivas debido a su complejidad que permitan la inclusión de los aspectos multidimensionales de ésta, por lo que la medición de la satisfacción es sin duda un instrumento preciado que nos permite detectar problemas y sugerir posibles soluciones para de esta forma tomar las medidas preventivas y correctivas necesarias para el buen funcionamiento de los Sistemas de Salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pero ¿para qué medir la satisfacción del paciente?

- ☞ Para conocer la eficacia y eficiencia con que funcionan los procesos médicos.
- ☞ Para advertir problemáticas y detectar focos rojos.
- ☞ Para saber dónde se requieren realizar cambios para crear mejoras.
- ☞ Para determinar si los cambios realizados realmente produjeron las mejoras esperadas.⁹⁸

Todo lo anterior nos permitirá tomar mejores decisiones al conocer las necesidades y expectativas de los pacientes. Una vez que se atiendan éstas podremos argumentar fehacientemente que sé esta mejorando la calidad en el servicio médico otorgado.

Es necesario hacer énfasis que los estudios sobre satisfacción de pacientes, si bien tuvieron su origen en la búsqueda de los servicios de salud privados por obtener una mayor participación en el mercado, su finalidad va más allá de metas meramente económicas, ya que alcanzan latitudes que llegan a la propia esencia de la atención médica, a complacer al ser humano en toda su extensión.

No obstante lo anterior, existen detractores que argumentan que el paciente no tiene la suficiente capacidad para determinar si actuaron bien o mal con él, lo cual a todas luces constituye una forma de atentar contra la dignidad del ser humano al minimizar su valiosa opinión, ya que ofrecer un buen servicio médico significa valorar adecuadamente lo que los pacientes esperan de éste, para de esta forma cumplir con sus expectativas.

Recordemos que el paciente tiene expectativas o ideas preestablecidas acerca del servicio que recibirá. Sin embargo en los servicios médicos públicos estas

⁹⁸ Hayes, Bob E. "Cómo Medir la Satisfacción del Cliente: diseño de encuestas, uso y métodos de análisis estadístico", University of Oxford, México, 1999, p.1.

expectativas generalmente se encuentran desvaloradas, no obstante en el caso particular del Centro Médico Nacional las expectativas del paciente son muy altas. *Sus expectativas se encuentran determinadas por una serie de factores, incluyendo su experiencia personal anterior con otros servicios u hospitales de donde es referido, lo que conoce de este Centro Médico a través de amigos o familiares o inclusive por las noticias, tan perspicaces en estos últimos años.*

Los estudios que se realicen para determinar el nivel de satisfacción del derechohabiente tendrán que incluir al menos las expectativas del paciente, aunque muy diversas, las podemos especificar en los siguientes:

- ☞ Trato humano en la atención recibida.
- ☞ Accesibilidad geográfica y económica en la atención médica mediante la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de la enfermedad.
- ☞ Oportunidad y consentimiento en la terapéutica aplicada.
- ☞ Información sobre la enfermedad, en cuanto a causas y consecuencias.
- ☞ Disfrute de los recursos técnico-científicos más avanzados.
- ☞ Disponer adecuadamente de todos los medios necesarios para su atención.
- ☞ Contar con el personal médico, paramédico y administrativo en cantidad y capacidad necesarios.
- ☞ Derecho a la privacidad en su atención.
- ☞ Uso de instalaciones que propicien un ambiente agradable mediante una iluminación, ventilación, temperatura, comodidad, orden, limpieza y conservación adecuados.
- ☞ Resultados agradables libres de efectos secundarios adversos.
- ☞ Simplificación en trámites administrativos.

Las anteriores expectativas del paciente determinaran su satisfacción obtenida por el servicio médico otorgado identificando así los aspectos más valorados por los pacientes en cuanto a intereses personales.

Hoy sabemos que los hospitales deben de ajustar y sincronizar sus servicios médicos a cubrir las necesidades y deseos de los pacientes, satisfaciendo ampliamente sus expectativas.

No hay duda, el paciente estará satisfecho si se cumplen sus expectativas.

El problema con los servicios de atención médica públicos es que el paciente debido a sus bajos recursos económicos no puede optar por otro servicio por lo que se tiene que conformar con lo que le ofrecen éstos, por lo que la frustración que posee es muy elevada al no cumplirse sus expectativas, lo cual obviamente crea un resentimiento y una terrible insatisfacción por el servicio percibido.

Al respecto nos menciona Scitovsky que *"Cuando nos comportamos racionalmente buscamos la mejor elección posible... pero podemos equivocarnos en alto grado al identificar las elecciones disponibles..."*⁹⁹

No obstante lo anterior el hospital deberá en todo momento velar por otorgar un servicio deseable, libre de defectos.

El servicio otorgado deberá de estar bien integrado, es decir, todos los elementos que involucran al servicio médico deberán de estar en total equilibrio. Ya que un paciente que es bien atendido por el médico, recibe amplia información de su padecimiento, sus causas, sus posibles consecuencias, le indica un determinado diagnóstico y tratamiento a seguir, pero lamentablemente el aparato de resonancia magnética no funciona y no hay en existencia los medicamentos indicados, ¿qué es lo que sucede? El paciente en ese momento percibe un mal servicio, no por la atención del médico, sino por todos los servicios adicionales involucrados para su buena atención, los cuales se encuentran en total desequilibrio generando así un problema complejo que posee diversas aristas a ser evaluadas.

⁹⁹ Scitovsky, Tibor. "Frustraciones de la Riqueza: La satisfacción humana y la insatisfacción del consumidor", FCE, México, 1986, pp.14.

El conjunto de servicios se deben llevar a cabo sin que exista en alguno de ellos deficiencias, de lo contrario no se puede afirmar que exista una calidad total y por lo tanto existirá insatisfacción en el paciente.

Recordemos que un buen servicio médico debe de crear satisfacción integral en el paciente desde el momento en que éste entra hasta el momento en que sale de las instalaciones del hospital y aún más otorgándole un seguimiento constante. Por otra parte deberá de existir coherencia absoluta en el servicio otorgado, esto es, el servicio médico deberá de ser íntegro donde a cualquier parte que se dirija el paciente éste tendrá que recibir un trato digno que cumpla con sus expectativas, ya que no es posible que a un mismo paciente en un servicio se le trate bien y en otro no ó que reciba un buen trato por parte del médico pero de las enfermeras y del personal administrativo no.

No hay duda de que se debe asegurar la coherencia del servicio médico que otorgan las personas, ya que es muy molesto para el paciente estar lidiando con tratos diferentes; Se debe de estandarizar el comportamiento y las formas de proceder, ya que el trato humano de los servidores debe de ser único en todo el servicio, el hospital e inclusive en la Institución. Nunca tenemos que olvidar que todos los esfuerzos deberán de estar orientados hacia la persona, lo cual significa comprenderlo, estar en total armonía, identificarse plenamente con él, en suma tener empatía.

Solamente así podremos ser capaces de otorgar un servicio médico que satisfaga plenamente al paciente cuando le demos lo que él espera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hasta este momento, hemos concluido con toda la parte teórica de la investigación planteada, comenzando con la discusión de la problemática del Sistema Nacional de Salud, continuando con los señalamientos de falta de humanismo en la atención médica, prosiguiendo con los problemas que surgen en la relación médico paciente y culminando con la descripción de los factores socioeconómicos del médico y el significado e importancia que tiene la satisfacción del derechohabiente. Ahora falta conocer si realmente existe algún tipo de relación entre estas dos variables para saber en que grado estos factores sociales y económicos del médico afectan la satisfacción del derechohabiente en las instituciones de salud pública y particularmente en el área de consulta externa del Centro Médico Nacional del ISSSTE, donde se encuentra circunscrita nuestra indagación.

Veamos ahora entonces con detalle todo lo relacionado con la investigación de campo, partiendo desde su metodología, conociendo sus resultados y observando sus conclusiones y las recomendaciones que surgieron de la presente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO V

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace varios años las Instituciones Públicas de Salud han demostrado su ineficiencia operativa al dejar de cumplir con su función sustantiva, a saber, el cuidado y la conservación de la salud de los derechohabientes. Dicha ineficiencia ha provocado el desprestigio y la desconfianza en dichas instituciones que se encuentran plagadas de malos tratos, deshumanización constante, despotismo, negligencia, apatía, indolencia, indiferencia y frialdad por parte de varios de sus trabajadores.

Además de lo referido, debido al cambio en la concepción y aplicación de la Seguridad Social en nuestro país, subsisten problemas esenciales de organización de los servicios médicos donde subyace una ineficiencia alarmante que se ve agravada día con día debido a la falta de recursos materiales, humanos, técnicos y financieros que en conjunto con muchos otros factores como son la duplicidad en diversas funciones, desprecio a los conocimientos emanados de otras áreas del conocimiento diferentes a la medicina, desconexión de la educación con las exigencias de la comunidad, insuficiencia operativa del sistema de atención de primer nivel y una saturación impresionante del tercer nivel, entre muchos otros problemas, nos permiten dilucidar sin temor a equivocarnos, un horizonte consumadamente sombrío en el sector salud.

Es por lo anterior que se mencione que existen deficiencias cuantitativas y cualitativas en la prestación y formación de recursos humanos enfocados a la salud, encontrando en el área de recursos humanos un panorama muy lamentable debido a la ausencia total de planificación en el sector y a una ruptura irresponsable y cobarde con las necesidades sociales.¹⁰⁰

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁰⁰ De la Fuente, J.; Garza. E. y Gutiérrez, A. "La Formación del Médico del Siglo XXI y el Plan Único de Estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM", Educ. Med. Salud, México, 1994.

Todo lo precedente ha originado una preocupación genuina en encontrar las causas, motivos y orígenes de dicha situación que permitan frenar y revertir la problemática imperante; por lo que considero necesario realizar una ardua y profunda investigación en dichas Instituciones que indague **sí existe una relación entre los factores socioeconómicos del médico y la satisfacción del derechohabiente en las instituciones de salud pública y particularmente del área de consulta externa del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE**, para así saber específicamente en que grado dichos agentes condicionan al médico a seguir una conducta determinada y si realmente estos se relacionan con la satisfacción del derechohabiente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La investigación es conveniente debido a que al conocer los factores socioeconómicos que afectan al médico e intervienen en la satisfacción del derechohabiente, entonces podré dar un sustento objetivo mediante el cual contribuiré a que las organizaciones y en especial las pertenecientes a los Sistemas de Salud ponderen y evalúen estos factores en relación directa con su eficiencia y productividad, que redundara en lograr la satisfacción al derechohabiente.

Lo anterior constituye una línea de acción central en el Plan Nacional de Desarrollo (2001-2006), que considera como una prioridad *“promover que las actividades de investigación científica y desarrollo tecnológico se orienten de manera creciente a atender problemas que afectan el bienestar de la población, fundamentalmente en temas prioritarios como la salud..., tomando en cuenta que la ciencia básica es una prioridad para la educación y el desarrollo cultural del país”*.¹⁰¹

En cuanto a la relevancia social de la investigación, esta es trascendente debido a que contempla conocer la relación que existe entre los factores socioeconómicos del médico y la satisfacción del derechohabiente, por lo que los principales beneficiarios serán precisamente los usuarios directos del *área de consulta externa del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE*; dicho lo anterior, se puede observar que el alcance social es sustancial debido a que beneficiara a las clases sociales más desprotegidas que acuden a este tipo de instituciones y por ende coadyuvara al desarrollo social de nuestro país.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁰¹ PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (2001-2006).

La Investigación propuesta tendrá una implicación práctica debido a que esta enfocada a resolver un problema de la vida diaria, como lo es la atención médica. También posee un valor teórico ya que es posible su generalización a otras instituciones publicas de salud, así como sugerirá ideas y recomendaciones para lograr la satisfacción al derechohabiente.

Finalmente, la investigación proporcionara nuevos elementos de juicio en el desarrollo de la administración de recursos humanos que sin lugar a dudas, hoy en día, es un campo del conocimiento con enormes expectativas de desarrollo para contribuir a la fortaleza y grandeza de nuestras instituciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

- ☞ Los factores socioeconómicos del médico influyen en la satisfacción del derechohabiente.

HIPÓTESIS NULA:

- ☞ Los factores socioeconómicos del médico no influyen en la satisfacción del derechohabiente.

VARIABLES

Variable Dependiente:

- ☞ La satisfacción del derechohabiente.

Variable Independiente:

- ☞ Los factores socioeconómicos del médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Factores socioeconómicos.- Consisten en las interacciones que se generan entre el trabajo y su medio ambiente social y económico. Estos se dividen en aquellos que afectan las condiciones de la organización y los que atañen al trabajador abarcando su situación personal derivada de las circunstancias familiares o de la vida privada fuera del trabajo. Todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.

Los factores a tomar en cuenta durante la investigación estarán basados principalmente en los elementos socioeconómicos que conciernen al médico, y serán los siguientes:

☛ Nivel socioeconómico:

- Nivel de Ingreso.
 - Proporcionado por la Institución.
 - Externo.
- Tipo de casa habitación.
- Tipo de vehículo.
- Compromisos Económicos.
 - Internos.
 - Externos.

☛ Origen familiar.

☛ Aspectos demográficos:

- Edad.
- Sexo.
- Estado Civil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Satisfacción del derechohabiente.- Constituye el grado de complacencia por el servicio otorgado que tiene la persona con derecho a la prestación del servicio de salud por parte del ISSSTE.

Esta variable ya ha sido abordada por investigaciones precedentes dentro de las cuales destacan principalmente las realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública. Basándose en lo anterior, los aspectos a considerar en la satisfacción del derechohabiente serán:

- ☞ Tiempo de espera.
- ☞ Atención y trato del médico.
- ☞ Información presentada por el médico sobre la enfermedad.
- ☞ Percepción de alivio de la enfermedad.

REGISTRO CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Establecer la relación que existe entre los factores socioeconómicos del médico y la satisfacción del derechohabiente en el área de consulta externa del *Centro Medico Nacional 20 de Noviembre*.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la relación que existe entre los factores socioeconómicos del médico y la satisfacción del derechohabiente.
- Identificar qué factores socioeconómicos del médico afectan la satisfacción del derechohabiente.
- Citar los factores socioeconómicos del médico que condicionan la satisfacción del derechohabiente.

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

PREGUNTA GENERAL:

- ¿Qué relación existe entre los factores socioeconómicos del médico y la satisfacción del derechohabiente en el área de consulta externa del *Centro Medico Nacional 20 de Noviembre*?

PREGUNTAS ESPECIFICAS:

- ¿Está relacionada la satisfacción del derechohabiente con los factores socioeconómicos que afectan al médico del *área de consulta externa del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre* del ISSSTE?
- ¿Qué factores socioeconómicos afectan al médico que proporciona atención al derechohabiente del *área de consulta externa del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre* del ISSSTE?

EFECTOS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICIÓN DEL TIPO DE INVESTIGACIÓN A REALIZAR

La presente investigación fue iniciada como un **estudio exploratorio** debido a las siguientes razones:

- ☞ El problema de la investigación ha sido poco estudiado y refiriéndose específicamente a los factores socioeconómicos del médico, observamos que no han sido abordado con antelación.
- ☞ Al revisar la lectura existente, se observó y comprobó que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio.

Por otra parte, esta indagación me permitió familiarizarme con el fenómeno relativamente desconocido, para obtener así mayor información y tener la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa.

Así mismo, al iniciar con este tipo de estudio se pudieron determinar tendencias e identificar relaciones potenciales entre variables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación fue *no experimental* debido a que no se manipularan deliberadamente las variables independientes y se basó en variables que se dieron en la realidad sin la intervención directa del que suscribe. Fue con un enfoque **prospectivo**.

Por otra parte, fue un diseño *transversal descriptivo* porque se realizaron observaciones en un momento único en el tiempo y se midieron variables de manera individual y también se reportaron las mediciones.

Este tipo de diseño fue elegido puesto que es más natural y cercano a la realidad cotidiana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN

1. Unidad de Análisis:

- ☞ Área de consulta externa del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

2. Delimitación de la Población:

- ☞ Médicos de diferentes servicios laborando en el área de consulta externa.
- ☞ Pacientes que asistieron al área de consulta externa en el periodo comprendido entre el mes de junio de 2002 a enero del año 2003.

3. Características de la Población:

- ☞ Médicos cirujanos especialistas.
- ☞ Pacientes subsecuentes referidos a la atención de alta especialidad.

EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA

1. Tamaño de la Muestra:

- ☞ Con un 95% de confianza:

1. 53 médicos.
2. 212 pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. Elementos Muéstrales:

☞ Todos los que me permitan detectar la problemática.

3. Tipo de Muestreo:

☞ Probabilístico, debido a que todos los elementos tuvieron la posibilidad de ser seleccionados.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Médicos y pacientes que no se encuentren en la consulta externa.
2. Rechazo a la entrevista por parte del médico.
3. Rechazo a la entrevista por parte del paciente.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Médicos que sean separados o rescindidos del área de consulta externa durante el desarrollo de la investigación.
2. Pacientes que sean referidos a otra institución para su tratamiento.
3. Negación del paciente a proporcionar el nombre del médico que lo atendió.
4. Negación del médico a proveer el nivel de ingresos externos percibidos.

TECIC CON
FALLA DE ORIGEN

RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

RECOPILACIÓN DE DATOS

Se utilizaron las siguientes técnicas de investigación:

1. Observación directa dentro de la unidad investigada mediante el orden siguiente:

A. Se realizaron observaciones a través de las cuales se acumularon datos en bruto de cuyo análisis dependió el conocimiento objetivo de los fenómenos estudiados.

B. Se llevaron a cabo las observaciones que permitieron identificar y seleccionar los hechos que tuvieron alguna significación.

C. Se realizaron las operaciones mediante las cuales se determinaron, aislaron y dedujeron las instancias empíricas relevantes para la reconstrucción y explicación de los fenómenos, en las condiciones en que fueron considerados.

La observación realizada fue: estructurada(sistemática y controlada), con la participación directa del observador de manera individual y efectuada directamente en el campo de estudio.

2. Se utilizaron 2 tipos de entrevistas, la primera para conocer la satisfacción de los derechohabientes y la segunda para conocer los factores socioeconómicos de sus médicos; ambas me permitieron captar información abundante y básica sobre el problema. Estas fueron realizadas y diseñadas tomando en cuenta los siguientes criterios:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- A. Formales, debido a que dirigieron la atención a partir de un tema central.
- B. Estructuradas, porque las preguntas fueron planteadas en un orden preestablecido y se formularon con los mismos términos.
- C. Focalizadas, puesto que consistieron en un asunto concreto.

Dichas entrevistas fueron practicadas a cada miembro que integro las unidades de observación establecidas y estuvieron instrumentadas basándose en los siguientes:

- A. Para medir la satisfacción del derechohabiente se elaboró un diseño de entrevista tomando como fundamento los siguientes:
 - a. Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica del Sistema Nacional de Evaluación.¹⁰²
 - b. Investigaciones sobre satisfacción de usuarios de servicios médicos realizadas por Wolf M., Rees L. y Linder S.¹⁰³

Los anteriores fueron modificados y adaptados para responder a las necesidades de la presente investigación.

El diseño de entrevista se encuentra integrado por datos demográficos de los derechohabientes dentro de los que destaca su nivel de estudios; después se encuentran las preguntas orientadas a conocer su percepción sobre la atención que le brinda su médico, donde encontramos que para cada pregunta realizada durante la entrevista se proporcionaron cinco alternativas de respuesta tipo Likert (Nunca, A veces, Regularmente, Frecuentemente, Siempre) a las cuales se les

¹⁰² Utilizado por Cruz Velasco para medir la Calidad en la Atención a los Usuarios.

¹⁰³ Utilizadas por García Acosta para medir la Satisfacción del Paciente.

asigno un valor del 1 al 5. Finalmente se añadieron dos preguntas que contemplan los tiempos de espera tanto en el otorgamiento de la cita médica, como en el generado en aguardar la atención por parte del médico. (ver ANEXO I)

Es necesario mencionar que al término de cada entrevista se solicitó al derechohabiente el nombre del médico que lo había atendido para de esta forma poder correlacionar ambas variables.

- B. Para investigar los factores sociales y económicos del médico, el diseño de la entrevista fue elaborado tomando en cuenta estudios socioeconómicos bancarios y comerciales, así como en las observaciones realizadas previamente en el Centro Médico.

Este instrumento comprendió aspectos relacionados al nivel de ingresos del médico, al tipo de su casa habitación, tipo de vehículo, compromisos económicos, situación familiar, y variables demográficas. (ver ANEXO II)

Los anteriores instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto practicada tanto a derechohabientes como a médicos con el fin de determinar su confiabilidad y validez. De esta forma se modificaron los instrumentos previos y se elaboraron los diseños de entrevista definitivos a ser aplicados.

Cabe señalar que tanto las observaciones como las entrevistas practicadas a derechohabientes y médicos fueron realizadas íntegramente por el que suscribe.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTO

Es necesario señalar que para llevar a cabo la presente investigación, fue necesario solicitar autorización a la Comisión de Investigación y Ética del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, la cual lo aprobó en términos de Calidad Técnica y Mérito Científico.

Por otra parte se contó con el apoyo invaluable de la Coordinación de Investigación, la Coordinación de Relaciones Hospitalarias y la Dirección de Personal quienes amablemente proveyeron todas las facilidades para llevar a buen término este estudio.

Entrevistas Derechohabientes

Para realizar estas entrevistas acudí personalmente a los diferentes pisos de la torre de consulta externa del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE donde se encuentran los pacientes de las diferentes especialidades. Una vez ahí me presenté y pregunté si era paciente subsecuente, en caso afirmativo, solicité su atención para que me permitiera realizar una entrevista con la finalidad de conocer su satisfacción sobre el servicio médico proporcionado indicando claramente la confidencialidad absoluta de sus respuestas y comentarios, así como del noble propósito de este estudio. A los derechohabientes que me otorgaron su *consentimiento bajo información* para realizar la entrevista fueron a los que se incluyeron en la presente investigación.

Cabe señalar que las autoridades de este Centro Médico me dispusieron de un espacio físico apropiado para realizar las entrevistas que permitió la privacidad y comodidad en cuanto a mobiliario, iluminación y ventilación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Entrevistas Médicos

La Dirección de Personal del Centro Médico me proporciono la plantilla física de médicos para de esta forma poder encontrar a aquellos que me habían referido los pacientes. Una vez localizados acudí de forma personal ante ellos indicando claramente las finalidades académicas de la investigación y la confidencialidad absoluta con que serían manejadas sus respuestas y comentarios, así como del noble propósito de esté estudio. A los médicos que me otorgaron su *consentimiento bajo información* para realizar la entrevista fueron a los que incluí en la presente investigación.

Estas entrevistas fueron practicadas directamente en el consultorio u oficina del médico por lo que su confidencialidad y comodidad fue la apropiada.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Este se realizó primeramente de manera manual, mediante la elaboración de hojas de trabajo(formatos y hojas tabulares), para posteriormente utilizar medios electrónicos debido a que los datos fueron procesados mediante una hoja de calculo electrónica (EXCELL) utilizando una computadora personal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Esta fase de la investigación abarco e incorpore el análisis, la síntesis y la interpretación de los datos obtenidos y su realización respondió a las interrogantes de la investigación; esto es, encontrar las conexiones entre la satisfacción del derechohabiente y los factores socioeconómicos del médico.

Para la realización de la presente etapa se utilizaron las siguientes técnicas estadísticas:

1. Análisis nominal y ordinal simple (utilizando: razones, proporciones, porcentajes y tasas).
2. Análisis intercalar (utilizando: medidas de tendencia central y de dispersión).

Así mismo se utilizaron medios electrónicos debido a que los datos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS versión 10.10, utilizado en una computadora personal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LIMITES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente Investigación contiene las siguientes restricciones y salvedades:

- ☞ La investigación realizada esta circunscrita únicamente al espacio de la indagación, esto es, al *Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"*, por lo que sus interpretaciones deberán referirse a dicho espacio.
- ☞ Con base a lo anterior sus resultados no podrán aplicarse a todas las Instituciones de Salud.
- ☞ Debido a que el estudio solo permitía evaluar la satisfacción de los pacientes con referencia a lo proporcionado por el médico, los demás trabajadores de este Centro Médico no fueron estudiados, por lo que se tiene la inquietud de extender este tipo de estudios en un futuro no muy lejano.

Es necesario mencionar que esta investigación no pretendió dañar la imagen de las Instituciones de Salud y mucho menos la del Centro Medico Nacional "20 de Noviembre", ya que tan solo aspiró y anheló dar a conocer la problemática imperante en dicha institución para proponer alternativas de solución que permitan su magnificencia en nuestro país.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VI

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

SATISFACCIÓN DEL DERECHOHABIENTE

Conforme a la metodología descrita, se entrevistaron a 212 derechohabientes que asisten a la consulta externa del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, obteniendo los siguientes resultados:

El promedio de edad de los derechohabientes entrevistados es de 46 años, siendo el mínimo de 1 año¹⁰⁴ y el máximo de 86, teniendo una desviación estándar de 20.38, encontrando que el 14.6% de las personas son menores de edad. Por otra parte es necesario hacer mención que el 73.1% tienen entre 40 y 86 años de edad, teniendo una mayor frecuencia las personas de 50 años.

El sexo de los derechohabientes preponderantemente fue femenino al tener una frecuencia de 141(66.5%) por lo que la frecuencia del sexo masculino fue de 71(33.5%). (Gráfica 1)

En el tipo de derechohabiente observamos que la mayoría son trabajadores seguidos de los beneficiarios, encontrando una frecuencia de 94(44.3%) y 74(34.9%) respectivamente, después tenemos a los pensionados con una frecuencia de 23(10.8%) y finalmente a los jubilados con 21(9.9%). (Gráfica 2)

Encontramos que el estado civil que abunda principalmente es el de casado, representando más de la mitad de la población entrevistada al tener una frecuencia de 107(50.5%), seguido del estado de soltería con 78(36.8%), el de viudez con 18(8.5%), divorcio con 5(2.4%) y finalmente unión libre con 4(1.9%). (Gráfica 3)

¹⁰⁴ Cabe resaltar que se decidió incluir las edades de los niños que asisten a la consulta, obviamente mediante sus padres, para no afectar los resultados del estudio, sin embargo las respuestas de las entrevistas fueron contestadas por el padre o madre que siempre esta junto con su hijo durante la consulta.

En el nivel de estudios encontramos sorprendentemente una preeminencia del nivel licenciatura con una frecuencia de 51(24.1%) seguido por el nivel primaria con 44(20.8%), secundaria con 29(13.7%), técnico con 25(11.8%), preparatoria con 23(10.8%), maestros normalistas con 19(9%), sin instrucción con 17(8%), maestría con 3(1.4%) y finalmente un doctorado (0.5%). Cabe resaltar que se trata de una población pensante, ya que un 45.8% poseen una instrucción igual o superior al nivel bachillerato. (Gráfica 4)

El origen de dónde llegan los pacientes a consulta es el siguiente: El 60.5% proceden del Distrito Federal, el 30.7% provienen del interior de la Republica, y el 8.8% restante arriban del Estado de México. (Gráfica 5)

Las especialidades más concurridas son en primer lugar Cardiología con un 11.8%, seguida de Oncología con un 9.9%, después Ortopedia con un 8%, Gastroenterología con un 7.1%, Otorrinolaringología con el 5.7%, Ginecología con el 5.2%, Hematología con el 4.2%, Cirugía Cardiovascular, Neurología y Psiquiatría con un 3.8% cada una; Dermatología, Foniatria y Audiología y Medicina Interna con un 3.3% también cada una; Hemodinamia, Maxilofacial, Neurocirugía y Reumatología con el 2.8% cada una; Neurología Pediátrica con el 1.4%; Clínica del Dolor, Endocrinología, Inmunología, Perinatología y Reproducción Humana con el 0.9% cada una y finalmente Endoscopia, Neonatología, Neumología, Transplantes y Urología cada una con el 0.5%. (Gráfica 6)

Cabe mencionar que Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Hemodinamia aglutinan un total de 18.4%, por lo que sin lugar a dudas representan un área muy importante debido a su alta demanda.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Veamos ahora cada una de las preguntas realizadas a los entrevistados, comenzando con el cuestionamiento que tiene que ver con la relación que guarda el médico tratante con su paciente:

A la primer pregunta formulada: **¿le atiende el médico con el que realiza su cita?**, Un 17.9% respondió que nunca y un 14.2% manifestó que a veces, por lo que un 32.1% perciben desfavorable a la interrogante; sin embargo, un 9% declaró que regularmente, un 14.2% que frecuentemente y un aplastante 44.8% reveló que siempre. No obstante lo anterior, casi una tercera parte de los entrevistados afirmaron que nunca o a veces les atiende el médico con que realiza su cita, por lo que esto es muy grave debido a la repercusión que tiene en la buena relación entre el paciente y su médico. Lo anterior es debido a que el paciente es atendido por diferentes médicos a la vez, o bien cada que tiene consulta lo atiende un médico diferente o peor aún es atendido por médicos residentes. (Gráfica 7)

La segunda interrogante: **¿El médico le pregunta sobre las principales molestias que presenta?** El 75.9% refieren que siempre, 9% que frecuentemente y 14% que regularmente; no obstante el 8.5% afirman que nunca o a veces se les pregunta. Esto sin lugar a dudas aunque en un muy bajo porcentaje refleja una falta de atención mínima por parte del médico tratante. (Gráfica 8)

Sobre el tercer cuestionamiento: **¿El médico le revisa personalmente?** El 24.1% manifestaron que nunca o a veces; esto principalmente esta relacionado a que aunque esté el médico tratante, el que lo revisa es el médico residente. Pero el 70.8% refirieron que siempre o frecuentemente son revisados personalmente por el médico, lo cual nos permite discernir que existe un alto porcentaje de médicos que cumplen con su deber frente al enfermo. (Gráfica 9)

Al respecto de sí **¿En la revisión utiliza algún material, herramienta o equipo?** Casi la mitad de la muestra, el 45.3% aseguró que nunca o a veces y el 49.1%

que siempre o frecuentemente, por lo que podemos ver, es una respuesta completamente dividida, lo cual nos permite considerar que prácticamente la mitad de los pacientes tan solo pasan a una revisión en la cual no se utilizan los elementos necesarios para su exploración, desde la óptica del paciente, lo cual a mi juicio es muy grave. (Gráfica 10)

Ahora conozcamos aquellas interrogantes que tienen que ver con la información que el médico proporciona a su paciente sobre su enfermedad:

El 12.3% afirmó que nunca o a veces **el médico le informa sobre la enfermedad que padece**, pero el 82.5% manifestó lo contrario, es decir que siempre o frecuentemente le informa, por lo que considero que es un alto porcentaje que refleja la gran información que se le otorga al paciente sobre su enfermedad. No obstante lo anterior, llama la atención que una parte de los pacientes entrevistados hayan manifestado la falta de información de la enfermedad por parte del médico, lo cual aunque es un bajo porcentaje, no deja de ser preocupante debido a la importancia que posee este tipo de información. (Gráfica 11)

Sobre **la explicación de las causas de la enfermedad del paciente**, el 25.9% expresó que nunca o a veces se las explican, sin embargo el 67.5% enunció que siempre o frecuentemente le son explicadas. Cabe mencionar que en esta pregunta se trata de profundizar un poco más sobre la información que obtiene el paciente por parte del médico por lo que podemos observar que aumenta significativamente al doble de la anterior pregunta la falta de esclarecimiento sobre la enfermedad. (Gráfica 12)

Con respecto a **las consecuencias que puede producir su enfermedad**, el 28.3% consideró que nunca o a veces se las mencionan, lo cual a mi juicio es muy grave, ya que casi una tercera parte de los pacientes desconocen en cierta forma sus perspectivas frente a la enfermedad; Sin embargo al 66% siempre o

frecuentemente se les mencionan las consecuencias, lo cual refleja un gran aliciente ante esta problemática. (Gráfica 13)

El 75.5% de los entrevistados afirma que siempre o frecuentemente se **les ordenan estudios de laboratorio, rayos x, etc.** lo cual es muy importante desde la perspectiva del paciente ya que siente que le están tomando en cuenta al investigar sobre su padecimiento; a pesar de lo referido el 19.3% indican que nunca o a veces se les ordenan estudios, lo cual produce obviamente la advertencia en el derechohabiente de que no se le esta tomando su enfermedad seriamente. (Gráfica 14)

Sobre la explicación de **por qué le tienen que hacer esos estudios**, el 15.1% afirmó que nunca les explican y el 9% que a veces; no obstante el 70.7% refirió que siempre o frecuentemente se les explican las razones para hacerles los estudios. Pero notemos que al 24.1% nunca o a veces se les da la referida explicación, por lo que denota cierto desinterés por parte del médico tratante a exponer ante su paciente argumentos sobre el particular. (Gráfica 15)

El 82.5% de los entrevistados aseguró que siempre o frecuentemente **el médico le señala la forma de tomarse los medicamentos**; sin embargo el 11.8% manifestó que nunca o a veces le señalan y el 9.4% que no le mandan medicamentos. Las medicinas, aunque a veces no son necesarias, constituyen un satisfactor muy importante ante el paciente ya que le hacen pensar a éste que se le esta dando algo para aliviarlo. No obstante si no es esencial dar medicamentos en ese momento no es algo que menoscabe la relación médico-paciente, al contrario puede ser un reflejo de la veracidad con que se conduce un médico ante el enfermo. No obstante todo lo referido, también puede ser una manifestación expresa de desatención vital para el paciente. (Gráfica 16)

El 36.8% afirmaron que nunca o a veces se **les da una explicación sobre los posibles efectos o reacciones secundarias del medicamento**, esto es muy

grave y alarmante, ya que de ahí se desprenden problemas colaterales que pueden llegar a ser muy serios debido a la falta de una información que es altamente trascendental en la vida de un paciente por lo que refleja notoriamente un exacerbado desinterés del médico ante su paciente; A pesar de lo referido el 47.1% mencionaron que siempre o frecuentemente les explican los efectos o reacciones secundarias, lo cual mitiga un poco la problemática descrita. (Gráfica 17)

La interrogante que refiere **la información que otorga el médico sobre los cuidados que el paciente debe guardar durante su tratamiento** se observa que el 77.4% siempre o frecuentemente recibe esa información por parte del médico, pero el 14.6% nunca o a veces lo recibe. Aunque aparentemente parezca un bajo porcentaje, los cuidados que el paciente debe guardar durante su tratamiento son de suma importancia para lograr una cura eficaz. (Gráfica 18)

Aunque parezca increíble al 22.6% de los entrevistados, **el médico nunca o a veces le aclara sus dudas**, lo cual obviamente es muy lamentable ya que casi una cuarta parte no se les permite disipar las incertidumbres que tienen sobre su enfermedad y da un claro reflejo de la pésima relación que existe entre el paciente y su médico. No obstante, el 71.2% siempre o frecuentemente le son aclaradas, por lo que en su mayoría los médicos están concientes de la gran importancia que tiene esto en el éxito o fracaso terapéutico. (Gráfica 19)

Observemos ahora con detenimiento aquellas preguntas que tienen que ver con el trato que el médico otorga al paciente:

El 83% de los pacientes entrevistados reconocieron que **el trato del médico** siempre o frecuentemente **es cordial**, lo cual nos permite admitir que en este Centro Médico Nacional los malos tratos han disminuido considerablemente, ya que solo el 2.8% consideró que el trato del médico nunca es cordial y el 5.7% reflexionó que a veces es cordial. No obstante el 8.5% sigue siendo un porcentaje

digno de tomarse en cuenta, ya que de ninguna manera se puede tolerar que existan malos tratos por parte de aquellos que deben de ser reflejo de la calidez humana. (Gráfica 20)

El 92.4% coinciden en afirmar que siempre o frecuentemente **el médico es respetuoso con su paciente**, por lo que tan solo el 3.8% piensan que nunca o a veces el médico es respetuoso. De lo anterior solo puedo afirmar que es ineludible aplaudir enormemente el respeto del médico de este hospital hacia la dignidad humana. (Gráfica 21)

El 79.8% aseveran que siempre o frecuentemente **sienten que su médico les escucha**; Sin embargo, el 13.2% afirman que nunca o a veces sienten que les escucha. El porcentaje anterior aunque bajo refleja cierta falta de confianza del paciente hacia su médico, ya que el sentirse escuchado es parte fundamental de la satisfacción de un paciente. (Gráfica 22)

El 75% de los entrevistados advierten que siempre o frecuentemente **su médico les entiende**; no obstante el 18.9% piensan que nunca o a veces les entiende. Este porcentaje es muy alto si consideramos que la percepción del paciente con respecto a que el médico le entienda o no sobre su problemática es un reflejo claro de la relación médico-paciente que existe, por lo que conviven todavía barreras que no permiten una buena comunicación que permita lograr mejores resultados terapéuticos. (Gráfica 23)

En la interrogante sobre si el paciente **piensa que su médico le otorga el tiempo necesario durante la consulta**, el 23.6% consideró que nunca o a veces y el 68.3% pensó que siempre o frecuentemente. Por lo tanto, estamos hablando de que casi una cuarta parte de los entrevistados consideran poco satisfactorio el tiempo que el médico les dedica durante la consulta, esto se debe principalmente a la rapidez con que se les quiere ver debido al exceso de pacientes que confluyen a determinada hora. Sin embargo es justo mencionar que una gran

parte de los derechohabientes consideran adecuado el tiempo otorgado. (Gráfica 24)

La pregunta global que cuestiona si el paciente **considera que su medico le brinda una atención adecuada** nos indica que 64.6% mencionaron que siempre, 13.2% que frecuentemente, 9.9% que regularmente y un 12.3% que nunca o a veces. Lo anterior nos permite dilucidar que un 77.8% de los entrevistados consideran una atención médica adecuada por parte de su médico por lo que resulta muy favorable que tres cuartas partes de los derechohabientes lo piensen así. Sin embargo tenemos que indagar porque la otra parte aunque menor, no lo considera de esa manera. (Gráfica 25)

Advirtamos ahora que sucede con la percepción que tiene el paciente sobre su malestar desde que lo esta tratando su médico:

Vemos entonces que un 6.1% **consideran que su malestar no ha desaparecido nada**, 17.5% refieren que muy poco, 44.3% que regular, 24.5% que mucho y solo el 7.5% que completamente. De lo anterior se desprende que casi la mitad de los entrevistados piensan que su malestar ha desaparecido de forma regular, lo que refleja cierta estabilidad en su enfermedad, sin embargo el 23.6% indican que nada o muy poco, pero el 32% que mucho o completamente. Es importante mencionar que aquellos que admiten que su malestar ha desaparecido completamente solo asisten a revisión, y es muy halagador ver sus sonrisas de agradecimiento con el médico que los atiende; no obstante en la otra parte tenemos a los de nada o muy poco que sin lugar a dudas reflejan su frustración ante la atención médica. (Gráfica 26)

Ahora veamos con detenimiento las últimas dos preguntas referidas principalmente a los tiempos de espera que tienen que ver principalmente con la organización y estructuración de la atención médica que proporciona el Centro Médico:

El 40.6% de los entrevistados refieren que **esperan** más de dos meses **desde que solicitan su cita medica hasta que se la otorgan**, este dato es sombrío y completamente carente de respeto a la dignidad del enfermo ya que con el alegato de que si es urgente se presenten en atención continua se piensa que el paciente no tiene derecho a asistir con regularidad a ver a su médico. Por otra parte tenemos que 14.6% espera de 46 a 60 días, 3.8% de 31 a 45 días, 23.6% de 15 a 30 días y 17.5% esperan menos de 15 días. (Gráfica 27)

Advirtamos ahora la última pregunta que yo considero cardinal, ya que demuestra una **FALTA TOTAL DE ORGANIZACIÓN** en la atención médica que brinda este Centro Médico Nacional. Tenemos entonces que el 7.5% esperan menos de treinta minutos en ser atendidos por su médico el día de su cita médica, el 19.3% esperan de 30 a 60 minutos, el 2.8% esperan de 61 a 90 minutos, el 13.2% esperan de 91 minutos a dos horas y el dato más alarmante que los precedentes es que **el 57.1% ESPERAN MÁS DE DOS HORAS EN SER ATENDIDOS POR SU MÉDICO EL DIA DE SU CITA MEDICA**, cuando menciono más de dos horas estamos hablando de tres, cuatro o hasta cinco horas esperando para ser vistos por su médico, no es posible que más de la mitad de los derechohabientes entrevistados aguarden este tiempo. (Gráfica 28)

Las causas de lo referido serán revisadas con detenimiento en el Análisis de Observaciones, donde se aborda claramente la desorganización imperante en las citas médicas donde se advierte con tristeza una alarmante simulación y peor aún, una deshonestidad a la Institución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE INTERSECCIONES ENTRE VARIABLES

Satisfacción del Derechohabiente

Se realizaron intersecciones con diversas variables con la finalidad de observar si existía alguna relación válida encontrándose los siguientes hallazgos:

NIVEL DE ESTUDIOS (Gráfica 29A y 29B)

Veamos ahora con base en los diferentes niveles de estudios como contestaron a las siguientes preguntas:

¿Le atiende el médico con quien realiza su cita?

Las personas de nivel licenciatura en un 65% afirmaron que siempre o frecuentemente, en contraste con los de nivel técnico quienes solo manifestaron un 40%.

Por el contrario, los de nivel técnico respondieron en un 52% que nunca o a veces, es decir más de la mitad de los entrevistados; a diferencia de los de nivel licenciatura quienes tan solo declararon un 24%, limitadamente una cuarta parte.

¿El médico le revisa personalmente?

Los de nivel preparatoria seguidos por los de licenciatura contestaron que siempre o frecuentemente en un 78% y 75% respectivamente, en comparación con los de nivel técnico que solo alcanzaron un 64%.

Por otro lado el 36% de los de nivel técnico afirmaron que nunca o a veces en contraste con los de preparatoria con el 13% y licenciatura con el 25%.

¿En la revisión utiliza algún material herramienta o equipo?

El nivel licenciatura tiene un 55% de respuestas favorables de siempre o frecuentemente a diferencia del nivel preparatoria con solo el 39%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así mismo el 22% de los de nivel primaria contestaron que nunca a veces en contraste con los normalistas con solo un 7%.

¿Le informa sobre la enfermedad que padece?

El nivel preparatoria con un 100% de respuestas de siempre o frecuentemente seguido del nivel licenciatura con el 86%, en comparación con un 53% del nivel normal.

Por otra parte el 26% del nivel normal afirmaron que nunca o a veces en total contraste con el 0% de la preparatoria y 10 % de la licenciatura.

¿Le explica las causas de su enfermedad?

Un 91% de los de nivel preparatoria afirmaron que siempre o frecuentemente a diferencia de un 47% de los normalistas.

En total contraste el 37% del nivel normal aseveraron que nunca o a veces con solo el 9% de los de preparatoria.

¿Le menciona que consecuencias puede producir su enfermedad?

Nuevamente el nivel preparatoria consigue un 87% en respuestas de siempre o frecuentemente y el nivel secundaria obtiene solo el 59%.

Por otra parte el nivel técnico alcanza un 36% en respuestas de nunca o a veces logrando el nivel preparatoria solo el 13%.

¿Le ordena estudios de laboratorio, rayos X, etc.?

El 28% de los entrevistados de nivel secundaria afirmaron que nunca o a veces en contraste con solo el 14% de los de nivel licenciatura.

¿Le explica por qué le tienen que hacer esos estudios?

El 82% del nivel primaria aseveraron que siempre o frecuentemente a diferencia de los de secundaria con solo el 52%.

Aunado a lo referido, el 41% del nivel secundaria declararon que nunca o a veces en contraste con el 16% de la primaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Le señala la forma de tomarse los medicamentos?

El 91% del nivel preparatoria afirmaron que siempre o frecuentemente a diferencia de solo el 76% del nivel técnico.

¿Le explica sobre los posibles efectos o reacciones del medicamento?

El 61% del nivel preparatoria dijeron que siempre o frecuentemente en contraste de solo el 26% del nivel normal.

Aunado a lo referido el 58% de los normalistas aseveraron que nunca o a veces a diferencia del 26% del nivel preparatoria.

¿Le informa sobre los cuidados que debe de guardar durante su tratamiento?

El 84% del nivel licenciatura afirmaron que siempre o frecuentemente en comparación con el 63% del nivel normal.

Por otra parte el 28% de los entrevistados de nivel técnico aseguraron que nunca o a veces en contraste con el 10% de licenciatura.

¿El médico le aclara sus dudas?

El 87% del nivel preparatoria asevero que siempre o frecuentemente a diferencia de solo el 60% del nivel técnico.

Aunado a lo anterior el 36% del nivel técnico aseguro que nunca o a veces en contraste con el 0% del nivel preparatoria.

¿El trato del médico es cordial?

El 89% de los entrevistados del nivel primaria aseguraron que siempre o frecuentemente en diferencia con el 76% del nivel técnico.

Adjunto a lo referido el 20% del nivel técnico afirmo que nunca o a veces en contraste con el 0% del nivel preparatoria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿El trato del médico es respetuoso?

El 100% de los entrevistados del nivel preparatoria aseguraron que siempre o frecuentemente en contraste con el nivel secundaria que alcanzó el 86% seguido de los niveles licenciatura y normal con 88% y 89% respectivamente.

¿Siente que su médico le escucha?

El 96% del nivel preparatoria considero que siempre o frecuentemente en clara diferencia con el 68% del nivel normal.

En conjunto con lo anterior el 26% de los normalistas afirmaron que nunca o a veces en contraste con el nivel preparatoria que solo alcanzo el 4%.

¿Siente que su médico le entiende?

Los entrevistados de nivel primaria junto con la preparatoria en un 89% y 87% respectivamente aseguraron que siempre o frecuentemente a diferencia del nivel técnico con el 60% y normal con el 63%.

Aunado a lo referido el 28% del nivel técnico y el 26% del nivel normal afirmaron que nunca o a veces en contraste con solo el 11% de la primaria y 13% del nivel preparatoria.

¿Piensa que su médico le otorga el tiempo necesario durante la consulta?

Nuevamente los de nivel primaria refirieron en un 89% que siempre o frecuentemente, seguidos de los de preparatoria con un 83%, sin embargo el nivel técnico afirmó tan solo un 48%.

En total oposición con lo referido el 48% del nivel técnico aseveró que nunca o a veces y el nivel primaria junto con el de preparatoria asintieron cada uno el 9%.

¿Considera que su médico le brinda una atención adecuada?

El 91% de los entrevistados de nivel preparatoria mencionaron que siempre o frecuentemente a diferencia del 63% del nivel normal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por su parte el nivel normal seguido del técnico registraron un 21% y 20% respectivamente en respuestas de nunca o a veces donde encontramos que el nivel preparatoria registro un 0%.

¿Considera que su malestar ha desaparecido?

Sorprendentemente el 57% de los entrevistados de nivel preparatoria manifestaron que mucho o completamente en contraste con el nivel técnico que registro un 16% seguido del nivel secundaria con el 17%.

Por otra parte el 34% de los entrevistados de nivel secundaria afirmaron que nada o muy poco a diferencia del nivel preparatoria que tan solo registro un 9%.

¿Cuánto tiempo espero desde que solicito su cita médica hasta que se la otorgaron?

Asombrosamente el 61% de las personas de nivel preparatoria esperaron 30 días o menos, en contraste con las de nivel normal que registraron un 26%.

Aunado a lo anterior el 74% de los normalistas esperó 46 días o más, siendo tan solo el 39% para el nivel preparatoria.

El día de su cita médica ¿cuánto tiempo esperó para ser atendido?

Extraordinariamente el 48% del nivel preparatoria esperó 60 minutos o menos en ser atendido, a diferencia del nivel normal y licenciatura con 16% y 18% respectivamente.

En contraste con lo referido el 84% del nivel normal y 80% del nivel licenciatura esperaron 91 minutos o más en ser atendidos en oposición al 48% del nivel preparatoria.

En las anteriores preguntas fue posible observar cierta diferenciación de respuestas debido al nivel educativo de los pacientes, siendo en algunos casos superiores a 40 puntos porcentuales, lo cual nos permite vislumbrar que este factor analizado influye parcialmente en la satisfacción de los derechohabientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE DERECHOHABIENTE

Veamos ahora con base en los diferentes tipos de derechohabientes como contestaron a las siguientes preguntas:

¿Le atiende el médico con quien realiza su cita?

El 64% de los trabajadores manifestaron que siempre o frecuentemente a diferencia de los jubilados que indicaron solo un 43%.

¿El médico le revisa personalmente?

El 83% de los pensionados afirmo que siempre o frecuentemente, en contraste con el 62% de los jubilados.

¿En la revisión utiliza algún material herramienta o equipo?

Los pensionados tienen un 57% de respuestas favorables de siempre o frecuentemente a diferencia de los jubilados con solo el 38%.

¿Le informa sobre la enfermedad que padece?

Los beneficiarios, trabajadores y pensionados respondieron que siempre o frecuentemente con un 85%, 83% y 83% respectivamente con una pequeña diferencia de los jubilados que aseveraron en un 71%.

¿Le menciona que consecuencias puede producir su enfermedad?

Los jubilados alcanzan un 38% en respuestas de nunca o a veces logrando los pensionados solo el 22%.

¿Le ordena estudios de laboratorio, rayos X, etc.?

El 95% de los jubilados entrevistados afirmaron que siempre o frecuentemente en contraste con el 71% de los trabajadores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Le señala la forma de tomarse los medicamentos?

El 100% de los jubilados afirmaron que siempre o frecuentemente a diferencia de solo el 78% de los pensionados.

¿Le explica sobre los posibles efectos o reacciones del medicamento?

El 61% de los pensionados dijeron que siempre o frecuentemente en contraste con el 38% de los trabajadores.

¿Le informa sobre los cuidados que debe de guardar durante su tratamiento?

El 100% de los jubilados afirmaron que siempre o frecuentemente en comparación con el 74% de los pensionados y beneficiarios y el 76% de los trabajadores.

¿El médico le aclara sus dudas?

El 35% de los pensionados aseguro que nunca o a veces en contraste con el 16% y 19% de los beneficiarios y jubilados respectivamente.

¿Piensa que su médico le otorga el tiempo necesario durante la consulta?

Los jubilados refirieron en un 76% que siempre o frecuentemente, seguidos de los pensionados y beneficiarios con un 74%, sin embargo los trabajadores afirmaron solo un 61%.

¿Considera que su médico le brinda una atención adecuada?

El 85% de los beneficiarios entrevistados mencionaron que siempre o frecuentemente a diferencia del 71% de los trabajadores.

¿Considera que su malestar ha desaparecido?

El 36% de los trabajadores entrevistados manifestaron que mucho o completamente en contraste con los pensionados que registraron solo un 22%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Cuánto tiempo espero desde que solicito su cita médica hasta que se la otorgaron?

Asombrosamente el 52% de los jubilados esperaron 30 días o menos, en contraste con los beneficiarios que registraron un 36%.

Aunado a lo anterior el 58% de los beneficiarios esperó 46 días o más, siendo el 48% para los jubilados.

Las preguntas que no se incluyeron en este análisis fueron porque no presentaron diferencias significativas entre los tipos de derechohabientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTADO CIVIL

Veamos ahora con base en los diferentes estados civiles como contestaron a las siguientes preguntas:

¿Le atiende el médico con quien realiza su cita?

Las personas solteras en un 64% afirmaron que siempre o frecuentemente, en contraste con los divorciados quienes solo manifestaron un 40%.

¿El médico le revisa personalmente?

Los solteros contestaron que siempre o frecuentemente en un 79%, en comparación con los divorciados que solo alcanzaron un 40%.

¿Le explica las causas de su enfermedad?

Un 72% de los casados afirmaron que siempre o frecuentemente a diferencia de un 50% de los que se encuentran en unión libre.

¿Le menciona que consecuencias puede producir su enfermedad?

Nuevamente los casados consiguen un 71% en respuestas de siempre o frecuentemente y los de unión libre obtienen solo el 50%.

¿Le señala la forma de tomarse los medicamentos?

El 87% de los casados aseveraron que siempre o frecuentemente a diferencia de los solteros con el 77%.

¿Le explica sobre los posibles efectos o reacciones del medicamento?

El 51% de los casados dijeron que siempre o frecuentemente en contraste con el 39% de los de viudos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Le informa sobre los cuidados que debe de guardar durante su tratamiento?

El 84% de los casados afirmaron que siempre o frecuentemente en comparación con el 61% de los viudos.

¿El médico le aclara sus dudas?

El 76% de los solteros aseguro que siempre o frecuentemente en contraste con el 56% de los viudos.

¿Siente que su médico le entiende?

Los entrevistados casados en un 78% aseguraron que siempre o frecuentemente a diferencia de los viudos con el 61%.

Las preguntas que no se incluyeron en este análisis fueron porque no presentaron diferencias significativas entre los diferentes estados civiles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEXO

Veamos ahora con base en ambos sexos como contestaron a las siguientes preguntas:

¿En la revisión utiliza algún material herramienta o equipo?

El sexo masculino tiene un 59% de respuestas favorables de siempre o frecuentemente a diferencia del sexo femenino con el 44%.

¿Le explica las causas de su enfermedad?

Un 75% de los hombres afirmaron que siempre o frecuentemente a diferencia de un 64% de las mujeres.

¿Le explica sobre los posibles efectos o reacciones del medicamento?

El 54% de los hombres dijeron que siempre o frecuentemente en contraste con el 44% de las mujeres.

¿El médico le aclara sus dudas?

El 26% de las mujeres aseguro que nunca o a veces a diferencia del 17% de los hombres.

¿Siente que su medico le escucha?

El 16% de las mujeres afirmaron que nunca o a veces en contraste con los hombres que alcanzaron solo el 8%.

¿Siente que su médico le entiende?

El 23% de las mujeres mencionaron que nunca o a veces en contraste con solo el 11% de los hombres.

¿Piensa que su médico le otorga el tiempo necesario durante la consulta?

Los hombres refirieron en un 76% que siempre o frecuentemente, sin embargo las mujeres afirmaron solo un 65%.

¿Considera que su médico le brinda una atención adecuada?

El 86% de los hombres entrevistados mencionaron que siempre o frecuentemente a diferencia del 74% de las mujeres.

¿Considera que su malestar ha desaparecido?

Sorprendentemente el 44% de los hombres manifestaron que mucho o completamente en total contraste con las mujeres que registraron solo un 26%.

El día de su cita médica ¿cuánto tiempo esperó para ser atendido?

Extraordinariamente el 34% de los hombres esperó 60 minutos o menos en ser atendido, a diferencia de las mujeres con el 23%.

En contraste con lo referido el 74% de las mujeres esperaron 91 minutos o más en ser atendidas a diferencia del 63% de los hombres.

Las preguntas que no se incluyeron en este análisis fueron porque no presentaron diferencias significativas entre ambos sexos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS POR ESPECIALIDAD ¹⁰⁵

Veamos a continuación los resultados por especialidad de cada una de las preguntas formuladas a los derechohabientes, haciendo notar claramente la existencia de enormes disparidades que evidencian sin lugar a dudas que por algunas particularidades médicas, la imagen del Centro Médico Nacional se ve afectada en su conjunto, de ahí entonces la enorme importancia de investigar cada una.

Seremos testigos de casos muy preocupantes referidos a la atención del médico, observando que no todas las especialidades tuvieron el mismo grado de irresponsabilidad ante sus pacientes al otorgarle la gran importancia que revisten para éste ultimo asuntos trascendentales como la información que se proporciona sobre su enfermedad, las consecuencias de la misma, la explicación de las reacciones secundarias de los medicamentos, el esclarecimiento de sus dudas, el sentirse escuchado, en suma todas las consideraciones relacionadas con su atención médica.

Veremos entonces que los pacientes de determinadas especialidades experimentan cierta insatisfacción ante su atención que discrepa altamente con la de otras especialidades al tener diferentes percepciones.

Finalmente conoceremos quienes encabezan las listas negras de los terribles tiempos de espera, encontrando especialidades que aunque parezca increíble poseen respuestas desfavorables a determinadas interrogantes.

Siendo explicado lo anterior, observemos a detalle las siguientes páginas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁰⁵ Se omitieron aquellas especialidades que debido a su baja proporción de entrevistas podrían dar resultados erróneos.

1. ¿Le atiende el médico con quien realiza su cita?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Ginecología	91%
2 Psiquiatría	88%
3 Foniatría	86%
4 Medicina Interna	86%
5 Hemodinámia	83%
6 Maxilofacial	83%
7 Neurocirugía	83%
8 Hematología	78%
9 Ortopedia	71%
10 Reumatología	67%
11 Gastroenterología	60%
12 Oftalmología	53%
13 Oncología	48%
14 Cardiología	44%
15 Otorrinolaringología	42%
16 Cirugía Cardiovascular	38%
17 Neurología Pediátrica	33%
18 Dermatología	29%
19 Neurología	13%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Neurología	88%
2 Dermatología	57%
3 Cardiología	52%
4 Oncología	43%
5 Otorrinolaringología	42%
6 Oftalmología	40%
7 Cirugía Cardiovascular	38%
8 Gastroenterología	33%
9 Ortopedia	18%
10 Hemodinámia	17%
11 Maxilofacial	17%
12 Neurocirugía	17%
13 Reumatología	17%
14 Psiquiatría	13%
15 Hematología	11%
16 Ginecología	9%
17 Foniatría	0%
18 Medicina Interna	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. ¿El médico le pregunta sobre las principales molestias que presenta?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Cirugía Cardiovascular	100%
2 Medicina Interna	100%
3 Hemodinámia	100%
4 Neurología Pediátrica	100%
5 Gastroenterología	93%
6 Otorrinolaringología	92%
7 Ginecología	91%
8 Ortopedia	88%
9 Neurología	88%
10 Dermatología	86%
11 Foniatría	86%
12 Maxilofacial	83%
13 Neurocirugía	83%
14 Reumatología	83%
15 Oncología	81%
16 Cardiología	80%
17 Oftalmología	80%
18 Hematología	67%
19 Psiquiatría	63%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Psiquiatría	38%
2 Oftalmología	20%
3 Cardiología	16%
4 Dermatología	14%
5 Neurología	13%
6 Oncología	10%
7 Otorrinolaringología	8%
8 Gastroenterología	7%
9 Ortopedia	6%
10 Ginecología	0%
11 Hematología	0%
12 Cirugía Cardiovascular	0%
13 Medicina Interna	0%
14 Foniatría	0%
15 Hemodinámia	0%
16 Maxilofacial	0%
17 Neurocirugía	0%
18 Reumatología	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. ¿El médico le revisa personalmente?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Ginecología	100%
2 Neurología	100%
3 Foniatría	100%
4 Medicina Interna	100%
5 Hemodinámia	83%
6 Maxilofacial	83%
7 Neurocirugía	83%
8 Ortopedia	82%
9 Oncología	81%
10 Hematología	78%
11 Cirugía Cardiovascular	75%
12 Gastroenterología	73%
13 Oftalmología	67%
14 Neurología Pediátrica	67%
15 Psiquiatría	63%
16 Cardiología	60%
17 Reumatología	50%
18 Dermatología	43%
19 Otorrinolaringología	8%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Otorrinolaringología	75%
2 Dermatología	57%
3 Neurocirugía	33%
4 Reumatología	33%
5 Neurología Pediátrica	33%
6 Cardiología	28%
7 Gastroenterología	27%
8 Oftalmología	27%
9 Cirugía Cardiovascular	25%
10 Psiquiatría	25%
11 Oncología	19%
12 Hemodinámia	17%
13 Maxilofacial	17%
14 Ortopedia	12%
15 Ginecología	0%
16 Hematología	0%
17 Neurología	0%
18 Foniatría	0%
19 Medicina Interna	0%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

4. ¿En la revisión utiliza algún material, herramienta o equipo?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Hemodinámia	100%
2 Neurología Pediátrica	100%
3 Oftalmología	87%
4 Medicina Interna	86%
5 Otorrinolaringología	75%
6 Foniatria	71%
7 Maxilofacial	67%
8 Hematología	56%
9 Cardiología	48%
10 Gastroenterología	47%
11 Dermatología	43%
12 Cirugía Cardiovascular	38%
13 Psiquiatría	38%
14 Neurocirugía	33%
15 Reumatología	33%
16 Ortopedia	29%
17 Oncología	29%
18 Ginecología	27%
19 Neurología	25%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Neurología	75%
2 Ginecología	73%
3 Cirugía Cardiovascular	63%
4 Psiquiatría	63%
5 Oncología	62%
6 Ortopedia	59%
7 Dermatología	57%
8 Neurocirugía	50%
9 Gastroenterología	47%
10 Hematología	44%
11 Cardiología	44%
12 Maxilofacial	33%
13 Reumatología	33%
14 Otorrinolaringología	25%
15 Medicina Interna	14%
16 Foniatria	14%
17 Oftalmología	13%
18 Hemodinámia	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

5. ¿Le informa sobre la enfermedad que padece?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Ginecología	100%
2 Dermatología	100%
3 Medicina Interna	100%
4 Neurocirugía	100%
5 Hemodinámica	100%
6 Neurología	88%
7 Psiquiatría	88%
8 Oftalmología	87%
9 Foniatría	86%
10 Maxilofacial	83%
11 Oncología	81%
12 Hematología	78%
13 Ortopedia	76%
14 Otorrinolaringología	75%
15 Cirugía Cardiovascular	75%
16 Gastroenterología	73%
17 Cardiología	72%
18 Reumatología	67%
19 Neurología Pediátrica	67%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Neurología Pediátrica	33%
2 Gastroenterología	27%
3 Cardiología	24%
4 Otorrinolaringología	17%
5 Oncología	14%
6 Foniatría	14%
7 Oftalmología	13%
8 Neurología	13%
9 Psiquiatría	13%
10 Cirugía Cardiovascular	13%
11 Ortopedia	12%
12 Hematología	11%
13 Ginecología	0%
14 Dermatología	0%
15 Medicina Interna	0%
16 Neurocirugía	0%
17 Hemodinámica	0%
18 Maxilofacial	0%
19 Reumatología	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. ¿Le explica las causas de su enfermedad?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Ginecología	100%
2 Neurocirugía	100%
3 Hemodinámia	100%
4 Reumatología	83%
5 Neurología	75%
6 Cirugía Cardiovascular	75%
7 Medicina Interna	71%
8 Ortopedia	71%
9 Oftalmología	67%
10 Otorrinolaringología	67%
11 Psiquiatría	63%
12 Gastroenterología	60%
13 Oncología	57%
14 Foniatría	57%
15 Cardiología	56%
16 Hematología	56%
17 Maxilofacial	33%
18 Neurología Pediátrica	33%
19 Dermatología	14%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Neurología Pediátrica	67%
2 Gastroenterología	40%
3 Psiquiatría	38%
4 Cardiología	36%
5 Oncología	33%
6 Hematología	33%
7 Maxilofacial	33%
8 Medicina Interna	29%
9 Foniatría	29%
10 Oftalmología	27%
11 Neurología	25%
12 Ortopedia	24%
13 Otorrinolaringología	17%
14 Dermatología	14%
15 Cirugía Cardiovascular	13%
16 Ginecología	0%
17 Neurocirugía	0%
18 Hemodinámia	0%
19 Reumatología	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. ¿Le menciona que consecuencias puede producir su enfermedad?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Ginecología	100%
2 Hemodinámia	100%
3 Cirugía Cardiovascular	88%
4 Reumatología	83%
5 Gastroenterología	80%
6 Medicina Interna	71%
7 Foniatría	71%
8 Dermatología	71%
9 Oncología	67%
10 Maxilofacial	67%
11 Neurocirugía	67%
12 Neurología Pediátrica	67%
13 Oftalmología	60%
14 Ortopedia	59%
15 Otorrinolaringología	58%
16 Hematología	56%
17 Psiquiatría	50%
18 Neurología	50%
19 Cardiología	48%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Cardiología	48%
2 Psiquiatría	38%
3 Neurología	38%
4 Ortopedia	35%
5 Oncología	33%
6 Otorrinolaringología	33%
7 Neurología Pediátrica	33%
8 Foniatría	29%
9 Dermatología	29%
10 Oftalmología	27%
11 Hematología	22%
12 Gastroenterología	20%
13 Reumatología	17%
14 Maxilofacial	17%
15 Neurocirugía	17%
16 Medicina Interna	14%
17 Cirugía Cardiovascular	13%
18 Ginecología	0%
19 Hemodinámia	0%

8. ¿Le ordena estudios de laboratorio, rayos x, etc.?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Hematología	100%
2 Reumatología	100%
3 Neurocirugía	100%
4 Oncología	90%
5 Ortopedia	88%
6 Gastroenterología	87%
7 Hemodinamia	83%
8 Ginecología	82%
9 Cardiología	80%
10 Otorrinolaringología	75%
11 Cirugía Cardiovascular	75%
12 Medicina Interna	71%
13 Neurología Pediátrica	67%
14 Neurología	63%
15 Oftalmología	53%
16 Maxilofacial	50%
17 Foniatría	43%
18 Dermatología	29%
19 Psiquiatría	25%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Dermatología	71%
2 Psiquiatría	63%
3 Oftalmología	47%
4 Neurología	38%
5 Maxilofacial	33%
6 Neurología Pediátrica	33%
7 Medicina Interna	29%
8 Foniatría	29%
9 Cirugía Cardiovascular	25%
10 Ginecología	18%
11 Cardiología	16%
12 Gastroenterología	13%
13 Oncología	10%
14 Otorrinolaringología	8%
15 Ortopedia	6%
16 Hematología	0%
17 Reumatología	0%
18 Neurocirugía	0%
19 Hemodinamia	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. ¿Le explica por qué le tienen que hacer esos estudios?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Hemodinámia	100%
2 Ortopedia	88%
3 Otorrinolaringología	83%
4 Maxilofacial	83%
5 Reumatología	83%
6 Neurocirugía	83%
7 Oncología	81%
8 Hematología	78%
9 Cirugía Cardiovascular	75%
10 Ginecología	73%
11 Neurología Pediátrica	67%
12 Neurología	63%
13 Cardiología	60%
14 Oftalmología	60%
15 Medicina Interna	57%
16 Foniatría	57%
17 Gastroenterología	53%
18 Psiquiatría	38%
19 Dermatología	29%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Psiquiatría	63%
2 Dermatología	57%
3 Gastroenterología	47%
4 Cardiología	40%
5 Oftalmología	40%
6 Neurología	38%
7 Neurología Pediátrica	33%
8 Medicina Interna	29%
9 Foniatría	29%
10 Cirugía Cardiovascular	25%
11 Ginecología	18%
12 Reumatología	17%
13 Oncología	14%
14 Hematología	11%
15 Otorrinolaringología	8%
16 Ortopedia	6%
17 Hemodinámia	0%
18 Maxilofacial	0%
19 Neurocirugía	0%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

10. ¿Le señala la forma de tomarse los medicamentos?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Ginecología	100%
2 Neurología	100%
3 Medicina Interna	100%
4 Hemodinámia	100%
5 Neurocirugía	100%
6 Neurología Pediátrica	100%
7 Otorrinolaringología	92%
8 Hematología	89%
9 Ortopedia	88%
10 Psiquiatría	88%
11 Cirugía Cardiovascular	88%
12 Dermatología	86%
13 Foniatría	86%
14 Reumatología	83%
15 Gastroenterología	80%
16 Oftalmología	73%
17 Cardiología	68%
18 Oncología	67%
19 Maxilofacial	50%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Maxilofacial	17%
2 Gastroenterología	13%
3 Oftalmología	7%
4 Oncología	5%
5 Cardiología	0%
6 Ortopedia	0%
7 Otorrinolaringología	0%
8 Ginecología	0%
9 Hematología	0%
10 Neurología	0%
11 Psiquiatría	0%
12 Cirugía Cardiovascular	0%
13 Medicina Interna	0%
14 Dermatología	0%
15 Foniatría	0%
16 Hemodinámia	0%
17 Neurocirugía	0%
18 Reumatología	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. ¿Le explica sobre los posibles efectos o reacciones secundarias del medicamento?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Neurología Pediátrica	100%
2 Neurocirugía	83%
3 Hematología	67%
4 Cirugía Cardiovascular	63%
5 Ginecología	55%
6 Oncología	52%
7 Otorrinolaringología	50%
8 Psiquiatría	50%
9 Hemodinamia	50%
10 Reumatología	50%
11 Ortopedia	47%
12 Medicina Interna	43%
13 Dermatología	43%
14 Foniatría	43%
15 Neurología	38%
16 Gastroenterología	33%
17 Oftalmología	33%
18 Maxilofacial	33%
19 Cardiología	32%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Gastroenterología	67%
2 Oftalmología	53%
3 Otorrinolaringología	50%
4 Neurología	50%
5 Hemodinamia	50%
6 Cardiología	48%
7 Ginecología	45%
8 Medicina Interna	43%
9 Dermatología	43%
10 Ortopedia	35%
11 Hematología	33%
12 Reumatología	33%
13 Cirugía Cardiovascular	25%
14 Psiquiatría	25%
15 Maxilofacial	17%
16 Foniatría	14%
17 Oncología	10%
18 Neurocirugía	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

12. ¿Le informa sobre los cuidados que debe de guardar durante su tratamiento?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente
	%
1 Cirugía Cardiovascular	100%
2 Foniatría	100%
3 Hemodinámia	100%
4 Neurología Pediátrica	100%
5 Otorrinolaringología	92%
6 Neurología	88%
7 Medicina Interna	86%
8 Reumatología	83%
9 Maxilofacial	83%
10 Ginecología	82%
11 Oncología	81%
12 Ortopedia	76%
13 Gastroenterología	73%
14 Oftalmología	73%
15 Dermatología	71%
16 Hematología	67%
17 Neurocirugía	67%
18 Cardiología	56%
19 Psiquiatría	50%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces
	%
1 Psiquiatría	38%
2 Dermatología	29%
3 Gastroenterología	27%
4 Oftalmología	27%
5 Cardiología	24%
6 Oncología	19%
7 Ginecología	18%
8 Maxilofacial	17%
9 Medicina Interna	14%
10 Neurología	13%
11 Hematología	11%
12 Ortopedia	6%
13 Otorrinolaringología	0%
14 Cirugía Cardiovascular	0%
15 Foniatría	0%
16 Hemodinámia	0%
17 Reumatología	0%
18 Neurocirugía	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

13. ¿El médico le aclara sus dudas?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Dermatología	100%
2 Hemodinámia	100%
3 Neurología Pediátrica	100%
4 Hematología	89%
5 Cirugía Cardiovascular	88%
6 Medicina Interna	86%
7 Maxilofacial	83%
8 Ginecología	82%
9 Psiquiatría	75%
10 Gastroenterología	73%
11 Ortopedia	71%
12 Neurocirugía	67%
13 Oncología	62%
14 Cardiología	60%
15 Oftalmología	60%
16 Otorrinolaringología	58%
17 Foniatría	57%
18 Neurología	50%
19 Reumatología	50%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Reumatología	50%
2 Cardiología	36%
3 Neurocirugía	33%
4 Oncología	29%
5 Foniatría	29%
6 Gastroenterología	27%
7 Oftalmología	27%
8 Otorrinolaringología	25%
9 Neurología	25%
10 Ortopedia	24%
11 Maxilofacial	17%
12 Medicina Interna	14%
13 Cirugía Cardiovascular	13%
14 Psiquiatría	13%
15 Hematología	11%
16 Ginecología	9%
17 Dermatología	0%
18 Hemodinámia	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14. ¿El trato del médico es cordial?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Ginecología	100%
2 Cirugía Cardiovascular	100%
3 Maxilofacial	100%
4 Hemodinámia	100%
5 Neurología Pediátrica	100%
6 Ortopedia	88%
7 Neurología	88%
8 Psiquiatría	88%
9 Gastroenterología	87%
10 Oftalmología	87%
11 Foniatria	86%
12 Medicina Interna	86%
13 Dermatología	86%
14 Reumatología	83%
15 Neurocirugía	83%
16 Oncología	81%
17 Hematología	78%
18 Cardiología	64%
19 Otorrinolaringología	58%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Otorrinolaringología	17%
2 Reumatología	17%
3 Neurocirugía	17%
4 Oncología	14%
5 Dermatología	14%
6 Gastroenterología	13%
7 Oftalmología	13%
8 Psiquiatría	13%
9 Cardiología	12%
10 Ortopedia	6%
11 Ginecología	0%
12 Hematología	0%
13 Cirugía Cardiovascular	0%
14 Neurología	0%
15 Foniatria	0%
16 Medicina Interna	0%
17 Maxilofacial	0%
18 Hemodinámia	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

15. ¿El trato del médico es respetuoso?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Ginecología	100%
2 Cirugía Cardiovascular	100%
3 Neurología	100%
4 Dermatología	100%
5 Foniatría	100%
6 Medicina Interna	100%
7 Maxilofacial	100%
8 Hemodinámia	100%
9 Neurología Pediátrica	100%
10 Oncología	95%
11 Ortopedia	94%
12 Cardiología	92%
13 Psiquiatría	88%
14 Gastroenterología	87%
15 Oftalmología	87%
16 Otorrinolaringología	83%
17 Reumatología	83%
18 Neurocirugía	83%
19 Hematología	78%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Reumatología	17%
2 Neurocirugía	17%
3 Oftalmología	13%
4 Psiquiatría	13%
5 Gastroenterología	7%
6 Oncología	5%
7 Cardiología	4%
8 Ortopedia	0%
9 Otorrinolaringología	0%
10 Ginecología	0%
11 Hematología	0%
12 Cirugía Cardiovascular	0%
13 Neurología	0%
14 Dermatología	0%
15 Foniatría	0%
16 Medicina Interna	0%
17 Maxilofacial	0%
18 Hemodinámia	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

16. ¿Siente que su médico le escucha?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Ortopedia	100%
2 Neurología Pediátrica	100%
3 Ginecología	91%
4 Cirugía Cardiovascular	88%
5 Neurología	88%
6 Dermatología	86%
7 Medicina Interna	86%
8 Reumatología	83%
9 Neurocirugía	83%
10 Maxilofacial	83%
11 Hemodinamia	83%
12 Hematología	78%
13 Psiquiatría	75%
14 Oftalmología	73%
15 Gastroenterología	73%
16 Oncología	71%
17 Cardiología	68%
18 Otorrinolaringología	67%
19 Foniatria	57%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Cardiología	28%
2 Psiquiatría	25%
3 Gastroenterología	20%
4 Oncología	19%
5 Otorrinolaringología	17%
6 Reumatología	17%
7 Neurocirugía	17%
8 Maxilofacial	17%
9 Dermatología	14%
10 Foniatria	14%
11 Oftalmología	13%
12 Cirugía Cardiovascular	13%
13 Neurología	13%
14 Ginecología	9%
15 Ortopedia	0%
16 Hematología	0%
17 Medicina Interna	0%
18 Hemodinamia	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

17. ¿Siente que su médico le entiende?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Ginecología	100%
2 Maxilofacial	100%
3 Neurología Pediátrica	100%
4 Hematología	89%
5 Cirugía Cardiovascular	88%
6 Medicina Interna	86%
7 Reumatología	83%
8 Neurocirugía	83%
9 Hemodinámia	83%
10 Ortopedia	82%
11 Otorrinolaringología	75%
12 Psiquiatría	75%
13 Gastroenterología	73%
14 Oftalmología	73%
15 Dermatología	71%
16 Oncología	67%
17 Foniatria	57%
18 Cardiología	56%
19 Neurología	50%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Neurología	38%
2 Cardiología	32%
3 Foniatria	29%
4 Gastroenterología	27%
5 Psiquiatría	25%
6 Oncología	24%
7 Oftalmología	20%
8 Otorrinolaringología	17%
9 Reumatología	17%
10 Neurocirugía	17%
11 Medicina Interna	14%
12 Dermatología	14%
13 Cirugía Cardiovascular	13%
14 Ortopedia	12%
15 Ginecología	0%
16 Hematología	0%
17 Maxilofacial	0%
18 Hemodinámia	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18. ¿Piensa que su médico le otorga el tiempo necesario durante la consulta?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Maxilofacial	100%
2 Neurología Pediátrica	100%
3 Neurología	88%
4 Medicina Interna	86%
5 Neurocirugía	83%
6 Hemodinamia	83%
7 Ortopedia	82%
8 Ginecología	82%
9 Foniatria	71%
10 Oftalmología	67%
11 Hematología	67%
12 Cardiología	64%
13 Psiquiatría	63%
14 Cirugía Cardiovascular	63%
15 Gastroenterología	60%
16 Otorrinolaringología	58%
17 Dermatología	57%
18 Oncología	52%
19 Reumatología	50%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Oncología	43%
2 Dermatología	43%
3 Cirugía Cardiovascular	38%
4 Otorrinolaringología	33%
5 Reumatología	33%
6 Oftalmología	27%
7 Gastroenterología	27%
8 Psiquiatría	25%
9 Hematología	22%
10 Ginecología	18%
11 Neurocirugía	17%
12 Hemodinamia	17%
13 Cardiología	16%
14 Foniatria	14%
15 Neurología	13%
16 Ortopedia	12%
17 Medicina Interna	0%
18 Maxilofacial	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19. ¿Considera que su médico le brinda una atención adecuada?

ESPECIALIDAD	Siempre Frecuentemente %
1 Hemodinámia	100%
2 Cirugía Cardiovascular	88%
3 Psiquiatría	88%
4 Neurología	88%
5 Foniatria	86%
6 Reumatología	83%
7 Neurocirugía	83%
8 Maxilofacial	83%
9 Ginecología	82%
10 Oftalmología	80%
11 Hematología	78%
12 Ortopedia	76%
13 Oncología	76%
14 Otorrinolaringología	75%
15 Gastroenterología	73%
16 Dermatología	71%
17 Medicina Interna	71%
18 Neurología Pediátrica	67%
19 Cardiología	60%

ESPECIALIDAD	Nunca A veces %
1 Neurología Pediátrica	33%
2 Dermatología	29%
3 Gastroenterología	20%
4 Otorrinolaringología	17%
5 Reumatología	17%
6 Neurocirugía	17%
7 Cardiología	16%
8 Oncología	14%
9 Oftalmología	13%
10 Cirugía Cardiovascular	13%
11 Psiquiatría	13%
12 Neurología	13%
13 Ortopedia	12%
14 Ginecología	0%
15 Hematología	0%
16 Foniatria	0%
17 Medicina Interna	0%
18 Hemodinámia	0%
19 Maxilofacial	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20. ¿Considera que su malestar ha desaparecido?

ESPECIALIDAD	Completamente Mucho %
1 Hemodinámia	67%
2 Cirugía Cardiovascular	63%
3 Foniatria	57%
4 Neurocirugía	50%
5 Maxilofacial	50%
6 Ginecología	45%
7 Hematología	44%
8 Medicina Interna	43%
9 Psiquiatría	38%
10 Cardiología	36%
11 Oncología	33%
12 Oftalmología	27%
13 Otorrinolaringología	25%
14 Ortopedia	18%
15 Reumatología	17%
16 Dermatología	14%
17 Neurología	13%
18 Gastroenterología	7%
19 Neurología Pediátrica	0%

ESPECIALIDAD	Nada Muy Poco %
1 Neurología	63%
2 Gastroenterología	53%
3 Oftalmología	40%
4 Cirugía Cardiovascular	38%
5 Psiquiatría	38%
6 Ortopedia	35%
7 Maxilofacial	33%
8 Cardiología	24%
9 Otorrinolaringología	17%
10 Neurocirugía	17%
11 Foniatria	14%
12 Medicina Interna	14%
13 Dermatología	14%
14 Hematología	11%
15 Oncología	5%
16 Ginecología	0%
17 Hemodinámia	0%
18 Reumatología	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

21. ¿Cuánto tiempo espero desde que solicitó su cita médica hasta que se la otorgaron?

ESPECIALIDAD	Menos de 15 días
1 Maxilofacial	67%
2 Oncología	38%
3 Dermatología	29%
4 Gastroenterología	27%
5 Psiquiatría	25%
6 Hematología	22%
7 Ortopedia	18%
8 Otorrinolaringología	17%
9 Hemodinámia	17%
10 Neurocirugía	17%
11 Reumatología	17%
12 Oftalmología	13%
13 Neurología	13%
14 Cardiología	8%
15 Ginecología	0%
16 Cirugía Cardiovascular	0%
17 Foniatría	0%
18 Medicina Interna	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

ESPECIALIDAD	De 15 a 30 días	ESPECIALIDAD	De 31 a 45 días
1 Hematología	56%	1 Foniatría	29%
2 Ginecología	45%	2 Dermatología	14%
3 Dermatología	43%	3 Cirugía Cardiovascular	13%
4 Gastroenterología	33%	4 Otorrinolaringología	8%
5 Neurología Pediátrica	33%	5 Gastroenterología	7%
6 Ortopedia	29%	6 Ortopedia	6%
7 Oftalmología	27%	7 Oncología	5%
8 Psiquiatría	25%	8 Cardiología	0%
9 Neurología	25%	9 Oftalmología	0%
10 Cardiología	20%	10 Ginecología	0%
11 Otorrinolaringología	17%	11 Hematología	0%
12 Maxilofacial	17%	12 Psiquiatría	0%
13 Reumatología	17%	13 Neurología	0%
14 Oncología	14%	14 Medicina Interna	0%
15 Medicina Interna	14%	15 Maxilofacial	0%
16 Cirugía Cardiovascular	0%	16 Reumatología	0%
17 Foniatría	0%	17 Hemodinámia	0%
18 Hemodinámia	0%	18 Neurocirugía	0%
19 Neurocirugía	0%	19 Neurología Pediátrica	0%

ESPECIALIDAD	De 46 a 60 días
1 Medicina Interna	57%
2 Otorrinolaringología	50%
3 Reumatología	50%
4 Ginecología	36%
5 Psiquiatría	25%
6 Hemodinámia	17%
7 Oncología	14%
8 Cirugía Cardiovascular	13%
9 Neurología	13%
10 Ortopedia	12%
11 Gastroenterología	7%
12 Oftalmología	7%
13 Cardiología	4%
14 Hematología	0%
15 Foniatria	0%
16 Dermatología	0%
17 Maxilofacial	0%
18 Neurocirugía	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

ESPECIALIDAD	Más de 60 días
1 Neurocirugía	83%
2 Cirugía Cardiovascular	75%
3 Foniatria	71%
4 Cardiología	68%
5 Hemodinámia	67%
6 Neurología Pediátrica	67%
7 Oftalmología	53%
8 Neurología	50%
9 Ortopedia	35%
10 Oncología	29%
11 Medicina Interna	29%
12 Gastroenterología	27%
13 Psiquiatría	25%
14 Hematología	22%
15 Ginecología	18%
16 Reumatología	17%
17 Maxilofacial	17%
18 Dermatología	14%
19 Otorrinolaringología	8%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

22. El día de su cita médica ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido?

ESPECIALIDAD Menos de 30 minutos

1	Foniatría	29%
2	Otorrinolaringología	25%
3	Psiquiatría	25%
4	Maxilofacial	17%
5	Dermatología	14%
6	Oncología	10%
7	Gastroenterología	7%
8	Oftalmología	7%
9	Cardiología	4%
10	Ortopedia	0%
11	Ginecología	0%
12	Hematología	0%
13	Cirugía Cardiovascular	0%
14	Neurología	0%
15	Medicina Interna	0%
16	Hemodinámica	0%
17	Neurocirugía	0%
18	Reumatología	0%
19	Neurología Pediátrica	0%

ESPECIALIDAD	De 30 a 60 minutos	ESPECIALIDAD	De 61 a 90 minutos		
1	Maxilofacial	67%	1	Neurología	13%
2	Psiquiatría	50%	2	Otorrinolaringología	8%
3	Reumatología	50%	3	Oftalmología	7%
4	Oftalmología	40%	4	Ortopedia	6%
5	Hematología	33%	5	Oncología	5%
6	Neurocirugía	33%	6	Cardiología	0%
7	Neurología Pediátrica	33%	7	Gastroenterología	0%
8	Foniatría	29%	8	Ginecología	0%
9	Dermatología	29%	9	Hematología	0%
10	Hemodinámica	17%	10	Psiquiatría	0%
11	Oncología	14%	11	Cirugía Cardiovascular	0%
12	Medicina Interna	14%	12	Foniatría	0%
13	Ortopedia	12%	13	Dermatología	0%
14	Ginecología	9%	14	Medicina Interna	0%
15	Otorrinolaringología	8%	15	Maxilofacial	0%
16	Cardiología	4%	16	Reumatología	0%
17	Gastroenterología	0%	17	Neurocirugía	0%
18	Cirugía Cardiovascular	0%	18	Hemodinámica	0%
19	Neurología	0%	19	Neurología Pediátrica	0%

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ESPECIALIDAD	De 91 a 120 minutos
1 Ortopedia	29%
2 Foniatría	29%
3 Otorrinolaringología	25%
4 Psiquiatría	25%
5 Hematología	22%
6 Maxilofacial	17%
7 Reumatología	17%
8 Neurocirugía	17%
9 Gastroenterología	13%
10 Cirugía Cardiovascular	13%
11 Cardiología	12%
12 Oncología	10%
13 Oftalmología	0%
14 Ginecología	0%
15 Neurología	0%
16 Dermatología	0%
17 Medicina Interna	0%
18 Hemodinámica	0%
19 Neurología Pediátrica	0%

ESPECIALIDAD	Más de 120 minutos
1 Ginecología	91%
2 Cirugía Cardiovascular	88%
3 Neurología	88%
4 Medicina Interna	86%
5 Hemodinámica	83%
6 Cardiología	80%
7 Gastroenterología	80%
8 Neurología Pediátrica	67%
9 Oncología	62%
10 Dermatología	57%
11 Ortopedia	53%
12 Neurocirugía	50%
13 Oftalmología	47%
14 Hematología	44%
15 Otorrinolaringología	33%
16 Reumatología	33%
17 Foniatría	14%
18 Psiquiatría	0%
19 Maxilofacial	0%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE RESULTADOS

FACTORES SOCIOECONÓMICOS DEL MÉDICO

Conforme a la metodología descrita, se entrevistaron a 53 médicos que otorgan consulta externa en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, obteniendo los siguientes resultados:

El promedio de edad de los médicos entrevistados es de 48 años, siendo el mínimo de 32 años y el máximo de 73, teniendo una desviación estándar de 9.32. Por otra parte es necesario hacer mención que el 75% tienen 54 años o menos de edad, teniendo una mayor frecuencia los médicos de 39 y 45 años.

El sexo de los médicos preponderantemente fue masculino al tener una frecuencia de 37(69.8%) por lo que la frecuencia del sexo femenino fue de 16(30.2%), prácticamente una tercera parte de los entrevistados. (Gráfica 30)

Encontramos que el estado civil que abunda principalmente es el de casado, representando casi tres cuartas partes de los médicos entrevistados al tener una frecuencia de 38(71.7%), seguido del estado de soltería con 11(20.8%), el de divorcio con 3(5.7%) y finalmente unión libre con 1(1.9%). (Gráfica 31)

En la Universidad de origen de los médicos observamos que en su gran mayoría provienen de la Universidad Nacional Autónoma de México, encontrando una frecuencia de 40(75.5%), después tenemos al Instituto Politécnico Nacional con una frecuencia de 4(7.5%), posteriormente a la Universidad Autónoma del Estado de México y la Universidad Veracruzana con 2 frecuencias cada una (3.8%) y finalmente a la Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Autónoma de Puebla, Universidad de Guadalajara, La Salle y el Instituto Nacional de Comunicación Humana con 1 frecuencia cada una (1.9%).

El tipo de médico que encontramos mayoritariamente en las entrevistas fue sin duda a los especialistas adscritos de base con una frecuencia de 42(79.2%) seguido por los jefes de servicio con 7(13.2%) y finalmente a los jefes de sección con 4(7.5%). (Gráfica 32)

Las especialidades presentadas por los médicos entrevistados son en primer lugar Oncología y Ortopedia con un 9.4% cada una, seguida de Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Oftalmología con un 7.5% respectivamente, después Gastroenterología, Neurocirugía y Psiquiatría con un 5.7% cada una, Dermatología, Foniatria, Hematología, Maxilofacial, Medicina Interna y Reumatología con un 3.8% respectivamente y finalmente Clínica del Dolor, Endocrinología, Ginecología, Hemodinámica, Inmunología, Neonatología, Neumología, Neurología Pediátrica, Otorrinolaringología y Reproducción Humana cada una con el 1.9%.

Veamos ahora cada una de las preguntas realizadas a los entrevistados, comenzando con los cuestionamientos relacionados con su antigüedad:

El 39.6% de los médicos tienen más de 20 años de ejercer su profesión como especialistas, el 22.6% de 11 a 15 años, el 13.2% de 16 a 20 años y 5 o menos y finalmente el 11.3% tiene de 6 a 10 años. (Gráfica 33)

Por otra parte el 41.5% tienen más de 20 años de antigüedad en el ISSSTE seguidos por el 20.8% que tienen de 16 a 20 años, 18.9% de 11 a 15 años, 13.2% de 6 a 10 años y 5.7% de 0 a 5 años. (Gráfica 34)

El 37.7% de los médicos entrevistados tienen más de 20 años de antigüedad en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", el 18.9% de 16 a 20 y de 6 a 10 años, el 15.1% de 11 a 15 años y por último el 9.4% de 0 a 5 años. (Gráfica 35)

TECIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con base a lo anterior, los médicos de este hospital en su mayoría tienen más de 20 años de ejercer su especialidad en el Centro Médico Nacional, lo cual nos permite reflexionar que poseen una considerable y notable experiencia que les hace sobresalir dentro de su especialidad. Por otra parte se observa rotundamente que gran parte de éstos comenzaron su formación como especialistas dentro del propio hospital, lo cual debiera suponer cierto grado de compromiso con éste. También se percibe la entrada de una nueva generación de médicos a los cuales se les tiene que tener peculiar atención para que estos no incurran en la inercia negativa del Instituto.

Observemos ahora los resultados relacionados con el trabajo que realiza el médico de forma adicional al del Centro Médico.

El 100% de los médicos afirmaron que **trabajan externamente**. (Gráfica 36)

Cuando se pregunto **¿dónde?** casi tres cuartas partes, el 69.8% trabajan en la consulta privada, el 13.2% en la consulta y hospital privado, el 9.4% en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 3.8% en el sector salud,¹⁰⁶ 1.9% únicamente hospital privado y también 1.9% en consulta privada e IMSS. De lo anterior se desprende que el 86.8% de los médicos que laboran externamente lo efectúan en el sector privado. (Gráfica 37)

En la pregunta que cuestiona sobre la **ubicación del trabajo**, se observo que el 39.6% están localizados en colonias que pertenecen a un nivel C+, 26.4% corresponden a un nivel C, 20.8% pertenecen al nivel AB, 7.5% caen en el nivel D, 3.8% en el nivel D+ y 1.9% en el nivel E. Por lo que más de la mitad, el 60.4% se encuentran situados en muy buenas colonias catalogadas en los niveles C+ y AB, como son Polanco, San Ángel, San Miguel Chapultepec, Del Valle, Coyoacán, Interlomas, Narvarte, Nápoles, etc. (Gráfica 38).

¹⁰⁶ Hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud federal y local.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sobre la **remuneración que obtiene mensualmente** el médico, exclusivamente de forma privada sin incluir ingresos por intervenciones quirúrgicas, el 35.8% afirmaron que ascendía de \$11,000.00 a \$15,999.00, el 15.1% de \$5,000.00 a \$10,999.00, el 13.2% de \$16,000.00 a \$20,999.00 así como de \$21,000.00 a \$25,999.00, el 11.3% más de \$31,000.00 y el 9.4% de \$26,000.00 a \$30,999.00. De lo referido sorprende que casi la mitad, el 47.1% están percibiendo más de \$16,000.00, lo que permite suponer un buen nivel de ingresos si se le aumenta lo recibido por parte de la institución.¹⁰⁷ (Gráfica 39)

Ahora observemos todo lo relacionado con el hábitat del médico, advirtiendo los siguientes cuestionamientos:

En la pregunta referida al **tipo de morada dónde vive** el médico, el 62.3% afirmó que habita casa propia y el 37.7% departamento. (Gráfica 40)

Cuando se cuestiono sobre la **circunstancia económica de su hogar**, el 73.6% menciona que era propia, el 18.9% rentada, el 5.7% hipotecada y el 1.9% familiar. Lo cual nos permite afirmar que la gran mayoría tiene una seguridad económica de su hogar. (Gráfica 41)

En la interrogante relacionada con la **ubicación de su hogar**, observamos que el 34% se encuentra en el nivel C+, el 22.6% corresponden al nivel C, el 20.8% pertenecen al nivel AB, 11.3% caen en el nivel D, 7.5% al nivel D+ y el 3.8% correspondieron al nivel E. Cabe señalar que más de la mitad de los médicos entrevistados, el 54.8% viven en colonias ubicadas en zonas muy selectas catalogadas en niveles C+ y AB, dentro de las que destacan Pedregal de San Ángel, Coyoacán, Insurgentes, La Herradura, San Miguel Chapultepec, Satélite, etc. (Gráfica 42)

¹⁰⁷ En este cuestionamiento solamente un médico no accedió a responder su nivel de ingresos representando el 1.9%.

A continuación veamos las preguntas relacionadas a los aspectos familiares de los médicos entrevistados:

En la pregunta relacionada con el **número de personas que dependen económicamente** del médico, el 28.3% afirmó que 2, el 26.4% indicó que 3, el 22.6% que 1, el 9.4% que ninguno, el 7.5% que 4 y finalmente el 5.7% que 5 personas. Es necesario mencionar que más de tres cuartas partes de los entrevistados, el 77.3% solo dependen de 1 a 3 personas económicamente, lo cual permite suponer cierta mesura y equilibrio en sus gastos. (Gráfica 43)

Cuando se cuestiono sobre **¿con quién vive en su casa?** el 58.5% indicó que con cónyuge e hijos, 15.1% solo, 7.5% con el cónyuge, 3.8% con los padres compartiendo el porcentaje con otro familiar, y con los hijos y otro familiar, 1.9% con los hijos, cónyuge y otro familiar, padres y cónyuge, y padres y otro familiar. De todo lo anterior cabe destacar que casi el 60% viven con su cónyuge e hijos, lo cual denota claramente una postura familiar conservadora. (Gráfica 44)

Sobre **¿cuántos hijos tiene?** el 28.3% afirmó que 2, el 20.8% que 1 compartiendo el porcentaje con los que refirieron que ninguno, 13.2% que 3, 9.4% indicó que 4, 5.7% que 5 y solo un caso representando el 1.9% indicó que 7 hijos. De lo referido es necesario subrayar que más de la mitad de los médicos, el 62.3% tienen de 1 a 3 hijos, lo que muestra claramente una planificación familiar acorde con nuestro tiempo. (Gráfica 45)

Con respecto al **tipo de escuela al que asisten**, el 70% de los médicos que tienen hijos afirmó que a privada, el 20% indicó que a pública y el 10% aseveró que a los dos tipos. Es preciso señalar que más de la mitad de los médicos entrevistados realizan gastos considerables debido a tener hijos en escuelas privadas las cuales representan enormes sumas de dinero conforme va aumentando el nivel educativo. (Gráfica 46)

Al interrogar **¿en qué nivel?** El 19% señaló que en el nivel profesional, el 16% en primaria, el 10% en preescolar, preparatoria y secundaria-preparatoria respectivamente, el 8% en posgrado, el 5% en secundaria, primaria-secundaria y profesional-posgrado respectivamente, y finalmente 3% en preescolar-primaria, primaria-profesional, secundaria-profesional y preparatoria-profesional respectivamente. De todo lo anterior cabe destacar que casi la mitad de los médicos entrevistados, el 45.3% tienen hijos en niveles de preparatoria, profesional y posgrado, lo cual nos permite suponer grandes gastos debido a esos niveles de instrucción, al representar el 61% de los médicos que tienen hijos. (Gráfica 47)

Con referencia a **¿qué nivel educativo tiene o tuvo su padre?** El 34% indicó que primaria, seguido del 22.6% que afirmó que licenciatura, 9.4% refirió que secundaria, 7.5% especialidad médica compartiendo el porcentaje con los niveles normal y preparatoria, 3.8% doctorado coincidiendo el porcentaje con el nivel técnico y con la ausencia de escolaridad. Es necesario precisar que el 41.5% de los padres de los médicos tienen o tuvieron niveles de normalista, licenciatura, especialidad médica y hasta doctorado, lo cual les permitió tener bases socioeconómicas y culturales sólidas para su formación. No obstante el 58.5% de los padres reporto tener desde la ausencia de escolaridad hasta la preparatoria lo cual manifiesta ampliamente un asenso en el nivel sociocultural y económico del hijo al llegar a tener una especialidad médica. (Gráfica 48)

Aunado a lo anterior, cuando se pregunto **¿qué nivel educativo tiene o tuvo su madre?** El 34% contestó que primaria, 15.1% afirmó que nivel técnico, 13.2% indicó que preparatoria coincidiendo en el porcentaje con el nivel secundaria, 9.4% manifiesto que normal, 5.7% que licenciatura compartiendo el porcentaje con la ausencia de escolaridad y 3.8% refirió que maestría. Lo anterior aunque coincidente con el nivel primaria del padre, difiere ampliamente con los demás niveles dejando muy en claro las brechas entre ambos. (Gráfica 49)

Advirtamos en las siguientes líneas los últimos aspectos económicos relacionados con los médicos entrevistados:

Con respecto a sí **¿tiene automóvil?** la gran mayoría refirió que sí al alcanzar un 96.2%, dejando tan solo el 3.8% al no. (Gráfica 50)

Sobre el **tipo de automóvil**, el 35% posee un auto mediano equipado, el 31% ostenta un vehículo grande lujoso nacional, el 12% tiene un mediano austero compartiendo el porcentaje con el compacto austero y el 10% posee un vehículo compacto equipado. De lo anterior se deriva que un 66% ostentan un automóvil de categoría alta y sí tomamos en cuenta desde el mediano austero, un 78% de los médicos poseen un vehículo de buena categoría. (Gráfica 51)

Con relación al **modelo del automóvil**, el 19% son 2001, el 13% son 2002, el 12% son 2000, el 10% son 2003, el 8% son 1999, el 6% son 1998 y el 38% son 1997 o anteriores. De lo referido se observa que más de la mitad de los vehículos, el 54% son de reciente modelo, es decir del 2000 al 2003, lo cual nos permite dilucidar cierto poder económico en los médicos entrevistados. (Gráfica 52)

Con referencia a la **circunstancia económica del automóvil**, el 84% señaló que es propio, el 14% indicó que a crédito y solamente en un caso, el 2% refirió que en arrendamiento. Lo cual nos permite afirmar que la gran mayoría de los médicos poseen un auto que les pertenece totalmente. (Gráfica 53)

Al interrogar **¿sí tenía deudas?** el 62.3% afirmó que no y el 37.7% señaló que sí, más de una tercera parte. (Gráfica 54)

Con respecto al **tipo de deuda**, el 45% de los médicos que tienen deudas señaló que bancarias, el 40% indicó que comerciales, el 10% que bancarias y comerciales, y el 5% que comerciales y familiares. Por lo tanto las deudas de tipo

bancario y comercial fueron las que predominaron en los médicos que tienen adeudos al representar un 95% del total de éste. (Gráfica 55)

Finalmente, el **monto al que ascienden las deudas** de los médicos que las poseen se encuentra distribuido de la siguiente forma: el 35% adeudan menos de \$50,000.00, el 25% deben más de \$250,000.00, el 20% de \$50,000.00 a \$99,999.00, el 15% de \$100,000.00 a \$149,999.00 y el 5% adeuda de \$150,000.00 a \$199,999.00. Consecuentemente con lo referido, el 35% tiene realmente una deuda completamente manejable debido a su nivel de ingresos y aquellos médicos que sus deudas ascienden a más de \$250,000.00 es porque tienen un crédito hipotecario a cierto número de años, por lo que también se observa cierta manejabilidad de estas deudas. (Gráfica 56)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ANÁLISIS DE INTERSECCIONES
ENTRE VARIABLES
Factores Socioeconómicos del Médico**

Se realizaron intersecciones con diversas variables con la finalidad de observar si existía alguna relación válida encontrándose los siguientes hallazgos:

EDAD

Veamos ahora con base en la edad de los médicos como contestaron en los siguientes:

Remuneración Mensual Obtenida Externamente.- No se observa una relación directa que condicione que a mayor edad mayor remuneración, sin embargo cabe destacar que los médicos más grandes de 69, 70 y 73 años tienen ingresos estables de \$21,000.00 a \$25,999.00 en contraste con los de muy poca edad 32,34 y 35 años que perciben ingresos inferiores a los \$15,999.00, siendo los de más altos ingresos los de edades entre 40 y 50 años que llegan a recibir más de \$31,000.00.

Deudas.- Los médicos mayores a 56 años, en su gran mayoría no tienen deudas y las excepciones tienen la capacidad de pago para enfrentarlas. En comparación con los menores a 39 años los cuales en su mayoría tienen deudas con montos elevados que van más haya de \$250,000.00, teniendo una capacidad de pago inferior que los anteriores. Resaltando la característica de a mayor deuda un menor ingreso.

Tipo de Médico.- En los médicos que tienen menos de 41 años y los mayores a 64 años no se encuentra ningún tipo de jefatura. Teniendo preeminencia las edades de 41 a 64 años donde se localizan los jefes de servicio y jefes de sección.

Dependientes Económicos.- Podemos notar que en las edades más productivas de los médicos, de 45 a 60 años, se tienen mayor número de dependientes económicos, sin que lleguen a disminuir totalmente en los extremos de las edades. Encontrando todavía dependientes económicos en edades altas como 70 y 73 años.

Número de Hijos.- Los médicos menores a 42 años tienen en su mayoría un máximo de 2 hijos, en total contraste con los mayores de 58 años que en su gran mayoría tuvieron 4, 5 y hasta 7 hijos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEXO

Veamos ahora con base al tipo de sexo de los médicos como contestaron en los siguientes:

Estado Civil.- Se encontró una diferencia abismal en este apartado al descubrir que 94.6% de los médicos hombres se encuentran casados y solo 5.4% son solteros. En total contraste con las mujeres médicos donde 56.2% son solteras, 18.8% son divorciadas, 6.2% se encuentran en unión libre y solo el 18.8% son casadas. Podemos observar entonces que tres cuartas partes, el 75% son completamente independientes. Lo anterior evidencia claramente una disimilitud profunda que sin lugar a dudas modifica diversos factores como los que veremos en las siguientes líneas.

Hábitat Personal.- Seguimos con los contrastes al detectar que más de tres cuartas partes de los médicos hombres, el 75.7% viven con su cónyuge e hijos, 10.8% con su cónyuge, 8.1% viven solos y 2.7% con sus padres y cónyuge compartiendo el porcentaje con cónyuge y otro familiar.

En total diferencia con lo anterior, las mujeres médicos, el 31.25% viven solas, 18.75% viven con sus padres, coincidiendo el porcentaje con cónyuge e hijos, e hijos y 12.5% viven con otro familiar.

Número de Hijos.- El 56.2% de las mujeres no tiene hijos, en rotundo contraste con solo el 5.4% de los hombres.

Nivel Educativo de los Padres.- Los padres de las mujeres tienen una mayor proporción de niveles de instrucción alta que los padres de los hombres. Destacando que los únicos dos Doctorados corresponden a padres de mujeres y las únicas dos Maestrías pertenecen a madres de éstas. Lo anterior nos permite dilucidar la enorme importancia que tiene el nivel sociocultural de los padres para permitir el florecimiento profesional de las mujeres.

Monto de Endeudamiento.- El 56.8% de los hombres no tienen deudas, en comparación con el 75% de las mujeres, resaltando en ellas también la ausencia de deudas con montos superiores a \$150,000.00, contrastando claramente con los hombres al tener en un 13.5% deudas superiores a \$250,000.00. Lo referido nos permite reflexionar que los hombres tienden a endeudarse más que las mujeres, quizá por el papel que juegan al ser responsables económicamente de una familia.

Nivel de Ingresos.- Prácticamente no existe discriminación entre ambos sexos en el grado de percepciones, no obstante existen algunas diferencias que veremos en la siguiente tabla:

Nivel de Ingreso	Mujeres	Hombres
De \$5,000.00 a \$10,999.00	18.8%	13.5%
De \$11,000.00 a \$15,999.00	37.5%	35.1%
De \$16,000.00 a \$20,999.00	12.5%	13.5%
De \$21,000.00 a \$25,999.00	12.5%	13.5%
De \$26,000.00 a \$30,999.00	6.2%	10.8%
Más de \$31,000.00	12.5%	10.8%

TESTE CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación veamos las siguientes intersecciones de acuerdo a diversas variables:

Estado Civil vs. Monto de Endeudamiento.- De forma general no existe diferencia entre los diferentes estados civiles, salvo en el monto del adeudo ya que las personas casadas tienden a endeudarse con un mayor monto que las personas solteras.

Tipo de Médico vs. Nivel de Ingresos.- Existen notables diferencias, ya que por ejemplo casi la mitad, el 42.8% de los jefes de servicio reciben externamente más de \$31,000.00 en claro contraste con solo el 7.1% de los médicos especialistas de base. Por otra parte el 25% de los jefes de sección reciben adicionalmente de \$26,000.00 a \$30,999.00 a diferencia del 9.5% de los médicos especialistas de base.

Años de Ejercer la Profesión vs. Nivel de Ingresos.- Los ingresos superiores a \$31,000.00 están localizados de forma general desde los 6 a los 20 años de ejercer la profesión como especialistas observando un pequeño descenso en aquellos que tienen más de 20 años. Por otra parte los ingresos que van de \$26,000.00 a \$30,999.00 se encuentran localizados en los médicos que tienen 16 años o más de ejercer, teniendo mayor preponderancia los mayores de 20 años. Así mismo se observa que los médicos de 5 años o menos de ejercer no rebasan la barrera de los \$25,999.00.

Ubicación del Trabajo Externo vs. Ubicación del Hogar.- Existe cierta correspondencia entre el nivel socioeconómico del hogar del médico y el nivel de su trabajo externo, ya que por ejemplo el 36.4% coinciden en tener su hogar y su trabajo en nivel AB, y si tomamos en cuenta al nivel C+ en su trabajo, abarcaríamos casi tres cuartas partes, es decir el 72.7%. Sin embargo es necesario hacer notar que existen ciertas disparidades en los niveles debido a que

existen médicos que viviendo en el nivel E llegan a tener su consultorio en el nivel C+, lo cual no se observa de forma viceversa.

Tipo de Hogar vs. Circunstancia Económica vs. Ubicación.- El 84.8% de las casas son propias, el 9.1% son hipotecadas y el 6.1% son rentadas. En contraste con el 55% de los departamentos que son propios y el 45% que son rentados.

El 21.2% de las casas pertenecen a colonias ubicadas en zonas catalogadas como AB, el 39.4% como C+, el 21.2% como C, el 3% como D+, el 12.1% como D y el 3% como E. Por lo tanto más de tres cuartas partes de los médicos, el 81.8% habitan casas ubicadas en buen nivel socioeconómico.

Por otra parte, el 20% de los departamentos están ubicados en zonas AB, 25% en zonas C+ y C respectivamente, 15% en D+, 10% en D y 5% en zonas E. Consecuentemente el 70% de los médicos tienen su departamento en una buena zona socioeconómica.

Nivel de Ingreso vs. Tipo de Hogar vs. Ubicación.- Se observa que el 50% de los médicos que obtienen mayor ingreso, es decir más de \$31,000.00 posee casas propias en colonias con nivel AB y 34% en nivel C+, lo cual habla de un extraordinario nivel socioeconómico si además consideramos que el 67% de los referidos son jefes de servicio.

Nivel de Ingresos vs. Monto de Endeudamiento.- El 83.3% de los médicos que reciben un mayor ingreso es decir más de \$31,000.00 no tiene deudas y los que tienen no llega a los \$100,000.00; en contraste el 85.7% de los que tienen ingresos promedio de \$16,000.00 a \$20,999.00 tienen deudas que inclusive llegan a más de \$250,000.00, generalmente originados por créditos hipotecarios.

Ubicación del Trabajo Externo vs. Ingresos Mensuales.- Curiosamente los ingresos superiores, es decir los que fluctúan de \$26,000.00 a \$30,999.00 y los mayores a \$31,000.00, se concentran únicamente en aquellos trabajos ubicados en las zonas C, C+ y AB. Lo cual denota visiblemente una retribución clasista.

Circunstancia Económica del Hogar vs. Monto de Endeudamiento.- Se puede observar en un 100% que aquellos médicos que tienen su hogar hipotecado o que habitan una vivienda familiar tienen adeudos superiores a los \$250,000.00; por otra parte el 74.4% de los médicos que posee un hogar propio no tiene adeudos en contraste con el 40% de los que tienen su vivienda rentada.

Tipo de Deuda vs. Monto de Endeudamiento.- El 60% de las deudas que hacen a más de \$250,000.00 son comerciales y el 40% son bancarias. Si consideramos que este tipo de deudas corresponde en su mayoría a créditos hipotecarios, podemos observar claramente una tendencia a contratarlos mediante financiamiento inmobiliario dejando en segundo término al bancario. Por otra parte el 71.4% de las deudas que hacen a menos de \$50,000.00 son bancarias y el 28.6% son comerciales, observando que en este rango de endeudamiento generalmente se encuentran los compromisos originados por tarjetas de crédito, teniendo preeminencia las bancarias.

Tipo de Escuela vs. Nivel Educativo.- Se detectó que los hijos de los médicos que concurren en los niveles preparatoria y profesional, asisten a escuelas privadas en un 100% y 78.6% respectivamente. En contraste con el 75% de los de nivel posgrado que asisten a escuelas públicas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE OBSERVACIONES

El Centro Medico Nacional "20 de Noviembre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es el mejor hospital de alta especialidad que posee este Instituto debido a su gran capacidad técnico-científica y a su investigación.

La torre de consulta externa, donde se circunscribe la presente investigación, otorga atención médica de las siguientes especialidades: gastroenterología, cirugía general, ortopedia, neumología, urología, cirugía reconstructiva, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, oftalmología, clínica del dolor, ginecología, reproducción humana, medicina materno fetal, neurología, nefrología, medicina interna, pediatría, neurocirugía, psiquiatría, neurofisiología, cardiología, cirugía cardiovascular, hemodinámica, oncología, hematología, trasplantes, foniatría y audiolgía, reumatología, alergia, dermatología y endocrinología.

A dichas especialidades concurren derechohabientes de todas partes de la republica y por supuesto de la zona metropolitana a recibir atención.

A continuación haré mención de las principales observaciones realizadas durante la investigación:

Existe una falta de privacidad alarmante en el servicio de consulta externa debido a que las puertas de los consultorios parecen estar de adorno, ya que en la gran mayoría de los servicios se encuentran completamente abiertas donde es constante la entrada y salida de médicos y enfermeras, así como del ruido provocado por el hacinamiento en que se encuentran las salas de espera, por lo que no se percibe consideración alguna que permita a los pacientes conservar su intimidad y por supuesto una mayor atención por parte de su médico que se encuentra atendiéndolo.

La gran mayoría de los pacientes se quejaban principalmente del maltrato que recibían por parte del personal administrativo y de enfermería y por supuesto de las horas interminables para poder pasar a consulta, ya que normalmente a los pacientes se les cita a las 8:00 hrs. éstos llegan antes para alcanzar una ficha oportuna, pero el médico llega entre las 10:00 y 11:00 hrs. y solo hasta entonces es cuando se pasa a los pacientes; de ahí la espera tan prolongada que asciende hasta más de cuatro horas o incluso más. No hay duda, no se respetan las citas programadas.

Por todo lo anterior es común ver a los pacientes sentados u acostados en el suelo esperando a ser atendidos.

Es lamentable que todavía se tengan métodos arcaicos para controlar los tiempos de las consultas, no entiendo para que están los sistemas de computo que permiten otorgar consultas por hora si no se respetan los tiempos y movimientos. Se debe de concienciar a los médicos sobre el respeto que estos deben de tener al tiempo de los derechohabientes, recordemos que estos se encuentran enfermos y por eso requieren de una atención que ante todo respete su dignidad, de ahí que en varias ocasiones el médico cuando ve a su enfermo, este último ya se encuentre un tanto tenso y malhumorado, lo cual obviamente daña la relación entre ambos.

Pero otra parte aún más grave y lamentable la tenemos cuando vemos con preocupación la terrible inasistencia de los médicos adscritos, los cuales son cubiertos ampliamente por los médicos residentes, a los cuales se les delega la responsabilidad total de los pacientes. Se supone que el médico adscrito debe dar consulta a sus pacientes en presencia del residente para que este aprenda, más no que lo reemplace, ¿en manos de quien están realmente los pacientes?

Es claro que los médicos pese a que en la mayoría de los casos sólo tienen la obligación de asistir un día a la semana a dar su consulta no lo hace, quizá por

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tener una cirugía en el ámbito privado, lo más común, o porque simplemente tuvo algo más importante que su consulta institucional. Indiscutiblemente los médicos han abusado considerablemente de la falta de control efectivo en su asistencia.

Pero aquí la pregunta es ¿por qué el médico no llega a tiempo a dar su consulta? ó peor aún ¿por qué no asiste al consultorio? Evidentemente es debido a una alarmante falta de control y responsabilidad por parte de los jefes de servicio, ya que estos no tienen una supervisión efectiva que haga suponer que exista una verificación constante que permita el cumplimiento de los médicos con sus pacientes. Indudablemente se tapan unos a otros, es decir los propios jefes de servicio, de división y así sucesivamente lo permiten sin que suceda nada porque también ellos incurren en las mismas faltas, y es que existe claramente un consentimiento por parte de las autoridades en lenguaje no verbal para permitir horarios muy pequeños y demasiado flexibles que no tendrían relevancia sino fuera por el terrible daño que se hace al derechohabiente.

Otro hecho relevante es la denominada *permanencia doble*, la cual se caracteriza en que algunos médicos se desempeñan en dos instituciones al mismo tiempo por lo que obviamente quedan mal con sus pacientes en ambas partes. Lo anterior refleja sin duda una falta total de compromiso institucional que manifiesta claramente una ausencia absoluta de relevancia al ámbito ético-moral para cualquier profesionalista de la salud.

No hay duda que el médico ya esta cansado por todos los años que vivió como estudiante con una alta carga de trabajo y bajos sueldos que no le permitían tener un nivel de vida acorde a sus convicciones e intereses, pero, entonces ¿qué sigue haciendo ahí? aparentemente trabajando en el nivel institucional, ¿es acaso una simulación?, ¿por qué lo hace?.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una respuesta a las anteriores interrogantes es el reconocimiento social y el prestigio que le da al médico trabajar en un Centro Médico Nacional, ya que le otorga un determinado status dentro de la comunidad médica.

Otro aspecto sería que al trabajar en este hospital le permite al médico mantenerse al día en las investigaciones que le consentirán tener terapéuticas más eficaces y diagnósticos más acertados. No hay duda que todo ese conocimiento que le otorga el Centro Médico tiene un valor incalculable al cual no tendría acceso en cualquier parte. Además veamos que todo lo anterior tiene para él un enorme beneficio que posteriormente capitalizará ampliamente en su práctica privada, sin olvidar que algunos la practican directamente en este Centro Médico Nacional.

Aunado a lo anterior tenemos los apoyos para realizar investigación, además de los congresos, seminarios, simposios y cursos de actualización médica a los cuales tiene total acceso, recordando que algunos de estos se dan en el extranjero por lo que todos los gastos son cubiertos para el médico, ya sea por acuerdos interinstitucionales o por las grandes firmas de laboratorios, quizá no importe, pero esos viajes sin lugar a dudas son por colaborar en este Centro Médico Nacional.

Pero entonces si el médico sigue obteniendo un determinado beneficio al trabajar en esta institución ¿porque mantiene su indiferencia y descortesía a sus pacientes? ¿piensa acaso que cómo aparentemente estos no pagan por la atención que reciben puede sentirse que les está haciendo un favor? O peor aún ¿qué le está haciendo un favor al ISSSTE en atender a tanto menesteroso?

Por los resultados encontrados en las observaciones realizadas tal parece que así fuera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En todo lo relatado con anterioridad se ve sin duda una ausencia completa de interés por parte de los directivos en erradicar de raíz la presente situación, lo que refleja claramente una falta total de ética por dejar pasar dicha situación.

Algunos médicos refieren una profunda carencia de líderes morales en las diferentes especialidades aunado a una crisis de valores que permiten suponer que la medicina como apostolado se ha perdido dejando en su lugar al mercantilismo mezquino y salvaje.

Todo lo anterior está dañando lamentablemente a aquellos médicos que cumplen con su deber y vocación genuina y desinteresada de ver con total responsabilidad a sus pacientes, los cuales tienen el precioso don de la nobleza, el cual les ha permitido soportar, resistir y tolerar grandes abusos por parte de algunos médicos que socavan, mancillan y deshonoran la imagen del médico institucional que tanto esfuerzo y empeño costo a los forjadores de la seguridad social en nuestro país.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Veamos ahora otras observaciones que nos permitirán conocer otros aspectos relacionados con la atención médica brindada en este Centro Médico:

Un hecho completamente significativo es el impresionante desperdicio que se da a la torre de consulta externa en el turno vespertino. Lo cual es plenamente apreciado cuando por las tardes al visitar dicha zona es muy común ver las áreas completamente vacías. Esto sin duda deja muy en claro que existen recursos físicos para poder atender a más derechohabientes, pero no se hace. Sin embargo no solamente se observa este fenómeno en la consulta externa, también se distingue en todas las áreas del hospital, lo cual es completamente sorprendente al ver el enorme desaprovechamiento de recursos que se hace en estos tiempos de crisis, lo cual es muy lamentable.

Otro aspecto, aunque secundario, pero que sin lugar a dudas coadyuva a otorgar un mejor servicio, son los elevadores, ya que durante todo el tiempo que estuve realizando mi investigación, de los cuatro ascensores que existen en la torre de consulta externa solo funcionaban dos y de forma intermitente, por lo que las filas para subir y bajar en los diferentes pisos eran interminables, además de que era constante el quedarse atrapado en alguno de estos aparatos.

Por otra parte, un asunto que no podemos olvidar son sin duda los sanitarios, los cuales en cualquier lugar y con mayor razón en un hospital deberían de contar con todos los servicios que la higiene elemental les exige, sin embargo lamentablemente estos a pesar de ser insuficientes, no contaban con los requerimientos mínimos para cumplir con su función, y es que hay que recordar que en ciertas horas de la mañana las salas de espera se encuentran completamente saturadas y además por si fuera poco existen algunos sanitarios que se les usa como bodegas para los diferentes servicios. No obstante, a pesar de lo anterior éstas áreas se encontraban limpias en términos generales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En esta galería del horror no podía faltar el terrible desabasto de medicamentos que es otro problema alarmante, ya que es muy común encontrar que los pacientes se quejan enormemente al no encontrar el medicamento prescrito por el médico. Lo anterior obviamente produce molestia al derechohabiente al causar en éste gastos muy onerosos que tiene que cubrir para poder conservar su estado de salud. También recordemos que varios pacientes subsecuentes que asisten a la consulta externa solo vienen para que el médico les recete sus medicamentos de control, por lo que es deplorable que después de esperar horas para pasar con su médico y este le apunte el medicamento, en la farmacia le digan simplemente que no hay y que no saben cuando va a llegar.

Sin lugar a dudas un problema fundamental en este nosocomio que se tiene que corregir a la brevedad es el servicio de radiología e imagen por la enorme y trascendente importancia que tiene en el diagnóstico de las enfermedades, ya que no es posible y no debemos de permitir más la espera de hasta seis meses para que se pueda practicar un determinado estudio, ¿qué acaso lo que se espera es que fallezca el paciente? porque recordemos que las enfermedades se deben de detectar de forma temprana y no permitir que estas avancen.

El problema de la espera en los servicios médicos es muy grave y delicado ya que es lamentablemente muy común que un paciente que acude a su clínica de primer nivel por presentar un determinado malestar, aproximadamente en el transcurso de la semana se le atiende e indica el médico un determinado tratamiento, si éste no responde, digamos en otra semana, el médico decide enviarle al segundo nivel de atención, en éste deberá de esperar hasta tres meses para que se le atienda y una vez ahí se le ordenarán un determinado número de estudios, tendrá que esperar digamos otro mes en que se le practiquen esos estudios, después esperara a ser atendido por el médico otro mes más, ya estando ahí el médico le transferirá al tercer nivel de atención debido a la gravedad de su problema, estando ahí esperara otro mes más para ser atendido y el médico del tercer nivel le solicitará un estudio más refinado para el cual tendrá que esperar seis meses en

promedio. ¿Cuántos meses tuvo que esperar el paciente para que se le atiende finalmente en el nivel idóneo? Pero peor aún, todavía esperará para que se le programe cirugía, digamos dos meses más, ¡cómo es posible que suceda esto! El paciente tuvo que esperar más de un año para poder ser atendido en el nivel idóneo y ser así sanado, en su caso. Porque en la gran mayoría de los casos lo más probable es que ya no se pueda hacer nada o peor aún que fallezca por la falta de una atención oportuna.

El anterior ejemplo no es una falacia, es parte de la cruda realidad que nos paraliza hoy en día y que no nos debe permitir estar tranquilos como sociedad y menos como seres humanos.

La demanda es enormemente alta y los recursos con los que cuenta el Instituto siguen siendo prácticamente los mismos y además pésimamente distribuidos. Sigo todavía sin entender la pasividad de las personas ante tales hechos. No hay duda de que la ignorancia nos envuelve y calla nuestro entendimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

La presente investigación, de acuerdo con su objetivo planteado, indagó sobre la relación que existe entre los factores socioeconómicos del médico y la satisfacción del derechohabiente en el área de consulta externa del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, encontrando que **los factores socioeconómicos del médico no influyen en la satisfacción del derechohabiente**, por lo que nuestra hipótesis de investigación queda rechazada y nuestra hipótesis nula queda comprobada. Lo anterior debido a que cuando se realizaron las pruebas estadísticas para correlacionar ambas variables, se obtuvieron niveles muy bajos en los coeficientes de correlación de Pearson's.

Dando respuesta a nuestras preguntas de investigación, se concluye que no existe relación entre los factores socioeconómicos del médico y la satisfacción del derechohabiente, por lo tanto estos factores no afectan al médico que proporciona atención al derechohabiente del área de consulta externa del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Cabe mencionar que se analizaron diversas variables de la satisfacción del derechohabiente, como son la información que se proporciona sobre su enfermedad, las consecuencias de la misma, la explicación de las reacciones secundarias de los medicamentos, el esclarecimiento de sus dudas, el sentirse escuchado, sus tiempos de espera, etc. en suma todas las consideraciones relacionadas con su atención médica, con la finalidad de observar la presencia de alguna correlación entre éstas y los factores socioeconómicos del médico, como son su antigüedad, los ingresos externos recibidos, su tipo y nivel de hogar, número de dependientes económicos, situaciones familiares, nivel educativo de sus padres y compromisos económicos entre muchas otras. Sin embargo los resultados encontrados no nos permiten comprobar científicamente nuestra hipótesis de investigación definida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No obstante lo anterior, el análisis profundo de ambas variables nos permitió descubrir diversos elementos que nos concedieron observar múltiples características de la percepción de los pacientes ante el servicio médico otorgado, por una parte y por la otra, conocer de forma inesperada asombrosos elementos en los niveles sociales y económicos del médico.

Comenzando con la primer variable investigada, de manera general, los derechohabientes que asisten al área de consulta externa del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE se encuentran satisfechos con la atención médica que reciben por parte de su médico, al encontrar en las preguntas formuladas altos porcentajes en respuestas de siempre o frecuentemente, sin embargo se localizaron algunas deficiencias entre las que destacan las siguientes:

- ☞ Prácticamente una tercera parte de los derechohabientes (32.1%) afirmaron que nunca o a veces les atiende el médico con el que realizan su cita, lo cual manifiesta abiertamente un daño al vínculo que debe de existir entre ambas partes. No es posible que subsista la falta de disposición y el desinterés por parte del médico en su paciente, no se debe permitir más que suceda esto, recordemos que se esta dañando la confianza, la esperanza y la fe del paciente, en suma toda su interrelación con su médico.
- ☞ Otro dato revelador fue sin duda que casi la mitad de los derechohabientes (45.3%) no perciben la utilización de algún material, herramienta o equipo en la revisión efectuada por parte de su médico, por lo que obviamente experimentan cierta insatisfacción cuando no se utilizan los elementos necesarios para su exploración.
- ☞ Cuando se revisan los resultados con relación a la información proporcionada sobre las consecuencias de la enfermedad, se advierte un alto porcentaje del 28.3% en respuestas de nunca o a veces, lo cual es muy serio ya que las secuelas de las enfermedades son muy trascendentales para la vida de los pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ☞ Por otra parte, la explicación que se da a los derechohabientes sobre las posibles reacciones secundarias de los medicamentos, vemos que aumenta considerablemente con relación a lo comentado, ya que el 36.8% nunca o a veces le son explicadas por lo que subsiste un problema de información muy serio debido a las terribles consecuencias que esto genera.
- ☞ Los tiempos de espera sin lugar a dudas son el problema más serio que enfrenta la atención médica en este Centro Médico, ya que ahí se alcanzan los más altos porcentajes de insatisfacción en los pacientes, llegando el 40.6% en esperar más de dos meses desde que solicitan su cita médica hasta que se las otorgan y el 57.1% esperan más de dos horas en ser atendidos por su médico el día de su cita médica. Todo lo referido, como lo vimos en el análisis de observaciones, se debe al incumplimiento e inasistencia del médico tratante, lo cual afecta gravemente al paciente.

Aunado a lo anterior, es preciso señalar claramente que no todas las especialidades médicas tuvieron el mismo grado de irresponsabilidad ante sus pacientes, ya que se observaron enormes disparidades que evidencian sin lugar a dudas que por algunos servicios, la imagen del Centro Médico Nacional se ve afectada en su conjunto.

Por otra parte, hemos visto en esta investigación que el nivel de estudios de los derechohabientes influye de manera decisiva en su satisfacción ante la atención que reciben por parte de su médico, ya que fue posible observar cierta diferenciación de respuestas debido a su nivel educativo, siendo en algunos casos superiores a los 40 puntos porcentuales, lo cual nos permite vislumbrar que este factor analizado influye en la satisfacción de los derechohabientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la segunda variable investigada, referida a los factores socioeconómicos del médico, se advirtió que en su mayoría tienen más de 20 años de ejercer su especialidad por lo que poseen una considerable experiencia que les hace sobresalir y destacar en el ámbito de su profesión. Es importante mencionar que prácticamente todos los médicos que otorgan consulta comenzaron su formación como especialistas dentro del propio hospital, lo cual debiera suponer cierto grado de compromiso con éste. Sin embargo no es así, ya que como vimos en nuestro análisis de observaciones, persisten problemas de inasistencia y delegación de funciones intransferibles a los médicos residentes.

Por otra parte, observamos notoriamente que gran parte de los médicos de este hospital tienen un nivel socioeconómico muy elevado, que conjuga niveles de ingreso mensual promedio de \$40,000.00,¹⁰⁸ casas propias en colonias que corresponden a los niveles AB y C+, un reducido número de personas que dependen de ellos económicamente, hijos que asisten en su mayoría a escuelas privadas, automóviles propios de reciente modelo, un bajo porcentaje de deudas contraídas que además, en caso de existir, está completamente garantizada su liquidación.

De la misma forma, es necesario destacar que cuando se realizaron los análisis entre variables se encontraron ciertas desigualdades en variables como la edad, el sexo, la antigüedad y el estado civil, destacando notoriamente las diferencias abismales descubiertas entre los tipos de sexo de los médicos, las cuales alcanzaron grandes disparidades que influyeron significativamente en su estado civil, hábitat personal, número de hijos, nivel educativo de los padres, montos de endeudamiento, etc. Todo lo referido sin duda nos permite establecer, en este caso en particular, que el sexo es completamente determinante en los niveles sociales y económicos de los médicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁰⁸ Incluyendo las percepciones recibidas por parte del Centro Medico Nacional "20 de Noviembre" y excluyendo los ingresos generados por cirugías privadas.

Por otra parte la edad también reflejó algunos contrastes en la remuneración mensual obtenida, monto de las deudas, nivel jerárquico, número de dependientes económicos y número de hijos del médico.

Cabe destacar que más de la mitad de los médicos entrevistados supero el nivel educativo de sus padres, lo cual les permitió ascender social, cultural y económicamente, por lo que no debe de existir la menor duda del enorme beneficio que está institución les ha otorgado. Es importante señalar que se vislumbra la presencia de una nueva generación de médicos a los cuales se les tiene que tener peculiar atención para que estos no incurran en las inercias negativas de este Centro Médico Nacional y se sientan profundamente agradecidos hacia la institución que les dio origen reflejando en todo momento un trato excepcional con los derechohabientes, que anteponga al ser humano por encima de cualquier otro interés.

Por otra parte, es necesario mencionar que varios médicos mostraron su inconformidad con los servicios de diagnóstico y terapéutica, ya que afirmaron que no se les dan los elementos necesarios para poder desempeñar su labor con la calidad que se merecen los derechohabientes, lo cual incurre obviamente en que la atención médica debe reflejar su calidad y calidez en todos los servicios que proporciona el Centro Médico, es decir, deberá en todo momento de ser íntegra.

Todo lo visto con anterioridad sin duda nos debe permitir concluir que los derechohabientes y sus médicos en conjunto desarrollan un papel fundamental en los procesos de calidad de la atención médica, ya que de ambos se pueden conocer sus perspectivas y sus opiniones para de esta forma detectar posibles problemas, así como encontrar soluciones potenciales que permitan realizar los cambios pertinentes para mejorar en su conjunto a la institución médica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aunado a todo lo antes expuesto, es necesario precisar que éste trabajo de investigación nos permitió conocer y detectar la presencia de un sin fin de problemas que atañen no solamente al ISSSTE sino a todo el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, destacando notoriamente una profunda crisis de valores que permiten suponer que la medicina como apostolado se está perdiendo, dejando en su lugar a un mercantilismo mezquino y salvaje que solo ve el interés económico como su principal valuarte.

En este sentido, las Instituciones Públicas además de lo referido, están enfrentando un acelerado crecimiento de su demanda, encontrando que los recursos con los que cuentan siguen siendo prácticamente los mismos y además pésimamente distribuidos. Por otra parte, carecen de capacidad organizativa y peor aún de liderazgos morales que partan de principios que radiquen en el espíritu de servicio, por lo que lamentablemente nuestras instituciones de salud, de seguir como hasta ahora, se colapsarán ante nosotros sin que podamos atestiguar la aplicación urgente de medidas necesarias para mejorar su productividad y eficiencia, ya que observamos hoy en día una ausencia completa de interés por parte de los principales directivos en erradicar de raíz la problemática descrita, lo que refleja claramente una complicidad y una falta total de ética por dejar pasar dicha situación, además de ser una irresponsable indiferencia ante el significado que representa la seguridad social en nuestro país, a saber, salvaguardar la dignidad del ser humano.

Con todo lo anterior es necesario mencionar que esta investigación no pretendió dañar la imagen de las Instituciones de Salud y mucho menos la del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", por el contrario, solo aspiró y anheló dar a conocer la problemática imperante en dicha institución para proponer alternativas de solución que permitan su magnificencia en nuestro país.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Finalmente, es importante destacar que se tiene la inquietud de extender este tipo de investigación a otras instituciones de salud con la finalidad de abarcar diversos niveles de atención así como diferentes áreas dentro de las que destacarían los servicios de hospitalización, radiodiagnóstico y urgencias entre otros, para de esta forma tener mayores elementos de juicio que nos permitan tener un mejor fundamento a la hipótesis investigada. Por otra parte será conveniente incorporar también a otros trabajadores de la salud ya que en la satisfacción de los derechohabientes no solamente participan los médicos.

Todo lo referido con el objetivo único de contribuir a extender la investigación en ciencias de la administración, particularmente en el factor humano, la cual se encuentra en los albores de ser una de las más importantes y de mayor trascendencia dentro de nuestra Universidad Nacional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECOMENDACIONES

Con fundamento en los hallazgos encontrados en la presente investigación, se exponen las siguientes sugerencias que permitirán frenar y comenzar a revertir la problemática descrita:

☞ Para reducir al mínimo la ausencia del personal médico será necesario tomar las siguientes medidas:

- Ajustar en tiempo real las consultas por especialidad con un intervalo mínimo de veinte minutos para así programar adecuadamente las consultas médicas utilizando el sistema de computo actual.
- Los jefes de servicio de cada especialidad deberán de ser responsables de supervisar al personal médico a su cargo, mediante verificar que estos cumplan eficientemente con las obligaciones contraídas con el Centro Médico. Cabe destacar la importancia de seleccionar a jefes que posean una capacidad organizativa y un liderazgo moral que parta de principios que radiquen en el espíritu de servicio, así como en poseer un amplio sentido común que tenga siempre presente la enorme importancia de la seguridad social en nuestro país.
- Aunado a lo anterior, la Dirección de Personal de este Centro Médico deberá controlar estrictamente a los médicos mediante medios electrónicos de entrada y salida, así como realizar supervisiones aleatorias durante los horarios de servicio que permitan verificar el adecuado cumplimiento de sus funciones. Lo referido aunque parezcan un tanto extremado para estos, es necesario y completamente justificable ya que la flexibilidad de horario ha caído en enormes excesos que están dañando altamente a los derechohabientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para mejorar la atención a los derechohabientes será necesario tomar las siguientes medidas:

- o Ampliar los horarios de servicio mediante el otorgamiento de consulta en el turno vespertino; de esta forma se utilizará la capacidad instalada durante las tardes aprovechando y explotando así los recursos ya existentes. Por otra parte evitará la pérdida de tiempo productivo de los trabajadores además de aumentar casi al doble la capacidad de acción de la consulta externa de este Centro Médico Nacional.
Lo anterior se puede llevar a cabo sin la necesidad de contratar nuevo personal médico ya que tan solo es necesario una reasignación de recursos. Obviamente se tendrían que romper los intereses de grupo fuertemente arraigados en este nosocomio.
- o La vigencia de derechos deberá de automatizarse para así evitar las filas interminables que tienen que hacer los derechohabientes cada que requieren de algún servicio por parte del Centro Médico. Lo anterior se podría lograr fácilmente teniendo una alimentación constante de información con las dependencias gubernamentales donde laboran los pacientes.
- o Se tiene que humanizar a todo el personal de este hospital mediante campañas continuas de Formación y Dignificación Médica que permitan hacer conciencia de la enorme responsabilidad que tienen ante los pacientes y obviamente actuando enérgicamente cuando se compruebe que existió un mal trato hacia algún derechohabiente.
- o Así mismo en los procesos de selección se deben de incorporar reactivos que busquen en todo el personal ante todo el espíritu de servicio y el respeto hacia la dignidad y los valores del enfermo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- o Será necesario establecer la metodología descrita en la parte final del segundo capítulo de este trabajo para implementar la Administración por Valores, con el objetivo de aclarar los valores, el propósito y la misión de éste Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" para posteriormente ser comunicados y lo más importante, que todo el personal demuestre en su práctica diaria que están actuando conforme a esa misión y esos valores.
- Por otra parte, es urgente mejorar enormemente los niveles de atención médica que preceden al Centro Médico, debido a que éste no podrá seguir absorbiendo la terrible demanda que se incrementa día con día. Ya que tenemos que recordar que los pacientes que llegan a este hospital ya no se regresan a sus orígenes, fenómeno completamente comprensible, al encontrarse mejor atendidos en este nosocomio. Dentro del referido mejoramiento a los niveles de atención se debe destacar el primer nivel ya que de ahí parten los principales problemas.
- Se tiene que implantar, como un instrumento de control de calidad eficiente, la medición constante de la satisfacción del derechohabiente, ya que han quedado demostrados los enormes beneficios que posee para lograr así un buen desempeño en la atención médica.

Lo anterior sería conveniente llevarlo a cabo a través de solicitar a los pacientes que una vez que hayan visitado a su médico llenen una encuesta que permita conocer la percepción de éste ante el servicio médico otorgado.

Estos resultados servirían como indicadores de desempeño del médico, para así proporcionar a éste incentivos económicos ó en especie como son las becas que se otorgan para asistir a congresos en el extranjero, o bien para implantar sanciones que permitan evitar conductas inadecuadas que dañan al derechohabiente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ☞ Aunado a lo anterior, consideró conveniente **establecer a la Satisfacción del Derechohabiente como un indicador válido que se deberá tomar en cuenta para la Certificación de los Hospitales.**

- ☞ Finalmente, recomiendo la importancia de realizar mesas de trabajo en los diferentes servicios para recopilar información por parte de los médicos que permita conocer sus principales descontentos ante los servicios colaterales, para así fortalecerlos y permitir que estos coadyuven a mejorar la atención médica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATRIZ COMPARATIVA

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<p>Prácticamente una tercera parte de los derechohabientes (32.1%) afirmaron que nunca o a veces les atiende el médico con el que realizan su cita.</p>	<p>La Dirección de Personal deberá controlar estrictamente a los médicos mediante medios electrónicos de entrada y salida, así como realizar supervisiones aleatorias durante los horarios de servicios que permitan verificar el adecuado cumplimiento de sus funciones.</p> <p>Implantar, como un instrumento de calidad eficiente, la medición constante de la satisfacción del derechohabiente mediante solicitar a los pacientes que una vez que hayan visitado a su médico llenen una encuesta que permita conocer la percepción de éste ante el servicio médico otorgado para así recompensar o sancionar a los médicos de acuerdo a sus resultados.</p>
<p>Casi la mitad de los derechohabientes (45.3%) no perciben la utilización de algún material, herramienta o equipo en la revisión efectuada por parte de su médico.</p>	
<p>28.3% de los derechohabientes afirmaron que nunca o a veces el médico les proporciona información sobre las consecuencias de la enfermedad.</p>	
<p>El 36.8% aseveraron que nunca o a veces le son explicadas las reacciones secundarias de los medicamentos.</p>	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

<p>57.1% esperan más de dos horas en ser atendidos por su médico el día de su cita médica.</p>	<p>Estricto control de asistencia y puntualidad de los médicos. Ajustar en tiempo real las consultas por especialidad con un intervalo mínimo de veinte minutos para así programar adecuadamente las consultas médicas utilizando el sistema de computo actual.</p>
<p>40.6% esperan más de dos meses desde que solicitan su cita médica hasta que se las otorgan.</p>	<p>Ampliación de los horarios de servicio mediante el otorgamiento de consulta en el turno vespertino; de esta forma se utilizará la capacidad instalada durante las tardes aprovechando y explotando así los recursos ya existentes, además se evitará la pérdida de tiempo productivo a los trabajadores y se aumentará casi al doble la capacidad de acción de la consulta externa. Lo anterior se puede llevar a cabo sin la necesidad de contratar nuevo personal médico ya que tan solo es necesario una reasignación.</p>
<p>Las Instituciones Públicas están enfrentando un acelerado crecimiento de su demanda, encontrando que los recursos con los que cuentan siguen siendo prácticamente los mismos y además pésimamente distribuidos.</p>	
<p>Persistencia de problemas de inasistencia y delegación de funciones intransferibles a los médicos residentes.</p>	<p>Los jefes de servicio de cada especialidad deberán de ser responsables de supervisar al personal médico a su cargo mediante verificar que estos cumplan eficientemente con las obligaciones contraídas con el Centro Médico.</p>
<p>Varios médicos mostraron su inconformidad con los servicios de diagnóstico y terapéutica, ya que afirmaron que no se les dan los elementos necesarios para poder desempeñar su labor con la calidad que se merecen los derechohabientes.</p>	<p>Realizar mesas de trabajo en los diferentes servicios para recopilar información por parte de los médicos que permita conocer sus principales descontentos ante los servicios colaterales, para así fortalecerlos y permitir que estos coadyuven a mejorar la atención médica.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Se destaca notoriamente que existe una profunda crisis de valores que permiten suponer que la medicina como apostolado se está perdiendo, dejando en su lugar a un mercantilismo mezquino y salvaje que solo ve el interés económico como su principal valuarte.</p>	<p>Realizar campañas continuas de Formación y Dignificación Médica que permitan hacer conciencia a todo el personal de la enorme responsabilidad que tienen ante los pacientes, así como del profundo respeto hacia la dignidad y los valores de éstos.</p> <p>Aplicar la metodología descrita en la Administración por Valores.</p>
<p>Las Instituciones Públicas carecen de capacidad organizativa y peor aún de liderazgos morales que partan de principios que radiquen en el espíritu de servicio.</p>	<p>Se deben seleccionar a Directores y Jefes de Servicio que posean una capacidad organizativa y un liderazgo moral que parta de principios que radiquen en el espíritu de servicio, así como en un amplio sentido común que tenga siempre presente la enorme importancia de la seguridad social en nuestro país.</p>
<p>Se observa una ausencia completa de interés por parte de los principales directivos en erradicar de raíz la problemática descrita, lo que refleja claramente una complicidad y una falta total de ética por dejar pasar dicha situación.</p>	<p>Aplicar la metodología descrita en la Administración por Valores.</p>

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

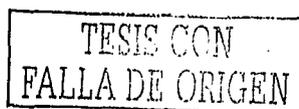
BIBLIOGRAFÍA

- 📖 Aguirre Moreno, Arturo. **“Cuatro Visiones Sobre la Dignidad del Hombre. Estoicismo, cristianismo medieval, humanismo renacentista y Kant”**, Tesis Licenciatura (Licenciado en Filosofía), UNAM, México, 2001.
- 📖 Alarcón Segovia, Donato. **“Humanismo y Medicina, Infancia y Sociedad: Memorias VI Simposium Internacional”**, Instituto Nacional de Nutrición, México, 1994.
- 📖 Ávila Cisneros, Ignacio. **“Humanismo y Medicina, Infancia y Sociedad: Memorias VI Simposium Internacional”**, Instituto Nacional de Nutrición, México, 1994.
- 📖 Balint, Michael. **“El Médico, el Paciente y su Enfermedad”**, Libros Básicos, 1961.
- 📖 Barrios López, Maura. **“Factores Psicosociales que Determinan el Binomio Satisfacción-Productividad en el Trabajo”**, Tesis Licenciatura (Licenciado en Psicología), UNAM, 1994.
- 📖 Basaglia, Franco. **“La Institución Negada”**, Siglo XXI, México, 1979.
- 📖 Basaglia, Franco. **“Razón, Locura y Sociedad”**, Siglo XXI, México, 1978.
- 📖 Basave Fernández del Valle, Agustín. **“Meditación sobre la Pena de Muerte”**, FCE, México, 1997.
- 📖 Beuchot, Mauricio. **“Algunos Rasgos de la Fundamentación Filosófica de los Derechos Humanos en América Latina”**, Cuadernos de Filosofía, No.5, Universidad de San Carlos, Guatemala, 1992.
- 📖 Blanchard, Ken y O'Connor, Michael. **“Administración por Valores”**, Norma, Bogotá, 1997.
- 📖 Bleger, José. **“Psicología y Medicina”**, en: “Psicología y Cáncer”, Hormé, 1965.
- 📖 Blum, Milton L. **“Psicología Industrial”**, Trillas, México, 1977.
- 📖 Bonino, Donatella. **“El Compañero Médico: Por una nueva relación médico-paciente”**, Nueva Imagen, México, 1979.

- ☞ Bruce, J. **"Elementos Fundamentales de la Calidad de la Atención"**, Documentos de trabajo, Núm. 21, Population Council / INOPAL III, México, 1998.
- ☞ Canguilhem, Georges. **"Lo Normal y lo Patológico"**, Siglo XXI, México, 1978.
- ☞ Cantú Delgado, Humberto. **"Desarrollo de una Cultura de Calidad"**, McGraw-Hill Interamericana, México, 1997.
- ☞ Chavarría Olarte, Marcela. **"Orientaciones para la Elaboración y Presentación de Tesis"**, Trillas, México, 1993.
- ☞ Chávez Nieto, José. **"La Reforma del Estado y la Dimensión Deseable de la Administración Pública en México"**, en: "Reflexiones al Futuro", Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, México, 1994.
- ☞ Chávez Valencia, Javier. **"El Sistema Nacional de Salud en México: implicaciones políticas y sociales"**, Tesis Licenciatura (Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública), UNAM, México, 1998.
- ☞ Chávez, Ignacio. **"Humanismo Médico, Educación y Cultura: Conferencias y discursos"**, UNAM, México, 1991.
- ☞ Cruz Velasco, Juan. **"Satisfacción Laboral en Médicos y su Relación con la Calidad en la Atención a los Usuarios"**, Tesis Licenciatura (Licenciado en Psicología), UNAM, México, 1999.
- ☞ Cuchteneere, Raoul de. **"Humanismo y Medicina Social"**, Humanismo, Buenos Aires, 1959.
- ☞ De la Fuente, J.; Garza, E. y Gutiérrez, A. **"La Formación del Médico del Siglo XXI y el Plan Único de Estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM"**, Educ. Med. Salud, México, 1994.
- ☞ Díaz Muller, Luis. **"Manual de Derechos Humanos"**, CNDH, México, 1992.
- ☞ Donabedian, Avedis. **"Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio"**, INSP, México, 1990.
- ☞ Foucault, Michel. **"El Nacimiento de la Clínica"**, Siglo XXI, México, 1979.
- ☞ Frenk, Julio y Gómez, Octavio. **"Integración Global, Salud y Derechos Humanos"**, en: "Salud y Derechos Humanos: perspectivas en salud pública", INSP, México, 1995.

- 📖 Frenk, Julio y Knaul, Felicia. **“Los Derechos Humanos como Base Doctrinaria para las Políticas de salud”**, en: “Salud y Derechos Humanos: perspectivas en salud pública”, INSP, México, 1995.
- 📖 Frenk, Julio. **“La Transición Altera el Significado de la Salud”**, Revista Ciencia Medica. 1994.
- 📖 García Acosta, Juan. **“Evaluación de la Calidad de la Atención en Servicios de Salud a través de la Satisfacción del Paciente”**, Tesis Maestría (Maestría en Investigación de Servicios de Salud), UNAM, México, 2000.
- 📖 García Romero, Horacio. **“La Salud de los Mexicanos, prioridad del Estado”**, La Jornada Ecológica, Año 5, No. 53, México, 23 de enero de 1997.
- 📖 García, Moriyón. **“Los Derechos Humanos”**, Popular, Madrid, 1989.
- 📖 González Pedrero, Enrique. **“La Reforma del Estado”**, Revista Nexos, No.146, México, febrero de 1990.
- 📖 Hayes, Bob E. **“Cómo Medir la Satisfacción del Cliente: diseño de encuestas, uso y métodos de análisis estadístico”**, University of Oxford, México, 1999.
- 📖 Heller, Agnes. **“El Hombre en el Renacimiento”**, Península, Barcelona, 1978.
- 📖 Hernández Sampieri, Roberto. **“Metodología de la Investigación”**, McGraw-Hill, México, 1998.
- 📖 Ibáñez Brambilia, Berenice. **“Manual para la Elaboración de Tesis”**, Trillas, México, 1996.
- 📖 Jinich, Horacio. **“Prologo”**, en: “Ciencia y Humanismo al Servicio del Enfermo”, Setra, México, 1998.
- 📖 Kant, Immanuel. **“Metafísica de las Costumbres”**, Tecnos, Trad. Cortina y Conill, Barcelona, 1997.
- 📖 Koontz, Harold. **“Administración: Una perspectiva global”**, McGraw-Hill, México, 1999.
- 📖 Leda Datz, Inocencio. **“La Relación Médico-Paciente: un estudio psicoanalítico”**, Tesis Maestría (Maestría en Psicología), UNAM, México, 2002.
- 📖 Laín Entralgo, Pedro. **“Historia de la Medicina”**, Salvat, Barcelona, 1978.

- 📖 Liguori, A. L. **"Presentación"**, en: "Salud y Derechos Humanos: perspectivas en salud pública", INSP, México, 1995.
- 📖 López, Rogelio; Villasoto, Juan Carlos y Esquivel, Irma. **"La Transición Epidemiológica"**, Revista Ciencia Medica, Vol. 1, No. 2, México, octubre-diciembre de 1994.
- 📖 Luchina, Isaac. **"La Relación Médico-Paciente en Cancerología"**, en: "Psicología y Cáncer", Hormé, Buenos Aires, 1965.
- 📖 Martínez Cortés, Fernando. **"Ciencia y Humanismo al Servicio del Enfermo"**, Setra, México, 1998.
- 📖 Marx, Karl. **"El Capital"**, Libro I, Capítulo VI, Inédito, Signos, 1971.
- 📖 Massini Correas, Carlos I. **"El Derecho a la Vida en la Sistemática de los Derechos Humanos"**, en: "Problemas Actuales Sobre Derechos Humanos: una propuesta filosófica", Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 1997.
- 📖 Navarro, Vicente. **"Lucha de Clases, Estado y Medicina"**, Nueva Imagen, México, 1984.
- 📖 Neri, A.C. **"La Medicina en el Mundo Contemporáneo"**, Educación Médica, Salud, Vol.13, No.2, 1979.
- 📖 Oestreich, Gerhard. **"La Idea de los Derechos Humanos a través de la Historia"**, Berlín, 1974.
- 📖 PLA, Juan Carlos. **"Formación Psicológica del Médico"**, Imago, N.L., México, 1978.
- 📖 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (2001-2006).
- 📖 Retchkiman Kirk, Benjamín. **"Política Fiscal Mexicana"**, Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México, 1983.
- 📖 Rodríguez Hernández, Francisco. **"Atención a la Salud y Desigualdad Regional: Distribución de los recursos para la atención de la salud en México"**, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, México, 1992.
- 📖 Rojas Soriano, Raúl. **"Guía para realizar Investigaciones Sociales"**, UNAM, México, 1977.



- ☞ Romero, Miguel. **"El Neoliberalismo en América Latina: Carta de los Provinciales Latinoamericanos de la Compañía de Jesús"**, Universidad Iberoamericana, México, 1997.
- ☞ Sánchez y Quiroga. **"Patrones de Insatisfacción Laboral y Atribución de Causas"**, Revista Mexicana de Psicología, V-15, No.2, México, 1998.
- ☞ Schultz, Duane P. **"Psicología Industrial"**, McGraw-Hill, México, 1991.
- ☞ Scitovsky, Tibor. **"Frustraciones de la Riqueza: La satisfacción humana y la insatisfacción del consumidor"**, FCE, México, 1986.
- ☞ Soberón, Guillermo; Kumate, Jesús y Laguna, José. **"La Salud en México: Testimonios"**, La Asistencia Social, V-3, FCE, México, 1988.
- ☞ Torres Solís, José Ramón. **"Guión Metodológico para la Presentación de Propuestas de Investigación"**, UNACH, México, 1999.
- ☞ Troncoso, Ramón. **"Medicina, Capitalismo y Trabajo"**, en: "Medicina ¿Para Quién?", Nueva Sociología, México, 1980.
- ☞ Valenzuela Feijoo, José Carlos. **"Crítica del Modelo Neoliberal: El FMI y el cambio estructural"**, UNAM, México, 1991.
- ☞ Villarreal, Rene. **"La Contrarrevolución Monetarista: Teoría, política económica e ideología del neoliberalismo"**, Océano, México, 1984.
- ☞ Villarreal, Rene. **"Liberalismo Social y Reforma del Estado: México en la era del capitalismo posmoderno"**, Nacional Financiera, FCE, México, 1993.
- ☞ Villoro, Luis. **"El Pensamiento Moderno: Filosofía del renacimiento"**, FCE, México, 1992.
- ☞ Zorrilla Arena, Santiago, **"Guía para Elaborar la Tesis"**, McGraw-Hill, México, 1990.
- ☞ Zorrilla Arena, Santiago. **"Introducción a la Metodología de la Investigación"**, Océano, México, 1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO I

Satisfacción del Derechohabiente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Diseño de Entrevista

Satisfacción del Derechohabiente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISEÑO DE ENTREVISTA
(Satisfacción del Derechohabiente)

Edad: _____ Sexo: _____ Especialidad: _____
Tipo de Derechohabiente: _____ Edo. Civil: _____
Foráneo: _____ Nivel de Estudios: _____
Zona Metropolitana: _____

1. ¿Le atiende el médico con quien realiza su cita?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
2. ¿El médico le pregunta sobre las principales molestias que presenta?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
3. ¿El médico le revisa personalmente?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
4. ¿En la revisión utiliza algún material, herramienta o equipo?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
5. ¿Le informa sobre la enfermedad que padece?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
6. ¿Le explica las causas de su enfermedad?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
7. ¿Le menciona que consecuencias puede producir su enfermedad?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
8. ¿Le ordena estudios de laboratorio, rayos x, etc.?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
9. ¿Le explica porque le tienen que hacer esos estudios?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
10. ¿Le señala la forma de tomarse los medicamentos?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
11. ¿Le explica sobre los posibles efectos o reacciones secundarias del medicamento?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. ¿Le informa sobre los cuidados que debe de guardar durante su tratamiento?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
13. ¿El médico le aclara sus dudas?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
14. ¿El trato del médico es cordial?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
15. ¿El trato del médico es respetuoso?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
16. ¿Siente que su médico le escucha?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
17. ¿Siente que su médico le entiende?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
18. ¿Piensa que su médico le otorga el tiempo necesario durante la consulta?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
19. ¿Considera que su médico le brinda una atención adecuada?
a) Nunca b) A veces c) Regularmente d) Frecuentemente e) Siempre
20. ¿Considera que su malestar ha desaparecido?
a) Nada b) Muy Poco c) Regular d) Mucho e) Completamente
21. ¿Cuánto tiempo espero desde que solicito su cita médica hasta que se la otorgaron?
a) Más de 60 días. b) De 46 a 60 días c) De 31 a 45 días d) De 15 a 30 días e) Menos de 15 días.
22. El día de su cita médica ¿cuánto tiempo espero para ser atendido?
a) Más de 120 min. b) De 91 a 120 min. c) De 61 a 90 min. d) De 30 a 60 min. e) Menos de 30 min.

COMENTARIOS:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Frecuencias

Satisfacción del Derechohabiente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Frecuencias Satisfacción del Derechohabiente

Statistics

		EDAD	SEXO	TIPO	EDOCIV	ESTUDIOS	ORIGEN
N	Valid	212	212	212	212	212	212
	Missing	0	0	0	0	0	0
	Mean	46.10	1.67	2.36	1.88	3.30	689.07
	Median	49.00	2.00	2.00	2.00	3.00	904.00
	Mode	50	2	1	2	6	909
	Std. Deviation	20.38	.47	1.35	.94	2.14	480.08
	Variance	415.31	.22	1.82	.89	4.60	230472.21
	Minimum	1	1	1	1	0	1
	Maximum	86	2	4	5	8	1523
Percentiles	25	39.00	1.00	1.00	1.00	1.00	28.00
	50	49.00	2.00	2.00	2.00	3.00	904.00
	75	60.75	2.00	4.00	2.00	6.00	909.00

Statistics

		ESP	MEDICO	P1	P2	P3	P4
N	Valid	212	212	212	212	212	212
	Missing	0	0	0	0	0	0
	Mean	13.96	51.17	3.54	4.50	4.00	3.14
	Median	14.00	52.00	4.00	5.00	5.00	3.00
	Mode	1	90	5	5	5	5
	Std. Deviation	8.35	29.02	1.59	1.02	1.48	1.69
	Variance	69.65	842.29	2.52	1.04	2.18	2.86
	Minimum	1	1	1	1	1	1
	Maximum	29	90	5	5	5	5
Percentiles	25	8.00	24.25	2.00	5.00	3.00	1.00
	50	14.00	52.00	4.00	5.00	5.00	3.00
	75	21.00	77.00	5.00	5.00	5.00	5.00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Statistics

		P5	P6	P7	P8	P9	P10
N	Valid	212	212	212	212	212	212
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		4.39	3.85	3.79	4.05	3.92	4.28
Median		5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Mode		5	5	5	5	5	5
Std. Deviation		1.20	1.53	1.57	1.37	1.54	1.59
Variance		1.45	2.35	2.45	1.89	2.37	2.52
Minimum		1	1	1	1	1	0
Maximum		5	5	5	5	5	5
Percentiles	25	4.00	2.00	2.00	4.00	3.00	5.00
	50	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
	75	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00

Statistics

		P11	P12	P13	P14	P15	P16
N	Valid	212	212	212	212	212	212
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		2.99	4.24	4.07	4.48	4.74	4.34
Median		3.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Mode		5	5	5	5	5	5
Std. Deviation		1.89	1.30	1.37	1.05	.75	1.17
Variance		3.59	1.68	1.87	1.10	.56	1.36
Minimum		0	1	1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5	5	5
Percentiles	25	1.00	4.00	3.00	5.00	5.00	4.00
	50	3.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
	75	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00

Statistics

		P17	P18	P19	P20	P21	P22
N	Valid	212	212	212	212	212	212
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		4.15	3.95	4.26	3.10	2.63	2.07
Median		5.00	5.00	5.00	3.00	2.00	1.00
Mode		5	5	5	3	1	1
Std. Deviation		1.27	1.41	1.17	.98	1.61	1.43
Variance		1.62	1.98	1.36	.96	2.58	2.06
Minimum		1	1	1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5	5	5
Percentiles	25	3.25	3.00	4.00	3.00	1.00	1.00
	50	5.00	5.00	5.00	3.00	2.00	1.00
	75	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	4.00

Frequency Table

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EDAD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	1.9	1.9	1.9
2	2	.9	.9	2.8
3	2	.9	.9	3.8
4	3	1.4	1.4	5.2
6	4	1.9	1.9	7.1
7	1	.5	.5	7.5
8	2	.9	.9	8.5
9	3	1.4	1.4	9.9
10	1	.5	.5	10.4
11	1	.5	.5	10.8
12	2	.9	.9	11.8
15	3	1.4	1.4	13.2
16	2	.9	.9	14.2
17	1	.5	.5	14.6
19	1	.5	.5	15.1
20	3	1.4	1.4	16.5
23	1	.5	.5	17.0
24	1	.5	.5	17.5
25	1	.5	.5	17.9
27	1	.5	.5	18.4
30	1	.5	.5	18.9
31	1	.5	.5	19.3
32	2	.9	.9	20.3
33	3	1.4	1.4	21.7
34	1	.5	.5	22.2
35	3	1.4	1.4	23.6
37	1	.5	.5	24.1
38	1	.5	.5	24.5
39	5	2.4	2.4	26.9
40	9	4.2	4.2	31.1
41	2	.9	.9	32.1
42	1	.5	.5	32.5
43	2	.9	.9	33.5
44	4	1.9	1.9	35.4
45	3	1.4	1.4	36.8
46	6	2.8	2.8	39.6
47	8	3.8	3.8	43.4
48	7	3.3	3.3	46.7
49	8	3.8	3.8	50.5
50	11	5.2	5.2	55.7
51	3	1.4	1.4	57.1
52	9	4.2	4.2	61.3
53	2	.9	.9	62.3
54	5	2.4	2.4	64.6
55	5	2.4	2.4	67.0
56	4	1.9	1.9	68.9
57	4	1.9	1.9	70.8
58	3	1.4	1.4	72.2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 59	3	1.4	1.4	73.6
60	3	1.4	1.4	75.0
61	1	.5	.5	75.5
62	5	2.4	2.4	77.8
63	4	1.9	1.9	79.7
64	4	1.9	1.9	81.6
65	4	1.9	1.9	83.5
66	7	3.3	3.3	86.8
67	4	1.9	1.9	88.7
68	4	1.9	1.9	90.6
69	2	.9	.9	91.5
70	2	.9	.9	92.5
72	2	.9	.9	93.4
73	2	.9	.9	94.3
74	2	.9	.9	95.3
75	2	.9	.9	96.2
76	1	.5	.5	96.7
77	1	.5	.5	97.2
79	1	.5	.5	97.6
81	1	.5	.5	98.1
83	2	.9	.9	99.1
85	1	.5	.5	99.5
86	1	.5	.5	100.0
Total	212	100.0	100.0	

SEXO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	71	33.5	33.5	33.5
Femenino	141	66.5	66.5	100.0
Total	212	100.0	100.0	

TIPO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Trabajador	94	44.3	44.3	44.3
Jubilado	21	9.9	9.9	54.2
Pensionado	23	10.8	10.8	65.1
Beneficiario	74	34.9	34.9	100.0
Total	212	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDOCIV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Soltero	78	36.8	36.8	36.8
	Casado	107	50.5	50.5	87.3
	Divorciado	5	2.4	2.4	89.6
	Viudo	18	8.5	8.5	98.1
	Union Libre	4	1.9	1.9	100.0
	Total	212	100.0	100.0	

ESTUDIOS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	17	8.0	8.0	8.0
	Primaria	44	20.8	20.8	28.8
	Secundaria	29	13.7	13.7	42.5
	Tecnico	25	11.8	11.8	54.2
	Preparatoria	23	10.8	10.8	65.1
	Normal	19	9.0	9.0	74.1
	Licenciatura	51	24.1	24.1	98.1
	Maestria	3	1.4	1.4	99.5
	Doctorado	1	.5	.5	100.0
	Total	212	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ORIGEN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	.9	.9	.9
3	1	.5	.5	1.4
4	1	.5	.5	1.9
5	2	.9	.9	2.8
6	1	.5	.5	3.3
7	6	2.8	2.8	6.1
10	2	.9	.9	7.1
11	3	1.4	1.4	8.5
12	6	2.8	2.8	11.3
13	4	1.9	1.9	13.2
14	1	.5	.5	13.7
15	6	2.8	2.8	16.5
16	4	1.9	1.9	18.4
18	2	.9	.9	19.3
19	1	.5	.5	19.8
20	3	1.4	1.4	21.2
21	2	.9	.9	22.2
23	1	.5	.5	22.6
25	1	.5	.5	23.1
26	1	.5	.5	23.6
27	1	.5	.5	24.1
28	6	2.8	2.8	26.9
29	2	.9	.9	27.8
30	6	2.8	2.8	30.7
901	14	6.6	6.6	37.3
902	8	3.8	3.8	41.0
903	8	3.8	3.8	44.8
904	14	6.6	6.6	51.4
906	15	7.1	7.1	58.5
907	6	2.8	2.8	61.3
908	8	3.8	3.8	65.1
909	24	11.3	11.3	76.4
910	3	1.4	1.4	77.8
911	11	5.2	5.2	83.0
912	1	.5	.5	83.5
913	2	.9	.9	84.4
914	6	2.8	2.8	87.3
915	7	3.3	3.3	90.6
916	1	.5	.5	91.0
1518	4	1.9	1.9	92.9
1520	2	.9	.9	93.9
1521	9	4.2	4.2	98.1
1522	2	.9	.9	99.1
1523	2	.9	.9	100.0
Total	212	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESP

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	25	11.8	11.8	11.8
2	8	3.8	3.8	15.6
3	2	.9	.9	16.5
4	7	3.3	3.3	19.8
5	2	.9	.9	20.8
6	1	.5	.5	21.2
7	7	3.3	3.3	24.5
8	15	7.1	7.1	31.6
9	11	5.2	5.2	36.8
10	9	4.2	4.2	41.0
11	6	2.8	2.8	43.9
12	2	.9	.9	44.8
13	6	2.8	2.8	47.6
14	7	3.3	3.3	50.9
15	1	.5	.5	51.4
16	1	.5	.5	51.9
17	6	2.8	2.8	54.7
18	8	3.8	3.8	58.5
19	3	1.4	1.4	59.9
20	15	7.1	7.1	67.0
21	21	9.9	9.9	76.9
22	17	8.0	8.0	84.9
23	12	5.7	5.7	90.6
24	2	.9	.9	91.5
25	8	3.8	3.8	95.3
26	2	.9	.9	96.2
27	6	2.8	2.8	99.1
28	1	.5	.5	99.5
29	1	.5	.5	100.0
Total	212	100.0	100.0	

MEDICO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	.9	.9	.9
2	2	.9	.9	1.9
3	2	.9	.9	2.8
4	4	1.9	1.9	4.7
5	4	1.9	1.9	6.6
6	1	.5	.5	7.1
7	1	.5	.5	7.5
8	2	.9	.9	8.5
9	2	.9	.9	9.4
10	1	.5	.5	9.9
11	6	2.8	2.8	12.7
12	1	.5	.5	13.2
13	3	1.4	1.4	14.6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEDICO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14	5	2.4	2.4	17.0
	15	3	1.4	1.4	18.4
	16	1	.5	.5	18.9
	17	1	.5	.5	19.3
	18	1	.5	.5	19.8
	19	2	.9	.9	20.8
	20	1	.5	.5	21.2
	21	2	.9	.9	22.2
	22	4	1.9	1.9	24.1
	23	1	.5	.5	24.5
	24	1	.5	.5	25.0
	25	2	.9	.9	25.9
	26	1	.5	.5	26.4
	27	3	1.4	1.4	27.8
	28	1	.5	.5	28.3
	29	1	.5	.5	28.8
	30	1	.5	.5	29.2
	31	1	.5	.5	29.7
	32	2	.9	.9	30.7
	33	1	.5	.5	31.1
	34	1	.5	.5	31.6
	35	1	.5	.5	32.1
	36	1	.5	.5	32.5
	37	2	.9	.9	33.5
	38	1	.5	.5	34.0
	39	1	.5	.5	34.4
	40	3	1.4	1.4	35.8
	41	7	3.3	3.3	39.2
	42	1	.5	.5	39.6
	43	1	.5	.5	40.1
	44	3	1.4	1.4	41.5
	45	1	.5	.5	42.0
	46	1	.5	.5	42.5
	47	6	2.8	2.8	45.3
	48	1	.5	.5	45.8
	49	2	.9	.9	46.7
	50	1	.5	.5	47.2
	51	1	.5	.5	47.6
	52	6	2.8	2.8	50.5
	53	1	.5	.5	50.9
	54	2	.9	.9	51.9
	55	3	1.4	1.4	53.3
	56	3	1.4	1.4	54.7
	57	1	.5	.5	55.2
	58	2	.9	.9	56.1
	59	1	.5	.5	56.6
	60	1	.5	.5	57.1
	61	1	.5	.5	57.5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEDICO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 62	4	1.9	1.9	59.4
63	2	.9	.9	60.4
64	1	.5	.5	60.8
65	2	.9	.9	61.8
66	1	.5	.5	62.3
67	1	.5	.5	62.7
68	3	1.4	1.4	64.2
69	1	.5	.5	64.6
70	5	2.4	2.4	67.0
71	3	1.4	1.4	68.4
72	1	.5	.5	68.9
73	1	.5	.5	69.3
74	9	4.2	4.2	73.6
75	1	.5	.5	74.1
76	1	.5	.5	74.5
77	2	.9	.9	75.5
78	2	.9	.9	76.4
79	2	.9	.9	77.4
80	4	1.9	1.9	79.2
81	1	.5	.5	79.7
82	1	.5	.5	80.2
83	1	.5	.5	80.7
84	1	.5	.5	81.1
85	2	.9	.9	82.1
86	1	.5	.5	82.5
87	1	.5	.5	83.0
88	3	1.4	1.4	84.4
89	1	.5	.5	84.9
90	32	15.1	15.1	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	38	17.9	17.9	17.9
A veces	30	14.2	14.2	32.1
Regularmente	19	9.0	9.0	41.0
Frecuentemente	30	14.2	14.2	55.2
Siempre	95	44.8	44.8	100.0
Total	212	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	5	2.4	2.4	2.4
A veces	13	6.1	6.1	8.5
Regularmente	14	6.6	6.6	15.1
Frecuentemente	19	9.0	9.0	24.1
Siempre	161	75.9	75.9	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	22	10.4	10.4	10.4
A veces	29	13.7	13.7	24.1
Regularmente	11	5.2	5.2	29.2
Frecuentemente	15	7.1	7.1	36.3
Siempre	135	63.7	63.7	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	57	26.9	26.9	26.9
A veces	39	18.4	18.4	45.3
Regularmente	12	5.7	5.7	50.9
Frecuentemente	25	11.8	11.8	62.7
Siempre	79	37.3	37.3	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	13	6.1	6.1	6.1
A veces	13	6.1	6.1	12.3
Regularmente	11	5.2	5.2	17.5
Frecuentemente	17	8.0	8.0	25.5
Siempre	158	74.5	74.5	100.0
Total	212	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	29	13.7	13.7	13.7
A veces	26	12.3	12.3	25.9
Regularmente	14	6.6	6.6	32.5
Frecuentemente	22	10.4	10.4	42.9
Siempre	121	57.1	57.1	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	31	14.6	14.6	14.6
A veces	29	13.7	13.7	28.3
Regularmente	12	5.7	5.7	34.0
Frecuentemente	21	9.9	9.9	43.9
Siempre	119	56.1	56.1	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	20	9.4	9.4	9.4
A veces	21	9.9	9.9	19.3
Regularmente	11	5.2	5.2	24.5
Frecuentemente	36	17.0	17.0	41.5
Siempre	124	58.5	58.5	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	32	15.1	15.1	15.1
A veces	19	9.0	9.0	24.1
Regularmente	11	5.2	5.2	29.2
Frecuentemente	23	10.8	10.8	40.1
Siempre	127	59.9	59.9	100.0
Total	212	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid No aplica	20	9.4	9.4	9.4
Nunca	5	2.4	2.4	11.8
A veces	1	.5	.5	12.3
Regularmente	11	5.2	5.2	17.5
Frecuentemente	7	3.3	3.3	20.8
Siempre	168	79.2	79.2	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid No aplica	20	9.4	9.4	9.4
Nunca	49	23.1	23.1	32.5
A veces	29	13.7	13.7	46.2
Regularmente	14	6.6	6.6	52.8
Frecuentemente	16	7.5	7.5	60.4
Siempre	84	39.6	39.6	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	16	7.5	7.5	7.5
A veces	15	7.1	7.1	14.6
Regularmente	17	8.0	8.0	22.6
Frecuentemente	19	9.0	9.0	31.6
Siempre	145	68.4	68.4	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	11	5.2	5.2	5.2
A veces	37	17.5	17.5	22.6
Regularmente	13	6.1	6.1	28.8
Frecuentemente	16	7.5	7.5	36.3
Siempre	135	63.7	63.7	100.0
Total	212	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	6	2.8	2.8	2.8
A veces	12	5.7	5.7	8.5
Regularmente	18	8.5	8.5	17.0
Frecuentemente	14	6.6	6.6	23.6
Siempre	162	76.4	76.4	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	2	.9	.9	.9
A veces	6	2.8	2.8	3.8
Regularmente	8	3.8	3.8	7.5
Frecuentemente	14	6.6	6.6	14.2
Siempre	182	85.8	85.8	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P16

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	7	3.3	3.3	3.3
A veces	21	9.9	9.9	13.2
Regularmente	15	7.1	7.1	20.3
Frecuentemente	19	9.0	9.0	29.2
Siempre	150	70.8	70.8	100.0
Total	212	100.0	100.0	

P17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	8	3.8	3.8	3.8
A veces	32	15.1	15.1	18.9
Regularmente	13	6.1	6.1	25.0
Frecuentemente	26	12.3	12.3	37.3
Siempre	133	62.7	62.7	100.0
Total	212	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	16	7.5	7.5	7.5
	A veces	34	16.0	16.0	23.6
	Regularmente	17	8.0	8.0	31.6
	Frecuentemente	23	10.8	10.8	42.5
	Siempre	122	57.5	57.5	100.0
	Total	212	100.0	100.0	

P19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	8	3.8	3.8	3.8
	A veces	18	8.5	8.5	12.3
	Regularmente	21	9.9	9.9	22.2
	Frecuentemente	28	13.2	13.2	35.4
	Siempre	137	64.6	64.6	100.0
	Total	212	100.0	100.0	

P20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	13	6.1	6.1	6.1
	Muy Poco	37	17.5	17.5	23.6
	Regular	94	44.3	44.3	67.9
	Mucho	52	24.5	24.5	92.5
	Completamente	16	7.5	7.5	100.0
	Total	212	100.0	100.0	

P21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mas de 60	86	40.6	40.6	40.6
	de 46 a 60	31	14.6	14.6	55.2
	de 31 a 45	8	3.8	3.8	59.0
	de 15 a 30	50	23.6	23.6	82.5
	Menso de 15	37	17.5	17.5	100.0
	Total	212	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mas de 120	121	57.1	57.1	57.1
	de 91 a 120	28	13.2	13.2	70.3
	de 61 a 90	6	2.8	2.8	73.1
	de 30 a 60	41	19.3	19.3	92.5
	menos de 30	16	7.5	7.5	100.0
	Total	212	100.0	100.0	

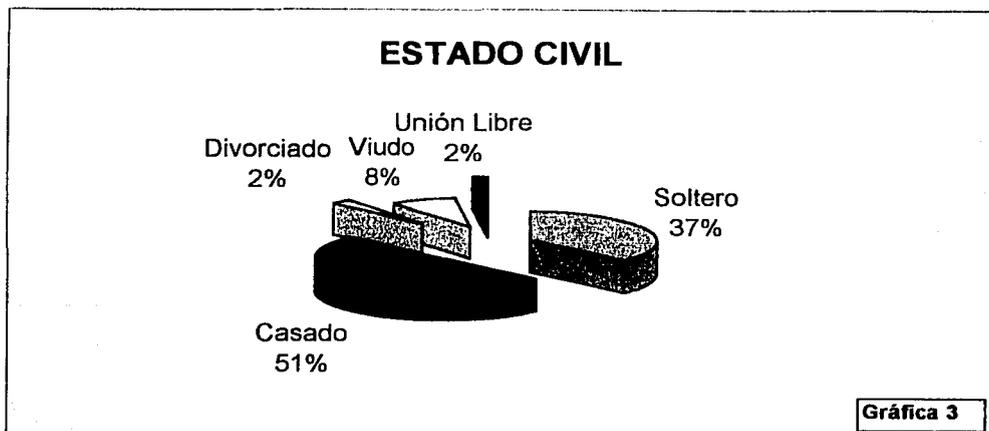
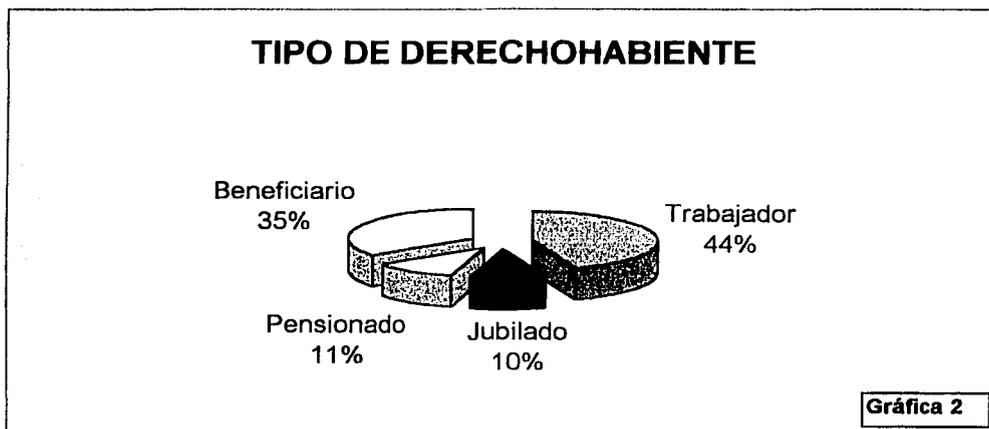
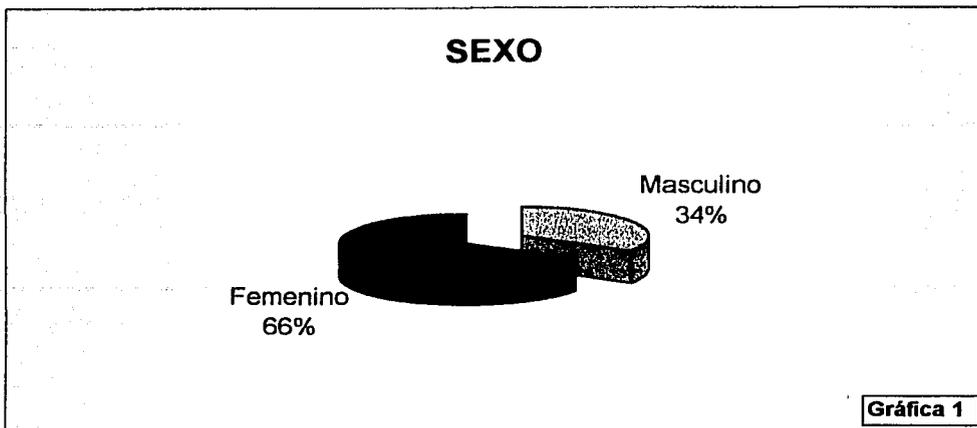
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráficas

Satisfacción del Derechohabiente

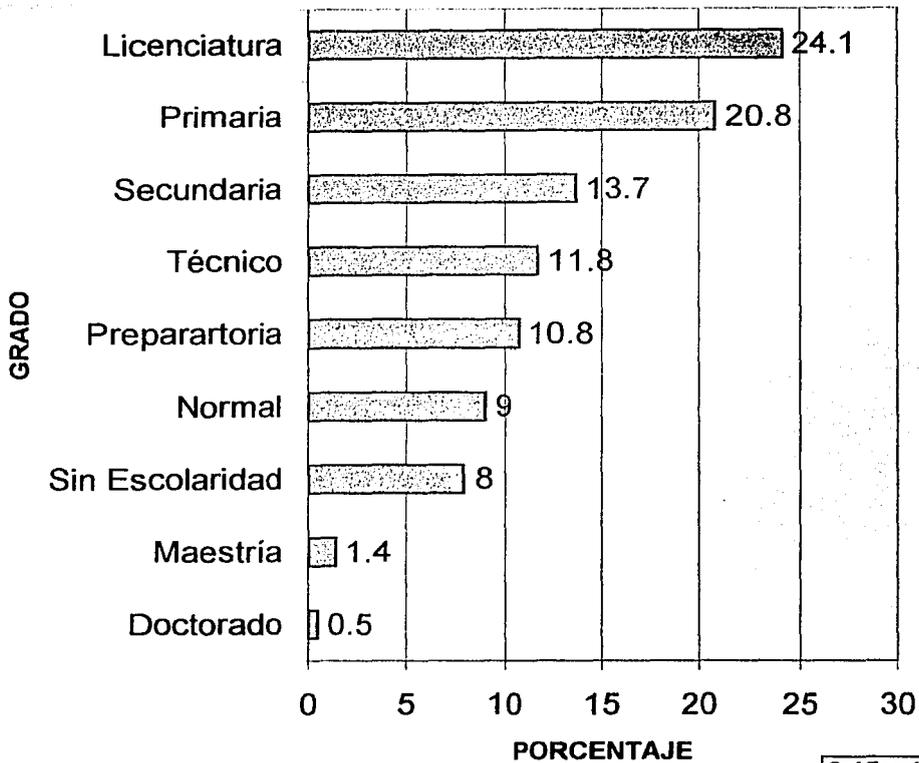
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Satisfacción del Derechohabiente



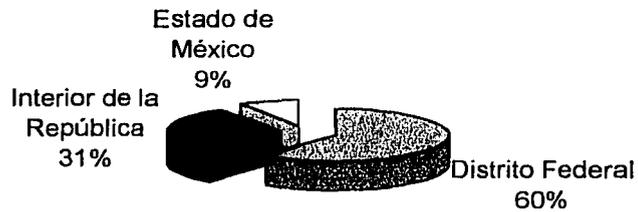
Satisfacción del Derechohabiente

NIVEL DE ESTUDIOS



Gráfica 4

ORIGEN

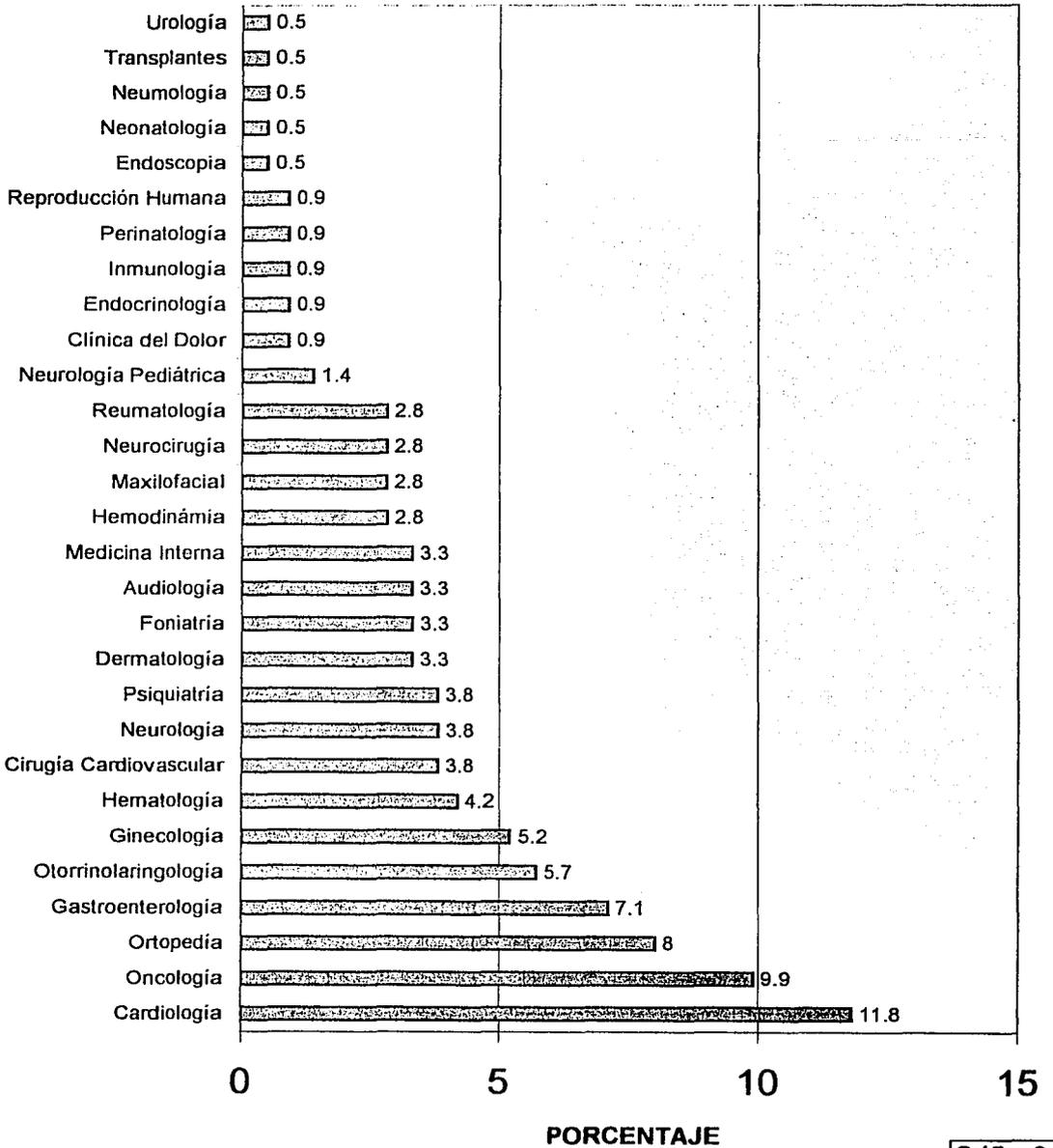


Gráfica 5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Satisfacción del Derechohabiente

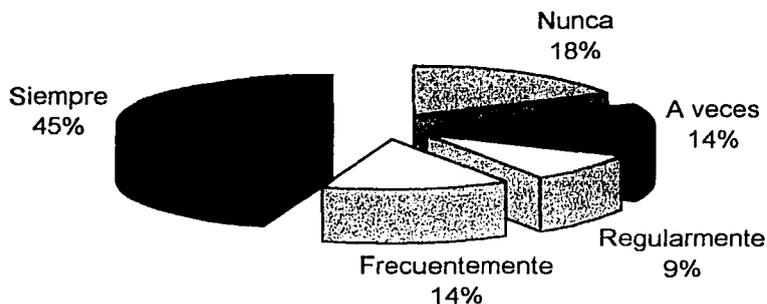
ESPECIALIDADES INVESTIGADAS



Gráfica 6

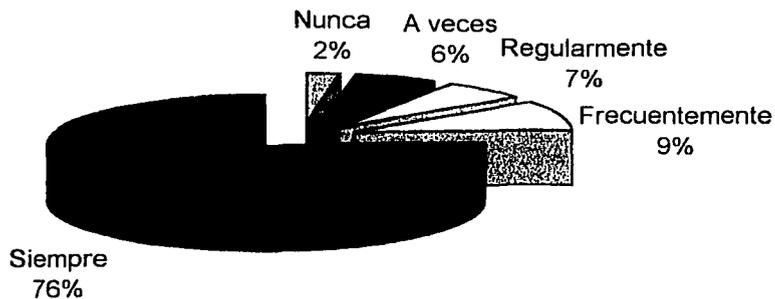
Satisfacción del Derechohabiente

1. ¿Le atiende el médico con quien realiza su cita?



Gráfica 7

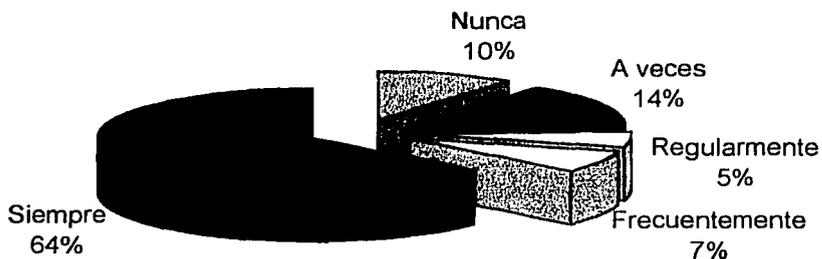
2. ¿El médico le pregunta sobre las principales molestias que presenta?



Gráfica 8

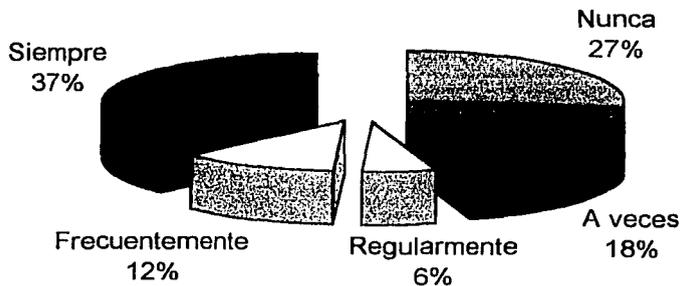
Satisfacción del Derechohabiente

3. ¿El médico le revisa personalmente?



Gráfica 9

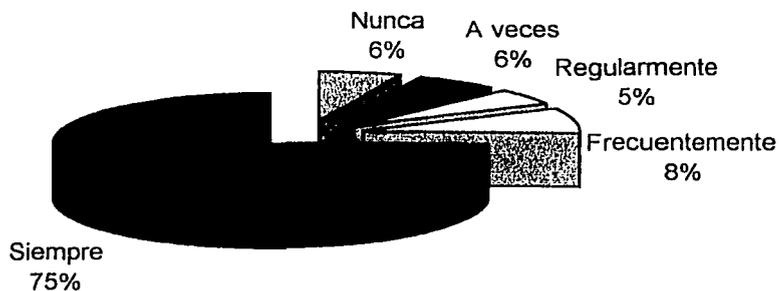
4. ¿En la revisión utiliza algún material, herramienta o equipo?



Gráfica 10

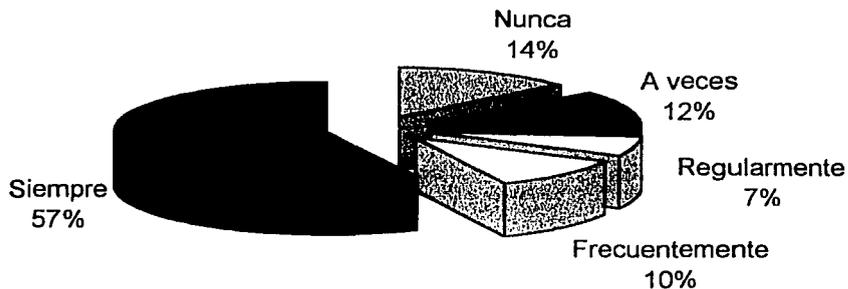
Satisfacción del Derechohabiente

5. ¿Le informa sobre la enfermedad que padece?



Gráfica 11

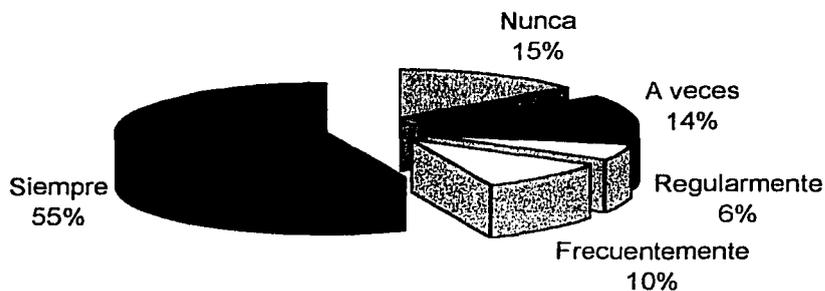
6. ¿Le explica las causas de su enfermedad?



Gráfica 12

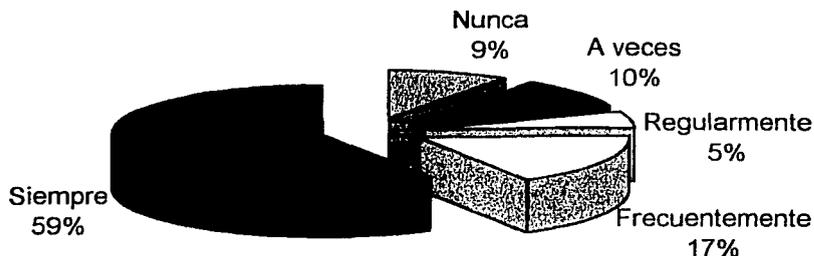
Satisfacción del Derechohabiente

7. ¿Le menciona qué consecuencias puede producir su enfermedad?



Gráfica 13

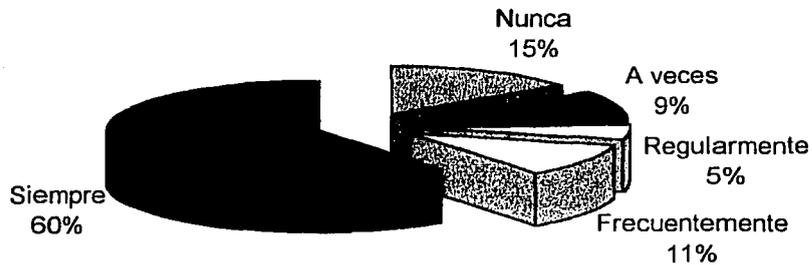
8. ¿Le ordena estudios de laboratorio, rayos x, etc.?



Gráfica 14

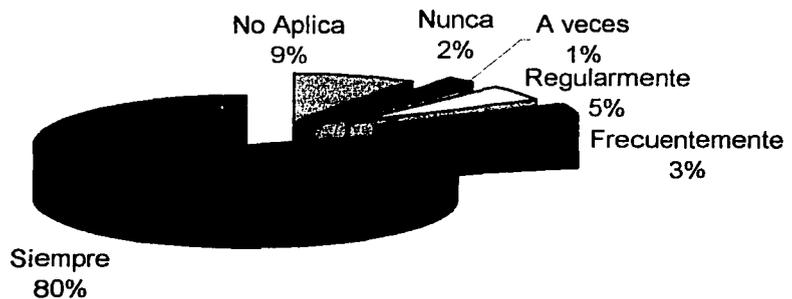
Satisfacción del Derechohabiente

9. ¿Le explica por qué le tienen que hacer esos estudios?



Gráfica 15

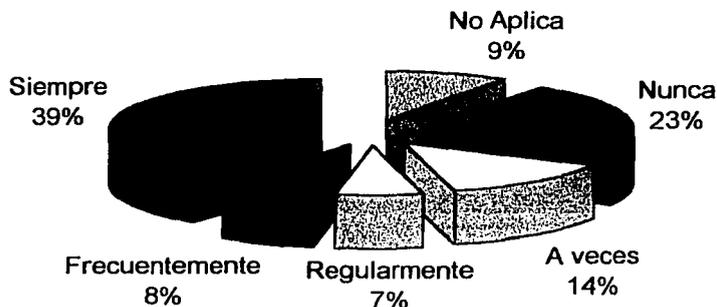
10. ¿Le señala la forma de tomarse los medicamentos?



Gráfica 16

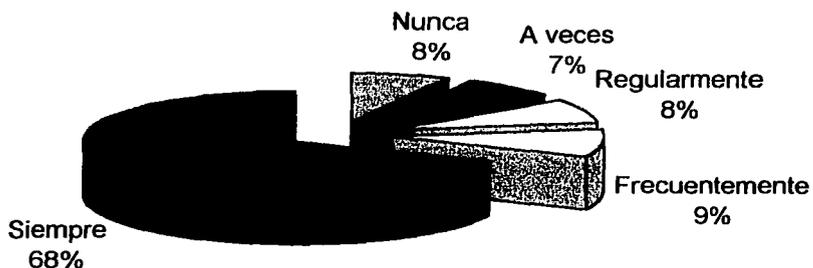
Satisfacción del Derechohabiente

11. ¿Le explica sobre los posibles efectos o reacciones secundarias del medicamento?



Gráfica 17

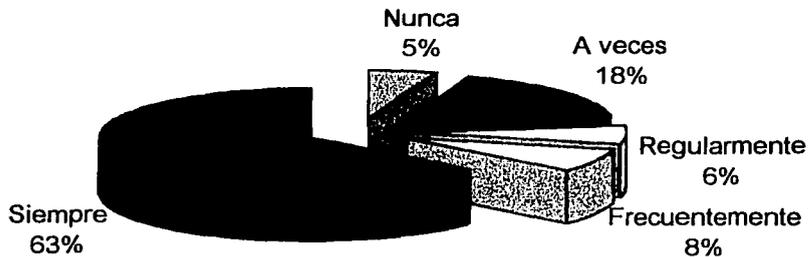
12. ¿Le informa sobre los cuidados que debe de guardar durante su tratamiento?



Gráfica 18

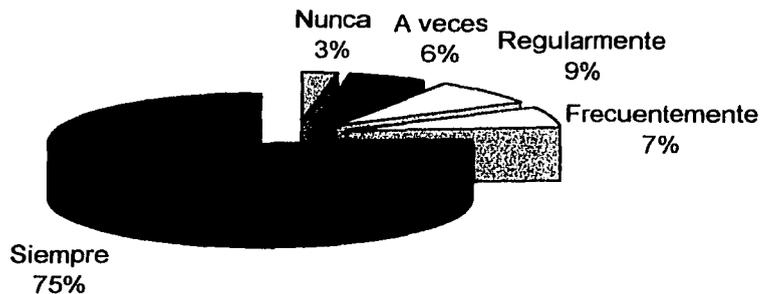
Satisfacción del Derechohabiente

13. ¿El médico le aclara sus dudas?



Gráfica 19

14. ¿El trato del médico es cordial?

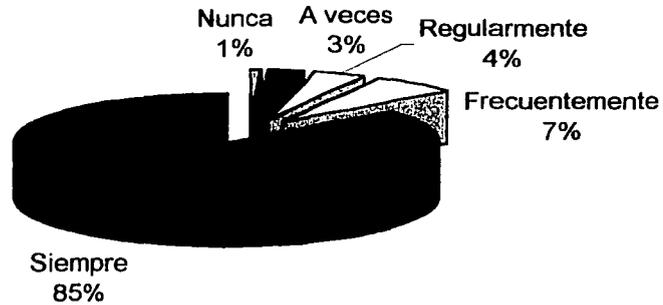


Gráfica 20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

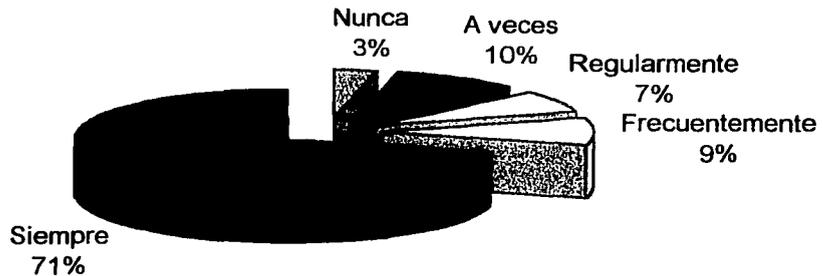
Satisfacción del Derechohabiente

15. ¿El trato del médico es respetuoso?



Gráfica 21

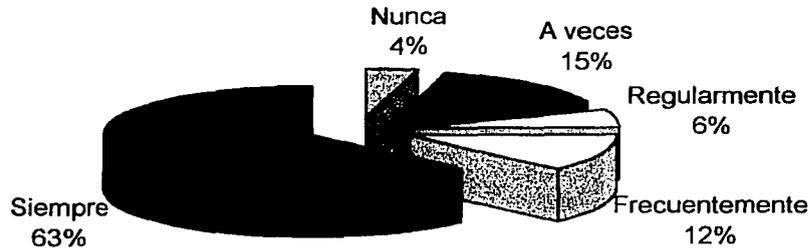
16. ¿Siente que su médico le escucha?



Gráfica 22

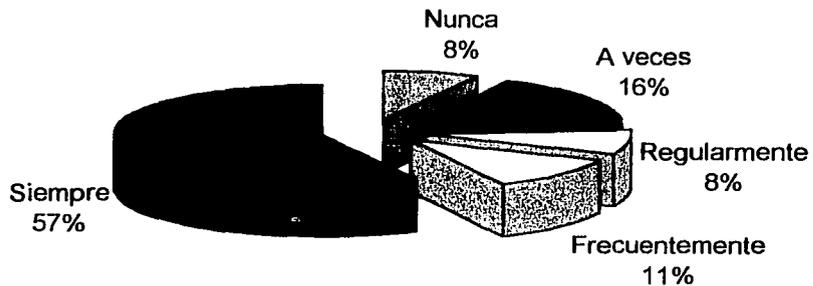
Satisfacción del Derechohabiente

17. ¿Siente que su médico le entiende?



Gráfica 23

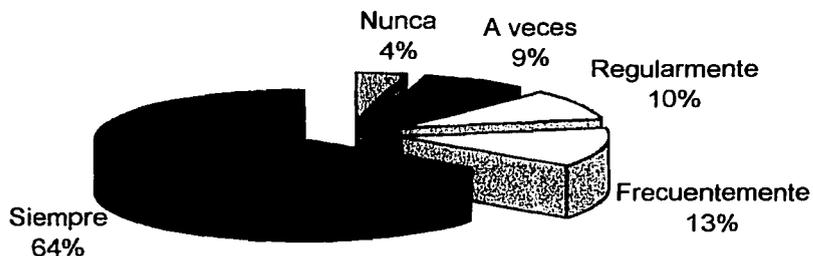
18. ¿Piensa que su médico le otorga el tiempo necesario durante la consulta?



Gráfica 24

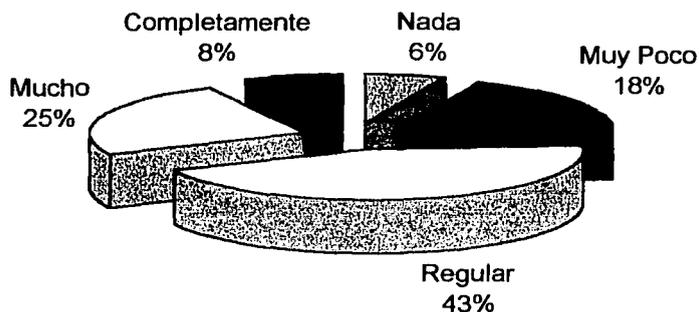
Satisfacción del Derechohabiente

19. ¿Considera que su médico le brinda una atención adecuada?



Gráfica 25

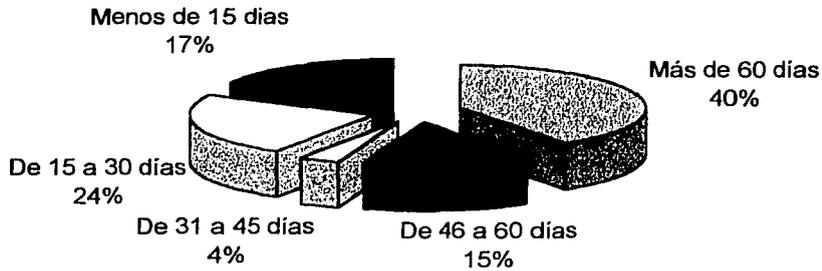
20. ¿Considera que su malestar ha desaparecido?



Gráfica 26

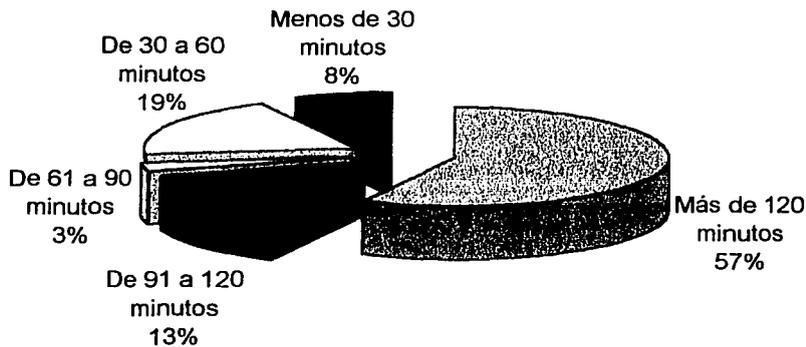
Satisfacción del Derechohabiente

21. ¿Cuánto tiempo esperó desde que solicitó su cita médica hasta que se la otorgaron?



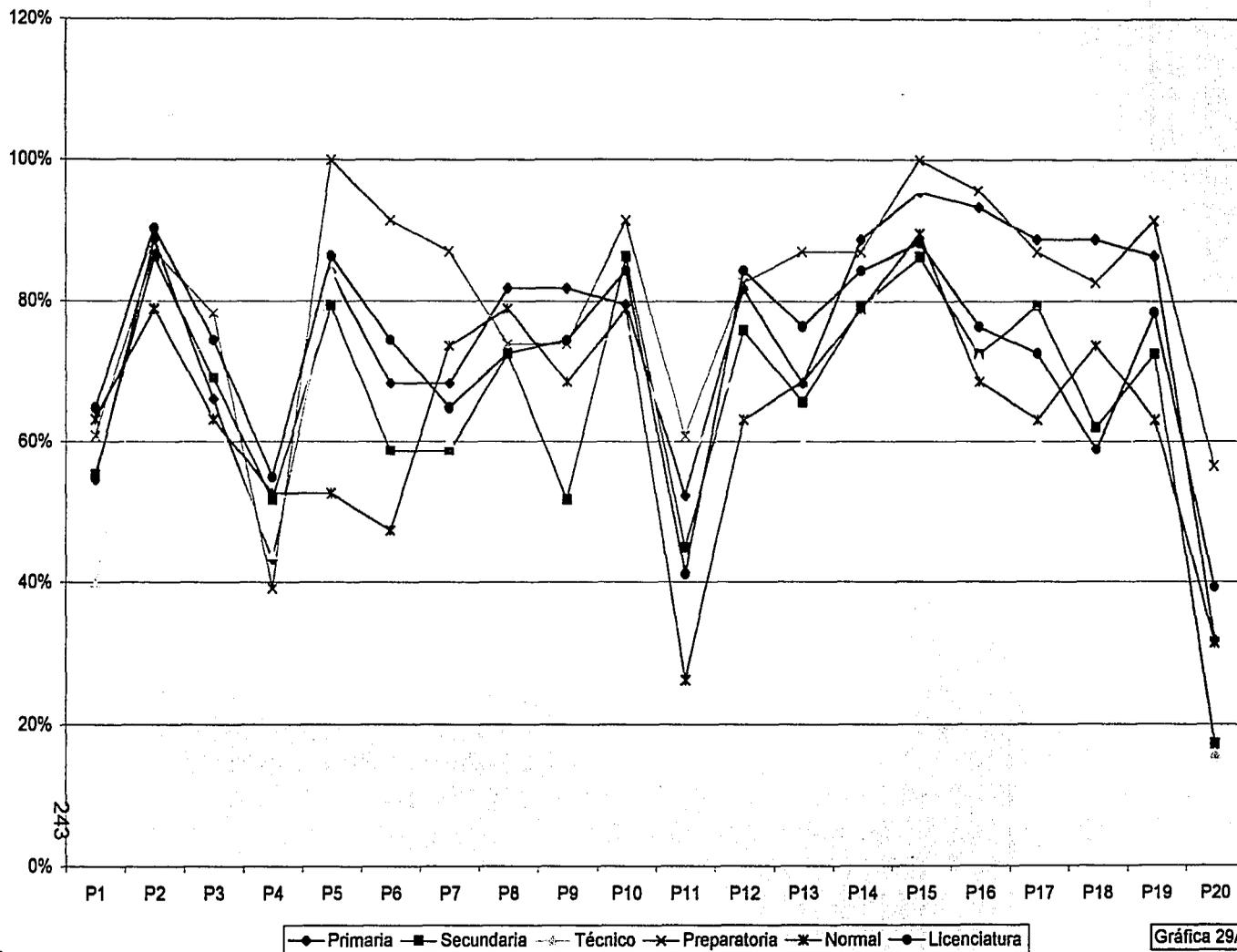
Gráfica 27

22. El día de su cita médica, ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido?



Gráfica 28

SATISFACCIÓN DEL DERECHOHABIENTE POR NIVEL EDUCATIVO
Siempre-Frecuentemente

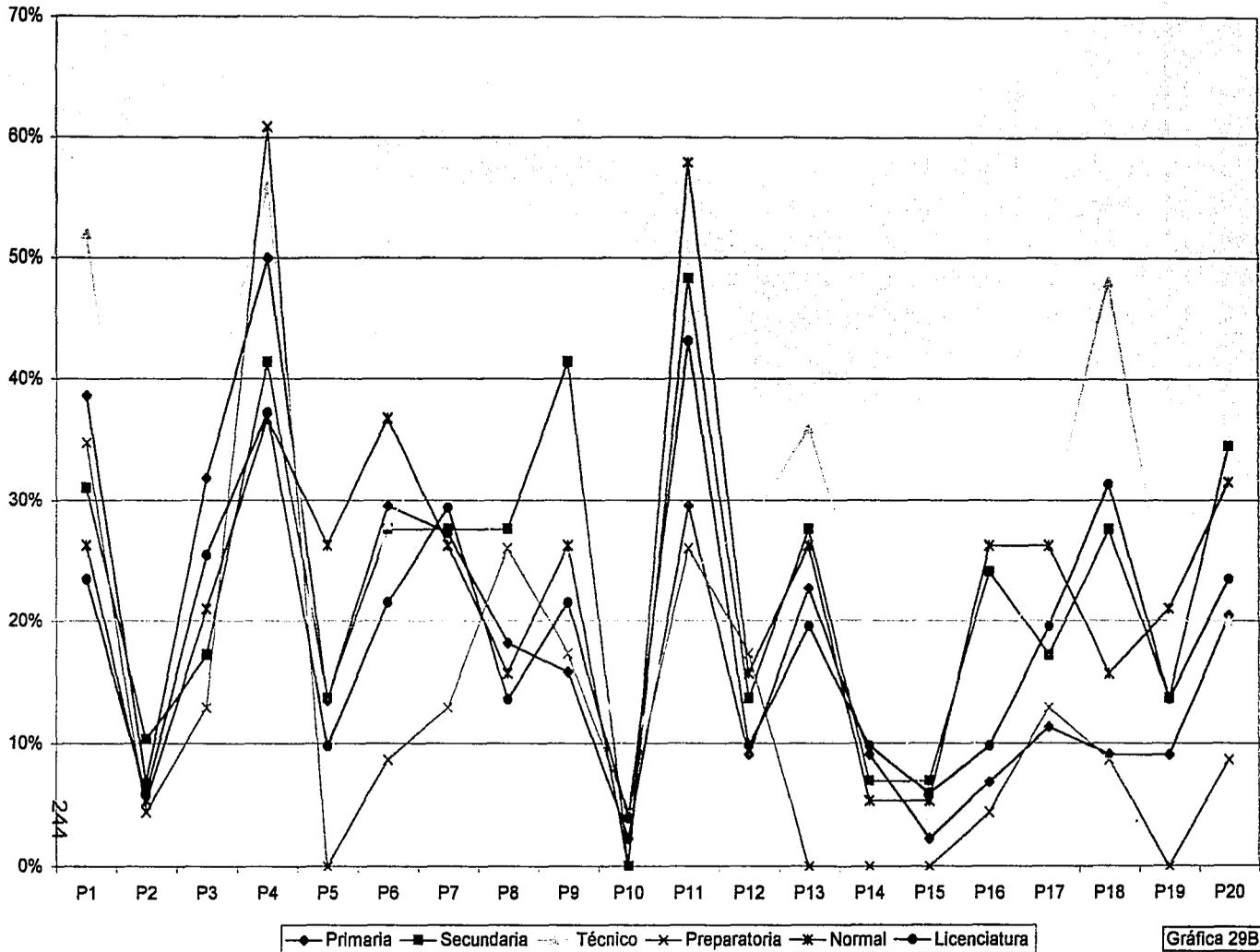


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

243

Gráfica 29A

SATISFACCIÓN DEL DERECHOHABIENTE POR NIVEL EDUCATIVO
Nunca-A veces



244

Crosstabs

Satisfacción del Derechohabiente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs Nivel de Estudios vs Respuestas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESTUDIOS * P1	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P2	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P3	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P4	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P5	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P6	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P7	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P8	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P9	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P10	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P11	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P12	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P13	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P14	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P15	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P16	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P17	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P18	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P19	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P20	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P21	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%
ESTUDIOS * P22	212	100.0%	0	.0%	212	100.0%

ESTUDIOS * P1

Crosstab

Count

		P1					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No	3	1	1	2	10	17
	Primaria	10	7	3	7	17	44
	Secundaria	6	3	4	5	11	29
	Tecnico	6	7	2	3	7	25
	Preparatoria	4	4	1	1	13	23
	Normal	2	3	2	6	6	19
	Licenciatura	7	5	6	4	29	51
	Maestria				2	1	3
	Doctorado					1	1
Total		38	30	19	30	95	212

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.029 ^a	32	.465
Likelihood Ratio	30.392	32	.548
Linear-by-Linear Association	2.191	1	.139
N of Valid Cases	212		

a. 31 cells (68.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .09.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.362			.465
Interval by Interval	Pearson's R	.102	.067	1.484	.139 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.093	.068	1.360	.175 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P2

Crosstab

Count

		P2					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuentemente	Siempre	
ESTUDIOS	No		1	3	1	12	17
	Primaria		3	2	4	35	44
	Secundaria		3	1	4	21	29
	Tecnico	3	1	1	3	17	25
	Preparatoria	1		2		20	23
	Normal		1	3	2	13	19
	Licenciatura	1	2	2	5	41	51
	Maestria		2			1	3
	Doctorado					1	1
Total		5	13	14	19	161	212

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46.879 ^a	32	.043
Likelihood Ratio	35.274	32	.316
Linear-by-Linear Association	.000	1	.987
N of Valid Cases	212		

a. 38 cells (84.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.426			.043
Interval by Interval	Pearson's R	-.001	.066	-.016	.987 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.010	.069	.147	.884 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P3

Crosstab

Count

		P3					Total
		Nunca	A veces	Regularm ente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No		2	1	2	12	17
	Primaria	4	10	1		29	44
	Secundaria	4	1	4	2	18	29
	Tecnico	5	4		1	15	25
	Preparatoria		3	2	1	17	23
	Normal	3	1	3	3	9	19
	Licenciatura	6	7		6	32	51
	Maestria		1			2	3
	Doctorado					1	1
Total		22	29	11	15	135	212

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38.224 ^a	32	.208
Likelihood Ratio	47.024	32	.042
Linear-by-Linear Association	.038	1	.845
N of Valid Cases	212		

a. 35 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.391			.208
Interval by Interval	Pearson's R	-.013	.066	-.195	.845 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.031	.067	-.444	.657 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P4

Crosstab

Count

		P4					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No	3	4	1	2	7	17
	Primaria	16	6	3	5	14	44
	Secundaria	5	7	2	3	12	29
	Tecnico	10	4		2	9	25
	Preparatoria	7	7		3	6	23
	Normal	3	4	2	5	5	19
	Licenciatura	12	7	4	4	24	51
	Maestria	1			1	1	3
	Doctorado					1	1
Total		57	39	12	25	79	212

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.171 ^a	32	.799
Likelihood Ratio	27.363	32	.700
Linear-by-Linear Association	1.054	1	.305
N of Valid Cases	212		

a. 27 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .06.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.326			.799
Interval by Interval	Pearson's R	.071	.068	1.027	.306 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.066	.069	.965	.336 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P5

Crosstab

Count

		P5					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No	1	3		1	12	17
	Primaria	6		1	4	33	44
	Secundaria	1	3	2	2	21	29
	Tecnico	1	1	2	1	20	25
	Preparatoria				3	20	23
	Normal	2	3	4	1	9	19
	Licenciatura	2	3	2	4	40	51
	Maestria				1	2	3
	Doctorado					1	1
Total		13	13	11	17	158	212

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38.920 ^a	32	.186
Likelihood Ratio	39.343	32	.174
Linear-by-Linear Association	.466	1	.495
N of Valid Cases	212		

a. 38 cells (84.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.394			.186
Interval by Interval	Pearson's R	.047	.070	.682	.496 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.026	.069	.377	.707 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P6

Crosstab

Count

		P6					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No	1	4	2	2	8	17
	Primaria	10	3	1	5	25	44
	Secundaria	5	3	4	1	16	29
	Tecnico	3	4	2	3	13	25
	Preparatoria	2			2	19	23
	Normal	1	6	3	3	6	19
	Licenciatura	5	6	2	6	32	51
	Maestria	2				1	3
Doctorado					1	1	
Total		29	26	14	22	121	212

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42.021 ^a	32	.111
Likelihood Ratio	42.534	32	.101
Linear-by-Linear Association	.721	1	.396
N of Valid Cases	212		

a. 33 cells (73.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .07.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.407			.111
Interval by Interval	Pearson's R	.058	.069	.848	.397 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.058	.069	.836	.404 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P7

Crosstab

Count

		P7					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No	1	6	2	1	7	17
	Primaria	7	5	2	3	27	44
	Secundaria	3	5	4	3	14	29
	Tecnico	4	5	1	3	12	25
	Preparatoria	2	1		3	17	23
	Normal	3	2		5	9	19
	Licenciatura	10	5	3	2	31	51
	Maestria	1			1	1	3
	Doctorado					1	1
Total		31	29	12	21	119	212

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.351 ^a	32	.356
Likelihood Ratio	33.688	32	.386
Linear-by-Linear Association	.286	1	.593
N of Valid Cases	212		

a. 33 cells (73.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .06.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.373			.356
Interval by Interval	Pearson's R	.037	.070	.534	.594 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation ⁺	.036	.070	.528	.598 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P8

Crosstab

Count

		P8					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No		2	3	2	10	17
	Primaria	2	6		10	26	44
	Secundaria	4	4		2	19	29
	Tecnico	5	1		6	13	25
	Preparatoria	4	2		5	12	23
	Normal	1	2	1	1	14	19
	Licenciatura	3	4	7	10	27	51
	Maestria	1				2	3
	Doctorado					1	1
Total		20	21	11	36	124	212

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40.390 ^a	32	.147
Likelihood Ratio	44.999	32	.063
Linear-by-Linear Association	.047	1	.829
N of Valid Cases	212		

a. 35 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.400			.147
Interval by Interval	Pearson's R	-.015	.063	-.216	.829 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.025	.066	-.355	.723 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P9

Crosstab

Count

		P9					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No	3	2	2	1	9	17
	Primaria	4	3	1	5	31	44
	Secundaria	7	5	2	2	13	29
	Tecnico	5	1	1	4	14	25
	Preparatoria	3	1	2	3	14	23
	Normal	2	3	1	2	11	19
	Licenciatura	7	4	2	5	33	51
	Maestria	1			1	1	3
	Doctorado					1	1
Total		32	19	11	23	127	212

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.861 ^a	32	.968
Likelihood Ratio	18.472	32	.973
Linear-by-Linear Association	.163	1	.687
N of Valid Cases	212		

a. 35 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.286			.968
Interval by Interval	Pearson's R	.028	.068	.403	.688 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.016	.068	.231	.817 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P10

Crosstab

Count

		P10				
		No aplica	Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente
ESTUDIOS	No	1			1	1
	Primaria	7	1		1	
	Secundaria	1			3	2
	Tecnico	4	2			1
	Preparatoria	1		1		1
	Normal	1			3	1
	Licenciatura	4	2		2	1
	Maestria	1			1	
	Doctorado					
Total		20	5	1	11	7

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Crosstab

Count

		P10	
		Siempre	Total
ESTUDIOS	No	14	17
	Primaria	35	44
	Secundaria	23	29
	Tecnico	18	25
	Preparatoria	20	23
	Normal	14	19
	Licenciatura	42	51
	Maestria	1	3
	Doctorado	1	1
Total		168	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40.387 ^a	40	.453
Likelihood Ratio	36.715	40	.619
Linear-by-Linear Association	.007	1	.933
N of Valid Cases	212		

a. 47 cells (87.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .00.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.400			.453
Interval by Interval	Pearson's R	.006	.069	.084	.933 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.007	.069	-.104	.917 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P11

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstab

Count

		P11				
		No aplica	Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente
ESTUDIOS	No	1	3	2	3	1
	Primaria	7	13		1	3
	Secundaria	1	11	3	1	2
	Tecnico	4	2	4	1	1
	Preparatoria	1	2	4	2	4
	Normal	1	6	5	2	2
	Licenciatura	4	12	10	4	2
	Maestria	1		1		1
Doctorado						
Total		20	49	29	14	16

Crosstab

Count

		P11	
		Siempre	Total
ESTUDIOS	No	7	17
	Primaria	20	44
	Secundaria	11	29
	Tecnico	13	25
	Preparatoria	10	23
	Normal	3	19
	Licenciatura	19	51
	Maestria		3
Doctorado	1	1	
Total		84	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48.154 ^a	40	.176
Likelihood Ratio	54.430	40	.064
Linear-by-Linear Association	.260	1	.610
N of Valid Cases	212		

a. 40 cells (74.1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .07.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.430			.176
Interval by Interval	Pearson's R	-.035	.069	-.509	.611 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.026	.070	-.381	.703 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P12

Crosstab

Count

		P12					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No		3	3	3	8	17
	Primaria	2	2	4	2	34	44
	Secundaria	2	2	3	1	21	29
	Tecnico	5	2		2	16	25
	Preparatoria	2	2		2	17	23
	Normal	1	2	4	3	9	19
	Licenciatura	3	2	3	5	38	51
	Maestria	1			1	1	3
Doctorado					1	1	
Total		16	15	17	19	145	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.846 ^a	32	.293
Likelihood Ratio	36.188	32	.279
Linear-by-Linear Association	.023	1	.879
N of Valid Cases		212	

a. 38 cells (84.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .07.

TECNOLOGIA
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.380			.293
Interval by Interval	Pearson's R	.010	.065	.152	.879 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.014	.068	.198	.843 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P13

Crosstab

Count

		P13					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No	2	3		2	10	17
	Primaria	1	9	4	2	28	44
	Secundaria	1	7	2		19	29
	Tecnico	2	7	1		15	25
	Preparatoria			3	2	18	23
	Normal	1	4	1	3	10	19
	Licenciatura	4	6	2	7	32	51
	Maestria		1			2	3
	Doctorado					1	1
Total		11	37	13	16	135	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28.520 ^a	32	.643
Likelihood Ratio	37.755	32	.223
Linear-by-Linear Association	.482	1	.488
N of Valid Cases		212	

a. 35 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.344			.643
Interval by Interval	Pearson's R	.048	.069	.693	.489 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.028	.069	.404	.687 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P14

Crosstab

Count

		P14					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No			3	2	12	17
	Primaria		4	1	2	37	44
	Secundaria		2	4		23	29
	Tecnico	2	3	1	1	18	25
	Preparatoria			3		20	23
	Normal	1		3	5	10	19
	Licenciatura	3	2	3	4	39	51
	Maestria		1			2	3
Doctorado					1	1	
Total		6	12	18	14	162	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44.564 ^a	32	.069
Likelihood Ratio	46.703	32	.045
Linear-by-Linear Association	.802	1	.370
N of Valid Cases		212	

a. 38 cells (84.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .03.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.417			.069
Interval by Interval	Pearson's R	-.062	.066	-.895	.372 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.056	.068	-.814	.417 ^c
N of Valid Cases		212			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P15

Crosstab

Count

		P15					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No			1	3	13	17
	Primaria		1	1	3	39	44
	Secundaria		2	2	1	24	29
	Tecnico	1			1	23	25
	Preparatoria					23	23
	Normal		1	1	5	12	19
	Licenciatura	1	2	3	1	44	51
	Maestria					3	3
Doctorado					1	1	
Total		2	6	8	14	182	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.104 ^a	32	.413
Likelihood Ratio	33.035	32	.416
Linear-by-Linear Association	.283	1	.594
N of Valid Cases	212		

- a. 38 cells (84.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .01.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.368			.413
Interval by Interval	Pearson's R	-.037	.067	-.531	.596 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.005	.071	.074	.941 ^c
N of Valid Cases		212			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P16

Crosstab

Count

		P16					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No		3	2	4	8	17
	Primaria	1	2		2	39	44
	Secundaria		7	1		21	29
	Tecnico	1	2	4	3	15	25
	Preparatoria	1			2	20	23
	Normal	2	3	1	3	10	19
	Licenciatura	2	3	7	5	34	51
	Maestria		1			2	3
	Doctorado					1	1
Total		7	21	15	19	150	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.982 ^a	32	.052
Likelihood Ratio	52.128	32	.014
Linear-by-Linear Association	.699	1	.403
N of Valid Cases		212	

- a. 37 cells (82.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .03.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.422			.052
Interval by Interval	Pearson's R	-.058	.067	-.835	.404 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.060	.069	-.869	.386 ^c
N of Valid Cases		212			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P17

Crosstab

Count

		P17					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No		4	3	4	6	17
	Primaria	1	4		3	36	44
	Secundaria		5	1		23	29
	Tecnico	1	6	3	2	13	25
	Preparatoria	1	2		1	19	23
	Normal	2	3	2	4	8	19
	Licenciatura	3	7	4	11	26	51
	Maestria		1		1	1	3
Doctorado					1	1	
Total		8	32	13	26	133	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.195 ^a	32	.061
Likelihood Ratio	51.937	32	.014
Linear-by-Linear Association	2.182	1	.140
N of Valid Cases	212		

a. 34 cells (75.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.419			.061
Interval by Interval Pearson's R	-.102	.067	-1.481	.140 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.121	.069	-1.765	.079 ^c
N of Valid Cases	212			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P18

Crosstab

Count

		P18					Total
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente	Siempre	
ESTUDIOS	No		4	3	5	5	17
	Primaria	2	2	1	5	34	44
	Secundaria	2	6	3	1	17	29
	Tecnico	3	9	1		12	25
	Preparatoria		2	2		19	23
	Normal	1	2	2	4	10	19
	Licenciatura	8	8	5	8	22	51
	Maestria		1			2	3
Doctorado					1	1	
Total		16	34	17	23	122	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	52.908 ^a	32	.011
Likelihood Ratio	59.674	32	.002
Linear-by-Linear Association	2.527	1	.112
N of Valid Cases	212		

- a. 35 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .08.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.447			.011
Interval by Interval	Pearson's R	-.109	.066	-1.595	.112 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.108	.067	-1.567	.119 ^c
N of Valid Cases		212			

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
 c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P19

Crosstab

Count

		P19				Total	
		Nunca	A veces	Regularmente	Frecuente mente		Siempre
ESTUDIOS	No		1	3	4	9	17
	Primaria		4	2	5	33	44
	Secundaria	1	3	4	1	20	29
	Tecnico	2	3	3	2	15	25
	Preparatoria			2	3	18	23
	Normal	2	2	3	3	9	19
	Licenciatura	3	4	4	9	31	51
	Maestria		1		1	1	3
Doctorado					1	1	
Total		8	18	21	28	137	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26.112 ^a	32	.759
Likelihood Ratio	30.342	32	.551
Linear-by-Linear Association	1.377	1	.241
N of Valid Cases	212		

- a. 35 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.331			.759
Interval by Interval	Pearson's R	-.081	.065	-1.174	.242 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.075	.068	-1.089	.277 ^c
N of Valid Cases		212			

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
 c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P20

Crosstab

Count

		P20					Total
		Nada	Muy Poco	Regular	Mucho	Completamente	
ESTUDIOS	No		5	8	3	1	17
	Primaria	3	6	21	10	4	44
	Secundaria		10	14	3	2	29
	Tecnico	2	3	16	2	2	25
	Preparatoria	1	1	8	12	1	23
	Normal	2	4	7	5	1	19
	Licenciatura	5	7	19	15	5	51
	Maestria		1	1	1		3
Doctorado				1		1	
Total		13	37	94	52	16	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36.712 ^a	32	.260
Likelihood Ratio	38.835	32	.189
Linear-by-Linear Association	.555	1	.456
N of Valid Cases	212		

- a. 30 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .06.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.384			.260
Interval by Interval	Pearson's R	.051	.070	.744	.458 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.075	.070	1.093	.276 ^c
N of Valid Cases		212			

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
 c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P21

Crosstab

Count

		P21					Total
		Mas de 60	de 46 a 60	de 31 a 45	de 15 a 30	Menso de 15	
ESTUDIOS	No	7	1	1	7	1	17
	Primaria	20	5	2	10	7	44
	Secundaria	13	5		4	7	29
	Tecnico	10	2	2	6	5	25
	Preparatoria	7	2		9	5	23
	Normal	9	5		3	2	19
	Licenciatura	20	10	3	10	8	51
	Maestria		1		1	1	3
	Doctorado					1	1
Total		86	31	8	50	37	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28.238 ^a	32	.658
Likelihood Ratio	30.351	32	.550
Linear-by-Linear Association	.073	1	.788
N of Valid Cases	212		

- a. 28 cells (62.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.343			.658
Interval by Interval	Pearson's R	.019	.068	.269	.788 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.037	.067	.533	.595 ^c
N of Valid Cases		212			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

ESTUDIOS * P22

Crosstab

Count

		P22					Total
		Mas de 120	de 91 a 120	de 61 a 90	de 30 a 60	menos de 30	
ESTUDIOS	No	7	5	1	2	2	17
	Primaria	23	7	1	9	4	44
	Secundaria	19	1	1	6	2	29
	Tecnico	14	3	1	5	2	25
	Preparatoria	9	2	1	9	2	23
	Normal	13	3		3		19
	Licenciatura	34	7	1	6	3	51
	Maestria	2			1		3
	Doctorado					1	1
Total		121	28	6	41	16	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.072 ^a	32	.368
Likelihood Ratio	28.857	32	.626
Linear-by-Linear Association	1.327	1	.249
N of Valid Cases	212		

- a. 33 cells (73.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .03.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.372			.368
Interval by Interval	Pearson's R	-.079	.069	-1.153	.250 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.097	.068	-1.416	.158 ^c
N of Valid Cases		212			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO II

Factores Socioeconómicos del Médico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Diseño de Entrevista

Factores Socioeconómicos del Médico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. ¿Con quién vive en su casa?
 a)Padres b)Cónyuge c)Hijo(s) d)Solo e)otro: _____
13. ¿Cuántos hijos tiene?
 a)Ninguno b)1 c)2 d)3 e)4 o más
14. ¿A qué tipo de escuela asisten?
 a)Pública b)Privada
15. ¿En que nivel?
 a)Primaria b)Secundaria c)Preparatoria d)Profesional e)Posgrado
16. ¿Qué nivel educativo tienen sus padres?
 Padre: _____ Madre: _____
17. ¿Tiene automóvil?
 SI NO
18. ¿Qué marca y modelo es?

19. ¿Su automóvil es?
 a)Propio b)A Crédito c)Familiar
20. ¿Tiene deudas?
 SI NO
21. ¿De que tipo?
 a)Bancarias b)Comerciales c)Familiares
22. ¿Dentro de que rango se encuentra el monto al que hacen sus deudas?
 a) Menos de \$50,000 b) \$50,000- \$99,999 c) \$100,000- \$149,999 d) \$150,000- \$199,999 e) \$200,000 - \$249,999 f) más de \$250,000

COMENTARIOS:

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Frecuencias

Factores Socioeconómicos del Médico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Frecuencias

Factores Socioeconómicos del Médico

Statistics

		ESP	MEDICO	EDAD	SEXO	EDOCIV
N	Valid	53	53	53	53	53
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		14.08	45.17	48.62	1.30	1.91
Std. Error of Mean		1.15	3.61	1.28	6.37E-02	9.04E-02
Median		15.00	42.00	48.00	1.00	2.00
Mode		21 ^a	1 ^a	39 ^a	1	2
Std. Deviation		8.35	26.28	9.32	.46	.66
Variance		69.69	690.61	86.93	.21	.43
Minimum		1	1	32	1	1
Maximum		27	87	73	2	5
Percentiles	25	7.00	23.00	41.50	1.00	2.00
	50	15.00	42.00	48.00	1.00	2.00
	75	21.00	69.50	54.00	2.00	2.00

Statistics

		UNI	TMED	P1	P2	P3
N	Valid	53	53	53	53	53
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.89	2.66	3.55	3.79	3.57
Std. Error of Mean		.27	9.69E-02	.20	.18	.19
Median		1.00	3.00	4.00	4.00	4.00
Mode		1	3	5	5	5
Std. Deviation		1.96	.71	1.45	1.28	1.41
Variance		3.83	.50	2.10	1.63	1.98
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		9	3	5	5	5
Percentiles	25	1.00	3.00	2.50	3.00	2.00
	50	1.00	3.00	4.00	4.00	4.00
	75	1.50	3.00	5.00	5.00	5.00

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Statistics

		P4	P5	P6	P7	P8
N	Valid	53	53	53	53	53
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.00	2.49	4.57	2.94	1.38
Std. Error of Mean		.00	.13	.16	.23	6.72E-02
Median		1.00	2.00	5.00	2.00	1.00
Mode		1	2	5	2	1
Std. Deviation		.00	.97	1.20	1.65	.49
Variance		.00	.95	1.44	2.71	.24
Minimum		1	1	1	0	1
Maximum		1	6	6	6	2
Percentiles	25	1.00	2.00	4.00	2.00	1.00
	50	1.00	2.00	5.00	2.00	1.00
	75	1.00	3.00	5.00	4.00	2.00

Statistics

		P9	P10	P11	P12	P13
N	Valid	53	53	53	53	53
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.36	4.34	2.17	5.32	1.96
Std. Error of Mean		9.37E-02	.19	.18	.24	.22
Median		1.00	5.00	2.00	6.00	2.00
Mode		1	5	2	6	2
Std. Deviation		.68	1.40	1.30	1.77	1.60
Variance		.47	1.96	1.68	3.15	2.58
Minimum		1	1	0	1	0
Maximum		4	6	5	10	7
Percentiles	25	1.00	4.00	1.00	4.00	1.00
	50	1.00	5.00	2.00	6.00	2.00
	75	2.00	5.00	3.00	6.00	3.00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Statistics

		P14	P15	P16A	P16B	P17
N	Valid	53	53	53	53	53
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.43	9.60	3.66	2.66	1.04
Std. Error of Mean		.13	2.04	.38	.26	2.64E-02
Median		2.00	4.00	3.00	2.00	1.00
Mode		2	0	1	1	1
Std. Deviation		.95	14.88	2.75	1.89	.19
Variance		.90	221.28	7.57	3.57	3.70E-02
Minimum		0	0	0	0	1
Maximum		3	56	9	7	2
Percentiles	25	.50	.50	1.00	1.00	1.00
	50	2.00	4.00	3.00	2.00	1.00
	75	2.00	6.00	6.00	4.00	1.00

Statistics

		P18A	P18B	P19	P20
N	Valid	53	53	53	53
	Missing	0	0	0	0
Mean		3.51	1922.72	1.15	1.62
Std. Error of Mean		.20	52.81	7.81E-02	6.72E-02
Median		4.00	2000.00	1.00	2.00
Mode		4	2001	1	2
Std. Deviation		1.49	384.43	.57	.49
Variance		2.22	147786.94	.32	.24
Minimum		0	0	0	1
Maximum		5	2003	4	2
Percentiles	25	2.50	1996.00	1.00	1.00
	50	4.00	2000.00	1.00	2.00
	75	5.00	2001.00	1.00	2.00

Statistics

		P21	P22
N	Valid	53	53
	Missing	0	0
Mean		.72	1.09
Std. Error of Mean		.16	.26
Median		.00	.00
Mode		0	0
Std. Deviation		1.17	1.87
Variance		1.36	3.51
Minimum		0	0
Maximum		5	6
Percentiles	25	.00	.00
	50	.00	.00
	75	1.00	1.50

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

ESP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	1	4	7.5	7.5	7.5	
	2	4	7.5	7.5	15.1	
	3	1	1.9	1.9	17.0	
	4	2	3.8	3.8	20.8	
	5	1	1.9	1.9	22.6	
	7	2	3.8	3.8	26.4	
	8	3	5.7	5.7	32.1	
	9	1	1.9	1.9	34.0	
	10	2	3.8	3.8	37.7	
	11	1	1.9	1.9	39.6	
	12	1	1.9	1.9	41.5	
	13	2	3.8	3.8	45.3	
	14	2	3.8	3.8	49.1	
	15	1	1.9	1.9	50.9	
	16	1	1.9	1.9	52.8	
	17	3	5.7	5.7	58.5	
	19	1	1.9	1.9	60.4	
	20	4	7.5	7.5	67.9	
	21	5	9.4	9.4	77.4	
	22	5	9.4	9.4	86.8	
	23	1	1.9	1.9	88.7	
	25	3	5.7	5.7	94.3	
	26	1	1.9	1.9	96.2	
	27	2	3.8	3.8	100.0	
	Total		53	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEDICO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1.9	1.9	1.9
2	1	1.9	1.9	3.8
4	1	1.9	1.9	5.7
5	1	1.9	1.9	7.5
9	1	1.9	1.9	9.4
11	1	1.9	1.9	11.3
13	1	1.9	1.9	13.2
14	1	1.9	1.9	15.1
15	1	1.9	1.9	17.0
16	1	1.9	1.9	18.9
17	1	1.9	1.9	20.8
21	1	1.9	1.9	22.6
22	1	1.9	1.9	24.5
24	1	1.9	1.9	26.4
25	1	1.9	1.9	28.3
27	1	1.9	1.9	30.2
28	1	1.9	1.9	32.1
29	1	1.9	1.9	34.0
31	1	1.9	1.9	35.8
32	1	1.9	1.9	37.7
33	1	1.9	1.9	39.6
35	1	1.9	1.9	41.5
36	1	1.9	1.9	43.4
39	1	1.9	1.9	45.3
40	1	1.9	1.9	47.2
41	1	1.9	1.9	49.1
42	1	1.9	1.9	50.9
46	1	1.9	1.9	52.8
47	1	1.9	1.9	54.7
49	1	1.9	1.9	56.6
53	1	1.9	1.9	58.5
54	1	1.9	1.9	60.4
56	1	1.9	1.9	62.3
59	1	1.9	1.9	64.2
62	1	1.9	1.9	66.0
64	1	1.9	1.9	67.9
65	1	1.9	1.9	69.8
67	1	1.9	1.9	71.7
68	1	1.9	1.9	73.6
69	1	1.9	1.9	75.5
70	1	1.9	1.9	77.4
71	1	1.9	1.9	79.2
72	1	1.9	1.9	81.1
74	1	1.9	1.9	83.0
76	1	1.9	1.9	84.9
77	1	1.9	1.9	86.8
79	1	1.9	1.9	88.7
80	1	1.9	1.9	90.6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEDICO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 82	1	1.9	1.9	92.5
84	1	1.9	1.9	94.3
85	1	1.9	1.9	96.2
86	1	1.9	1.9	98.1
87	1	1.9	1.9	100.0
Total	53	100.0	100.0	

EDAD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 32	1	1.9	1.9	1.9
34	1	1.9	1.9	3.8
35	1	1.9	1.9	5.7
38	1	1.9	1.9	7.5
39	5	9.4	9.4	17.0
40	3	5.7	5.7	22.6
41	1	1.9	1.9	24.5
42	2	3.8	3.8	28.3
43	2	3.8	3.8	32.1
44	2	3.8	3.8	35.8
45	5	9.4	9.4	45.3
46	1	1.9	1.9	47.2
47	1	1.9	1.9	49.1
48	2	3.8	3.8	52.8
49	4	7.5	7.5	60.4
50	3	5.7	5.7	66.0
52	2	3.8	3.8	69.8
53	2	3.8	3.8	73.6
54	3	5.7	5.7	79.2
56	1	1.9	1.9	81.1
58	3	5.7	5.7	86.8
60	1	1.9	1.9	88.7
63	2	3.8	3.8	92.5
64	1	1.9	1.9	94.3
69	1	1.9	1.9	96.2
70	1	1.9	1.9	98.1
73	1	1.9	1.9	100.0
Total	53	100.0	100.0	

SEXO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	37	69.8	69.8	69.8
Femenino	16	30.2	30.2	100.0
Total	53	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDOCIV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Soltero	11	20.8	20.8	20.8
	Casado	38	71.7	71.7	92.5
	Divorciado	3	5.7	5.7	98.1
	Union Libre	1	1.9	1.9	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

UNI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	UNAM	40	75.5	75.5	75.5
	IPN	4	7.5	7.5	83.0
	UAM	1	1.9	1.9	84.9
	UAEM	2	3.8	3.8	88.7
	UAP	1	1.9	1.9	90.6
	UV	2	3.8	3.8	94.3
	UDG	1	1.9	1.9	96.2
	LaSalle	1	1.9	1.9	98.1
	INCH	1	1.9	1.9	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

TMED

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jefe Servicio	7	13.2	13.2	13.2
	Jefe Seccion	4	7.5	7.5	20.8
	Médico Esp.	42	79.2	79.2	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	de 0 a 5 años	7	13.2	13.2	13.2
	de 6 a 10 años	6	11.3	11.3	24.5
	de 11 a 15 años	12	22.6	22.6	47.2
	de 16 a 20 años	7	13.2	13.2	60.4
	mas de 21 años	21	39.6	39.6	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid de 0 a 5 años	3	5.7	5.7	5.7
de 6 a 10 años	7	13.2	13.2	18.9
de 11 a 15 años	10	18.9	18.9	37.7
de 16 a 20 años	11	20.8	20.8	58.5
mas de 21 años	22	41.5	41.5	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid de 0 a 5 años	5	9.4	9.4	9.4
de 6 a 10 años	10	18.9	18.9	28.3
de 11 a 15 años	8	15.1	15.1	43.4
de 16 a 20 años	10	18.9	18.9	62.3
mas de 21 años	20	37.7	37.7	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	53	100.0	100.0	100.0

P5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Hospital Privado	1	1.9	1.9	1.9
Consulta Privada	37	69.8	69.8	71.7
Ambos	7	13.2	13.2	84.9
IMSS	5	9.4	9.4	94.3
Sector Salud	2	3.8	3.8	98.1
Consulta Privada e IMSS	1	1.9	1.9	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nivel E	1	1.9	1.9	1.9
Nivel D	4	7.5	7.5	9.4
Nivel D+	2	3.8	3.8	13.2
Nivel C	14	26.4	26.4	39.6
Nivel C+	21	39.6	39.6	79.2
Nivel A B	11	20.8	20.8	100.0
Total	53	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1.9	1.9	1.9
de 5000 a 10,999	8	15.1	15.1	17.0
de 11,000 a 15,999	19	35.8	35.8	52.8
de 16,000 a 20,999	7	13.2	13.2	66.0
de 21,000 a 25,999	7	13.2	13.2	79.2
de 26,000 a 30, 999	5	9.4	9.4	88.7
mas de 31,000	6	11.3	11.3	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casa	33	62.3	62.3	62.3
Departamento	20	37.7	37.7	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Propio	39	73.6	73.6	73.6
Rentado	10	18.9	18.9	92.5
Hipotecado	3	5.7	5.7	98.1
Familiar	1	1.9	1.9	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nivel E	2	3.8	3.8	3.8
Nivel D	6	11.3	11.3	15.1
Nivel D+	4	7.5	7.5	22.6
Nivel C	12	22.6	22.6	45.3
Nivel C+	18	34.0	34.0	79.2
Nivel A B	11	20.8	20.8	100.0
Total	53	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	5	9.4	9.4	9.4
1	12	22.6	22.6	32.1
2	15	28.3	28.3	60.4
3	14	26.4	26.4	86.8
4	4	7.5	7.5	94.3
5	3	5.7	5.7	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Padres	2	3.8	3.8	3.8
Conyuge	4	7.5	7.5	11.3
Hijo (s)	1	1.9	1.9	13.2
Solo	8	15.1	15.1	28.3
Otro Familiar	2	3.8	3.8	32.1
Conyuge e Hijos	31	58.5	58.5	90.6
Hijos y Otro Familiar	2	3.8	3.8	94.3
Conyuge y Otro Familiar	1	1.9	1.9	96.2
Padres y Conyuge	1	1.9	1.9	98.1
Padres y Otro Familiar	1	1.9	1.9	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	11	20.8	20.8	20.8
1	11	20.8	20.8	41.5
2	15	28.3	28.3	69.8
3	7	13.2	13.2	83.0
4	5	9.4	9.4	92.5
5	3	5.7	5.7	98.1
7	1	1.9	1.9	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	13	24.5	24.5	24.5
Pública	8	15.1	15.1	39.6
Privada	28	52.8	52.8	92.5
Pública y Privada	4	7.5	7.5	100.0
Total	53	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sin escolaridad	13	24.5	24.5	24.5
Preescolar	4	7.5	7.5	32.1
Primaria	7	13.2	13.2	45.3
Secundaria	2	3.8	3.8	49.1
Preparatoria	4	7.5	7.5	56.6
Profesional	8	15.1	15.1	71.7
Posgrado	3	5.7	5.7	77.4
Preescolar y Primaria	1	1.9	1.9	79.2
Primaria y Secundaria	2	3.8	3.8	83.0
Primaria y Profesional	1	1.9	1.9	84.9
Secundaria y Preparatoria	4	7.5	7.5	92.5
Secundaria y Profesional	1	1.9	1.9	94.3
Preparatoria y Profesional	1	1.9	1.9	96.2
Profesional y Posgrado	2	3.8	3.8	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P16A

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sin Escolaridad	2	3.8	3.8	3.8
Primaria	18	34.0	34.0	37.7
Secundaria	5	9.4	9.4	47.2
Técnico Comercial	2	3.8	3.8	50.9
Preparatoria	4	7.5	7.5	58.5
Normal	4	7.5	7.5	66.0
Licenciatura	12	22.6	22.6	88.7
Doctorado	2	3.8	3.8	92.5
Especialidad	4	7.5	7.5	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P16B

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sin Escolaridad	3	5.7	5.7	5.7
Primaria	18	34.0	34.0	39.6
Secundaria	7	13.2	13.2	52.8
Técnico Comercial	8	15.1	15.1	67.9
Preparatoria	7	13.2	13.2	81.1
Normal	5	9.4	9.4	90.6
Licenciatura	3	5.7	5.7	96.2
Maestría	2	3.8	3.8	100.0
Total	53	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	51	96.2	96.2	96.2
no	2	3.8	3.8	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P18A

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sin Autom6vil	2	3.8	3.8	3.8
Compacto Austero	6	11.3	11.3	15.1
Compacto Equipado	5	9.4	9.4	24.5
Mediano Austero	6	11.3	11.3	35.8
Mediano Equipado	18	34.0	34.0	69.8
Grande Lujoso Nacional	16	30.2	30.2	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P18B

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	3.8	3.8	3.8
1979	1	1.9	1.9	5.7
1983	1	1.9	1.9	7.5
1989	1	1.9	1.9	9.4
1990	1	1.9	1.9	11.3
1991	1	1.9	1.9	13.2
1992	3	5.7	5.7	18.9
1993	1	1.9	1.9	20.8
1995	1	1.9	1.9	22.6
1996	3	5.7	5.7	28.3
1997	3	5.7	5.7	34.0
1998	3	5.7	5.7	39.6
1999	4	7.5	7.5	47.2
2000	6	11.3	11.3	58.5
2001	10	18.9	18.9	77.4
2002	7	13.2	13.2	90.6
2003	5	9.4	9.4	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P19

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	3.8	3.8	3.8
Propio	43	81.1	81.1	84.9
A Cr6dito	7	13.2	13.2	98.1
Arrendamiento	1	1.9	1.9	100.0
Total	53	100.0	100.0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

P20

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Si	20	37.7	37.7	37.7
No	33	62.3	62.3	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P21

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	33	62.3	62.3	62.3
Bancarias	9	17.0	17.0	79.2
Comerciales	8	15.1	15.1	94.3
Bancarias y Comerciales	2	3.8	3.8	98.1
Comerciales y Familiares	1	1.9	1.9	100.0
Total	53	100.0	100.0	

P22

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	33	62.3	62.3	62.3
Menos de 50,000	7	13.2	13.2	75.5
de 50,000 a 99,999	4	7.5	7.5	83.0
de 100,000 a 149,999	3	5.7	5.7	88.7
de 150,000 a 199,999	1	1.9	1.9	90.6
más de 250,000	5	9.4	9.4	100.0
Total	53	100.0	100.0	

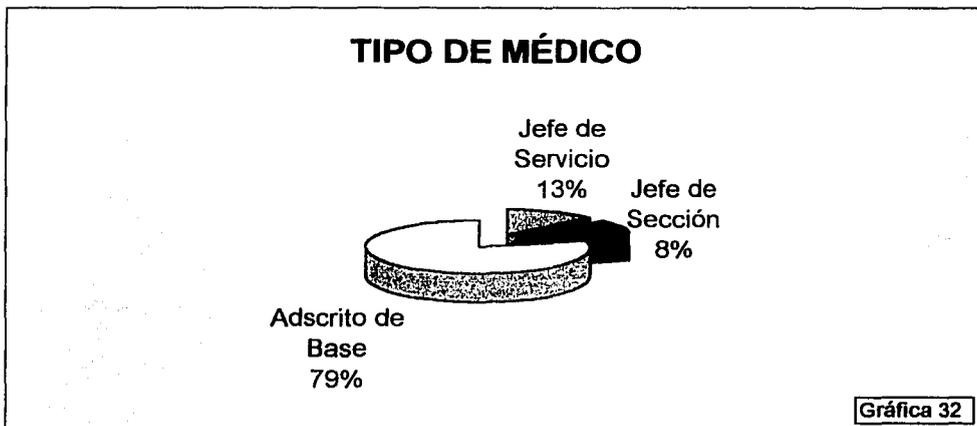
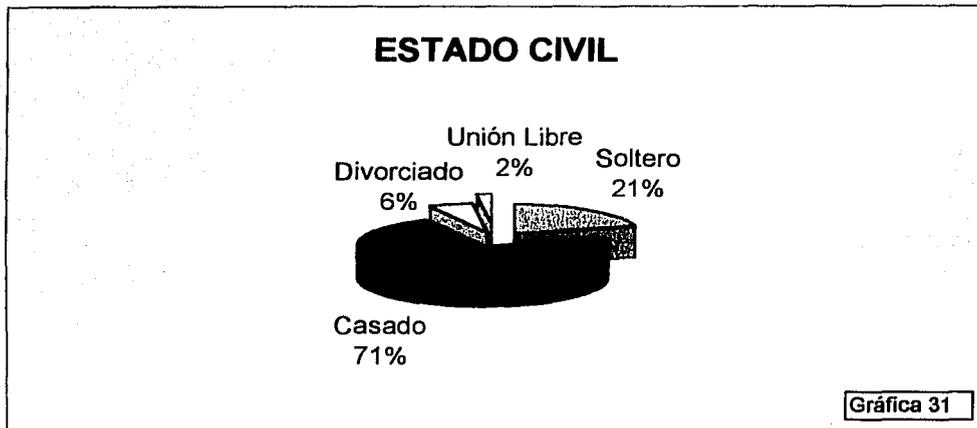
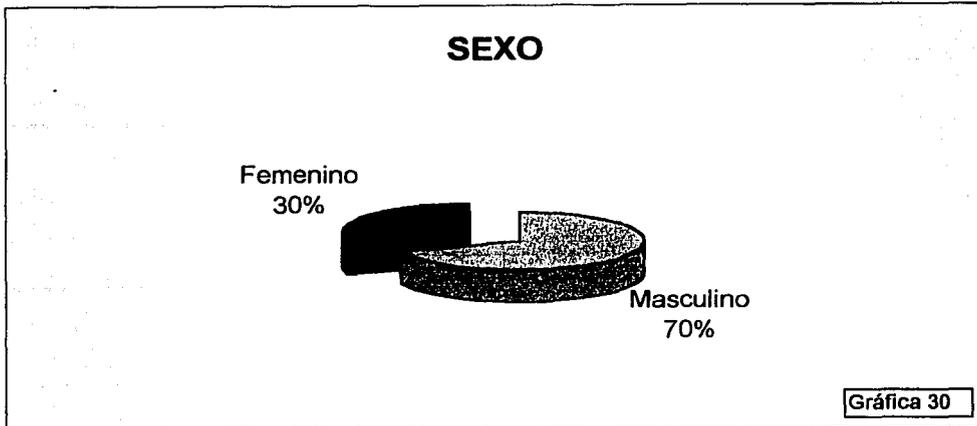
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráficas

Factores Socioeconómicos del Médico

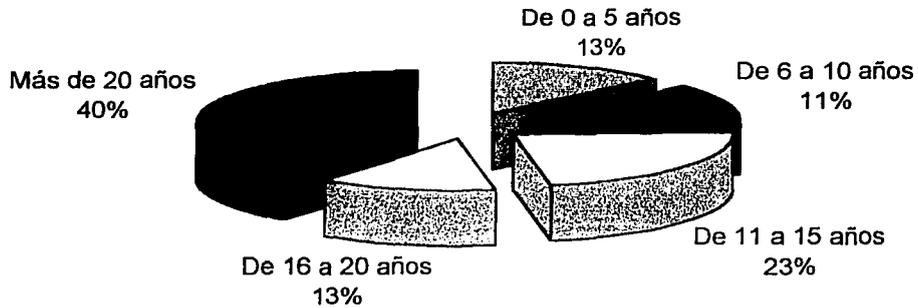
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Factores Socioeconómicos del Médico



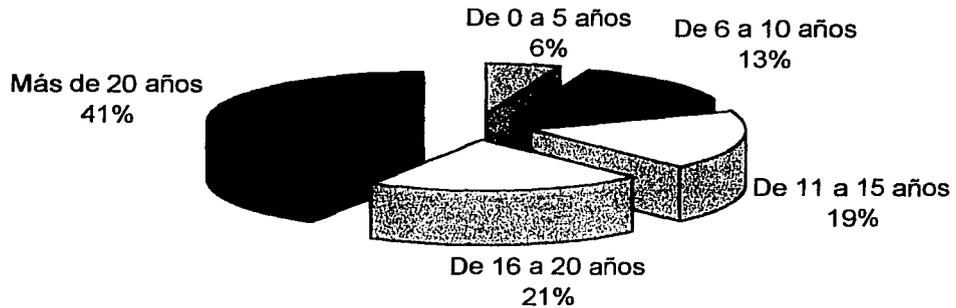
Factores Socioeconómicos del Médico

1. ¿Cuántos años tiene de ejercer su profesión?



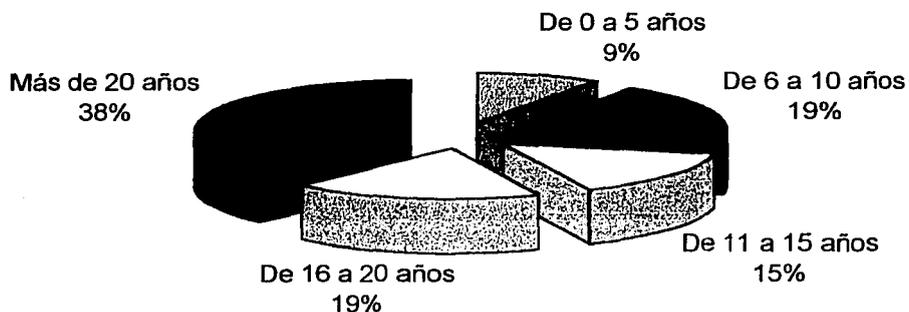
Gráfica

2. ¿Qué antigüedad tiene en el ISSSTE?



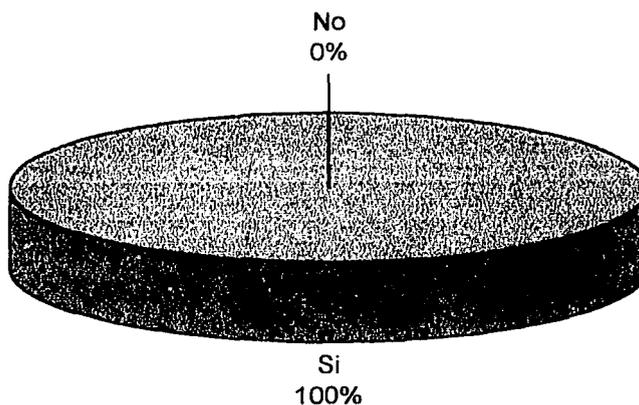
Gráfica 34

3. ¿Qué antigüedad tiene en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"?



Gráfica 35

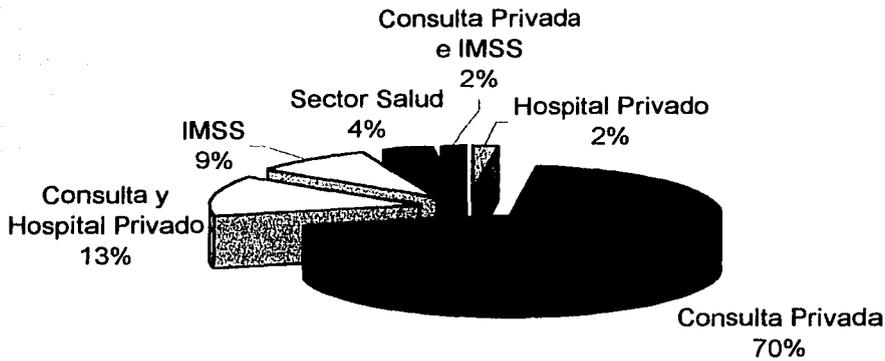
4. ¿Trabaja externamente?



Gráfica 36

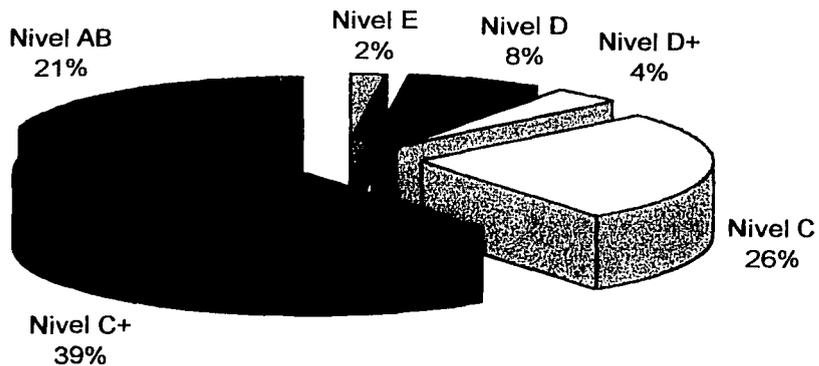
Factores Socioeconómicos del Médico

5. ¿Dónde?



Gráfica 37

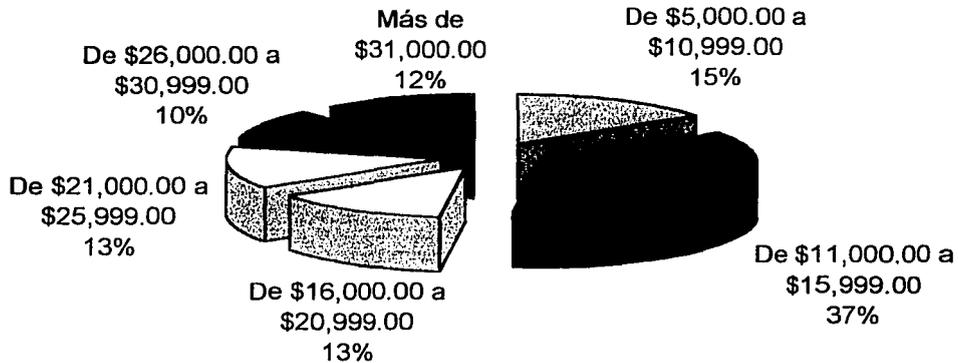
6. ¿Cuál es la ubicación de su trabajo? (colonia)



Gráfica 38

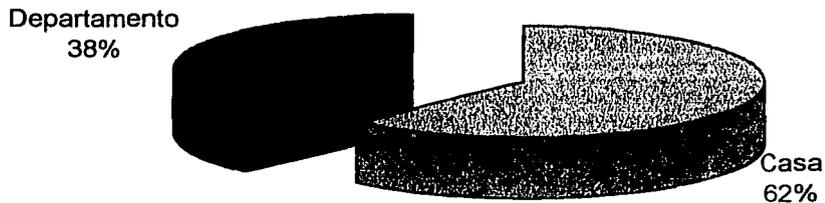
Factores Socioeconómicos del Médico

7. ¿Dentro de qué rango se encuentra la remuneración que obtiene mensualmente?



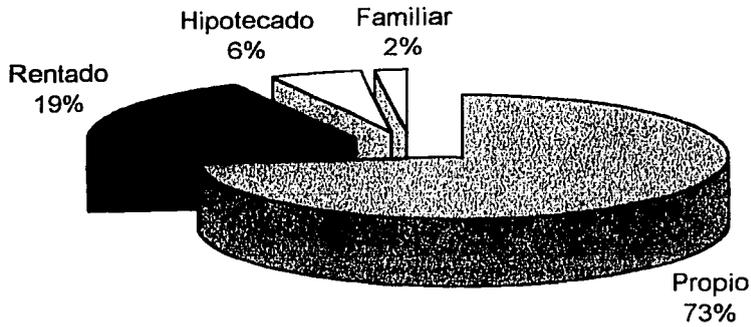
Gráfica 39

8. ¿Dónde vive?



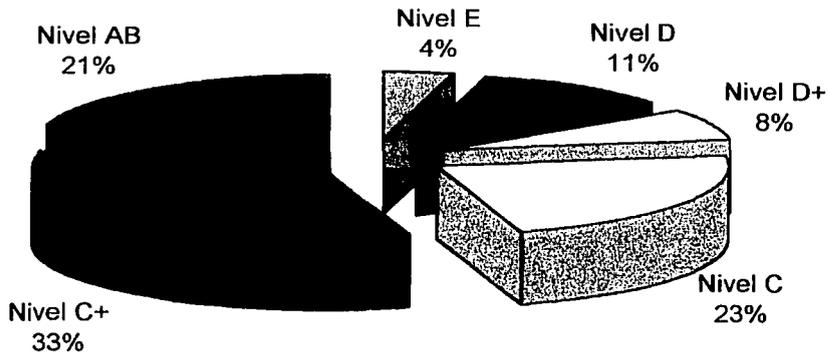
Gráfica 40

9. ¿Su hogar es?



Gráfica 41

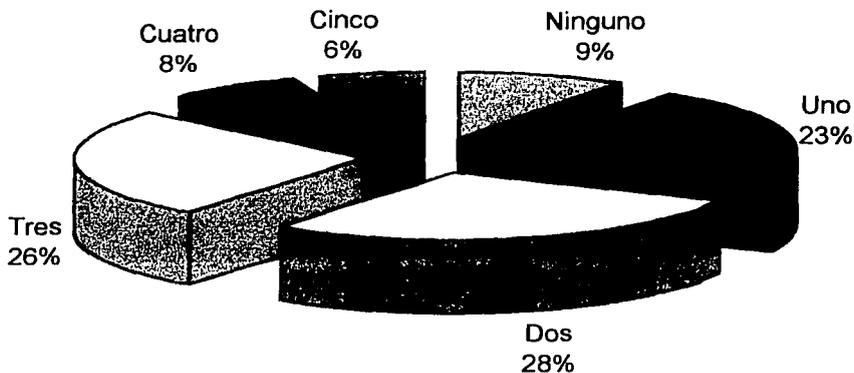
10. ¿Cuál es la ubicación de su hogar? (colonia)



Gráfica 42

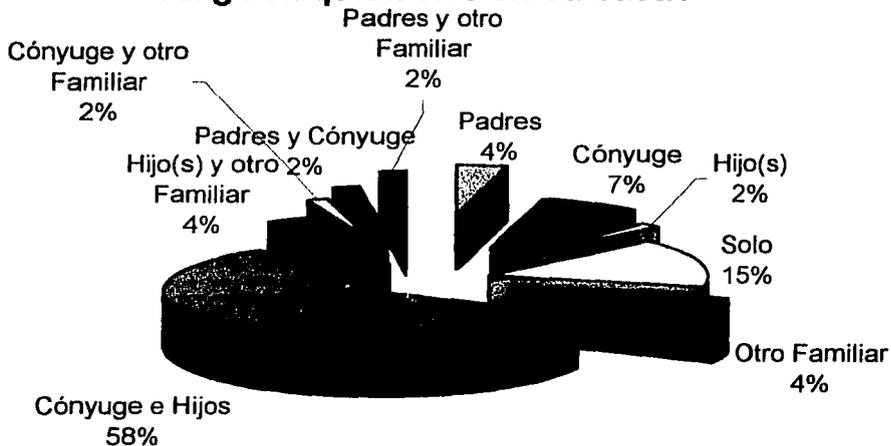
Factores Socioeconómicos del Médico

11. ¿Cuántas personas dependen de Ud. económicamente?



Gráfica 43

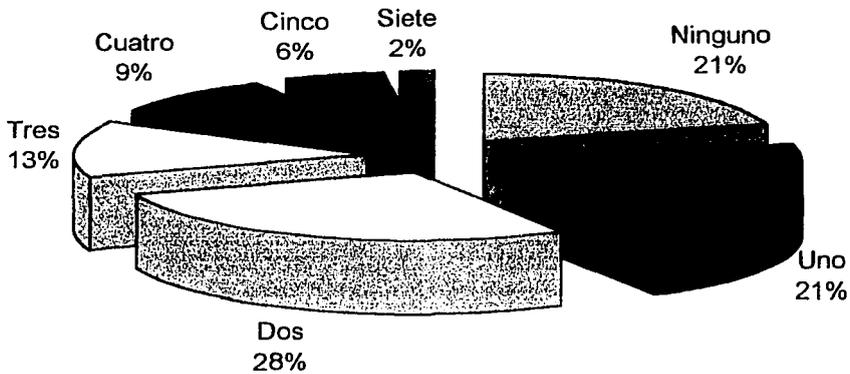
12. ¿Con quién vive en su casa?



Gráfica 44

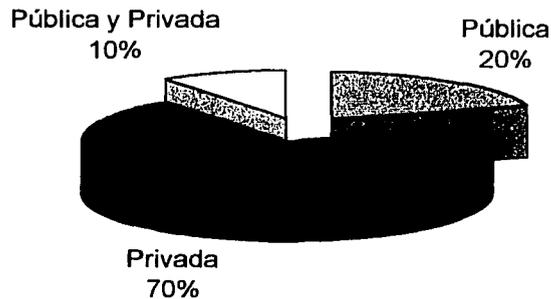
Factores Socioeconómicos del Médico

13. ¿Cuántos hijos tiene?



Gráfica 45

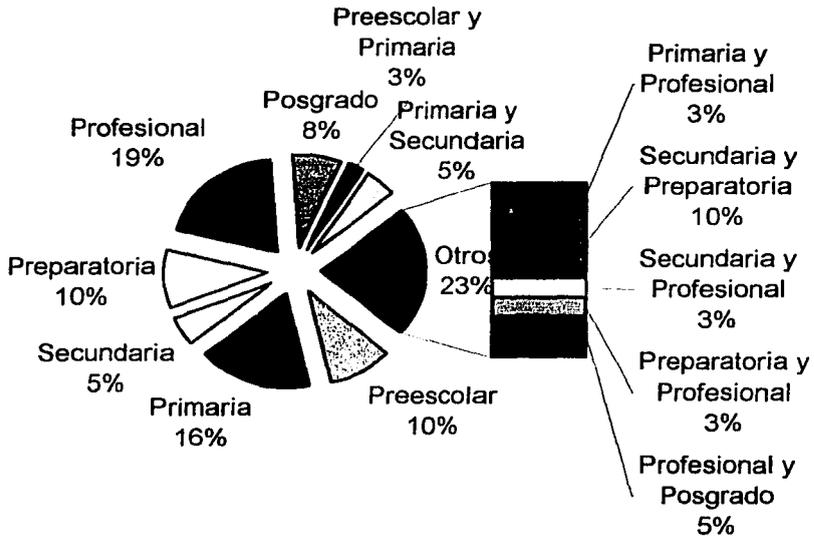
14. ¿A qué tipo de escuela asisten?



Gráfica 46

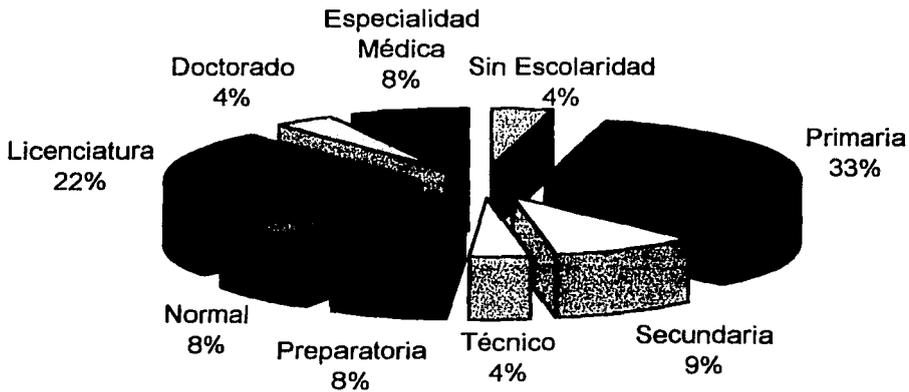
Factores Socioeconómicos del Médico

15. ¿En qué nivel?



Gráfica 47

16A. ¿Qué nivel educativo tiene o tuvo su padre?

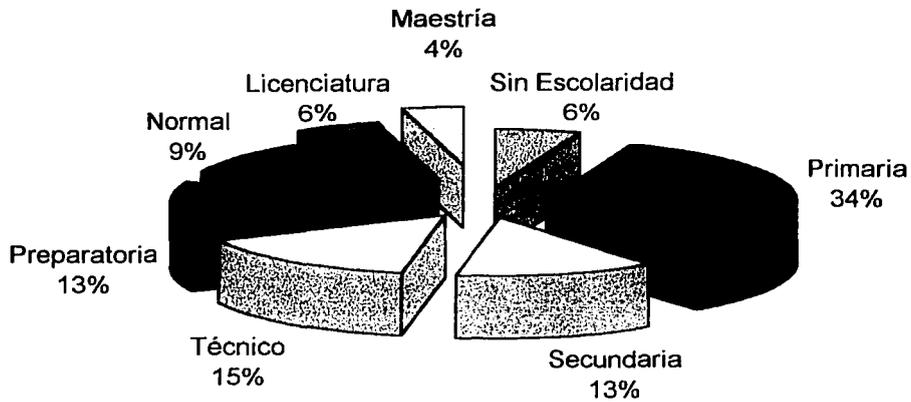


Gráfica 48

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

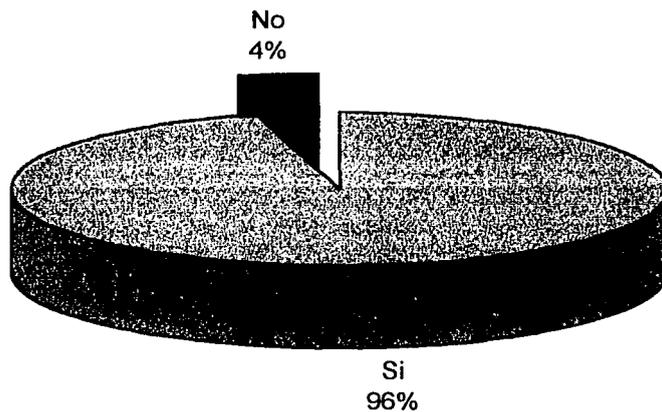
Factores Socioeconómicos del Médico

16B. ¿Qué nivel educativo tiene o tuvo su madre?



Gráfica 49

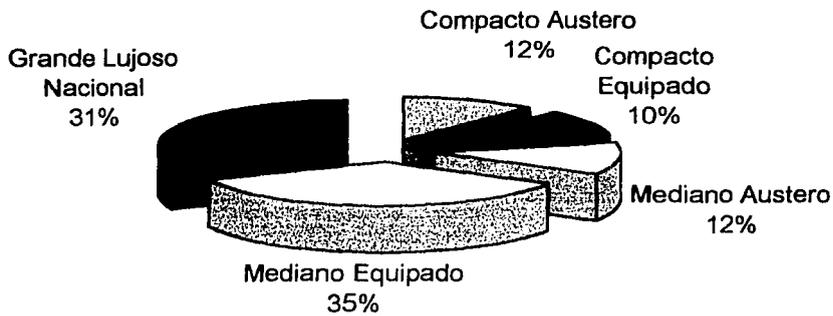
17. ¿Tiene automóvil?



Gráfica 50

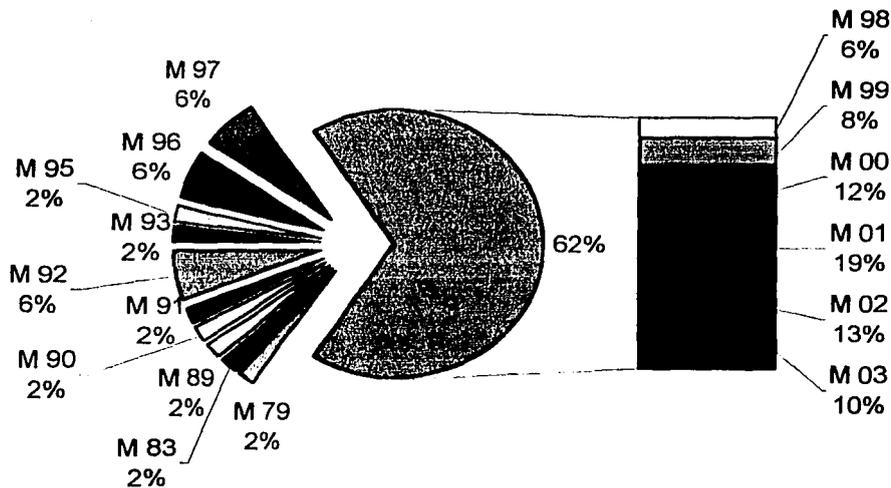
Factores Socioeconómicos del Médico

18A. ¿Qué marca es?



Gráfica 51

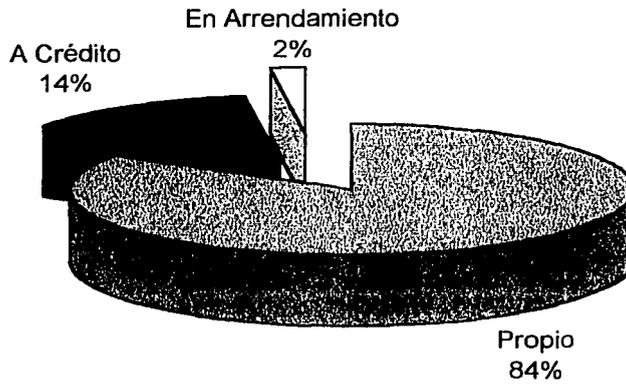
18B. ¿Qué modelo es?



Gráfica 52

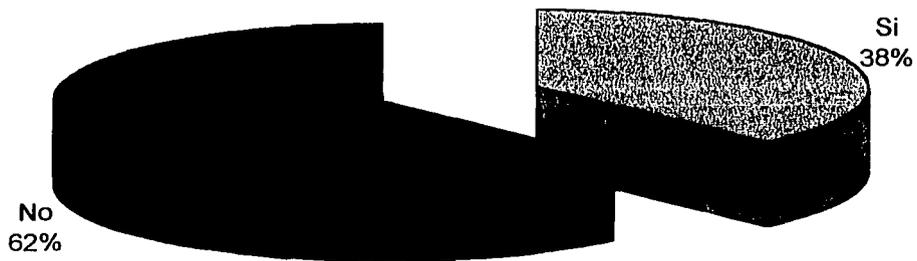
Factores Socioeconómicos del Médico

19. ¿Su automóvil es?



Gráfica 53

20. ¿Tiene Deudas?

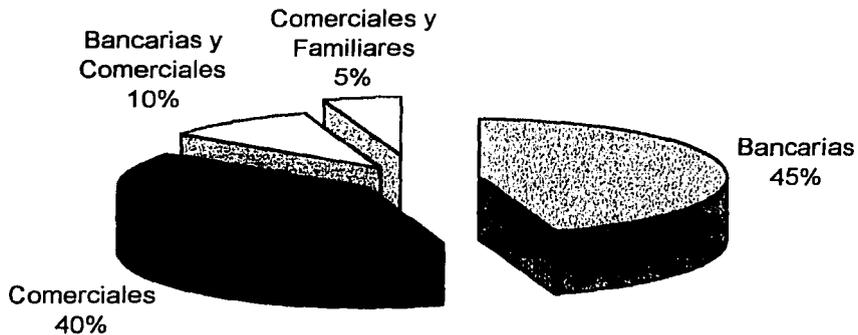


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 54

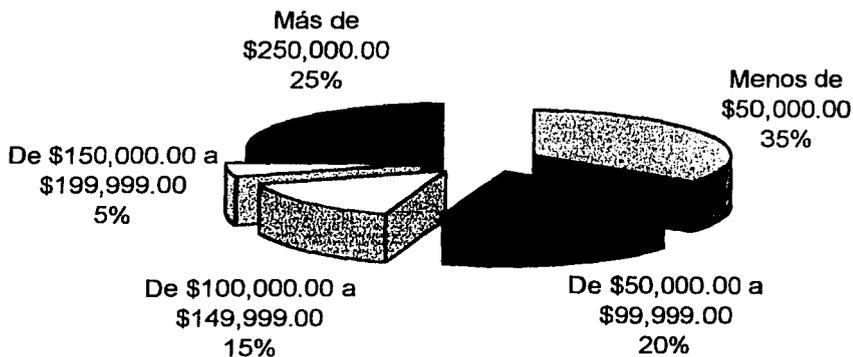
Factores Socioeconómicos del Médico

21. ¿De qué tipo?



Gráfica 55

22. ¿Dentro de qué rango se encuentra el monto al que hacen sus deudas?



Gráfica 56

Crosstabs

Factores Socioeconómicos del Médico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Edad con la Pregunta 7

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
EDAD * P7	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

EDAD * P7 Crosstabulation

Count

		P7					
		0	de 5000 a 10.999	de 11,000 a 15.999	de 16,000 a 20.999	de 21,000 a 25.999	de 26,000 a 30.999
EDAD	32		1				
	34			1			
	35		1				
	38				1		
	39			4		1	
	40		1	1	1		
	41						
	42			1			
	43			1	1		
	44			1		1	
	45	1		2	1		
	46					1	
	47						1
	48			1			1
	49		1	2			
	50			1			1
	52		1			1	
	53		1		1		
	54				2		1
	56		1				
	58		1	1			1
	60			1			
	63			1			
	64			1			
	69					1	
	70					1	
	73					1	
Total		1	8	19	7	7	5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD * P7 Crosstabulation

Count

		P7	
		mas de 31.000	Total
EDAD	32		1
	34		1
	35		1
	38		1
	39		5
	40		3
	41	1	1
	42	1	2
	43		2
	44		2
	45	1	5
	46		1
	47		1
	48		2
	49	1	4
	50	1	3
	52		2
	53		2
	54		3
	56		1
	58		3
	60		1
	63	1	2
	64		1
	69		1
	70		1
	73		1
Total		6	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	141.986 ^a	156	.782
Likelihood Ratio	113.964	156	.995
Linear-by-Linear Association	1.786	1	.181
N of Valid Cases	53		

a. 189 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.853			.782
Interval by Interval	Pearson's R	.185	.112	1.347	.184 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.174	.128	1.262	.213 ^c
N of Valid Cases		53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Edad con las Preguntas 20, 21 y 22

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
EDAD * P20	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%
EDAD * P21	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%
EDAD * P22	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

EDAD * P20

Crosstab

Count

		P20		Total
		Si	No	
EDAD	32		1	1
	34	1		1
	35	1		1
	38	1		1
	39	2	3	5
	40	1	2	3
	41		1	1
	42	1	1	2
	43	1	1	2
	44	1	1	2
	45	2	3	5
	46		1	1
	47	1		1
	48	1	1	2
	49	1	3	4
	50	1	2	3
	52		2	2
	53	1	1	2
	54	2	1	3
	56		1	1
	58	1	2	3
	60		1	1
	63		2	2
	64	1		1
	69		1	1
	70		1	1
	73		1	1
Total		20	33	53

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.604 ^a	26	.890
Likelihood Ratio	23.154	26	.624
Linear-by-Linear Association	2.446	1	.118
N of Valid Cases	53		

a. 54 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .38.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.499			.890
Interval by Interval Pearson's R	.217	.119	1.586	.119 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.201	.132	1.468	.148 ^c
N of Valid Cases	53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

EDAD * P21

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstab

Count

		P21				Total
		0	Bancarias	Comerciales	Bancarias y Comerciales	
EDAD 32	1					1
34					1	1
35			1			1
38			1			1
39	3	1			1	5
40	2	1				3
41	1					1
42	1	1				2
43	1		1			2
44	1	1				2
45	3		2			5
46	1					1
47			1			1
48	1	1				2
49	3				1	4
50	2	1				3
52	2					2
53	1	1				2
54	1	1	1			3
56	1					1
58	2		1			3
60	1					1
63	2					2
64		1				1
69	1					1
70	1					1
73	1					1
Total	33	9	8	2	1	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	89.330 ^a	104	.847
Likelihood Ratio	61.844	104	1.000
Linear-by-Linear Association	3.497	1	.061
N of Valid Cases	53		

a. 135 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.792			.847
Interval by Interval	Pearson's R	-.259	.109	-1.918	.061 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.235	.132	-1.729	.090 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

EDAD * P22

Crosstab

Count

		P22					Total
		0	Menos de 50.000	de 50.000 a 99.999	de 100.000 a 149.999	de 150.000 a 199.999	
EDAD 32	1						1
34						1	1
35							1
38					1		1
39	3	1	1				5
40	2	1					3
41	1						1
42	1		1				2
43	1					1	2
44	1	1					2
45	3	1				1	5
46	1						1
47					1		1
48	1				1		2
49	3		1				4
50	2					1	3
52	2						2
53	1	1					2
54	1	2					3
56	1						1
58	2		1				3
60	1						1
63	2						2
64						1	1
69	1						1
70	1						1
73	1						1
Total	33	7	4	3	1	5	53

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	156.186 ^a	130	.059
Likelihood Ratio	76.419	130	1.000
Linear-by-Linear Association	1.576	1	.209
N of Valid Cases	53		

a. 162 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.864			.059
Interval by Interval Pearson's R	-.174	.140	-1.262	.213 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.210	.135	-1.534	.131 ^c
N of Valid Cases	53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Edad con el Tipo de Médico

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
EDAD * TMED	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

EDAD * TMED Crosstabulation

Count

		TMED			Total
		Jefe Servicio	Jefe Seccion	Médico Esp.	
EDAD	32			1	1
	34			1	1
	35			1	1
	38			1	1
	39			5	5
	40			3	3
	41	1			1
	42			2	2
	43		1	1	2
	44			2	2
	45	1		4	5
	46			1	1
	47			1	1
	48		1	1	2
	49	1		3	4
	50			3	3
	52	1		1	2
	53		1	1	2
	54	1		2	3
	56			1	1
	58	1		2	3
	60			1	1
	63	1		1	2
	64		1		1
	69			1	1
	70			1	1
	73			1	1
	Total	7	4	42	53

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49.929 ^a	52	.556
Likelihood Ratio	37.550	52	.934
Linear-by-Linear Association	1.433	1	.231
N of Valid Cases	53		

a. 81 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .08.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.696			.556
Interval by Interval Pearson's R	-.166	.116	-1.202	.235 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.219	.116	-1.603	.115 ^c
N of Valid Cases	53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Edad con la Pregunta 11

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
EDAD * P11	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

EDAD * P11 Crosstabulation

Count

		P11					Total	
		0	1	2	3	4		5
EDAD	32		1				1	
	34					1	1	
	35				1		1	
	38		1				1	
	39	2	1	1	1		5	
	40	1		1	1		3	
	41			1			1	
	42				2		2	
	43			2			2	
	44			1	1		2	
	45	1		1	2		5	
	46	1					1	
	47		1				1	
	48		1		1		2	
	49		1	1		1	4	
	50			1	1	1	3	
	52		1			1	2	
	53			1	1		2	
	54		1	2			3	
	56				1		1	
	58		2	1			3	
	60					1	1	
	63		1	1			2	
	64			1			1	
	69		1				1	
	70				1		1	
	73			1			1	
	Total	5	12	15	14	4	3	53

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	124.260 ^a	130	.625
Likelihood Ratio	99.883	130	.977
Linear-by-Linear Association	.122	1	.727
N of Valid Cases	53		

a. 162 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .06.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.837			.625
Interval by Interval Pearson's R	.048	.120	.346	.731 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.063	.136	.449	.655 ^c
N of Valid Cases	53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Edad con la Pregunta 13

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
EDAD * P13	53	100.0%	0	0%	53	100.0%

EDAD * P13 Crosstabulation

Count

		P13					
		0	1	2	3	4	5
EDAD 32	1						
34				1			
35				1			
38	1						
39	3	1		1			
40	1			2			
41		1					
42		1			1		
43		1		1			
44		1		1			
45	1	1		1	1		
46		1					
47		1					
48		1		1			
49	1	1		1	1		
50				1	1		1
52	1				1		
53				2			
54		1		1	1		
56							1
58	1			1	1		
60						1	
63	1					1	
64						1	
69						1	
70							1
73							
Total		11	11	15	7	5	3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD * P13 Crosstabulation

Count

		P13	Total
		7	
EDAD	32		1
	34		1
	35		1
	38		1
	39		5
	40		3
	41		1
	42		2
	43		2
	44		2
	45		5
	46		1
	47		1
	48		2
	49		4
	50		3
	52		2
	53		2
	54		3
	56		1
	58		3
	60		1
	63		2
	64		1
	69		1
	70		1
	73	1	1
Total		1	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	186.303 ^a	156	.049
Likelihood Ratio	107.256	156	.999
Linear-by-Linear Association	17.880	1	.000
N of Valid Cases	53		

a. 189 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.882			.049
Interval by Interval	Pearson's R	.586	.117	5.170	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.494	.124	4.061	.000 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis del Sexo contra el Estado Civil

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SEXO * EDOCIV	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

SEXO * EDOCIV Crosstabulation

Count

		EDOCIV				Total
		Soltero	Casado	Divorciado	Union Libre	
SEXO	Masculino	2	35			37
	Femenino	9	3	3	1	16
Total		11	38	3	1	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.125 ^a	3	.000
Likelihood Ratio	33.499	3	.000
Linear-by-Linear Association	.459	1	.498
N of Valid Cases	53		

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .30.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.614			.000
Interval by Interval	Pearson's R	-.094	.215	-.674	.503 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.274	.210	-2.036	.047 ^c
N of Valid Cases		53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis del Sexo con la Pregunta 12

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SEXO * P12	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

SEXO * P12 Crosstabulation

Count

		P12					
		Padres	Conyuge	Hijo (s)	Solo	Otro Familiar	
SEXO	Masculino		4		3		28
	Femenino	2		1	5	2	3
Total		2	4	1	8	2	31

SEXO * P12 Crosstabulation

Count

		P12				Total
		Hijos y Otro Familiar	Conyuge y Otro Familiar	Padres y Conyuge	Padres y Otro Familiar	
SEXO	Masculino		1	1		37
	Femenino	2			1	16
Total		2	1	1	1	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.246 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	34.623	9	.000
Linear-by-Linear Association	1.882	1	.170
N of Valid Cases	53		

a. 17 cells (85.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .30.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.609			.000
Interval by Interval	Pearson's R	-.190	.158	-1.384	.172 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.242	.164	-1.784	.080 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

nálisis del Sexo con la Pregunta 13

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SEXO * P13	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

SEXO * P13 Crosstabulation

Count

		P13					
		0	1	2	3	4	5
SEXO	Masculino	2	7	12	7	5	3
	Femenino	9	4	3			
Total		11	11	15	7	5	3

SEXO * P13 Crosstabulation

Count

		P13	Total
		7	
SEXO	Masculino	1	37
	Femenino		16
Total		1	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.770 ^a	6	.001
Likelihood Ratio	25.056	6	.000
Linear-by-Linear Association	15.914	1	.000
N of Valid Cases	53		

a. 11 cells (78.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .30.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.540			.001
Interval by Interval	Pearson's R	-.553	.074	-4.742	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.604	.083	-5.418	.000 ^c
N of Valid Cases		53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis del Sexo con la Pregunta 16

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SEXO * P22	53	100.0%	0	0%	53	100.0%

SEXO * P22 Crosstabulation

Count

		P22						Total
		0	Menos de 50.000	de 50,000 a 99,999	de 100,000 a 149,999	de 150,000 a 199,999	más de 250,000	
SEXO	Masculino	21	5	3	2	1	5	37
	Femenino	12	2	1	1			16
	Total	33	7	4	3	1	5	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.266 ^a	5	.659
Likelihood Ratio	4.965	5	.420
Linear-by-Linear Association	2.817	1	.093
N of Valid Cases	53		

a. 10 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .30.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.241			.659
Interval by Interval	Pearson's R	-.233	.082	-1.709	.094 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.203	.118	-1.477	.146 ^c
	N of Valid Cases	53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de Sexo contra Nivel de Ingresos

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SEXO * P7	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

SEXO * P7 Crosstabulation

Count

		P7					
		0	de 5000 a 10.999	de 11.000 a 15.999	de 16.000 a 20.999	de 21.000 a 25.999	de 26.000 a 30.999
SEXO	Masculino	1	5	13	5	5	4
	Femenino		3	6	2	2	1
Total		1	8	19	7	7	5

SEXO * P7 Crosstabulation

Count

		P7	
		mas de 31 000	Total
SEXO	Masculino	4	37
	Femenino	2	16
Total		6	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.945 ^a	6	.988
Likelihood Ratio	1.243	6	.975
Linear-by-Linear Association	.040	1	.842
N of Valid Cases	53		

a. 11 cells (78.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .30.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.132			.988
Interval by Interval	Pearson's R	-.028	.137	-.197	.845 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.037	.137	-.267	.791 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis del Estado Civil con la Pregunta 22

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
EDOCIV * P22	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

EDOCIV * P22 Crosstabulation

Count

		P22				
		0	Menos de 50.000	de 50.000 a 99.999	de 100.000 a 149.999	de 150.000 a 199.999
EDOCIV	Soltero	7	1	2	1	
	Casado	23	5	2	2	1
	Divorciado	2	1			
	Union Libre	1				
Total		33	7	4	3	1

EDOCIV * P22 Crosstabulation

Count

		P22	Total
		más de 250.000	
EDOCIV	Soltero		11
	Casado	5	38
	Divorciado		3
	Union Libre		1
Total		5	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.500 ^a	15	.970
Likelihood Ratio	8.015	15	.923
Linear-by-Linear Association	.030	1	.864
N of Valid Cases	53		

a. 21 cells (87.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.331			.970
Interval by Interval	Pearson's R	-.024	.079	-.170	.865 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.022	.122	-.155	.877 ^c
N of Valid Cases		53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis del Tipo de Médico con la Pregunta 7

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TMED * P7	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

TMED * P7 Crosstabulation

Count

		P7					
		0	de 5000 a 10.999	de 11,000 a 15.999	de 16,000 a 20.999	de 21,000 a 25.999	de 26,000 a 30.999
TMED	Jefe Servicio		3		1		
	Jefe Seccion			2	1		1
	Médico Esp.	1	5	17	5	7	4
Total		1	8	19	7	7	5

TMED * P7 Crosstabulation

Count

		P7	Total
		mas de 31.000	
TMED	Jefe Servicio	3	7
	Jefe Seccion		4
	Médico Esp.	3	42
Total		6	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.960 ^a	12	.090
Likelihood Ratio	20.712	12	.055
Linear-by-Linear Association	.703	1	.402
N of Valid Cases	53		

a. 17 cells (81.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .08.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.513			.090
Interval by Interval	Pearson's R	-.116	.178	-.836	.407 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.056	.169	-.398	.692 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Pregunta 1 con la Pregunta 7

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P1 * P7	53	100.0%	0	0%	53	100.0%

P1 * P7 Crosstabulation

Count

		P7					
		0	de 5000 a 10.999	de 11,000 a 15.999	de 16,000 a 20.999	de 21,000 a 25.999	de 26,000 a 30.999
P1	de 0 a 5 años		1	4		2	
	de 6 a 10 años		2		2	1	
	de 11 a 15 años	1		7	2		
	de 16 a 20 años		1	3	1		1
	mas de 21 años		4	5	2	4	4
Total		1	8	19	7	7	5

P1 * P7 Crosstabulation

Count

		P7	
		mas de 31.000	Total
P1	de 0 a 5 años		7
	de 6 a 10 años	1	6
	de 11 a 15 años	2	12
	de 16 a 20 años	1	7
	mas de 21 años	2	21
Total		6	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.851 ^a	24	.361
Likelihood Ratio	33.814	24	.088
Linear-by-Linear Association	1.305	1	.253
N of Valid Cases	53		

a. 34 cells (97.1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.573			.361
Interval by Interval	Pearson's R	.158	.122	1.146	.257 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.142	.134	1.025	.310 ^c
N of Valid Cases		53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Pregunta 6 con la Pregunta 7

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P6 * P7	53	100.0%	0	0%	53	100.0%

P6 * P7 Crosstabulation

Count

		P7					
		0	de 5000 a 10.999	de 11,000 a 15.999	de 16,000 a 20.999	de 21,000 a 25.999	de 26.000 a 30.999
P6	Nivel E			1			
	Nivel D			2	1	1	
	Nivel D+				2		
	Nivel C	1	3	6		2	1
	Nivel C+		3	6	2	4	3
	Nivel A B		2	4	2		1
Total		1	8	19	7	7	5

P6 * P7 Crosstabulation

Count

		P7	
		mas de 31.000	Total
P6	Nivel E		1
	Nivel D		4
	Nivel D+		2
	Nivel C	1	14
	Nivel C+	3	21
	Nivel A B	2	11
Total		6	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26.833 ^a	30	.632
Likelihood Ratio	26.188	30	.666
Linear-by-Linear Association	.924	1	.337
N of Valid Cases	53		

a. 40 cells (95.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.580			.632
Interval by Interval	Pearson's R	.133	.102	.960	.341 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.108	.127	.776	.441 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Pregunta 6 con la Pregunta 10

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P6 * P10	53	100.0%	0	0%	53	100.0%

P6 * P10 Crosstabulation

Count

		P10						Total
		Nivel E	Nivel D	Nivel D+	Nivel C	Nivel C+	Nivel A B	
P6	Nivel E			1				1
	Nivel D		2		1		1	4
	Nivel D+			1		1		2
	Nivel C	1	1	1	6	3	2	14
	Nivel C+	1	3	1	3	9	4	21
	Nivel A B				2	5	4	11
Total		2	6	4	12	18	11	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.492 ^a	25	.080
Likelihood Ratio	28.081	25	.304
Linear-by-Linear Association	6.046	1	.014
N of Valid Cases	53		

a. 35 cells (97.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.633			.080
Interval by Interval	Pearson's R	.341	.122	2.590	.012 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.362	.122	2.777	.008 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de las Preguntas 7, 8 y 9

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P7 * P8	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%
P7 * P9	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

P7 * P8

Crosstab

Count

		P8		Total
		Casa	Departamento	
		P7	0	
	de 5000 a 10,999	5	3	8
	de 11,000 a 15,999	11	8	19
	de 16,000 a 20,999	3	4	7
	de 21,000 a 25,999	7	7	7
	de 26,000 a 30,999	2	3	5
	mas de 31,000	5	1	6
	Total	33	20	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.358 ^a	6	.154
Likelihood Ratio	12.106	6	.060
Linear-by-Linear Association	1.399	1	.237
N of Valid Cases	53		

a. 12 cells (85.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .38.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.387			.154
Interval by Interval	Pearson's R	-.164	.131	-1.187	.241 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.149	.134	-1.078	.286 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

P7 * P9

Crosstab

Count

		P9				Total
		Propio	Rentado	Hipotecado	Familiar	
P7	0	1				1
	de 5000 a 10,999	6	1		1	8
	de 11,000 a 15,999	12	6	1		19
	de 16,000 a 20,999	5	1	1		7
	de 21,000 a 25,999	7				7
	de 26,000 a 30, 999	3	1	1		5
	mas de 31,000	5	1			6
Total		39	10	3	1	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.266 ^a	18	.712
Likelihood Ratio	13.872	18	.737
Linear-by-Linear Association	.536	1	.464
N of Valid Cases	53		

- a. 24 cells (85.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.461			.712
Interval by Interval	Pearson's R	-.102	.129	-.729	.470 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.087	.133	-.623	.536 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Crosstabs

Análisis de la Pregunta 7 con la Pregunta 10

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P7 * P10	53	100.0%	0	0%	53	100.0%

P7 * P10 Crosstabulation

Count

		P10				
		Nivel E	Nivel D	Nivel D+	Nivel C	Nivel C+
P7	0					
	de 5000 a 10,999	2		1	1	1
	de 11,000 a 15,999		2	1	6	7
	de 16,000 a 20,999		1	1	1	3
	de 21,000 a 25,999		2		2	3
	de 26,000 a 30, 999			1	1	2
	mas de 31,000		1			2
Total		2	6	4	12	18

P7 * P10 Crosstabulation

Count

		P10	Total
		Nivel A B	
P7	0		1
	de 5000 a 10,999	3	8
	de 11,000 a 15,999	3	19
	de 16,000 a 20,999	1	7
	de 21,000 a 25,999		7
	de 26,000 a 30, 999	1	5
	mas de 31,000	3	6
Total		11	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.597 ^a	30	.435
Likelihood Ratio	30.139	30	.459
Linear-by-Linear Association	.930	1	.335
N of Valid Cases	53		

a. 41 cells (97.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.605			.435
Interval by Interval	Pearson's R	.134	.143	.964	.340 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.112	.152	.802	.426 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Pregunta 7 con la Pregunta 22

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P7 * P22	53	100.0%	0	0%	53	100.0%

P7 * P22 Crosstabulation

Count

		P22				
		0	Menos de 50,000	de 50,000 a 99,999	de 100,000 a 149,999	de 150,000 a 199,999
P7	0		1			
	de 5000 a 10,999	7				
	de 11,000 a 15,999	10	3	3	1	1
	de 16,000 a 20,999	1	3		1	
	de 21,000 a 25,999	7				
	de 26,000 a 30, 999	3			1	
	mas de 31,000	5		1		
Total		33	7	4	3	1

P7 * P22 Crosstabulation

Count

		P22	
		más de 250,000	Total
P7	0		1
	de 5000 a 10,999	1	8
	de 11,000 a 15,999	1	19
	de 16,000 a 20,999	2	7
	de 21,000 a 25,999		7
	de 26,000 a 30, 999	1	5
	mas de 31,000		6
Total		5	53

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.558 ^a	30	.223
Likelihood Ratio	37.592	30	.160
Linear-by-Linear Association	.191	1	.662
N of Valid Cases	53		

a. 41 cells (97.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.634			.223
Interval by Interval Pearson's R	-.061	.119	-.434	.666 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.055	.134	-.394	.695 ^c
N of Valid Cases	53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de las Preguntas 8, 9 y 10

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P8 * P9	53	100.0%	0	0%	53	100.0%
P8 * P10	53	100.0%	0	0%	53	100.0%

P8 * P9

Crosstab

Count

		P9				Total
		Propio	Rentado	Hipotecado	Familiar	
P8	Casa	28	2	3		33
	Departamento	11	8		1	20
Total		39	10	3	1	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.578 ^a	3	.006
Likelihood Ratio	13.843	3	.003
Linear-by-Linear Association	2.533	1	.112
N of Valid Cases	53		

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .38.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^c
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.438			.006
Interval by Interval	Pearson's R	.221	.134	1.616	.112 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.294	.138	2.194	.033 ^c
N of Valid Cases		53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

P8 * P10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstab

Count

		P10						Total
		Nivel E	Nivel D	Nivel D+	Nivel C	Nivel C+	Nivel A B	
P8	Casa	1	4	1	7	13	7	33
	Departamento	1	2	3	5	5	4	20
Total		2	6	4	12	18	11	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.389 ^a	5	.640
Likelihood Ratio	3.351	5	.646
Linear-by-Linear Association	.589	1	.443
N of Valid Cases	53		

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .75.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.245			.640
Interval by Interval	Pearson's R	-.106	.138	-.765	.448 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.116	.139	-.831	.410 ^c
N of Valid Cases		53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Pregunta 9 con la Pregunta 22

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P9 * P22	53	100.0%	0	0%	53	100.0%

P9 * P22 Crosstabulation

Count

		P22						Total
		0	Menos de 50,000	de 50,000 a 99,999	de 100,000 a 149,999	de 150,000 a 199,999	más de 250,000	
P9	Propio	29	6	2	1		1	39
	Rentado	4	1	2	2	1		10
	Hipotecado						3	3
	Familiar						1	1
Total		33	7	4	3	1	5	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	54.100 ^a	15	.000
Likelihood Ratio	33.465	15	.004
Linear-by-Linear Association	27.371	1	.000
N of Valid Cases	53		

a. 21 cells (87.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.711			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.726	.114	7.528	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.541	.129	4.590	.000 ^c
N of Valid Cases		53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Pregunta 14 con la Pregunta 15

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P14 * P15	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

P14 * P15 Crosstabulation

Count

		P15					
		Sin escolaridad	Preescolar	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional
P14	0	13					
	Pública		2	1	1		
	Privada		2	6	1	3	6
	Pública y Privada					1	2
Total		13	4	7	2	4	8

P14 * P15 Crosstabulation

Count

		P15				
		Posgrado	Preescolar y Primaria	Primaria y Secundaria	Primaria y Profesional	Secundaria y Preparatoria
P14	0					
	Pública	2		1		
	Privada	1	1	1	1	3
	Pública y Privada					1
Total		3	1	2	1	4

P14 * P15 Crosstabulation

Count

		P15			Total
		Secundaria y Profesional	Preparatoria y Profesional	Profesional y Posgrado	
P14	0				13
	Pública			1	8
	Privada	1	1	1	28
	Pública y Privada				4
Total		1	1	2	53

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	79.297 ^a	39	.000
Likelihood Ratio	81.779	39	.000
Linear-by-Linear Association	5.449	1	.020
N of Valid Cases	53		

a. 55 cells (98.2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .08.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.774			.000
Interval by Interval Pearson's R	.324	.093	2.443	.018 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.654	.104	6.174	.000 ^c
N of Valid Cases	53			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Pregunta 16a con la Pregunta 16b

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P16A * P16B	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

P16A * P16B Crosstabulation

Count

		P16B					
		Sin Escolaridad	Primaria	Secundaria	Técnico Comercial	Preparatoria	Normal
P16A	Sin Escolaridad	1		1			
	Primaria	1	13		2	1	1
	Secundaria		1	2	1	1	
	Técnico Comercial		1		1		
	Preparatoria				2	2	
	Normal		1	1		1	1
	Licenciatura	1	2	3	2	2	1
	Doctorado						1
	Especialidad						1
Total		3	18	7	8	7	5

P16A * P16B Crosstabulation

Count

		P16B		Total
		Licenciatura	Maestría	
P16A	Sin Escolaridad			2
	Primaria			18
	Secundaria			5
	Técnico Comercial			2
	Preparatoria			4
	Normal			4
	Licenciatura	1		12
	Doctorado		1	2
	Especialidad	2	1	4
Total		3	2	53

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	87.077 ^a	56	.005
Likelihood Ratio	71.077	56	.084
Linear-by-Linear Association	21.474	1	.000
N of Valid Cases	53		

a. 71 cells (98.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .08.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.788			.005
Interval by Interval Pearson's R	.643	.096	5.990	.000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.593	.111	5.254	.000 ^c
N of Valid Cases	53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Crosstabs

Análisis de la Pregunta 21 con la Pregunta 22

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
P21 * P22	53	100.0%	0	0%	53	100.0%

P21 * P22 Crosstabulation

Count

		P22				
		0	Menos de 50.000	de 50,000 a 99.999	de 100,000 a 149.999	de 150,000 a 199.999
P21	0	33				
	Bancarias		5	1	1	
	Comerciales		2	1	2	
	Bancarias y Comerciales			1		1
	Comerciales y Familiares			1		
Total		33	7	4	3	1

P21 * P22 Crosstabulation

Count

		P22	
		más de 250,000	Total
P21	0		33
	Bancarias	2	9
	Comerciales	3	8
	Bancarias y Comerciales		2
	Comerciales y Familiares		1
Total		5	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	101.753 ^a	20	.000
Likelihood Ratio	84.472	20	.000
Linear-by-Linear Association	19.964	1	.000
N of Valid Cases	53		

a. 28 cells (93.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.811			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.620	.075	5.638	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.952	.024	22.316	.000 ^c
N of Valid Cases		53			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Niveles Socioeconómicos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente de Información: Asociación Mexicana de Agencias de Investigación. (AMAI)

Nivel A/B

Este es el estrato que contiene a la población con el más alto nivel de vida e ingresos del país.

PERFIL EDUCATIVO DEL JEFE DE FAMILIA.

En este segmento, el jefe de familia tiene en promedio un nivel educativo de Licenciatura o mayor. Los jefes de familia de nivel A/B se desempeñan como grandes o medianos empresarios (en el ramo industrial, comercial y de servicios); como gerentes, directores o destacados profesionistas. Normalmente laboran en importantes empresas del país o bien ejercen en forma independiente su profesión.

PERFIL DEL HOGAR.

Los hogares de las personas que pertenecen al nivel alto son casas o departamentos propios de lujo; cuentan en su mayoría con al menos tres o cuatro recámaras, dos o tres baños, sala, comedor, antecomedor, cocina, cuarto de servicio y estudio o sala de televisión. Además, la gran mayoría de las propiedades tienen jardín propio y por lo menos dos lugares techados para auto.

En este nivel las amas de casa cuentan con una o más personas de planta a su servicio, y una más de entrada por salida.

Los hijos de estas familias asisten a los colegios privados más caros o renombrados del país, o bien a colegios del extranjero.

ARTÍCULOS QUE POSEE.

Normalmente, tanto el ama de casa como el jefe de familia poseen automóvil del año, algunas veces de lujo o importados, y tienden a rotar sus autos con periodicidad de aproximadamente dos años. Los autos usualmente están asegurados contra siniestros.

En el hogar cuentan con todas las comodidades y lujos: tienen al menos dos aparatos telefónicos, equipo modular y compact disc, al menos dos televisores a color, Cablevisión o Multivisión (en algunos casos con antena parabólica), videocassetera, horno de microondas y lavadora automática de ropa (programable). Uno de cada dos hogares tiene secadora de ropa, lavadora de platos y/o computadora personal.

SERVICIOS.

En lo que a servicios bancarios se refiere, estas personas poseen al menos una cuenta de cheques (usualmente del jefe de familia), y tienen más de dos tarjetas de crédito, así como seguros de vida y/o de gastos médicos particulares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIVERSIÓN / PASATIEMPOS.

Las personas de este nivel asisten normalmente a clubes privados. Suelen tener casa de campo o de tiempo compartido. Además, más de la mitad de la gente de nivel alto ha viajado en avión en los últimos seis meses, y vacacionan a lugares turísticos de lujo, visitando al menos una vez al año el extranjero, y varias veces vacacionan al interior de la República.

INGRESO MENSUAL FAMILIAR.

Al menos \$48,000.00.

COLONIAS TÍPICAS.

Bosques de la Lomas, Pedregal de San Angel, San Angel Inn, Tecamachalco, La Herradura, Villa Verdún.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NIVEL C+

En este segmento se consideran a las personas con ingresos o nivel de vida ligeramente superior al medio.

PERFIL EDUCATIVO DEL JEFE DE FAMILIA.

La mayoría de los jefes de familia de estos hogares tiene un nivel educativo de Licenciatura, muy pocas veces cuentan solamente con educación Preparatoria.

Destacan jefes de familia con algunas de las siguientes ocupaciones: empresarios de compañías pequeñas o medianas, gerentes o ejecutivos secundarios en empresas grandes, o profesionistas independientes.

PERFIL DEL HOGAR.

Los hogares de las personas que pertenecen al Nivel C+ son casas o departamentos propios que cuentan con dos o tres 3 recámaras, uno o dos baños, sala, comedor, cocina, un estudio o sala de televisión y/o un pequeño cuarto de servicio. Aproximadamente la mitad de los hogares poseen jardín propio. Uno de cada dos hogares (o menos), cuenta con servidumbre.

Los hijos son educados en primarias y secundarias particulares, y con grandes esfuerzos terminan su educación en universidades privadas caras o de alto reconocimiento.

ARTÍCULOS QUE POSEE.

El ama de casa y el jefe de familia (o al menos uno de los dos), poseen automóvil, aunque no tan lujoso como el de los adultos del Nivel Alto. Usualmente tiene un auto familiar y un compacto. Normalmente, sólo uno de los autos está asegurado contra siniestro.

En su hogar tiene todas las comodidades y algunos lujos: al menos dos aparatos telefónicos, equipo modular, dos televisores a color, videocassettera.

Uno de cada dos hogares tiene horno de microondas y poco más de la mitad tiene lavadora automática de ropa (programable). En este nivel, las amas de casa suelen tener gran variedad de aparatos electrodomésticos.

SERVICIOS.

En cuanto a servicios bancarios, las personas de nivel C+ poseen un par de tarjetas de crédito, en su mayoría nacionales, aunque pueden tener una internacional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIVERSIÓN / PASATIEMPOS.

Las personas que pertenecen a este segmento asisten a clubes privados, siendo éstos un importante elemento de convivencia social.

Vacacionan generalmente en el interior del país, y a lo más una vez al año salen al extranjero.

INGRESO MENSUAL FAMILIAR.

Varía desde \$19,200.00 hasta \$48,000.00.

COLONIAS TÍPICAS.

Satélite, Colonia del Valle, Irrigación, Nápoles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NIVEL C

En este segmento se consideran a las personas con ingresos o nivel de vida medio.

PERFIL EDUCATIVO DEL JEFE DE FAMILIA.

El jefe de familia de estos hogares normalmente tiene un nivel educativo de Preparatoria. Dentro de las ocupaciones del jefe de familia destacan pequeños comerciantes, empleados de gobierno, vendedores, maestros de escuela, técnicos y obreros calificados.

PERFIL DE HOGARES.

Los hogares de las personas que pertenecen al Nivel C son casas o departamentos propios o rentados que cuentan con dos recámaras en promedio, un baño, sala, comedor, y cocina.

Los hijos, algunas veces, llegan a realizar su educación básica (primaria - secundaria) en escuelas privadas, terminando la educación superior en escuelas públicas.

ARTÍCULOS QUE POSEE.

Los hogares de Clase C sólo poseen un automóvil para toda la familia, compacto o austero y no de modelo reciente; casi nunca está asegurado contra siniestros.

Cuentan con algunas comodidades: un aparato telefónico, equipo modular, dos televisores, y videocassetera.

SERVICIOS.

En cuanto a instrumentos bancarios, algunos poseen tarjetas de crédito nacionales y es poco común que usen tarjeta internacional.

DIVERSIÓN / PASATIEMPOS.

Dentro de los principales pasatiempos destacan el cine, parques públicos y eventos musicales.

Estas familias vacacionan en el interior del país, aproximadamente una vez por año van a lugares turísticos accesibles (relativamente económicos).

INGRESO MENSUAL FAMILIAR.

Varía desde \$6,400.00 hasta \$19,200.00.

COLONIAS TÍPICAS.

Prados del Rosario, Real del Moral, Avante, Sta. María la Rivera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NIVEL D+

En este segmento se consideran a las personas con ingresos o nivel de vida ligeramente por debajo del nivel medio, es decir, es el nivel bajo que se encuentra en mejores condiciones (es por eso que se llama Bajo-Alto o D+).

PERFIL EDUCATIVO DEL JEFE DE FAMILIA

El jefe de familia de estos hogares cuenta en promedio con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Dentro de las ocupaciones se encuentran taxistas (choferes propietarios del auto), comerciantes fijos o ambulantes (plomera, carpintería, jugueros), choferes de casas, mensajeros, cobradores, etc.

PERFIL DEL HOGAR

Los hogares de las personas que pertenecen a este nivel son, en su mayoría, de su propiedad; aunque algunas personas rentan el inmueble. Cuentan con una o dos recamaras, un baño, sala-comedor, y cocina.

En comparación con los niveles superiores donde todos los hogares tienen calentador de agua, en D+ sólo dos de cada tres hogares tienen agua caliente. Algunas viviendas son de Interés Social. Los hijos asisten a escuelas públicas.

ARTÍCULOS QUE POSEE.

En estos hogares usualmente no poseen automóvil propio, utilizando los medios de transporte público para desplazarse.

Cuentan con: un aparato telefónico, un televisor a color, y un equipo modular barato. La mitad de los hogares tiene videocassetera.

SERVICIOS.

Los servicios bancarios que poseen son escasos y se remiten básicamente a cuentas de ahorros, cuentas o tarjetas de débito y pocas veces tienen tarjetas de crédito nacionales.

DIVERSIÓN/ PASATIEMPOS.

Generalmente las personas de este nivel asisten a shows organizados por la Delegación y/o por el gobierno, también utilizan los servicios de poli-deportivos y los parques públicos.

INGRESO MENSUAL FAMILIAR.

Varia de \$4,000.00 a \$6,400.00

COLONIAS TÍPICAS.

Anáhuac, Federal.



NIVEL D

El nivel D está compuesto por personas con un nivel de vida austero y bajos ingresos.

PERFIL EDUCATIVO DEL JEFE DE FAMILIA.

El jefe de familia de estos hogares cuenta en promedio con un nivel educativo de Primaria, (completa en la mayoría de los casos).

Los jefes de familia tienen actividades tales como obreros, empleados de mantenimiento, empleados de mostrador, choferes públicos, maquiladores, etc.

PERFIL DEL HOGAR.

Los hogares de nivel D son inmuebles propios o rentados. Las casas o departamentos cuentan únicamente con una recámara, un baño, sala-comedor y cocina. La mitad de estos hogares o menos tienen videocassetera y/o calentador de agua. Estas casas o departamentos son en su mayoría de interés social o de rentas congeladas (tipo vecindades).

Los hijos realizan sus estudios en escuelas del gobierno.

ARTÍCULOS QUE POSEE.

Las personas de este nivel suelen desplazarse por medio de transporte público, y si llegan a tener algún auto es de varios años de uso. La mayoría de los hogares cuenta con un televisor, videocassetera, y/o equipo modular barato.

SERVICIOS.

Se puede decir que las personas de nivel D, prácticamente, no poseen ningún tipo de instrumento bancario.

DIVERSIÓN/ PASATIEMPOS.

Asisten a parques públicos y esporádicamente a parques de diversiones. Suelen organizar fiestas en sus vecindades. Vacacionan una vez al año en excursiones a su lugar de origen o al de sus familiares.

INGRESO MENSUAL FAMILIAR.

Varia de \$1,600.00 a \$4,000.00

COLONIAS TÍPICAS.

Guerrero, Pedregal de Sta. Ursula, Infonavit Nte. (Cuautitlán Izcalli).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NIVEL E

El nivel E se compone de la gente con menores ingresos y nivel de vida de las zonas urbanas de todo el país.

PERFIL EDUCATIVO DEL JEFE DE FAMILIA.

El jefe de familia de estos hogares cursó, en promedio, estudios a nivel Primaria sin completarla, y generalmente tiene subempleos o empleos eventuales.

PERFIL DEL HOGAR.

Estas personas usualmente no poseen un hogar propio (sobre todo en la Ciudad de México), teniendo que rentar o utilizar otros recursos para conseguirlo (los llamados "paracaidistas", por ejemplo). En un sólo hogar suele vivir más de una generación. Sus viviendas poseen dos cuartos en promedio, mismos que utilizan para todas las actividades (en ellos duermen, comen, etc.). La mayoría de los hogares no tienen baño propio (dentro de su casa). No poseen agua caliente (calentador de agua), ni drenaje. Los techos son de lámina y/o asbesto y el piso muchas veces es de tierra. Difícilmente sus hijos asisten a escuelas publicas y existe un alto nivel de deserción escolar.

ARTÍCULOS QUE POSEE.

Estos hogares son muy austeros, de hecho, sólo dos de cada tres poseen refrigerador, (todos los demás niveles sin excepción cuentan con refrigerador, aunque sea uno sencillo), tienen un televisor, un radio y cocinan en parrillas con quemadores que funcionan con cartuchos de gas.

SERVICIOS.

Este nivel no cuenta con ningún servicio bancario o de transporte propio.

DIVERSIÓN/PASATIEMPOS

Su diversión es básicamente la radio y la televisión.

INGRESO MENSUAL FAMILIAR.

Es menor a \$1,600.00.

COLONIAS TÍPICAS.

La Garita, El Molinito, La Soledad, San Salvador, San Pablo, Los Reyes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO III

Administración por Valores

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Plan de Juego de APV

Fase 1: Aclarar misión y valores

- ☛ Propietarios
- ☛ Alta gerencia
- ☛ Líderes de unidad
- ☛ Empleados
- ☛ Clientes
- ☛ Otros interesados claves

Fase 2: Comunicar

- ☛ Actividades de la compañía y la unidad (reuniones, celebraciones, etc.)
- ☛ Material de comunicación (carteles, folletos, tarjetas de acción, etc.)
- ☛ Mecanismos de comunicación formal (informes, etc.)
- ☛ Prácticas de comunicación informal (memorandos mensajes telefónicos, correo electrónico, etc.)

Fase 3: Alinear los valores con las prácticas diarias

Prácticas individuales	Prácticas de equipo	Prácticas organizacionales
*Autoadministración y desarrollo *Solución de problemas y toma de decisiones *Prácticas de liderazgo	*Prácticas de miembro efectivo *Dinámica y procesos de grupo *Etapas de formación de equipos de alto desempeño *Facilitación en equipo o grupo	*Administración y desarrollo estratégico *Sistemas y procesos organizacionales *Administración de recursos-barreras *Prácticas de barreras y reconocimientos

Mejoramiento continuo

- ☛ Revisión
- ☛ Reevaluación
- ☛ Acción continua

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Proceso de Administración por Valores

Principios claves

Fase I: Hacer claridad

- "Lo malo de estar en una carrera de ratas es que aunque uno gane la carrera, sigue siendo una rata".
- "Lo más importante en la vida es resolver qué es lo más importante".
- "En una compañía que realmente administra por sus valores no hay más que un jefe: los valores de la compañía".
- "Administración por Valores no es simplemente un programa más, como cualquier otro; es una manera de vivir".

Fase II: Comunicar eficientemente

- "El éxito verdadero no proviene de proclamar nuestros valores sino de ponerlos en práctica todos los días".
- "Las comunicaciones ocurren naturalmente cuando uno hace seguro el ambiente de trabajo".
- "Un cambio real no ocurre hasta que se verifique en el interior de las personas. Es un cambio no en lo que la gente ve sino en aquello con lo cual ve, en nuestro modo de ver las cosas".
- "El secreto para que funcione la Administración por Valores es hacer aquello en que todos creemos, y creer en lo que hacemos".

Fase III: Alinear las prácticas

- "Actuar de acuerdo con nuestros valores no se logra sin cambios de hábitos, prácticas y actitudes".
- "Es fácil descubrir el compromiso cuando se ve – y más fácil aún cuando no se ve".
- "Las organizaciones no hacen funcionar la Administración por Valores. La hacen funcionar las personas".
- "Cuando se alinean alrededor de valores compartidos y se unen en una misión común, personas comunes y corrientes logran resultados extraordinarios y le dan un margen competitivo a la organización".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO IV

Código – Guía Bioética

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA
CÓDIGO-GUÍA BIOÉTICA DE CONDUCTA PROFESIONAL
(MÉDICOS, ENFERMERAS Y OTROS TRABAJADORES DE LA SALUD)

INTRODUCCIÓN

La Bioética representa hoy un movimiento universal de responsabilidad profesional y por su concepción de ética global es de la incumbencia de todos los seres humanos para respetar a la naturaleza, conservar los ecosistemas y favorecer la supervivencia de la biodiversidad.

Es un sistema de reflexión moral frente a los acontecimientos de la vida como constante llamada de alerta a efecto de respetar los Derechos Humanos, procurar siempre la Beneficencia y la Justicia, respetando la Autonomía y dignidad de la persona humana y evitar la Maleficencia con los enfermos.

Van Rensselaar Potter, científico de la Universidad de Wisconsin (1970) acuñó el término y el concepto de la Bioética como una Ciencia de la sobrevivencia y puente para el futuro, con la conciencia de la importancia de los progresos y aplicación de las ciencias de la vida.

La Biología como ciencia que estudia la estructura y funciones de los seres vivos obedece leyes físicas y la Ética que no depende de ellas, pero en cambio pondera y guía la conducta para servir a los seres vivos y en especial a la humanidad a la luz de los valores.

La relación entre médico y enfermo está regida por una serie de principios como los de reconocer la autonomía y el derecho individual del enfermo para decidir por si mismo; la obligación del médico de evitar hacer daño al paciente y procurar que todo tratamiento le sea beneficioso, como el deber social de utilizar los recursos con responsabilidad racionalmente considerada.

CAPÍTULO UNICO

El presente Código pretende guiar la conducta y el ejercicio profesional, fomentando la bioética en la prestación de los servicios a los enfermos y a sus familiares, como entre personas y profesionistas que intervienen en acontecimientos concretos de la vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Porque México debe participar en el Movimiento Universal de la Responsabilidad BIOÉTICA, implícita en el proceso dialéctico del conocimiento científico y de las reflexiones morales se propone este Código, como guía distintiva de conducta Ética de los profesionales, principalmente de la Medicina, la Salud y del Derecho.

Como la Ciencia no reconoce límites, la BIOÉTICA debe estar presente con su paralela vigencia en las Ciencias de la Vida y en la distinción del bien y del mal, respondiendo a la demanda social de guiar la conducta de quienes intervienen o interfieren con la vida humana.

Los principios éticos que orientan la práctica médica han sido recopilados en forma de códigos y juramentos profesionales, el más conocido y que más ha influido en la medicina occidental es el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto ético principal menciona que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, el cual se basa en dos componentes "no haré daño a los pacientes..." y "actuaré en beneficio del enfermo...", no obstante, poco figura el paciente y su capacidad determinante para participar en la toma de decisiones.

Los Códigos de Ética Médica, precedidos por el de Hammurabi antes y después del todavía válido Juramento Hipocrático, de Nuremberg, las Declaraciones de Helsinki y de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, y las Normas Internacionales para la Investigación Biomédica (en Seres Humanos y también con Animales de Laboratorio) y otras Guías de Conducta Ética, han sido básicos para las recomendaciones de la OMS, OPS y UNESCO* que congruentes con la Declaración de los Derechos Humanos (ONU 1948) se refieren al establecimiento de Guías o Códigos Nacionales de Conducta Ética y otras reflexiones deontológicas culturalmente convenientes.

La inserción en la Constitución Política de la República Mexicana, del Derecho a la Protección de la Salud y las atribuciones de la Secretaría de Salud para integrar Comisiones, Comités y Cuerpos Colegiados que se encarguen específicamente del estudio, investigación, asistencia y Salud Pública en relación con la Ética Médica y hoy con la BIOÉTICA, que estudia sistemáticamente todo lo relativo al Derecho a la Vida, a la Salud y la Dignidad de la persona humana, resultan oportunas para revisar los avances científicos y tecnológicos, especialmente aquellos que pudieran modificar la herencia y el destino del hombre como la clonación de embriones humanos para la investigación y suspensión eventual de su vida para el cultivo y productividad de las células madre troncales -stem-, en trasplantes de órganos y tejidos, entre seres vivos y de sujetos en estado de muerte cerebral -llamados cadavéricos-. El conocimiento del genome humano para el derecho genómico, el diagnóstico predictivo, el consejo genético, la investigación clínica con y en personas menores y/o discapacitadas para participar (legalmente) en la toma de decisiones, etc.

De acuerdo con los compromisos nacionales e internacionales, la COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA, presenta para México este proyecto de CÓDIGO o GUÍA DE CONDUCTA BIOÉTICA Y/O DEONTOLÓGICO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. PRINCIPIOS BÁSICOS

Artículo 1°. De los médicos y el personal paramédico

Es honroso deber del médico, como del personal de enfermería y en general paramédico, dedicar su vida de trabajo y conocimientos profesionales para preservar la vida y la salud humanas, individual y colectiva.

Todo trabajo del médico y personal auxiliar, con los positivos avances de la ciencia y la técnica deberán aplicarse solo en beneficio del enfermo.

Es su responsabilidad respetar el derecho a la vida humana, desde la concepción hasta la muerte, promover la salud, prevenir enfermedades y sufrimientos y tratar debidamente con lo mejor del Estado del Arte, a los enfermos con padecimientos orgánicos y psicológicos, respetando el cuerpo humano y cuidando su integridad individual hasta después de la muerte.

Debe auxiliar igualmente a todos los que demanden sus servicios sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, religión, ideología política, posición socio-económica, etc., sin escatimar tiempo-espacio y atenciones al enfermo, con el respeto a sus derechos y dignidad humanos.

Debe hacer todo lo posible para salvaguardar honorablemente la tradición y prestigio de la profesión médica, demostrando sus atributos de honradez, capacidad y eficacia.

Actualizar sus conocimientos en cursos de educación continua, mejorando la calidad de los servicios, propios de la práctica profesional con la apropiada conducta ética hacia el enfermo y su familia, amigos y personas interesadas por el estado de salud del paciente.

La dignidad médica y profesional suponen garantizar la recta conducta de una reputación honorable y respetuosa de la confidencialidad, extendida a sus colegas. Debe aplicar sus conocimientos y habilidades en concordancia con los principios morales de su profesión y con las recomendaciones de esta GUIA-CODIGO.

Cumplirá los principios bioéticos inalienables de beneficencia y apoyo, consideración y respeto, evitando la maleficencia en el trato con sus pacientes, con los que deberá ser justo y responsable frente a su autonomía para que participe en la toma de decisiones.

En ningún caso ni circunstancia será procedente hacer pruebas ni investigación directa en seres humanos enfermos, con nuevos medicamentos y/o intervención alguna sin haber cumplido con todas las etapas del protocolo de investigación clínica correspondiente y debidamente aprobado por los Comités de Bioética e Investigación de Instituciones Hospitalarias autorizadas por la Secretaría de Salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La actuación del médico debe apegarse a la Lex Artis solicitando el consentimiento informado de los pacientes o sus familiares, excepto en los casos, como en el transcurso de una cirugía donde se debe tomar una decisión para obtener mejores resultados.

Es deber del médico aprender continuamente y estar atento a los últimos avances de su profesión, para poder ofrecer al paciente los cuidados óptimos. A este respecto, el médico debe continuar mejorando los resultados profesionales de su trabajo.

II. OBLIGACIONES HACIA EL PACIENTE

Artículo 2°. De los deberes y conducta del médico en beneficio de los pacientes

El médico y el personal paramédico deben cumplir con su primordial obligación y fundamental interés de cuidar la vida y el bienestar del paciente.

Deben los médicos y profesionales relacionados con las ciencias de la vida y la salud, actualizar sus conocimientos, perfeccionar sus técnicas de trabajo, cultivar su vocación humanitaria y enriquecer sus convicciones éticas para mantener su relación respetuosa con el enfermo.

No es aceptable, en ningún caso, valerse del paciente física, emocional o materialmente para provecho propio.- La remuneración económica por su trabajo médico (salarial o por honorarios), dará mayor importancia a la satisfacción de haber servido ayudando al paciente.

Deben preservarse los derechos y dignidad del paciente, respetando su "estado" emocional o condición mental y concientizar al paciente y/o familiar responsable, para obtener el consentimiento válidamente informado, con plena libertad de aceptar o rehusar, el plan de estudio, tratamiento médico en particular, y/o a la ayuda médica recomendada. Si el paciente es incapaz de participar en estas decisiones y en ausencia de su representante legal, el médico, en caso de que la decisión no pueda ser pospuesta, aplicará el mejor procedimiento terapéutico, basado en su conocimiento profesional, conciencia moral y consulta posible con otros colegas.

Los exámenes y tratamientos médicos de niños y adolescentes e incompetentes para participar en la toma de decisiones, deben ser aplicados por el médico con la autorización previa de los padres, tutores o familiares adultos cercanos, con excepciones solo en algunos casos de urgencia.

Debe aplicarse el procedimiento más adecuado sin considerar deseos o demandas ajenas (de legos o aún de médicos) que puedan incrementar riesgos para la vida del niño o del adolescente. Si se sospecha abuso o maltrato del niño, es deber del médico notificarlo a las autoridades competentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El médico debe proponer y realizar aquellos procedimientos que sean sólo realmente necesarios para un diagnóstico confiable y para el tratamiento correspondiente, de acuerdo con el Estado del Arte y avances de la ciencia médica.

En el tratamiento del enfermo el médico debe ser considerado en los costos, de acuerdo con las posibilidades del paciente y según las recomendaciones de las instancias establecidas (Consejos pertinentes) para la práctica médica y aceptación social.- Los exámenes de laboratorio y los estudios radiológicos o de imagenología, diagnósticos y tratamientos innecesarios, constituyen violaciones a la bioética a la capacidad clínica y hasta puede dar pie a interpretaciones de intereses negativos a la honradez médica. Por lo tanto, dichos costos no pueden ser permitidos, independientemente de quién esté cubriendo los gastos del cuidado del paciente. La adquisición de material y otros beneficios de su trabajo médico suponen participar en la justa asignación de recursos.

La conducta del médico ante la posición de las compañías de seguros que recomiendan disminución de los gastos, debe mantenerse por encima de las presiones y no permitir faltar a sus deberes médicos y bioéticos.

El médico debe informar al enfermo -y cuando sea necesario a los familiares próximos- del curso, revisión y de todas las implicaciones evolutivas del padecimiento así como de las posibilidades del tratamiento y variantes de sus resultados.- Respetará al paciente en el derecho a su autonomía para que participe con libertad y acepte o no los exámenes diagnósticos y el o los tratamientos propuestos. En el caso de pacientes menores de edad, o en aquellos pacientes que no sean mentalmente capaces de decidir por sí mismos, el médico está obligado a contactar a sus familiares o tutores y, cuando sea necesario, deberá compartir la responsabilidad consultando con otros médicos y a los Comités de Bioética hospitalarios.

Es deber moral del médico demostrar conocimientos, entendimiento y comprensión para mantener informados a los familiares del paciente con respecto a las condiciones de su enfermo, cooperando con ellos y procurando su solidaridad en beneficio del paciente.

El enfermo tiene el derecho de ser informado, conocer la verdad y tener acceso a la documentación médica pertinente que se refiera a la evolución de su enfermedad. Sin embargo, cuando el médico considere que la información afectaría negativamente el estado de salud del paciente, comentará prudentemente esta circunstancia con el familiar responsable del mismo.

El médico responsable de la atención de su enfermo, está obligado en casos de ausencia imprevistas, a asegurar el cuidado médico permanente de su paciente, presentando a sus suplentes responsables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si las condiciones para el tratamiento más apropiado del paciente exceden la capacidad, conocimiento o habilidad del médico, éste debe preparar al paciente para ser transferido al cuidado del médico apropiado, para proveer la atención. Si el paciente lo requiriera, el médico está obligado a transferirlo al cuidado y atención del médico solicitado por el paciente cuantas veces sea necesario.- Debe exponer sus razones para recomendar la necesidad de una segunda opinión.

Si el paciente está consciente de su condición y es capaz de tomar decisiones independientes y no desea ajustarse a los requerimientos del tratamiento y medidas preventivas de complicaciones en su enfermedad, el médico estaría (excepcionalmente) autorizado para rehusarse a continuar impartiendo sus cuidados a dicha persona, pero debe explicar su actitud y previamente arreglar lo necesario para que se refiera al paciente a otro médico o institución. Esto también se aplica en el caso de que el paciente se comporte conscientemente ofensivo y/o amenazante, excepto si la vida del paciente está en peligro y el médico deba sentirse obligado a ayudarlo en colaboración con sus familiares y amigos.

Toda información que el médico obtenga durante el cumplimiento de sus deberes es considerada dentro de la confidencialidad. Si el paciente lo deseara, el médico está obligado a mantener este secreto ante familiares y amigos, por cercanos que fueran del enfermo, aún después de su muerte, excepto si esto fuera en detrimento de la vida y salud de otros.

El médico tiene el derecho a la objeción de "conciencia", siempre que tal comportamiento no ponga en peligro la vida del paciente o sea susceptible de interpretarse como ajena a la beneficencia y responsabilidad ética de su profesión.

El médico no debe intervenir oficiosamente en los problemas personales o familiares del paciente, ni tampoco intentar interferir las decisiones familiares, a menos que fuera requerido explícitamente por el enfermo.

III. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y REGULACIÓN DE LA FERTILIZACIÓN HUMANA

Artículo 3°. Es normal que los seres humanos deseen reproducirse y dejar descendencia.

Es deber del médico aplicar métodos, naturales aceptados y actuales, de cuidado prenatal, peri y postnatal con el propósito de ayudar al nacimiento, crecimiento y desarrollo saludable del niño.

En la Planeación Familiar, el médico promoverá la educación y los métodos de planificación que estén de acuerdo con el conocimiento médico vigente y actitudes morales de la pareja. Está obligado a informar al hombre y a la mujer los efectos positivos y los daños probables de los procedimientos con aditamentos, aparatos/implantes y métodos anticonceptivos.

Cuando se trate la infertilidad marital, el médico debe estar consciente que la aplicación de métodos para la reproducción asistida, incluida la fertilización in vitro, necesita la comprensión de la esencia del propósito de tales métodos por parte de la pareja. Es deber del médico estar informado con respecto a la evaluación de los métodos de acuerdo a los conceptos actuales. El aprovechamiento de embriones excedentes de la fecundación in vitro son violatorios de los Derechos Humanos y contrarios a la BIOÉTICA.

IV. EL PACIENTE MORIBUNDO

Artículo 4°. De la atención de pacientes moribundos y/o enfermos terminales en previsión de respeto a la dignidad humana en el final de la vida hasta la muerte

La paliación del sufrimiento y del dolor es una de las tareas básicas del médico, como también es el consuelo al paciente y sus familiares. Esto es particularmente importante en el cuidado del paciente moribundo, cuando el médico, aparte de la medicación, debe esforzarse por ofrecer ayuda espiritual, respetando los deseos y creencias del paciente. Al mismo tiempo, el médico habrá de conscientizar a los familiares y amigos cercanos del paciente acerca de la situación y obtener su cooperación para acompañarlo y evitar la soledad e incomodidades del paciente.

La terminación deliberada de la vida de un ser humano (eutanasia indiscriminada con sugerencias para el descanso y abolición de sufrimientos, apresurando el inexorable tiempo de la muerte y/o suicidio asistido) es contraria a la ética médica, por el contrario el médico tiene el deber de preservar el derecho a vivir sin dolores con la aplicación de la terapéutica analgésica más eficaz y participando en la "agonía final", favoreciendo la compañía al enfermo y controlar el dolor, la soledad y la depresión.

Los deseos del paciente bien informado que solicita no ser reanimado en la complicación comatosa de una enfermedad incurable deben ser respetados y no prolongar artificialmente su vida.- En todo caso, el médico debe proteger los derechos del paciente y auxiliarlo sin excesos terapéuticos con lo mejor de sus conocimientos y creencias, cumpliendo con los cuatro principios de la BIOÉTICA multicitados en este documento: beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a la dignidad de la persona humana.

V. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Artículo 5°. De la disposición de órganos y tejidos del cuerpo humano para transplantes interpersonales

En el caso de Muerte Cerebral, confirmada de manera profesional, el médico puede —dentro del marco de regulaciones positivas— obtener órganos vivos, partes del cuerpo o de tejidos que pueden ser usados para el tratamiento de otros

pacientes. El médico debe informar a los miembros de la familia más cercanos acerca de su intención de transplantar partes del cuerpo, órganos o tejido del cuerpo perteneciente a un sujeto en estado de muerte cerebral.

El médico responsable, o quien deba ser requerido para participar en el procedimiento del trasplante, no debe haber participado en el diagnóstico de la Muerte Cerebral del donador debido al posible conflicto de intereses utilitarios.

Si el médico participa en el trasplante de tejido o de un órgano de un donador vivo, está obligado a informarle la naturaleza del procedimiento y los posibles riesgos y consecuencias indeseables.

VI. INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Artículo 6°. De los deberes de los médicos y personal de salud con investigaciones biomédicas y obligaciones de compañías farmacéuticas

El médico comprometido en la investigación preventiva, diagnóstica y terapéutica, debe presentar su plan de investigación al Comité de Evaluación pertinente, competente e independiente, en lo que se refiere a la justificación científica y su aceptación ética. Debe informar de manera minuciosa acerca de las personas incluidas en el trabajo de investigación respectivo, la experiencia de resultados anticipados, los posibles beneficios y daños y solo entonces solicitar el consentimiento válidamente informado a los participantes como sujetos de la investigación. Si por razones de salud esto no es posible, el consentimiento será solicitado a los representantes del sujeto de la investigación. La persona que acepta su participación en una investigación, deberá ser informado de sus derechos y la posibilidad de interrumpir su colaboración en cualquier momento. En algunas excepcionales investigaciones al participante por azar se le puede administrar un placebo, solamente si, de acuerdo al conocimiento actual, no haya medicamento útil diferente al fármaco por investigar y que el sujeto pueda beneficiarse con éste de efectos contraproducentes excluidos.

La investigación de productos nuevos por compañías farmacéuticas transnacionales, debe ser realizada en países con gobiernos estables y solventes, en los que posteriormente las personas necesitadas puedan pagar su costo y beneficiarse del producto positivo de la investigación.

La investigación con nuevos procedimientos diagnósticos, métodos terapéuticos o de prevención, debe ser autorizada por un Comité independiente y competente dentro del marco normativo internacionalmente aceptado para la realización de un protocolo clínico.- La adopción, aplicación y promoción de métodos no confirmados científicamente, así como suscitar falsas esperanzas en el paciente y familiares cercanos, es una violación de la Bioética.

Los resultados obtenidos deben ser reportados por el médico-investigador, de acuerdo con los principios y "cortes" científicos en el proceso de la investigación, de los que deben estar informados los comités de Bioética. En reuniones profesionales solamente se difundirá después de que la opinión de expertos las haya aprobado y se formule la autorización para que puedan darse a conocer al público en general.

Para incluir en investigaciones o experimentaciones a personas privadas de su libertad, se les deberá proporcionar a cada una de éstas información veraz sobre los objetivos, métodos, beneficios y riesgos que puede implicar la investigación. - Bajo ninguna circunstancia se realizarán estudios o investigaciones en personas privadas de su libertad, sin su consentimiento expreso por escrito-.

No debe permitirse ofrecer a personas privadas de su libertad, realizar experimentos o investigaciones en ellas, a cambio de la disminución o cancelación de la sentencia y pena establecida, a pesar de la aceptación de los reclusos.

VII. RESPECTO A LAS PERSONAS CON LIBERTAD RESTRINGIDA

Artículo 7°. De la atención y trato a personas confinadas o restringidas de su libertad en instituciones cerradas

El médico y el personal paramédico que trabajan en instituciones cerradas deben resguardar personalmente los derechos del paciente, desde el punto de vista físico y mental, y proteger su dignidad personal.

El tratamiento y la alimentación forzados están permitidos solo en casos donde el paciente no es conscientemente capaz de decidir por el mismo. Si un adulto mentalmente saludable se rehúsa a alimentarse, deberá ser respetado por el médico.

El médico nunca debe participar en violación alguna a los derechos humanos, más aún en enfermos mentales y personas privadas de su libertad.

VIII. RELACIONES INTERPERSONALES CON RESPECTO A OTROS MÉDICOS, PERSONAL DE SALUD Y PROFESIONISTAS AFINES

Artículo 8°. De las relaciones del médico con el personal de salud y con otros profesionistas afines

El médico debe comportarse con otros médicos como le gustaría y espera que se comporten con él.

Debe mostrar respeto y gratitud a sus maestros por el conocimiento, destrezas y capacitación recibidas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En caso de que otro médico requiriera de su opinión y ayuda, debe ofrecerla sin vacilar, en base a su mejor conocimiento y solidaridad profesional.

En el caso de que el médico observe una actitud irresponsable de un colega, en relación con su conducta ética, moral o médica, no debe discutirse ante el paciente, sus familiares o con otros colegas, sino con la autoridad respectiva: Consejos de especialidades, Comités Hospitalarios de Bioética o con la misma COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA y/o la ACADEMIA NACIONAL MEXICANA DE BIOÉTICA.

El médico está obligado a señalar los errores cometidos por sus colaboradores o por otros empleados, siempre que no viole la dignidad humana y nunca frente al paciente o de sus familiares y amigos.

El médico puede brindar atención al paciente de otro médico, solamente mediante la petición expresa de éste y del paciente.

El médico debe conservar su reputación profesional e independencia sin permitir que su nombre sea usado en conexión comercial con negocios afines o no a su profesión, para así obtener beneficios personales. Debe evitar la propaganda, difusión y diligencias que exageren sus méritos y vanaglorias de reputación mediatizada por promociones personales.

El médico no debe participar en sociedades de individuos o instituciones, que abusen de la confianza del público, con la promoción de substancias curativas y métodos oficiosamente diseñados para tratamientos supuestamente exitosos.

Debe considerar esta guía (Código) de la COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA como directriz de su conducta profesional, encargada de avalar, promover y preservar su reputación en el ámbito profesional y del público en general.

IX. CONSIDERACIONES FINALES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Artículo 9°. De la observancia y cumplimiento del Código de Bioética como guía de conducta profesional médica y del personal de los servicios de salud

Es obligación de todos los médicos honrar las reflexiones, recomendadas en este CÓDIGO (GUÍA) con su apoyo a la bio-ética y conducta demostrativa de su vocación y la rectitud de sus convicciones.

Las violaciones a esta GUÍA Ética de Conducta podrán ser sancionadas, de acuerdo con la Ley General de Salud y otras disposiciones legales y determinadas por el Libro de Regulaciones acerca de las Responsabilidades del médico de la COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA.

Las denuncias de violaciones éticas que sean reportadas a la COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA deberán ser materia de juicio para informar a la SECRETARÍA DE SALUD a través de su Departamento Jurídico.

Los Miembros y personal auxiliar o de asesoría de la COMISION deben rehusar cualquier trabajo profesional que esté en conflicto con las reflexiones prescritas en esta Guía de la COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA que a su vez recibirá comentarios constructivos para enmendar, corregir y ampliar las regulaciones respectivas.

Es deber del médico favorecer la Paz y la Justicia Social, prevenir la guerra y oponerse al nuclearismo bélico y a las armas de destrucción masiva. Informándose y estar preparado para combatir los daños de armas microbiológicas y químicas.

En caso de un acto ilegal y/o violatorio de la bioética cometido por un médico llevado a la CONAMED o a juicio de una corte regular, el Comité de Ética y/o Deontología Institucional (Hospitalaria) podrá evaluar la posibilidad de intervención por la COMISION NACIONAL DE BIOETICA para el análisis de las sanciones correspondientes.

Este CÓDIGO (GUÍA) entrará en vigor a partir de la fecha de su aprobación por la SECRETARÍA DE SALUD y su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO V

Oficios de Autorización



Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado

I. S. S. S. T. E.
CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE"
COMISION DE INVESTIGACION



ASUNTO: DICTAMEN DE LA
COMISION DE INVESTIGACION
TERCERA REVISION

México D.F. a 3de julio 2001.

DR. RENE BEAUROYRE HIJAR
COORDINADOR DE INVESTIGACION
PRESENTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Informo a usted que después de haber sido analizado, por dos miembros de la Comisión de Investigación, y por tercera ocasión el proyecto:

"LOS FACTORES SOCIOECONOMICOS DEL MEDICO Y SU RELACION CON LA SATISFACCION DEL DERECHO HABIENTE EN UNA ISNTITUCION DE SALUD"

Investigador principal: Lic. Gabino García Tapia
Recibido: 3 de julio del 2001.

De acuerdo a esta evaluación concluyeron que, el proyecto es aprobado en términos de Calidad Técnica y Mérito Científico.

Se envía esta información para los trámites correspondientes.

Sin más por el momento reciba usted un afectuoso saludo.

ATENTAMENTE




DR. MANUEL A. LOPEZ HERNANDEZ
PRESIDENTE


DRA. SILVIA GARCIA
SECRETARIO

SG/MLH



CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
 SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
 COORDINACION DE INVESTIGACION



Oficio: No. CI/125/2001

Asunto: Aceptación de Protocolo.

México, D. F., a 6 de agosto del 2001

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

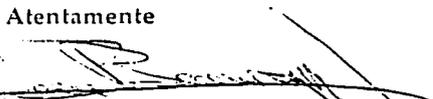
Lic. Gabino García Tapia
 Investigador Principal
 Presente.

Por este conducto nos permitimos informar a usted, que su Proyecto de Investigación titulado: "Los factores Socioeconomicos del médico y su relación con la satisfacción del Derecho Habiente en una Institución de Salud", ha quedado aprobado y registrado con el número: 014/01. En el proceso de revisión los integrantes de las Comisiones de Investigación y Etica, determinaron aprobar su realización. A partir de este momento será responsabilidad del investigador principal, realizar a satisfacción los objetivos del presente proyecto. Así mismo le informamos que a partir del año en curso nuestras autoridades a través de las Comisiones vigentes han determinado que en cumplimiento de lo estipulado en la Ley General de Salud, reglamento en materia de investigación, las buenas prácticas clínicas tanto de la Secretaria de Salud, como del Instituto, deberá cumplir ante esta Coordinación con: informes trimestrales, anexar listado de pacientes del protocolo con número de expedientes, por el tiempo que dure su investigación, de no acatarse estos lineamientos, además de la suspensión de la investigación esta Coordinación no será responsable de la incidencias civiles o penales a que se haga acreedor.

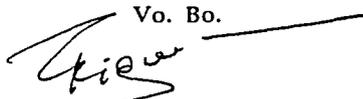
La Comisión de Investigación ha apoyado estas medidas desde 1992, recomendando que en el caso de proyectos propuestos por Laboratorios Farmacéuticos es indispensable y obligatorio, incluir un presupuesto donde describirá el costo total y por pacientes en cada uno de los informes presentados a esta Coordinación.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente


 Dr. René Beauroyre Hajar
 Coordinador de Investigación

Vo. Bo.


 Dr. Siegfried A. Figueroa Barkow
 Subdirector de Enseñanza e Investigación


 ACEPTACIÓN INVESTIGADOR

Fecha: 10/II/2001

c.c.p.- Minuta, Subdirección de Enseñanza e Investigación
 Minuta Coordinación de Investigación



**Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración**

Oficio: PPCA/EG/2003

Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría.

Coordinación

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Director General de Administración Escolar
de esta Universidad
Presente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

At'n.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde
Jefe de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que el alumno **Gabino García Tapia**, presentará Examen de Grado dentro del Plan de Maestría en Administración (Sistemas de Salud)), toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Comité Académico del Programa de Posgrado, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

M.A. Ricardo Alfredo Varela Juárez
E. en N. Jorge Ruíz de Esparza García
M.A.S.S. Carlos Real Venegas
M.A. Ma. Magdalena Chain Palavicini
M.A. Octavio Muñoz Jiménez

Presidente
Vocal
Secretario
Suplente
Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
"Por mi raza hablará el espíritu"
Ciudad Universitaria, D.F., 16 de junio del 2003.
El Coordinador del Programa

M.A. Ricardo Alfredo Varela Juárez

