



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de estudios de postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

MODELOS DE RELACIÓN MEDICO
PACIENTE Y SATISFACCION DE LA
ATENCIÓN MEDICA EN LA UMF No.20

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:
ELIZABETH MOJICA LEMUS

Tutora:
DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Generación 2005-2008

MÉXICO D. F.

2007



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.

TUTORA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Especialista En Medicina Familiar

**Profesora. Adjunta del Curso de Especialización de Medicina Familiar
UMF 20.**

Vo. Bo.

DRA VICTORIA PINEDA AQUINO

Especialista en Medicina Familiar

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud.

Vo. Bo.

DRA MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

Especialista en Medicina Familiar

**Profesora Titular del Curso Especialización de Medicina Familiar
de la UMF 20**

A mi esposo: Ricardo

Por todos estos años de amor, la paciencia y comprensión durante los tiempos difíciles, por acompañarme en todo momento. Por ser la fuerza que me ayudo a llegar a este punto.

A mis hijos: Alitzel y Ricardo

Por haber sido la luz que guió mi camino en la penumbra, por regalarme tantos bellos momentos durante su corta vida. Por ser uno de los más grandes amores de mi vida y por ser los grandiosos hijos que son.

A mis Padres: Oralia y Gabriel

Por haberme dado el regalo de la vida y en especial a mi madre por ser el ejemplo de una mujer perseverante, gracias por el gran apoyo que eres y perdón por los grandes errores.

A mis hermanos: Patricia, Jorge, José, Gabriel y Susana

Por sus consejos, sus regaños, su apoyo y más por confiar en mi en cada fase de mi vida.

A mis compañeros: Diana, Arturo, Jeny, Janet, Juan y Gil

Por convertirse, por ser las grandes personas que son y por la oportunidad que me dieron de conocerlos. A Diana por ser mi amiga y por estar en los buenos y malos momentos a mi lado. A Arturo y Jeny por permitirme compartir con ellos muchos momentos.

A las Doctoras: Santa, Carmen y Victoria

Por guiar, no solo a mí persona sino a los aglutinados de mi generación. Por su participación en mi formación como Médico Familiar.

A Rosi y Lolita:

Por apoyarnos en todo lo que estuvo a su alcance.

POR SOBRE TODO, A DIOS:

Porque me regaló una familia maravillosa, la dicha de ser madre, la suerte de tener un gran hombre a mi lado y por darme la fuerza de seguir adelante, guardando mi salud a cada paso.

MODELOS DE RELACIÓN MEDICO
PACIENTE Y SATISFACCION DE LA
ATENCIÓN MEDICA EN LA UMF
No.20

RESUMEN ESTRUCTURADO.....	8
I.- ANTECEDENTES.....	9
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
III.- OBJETIVOS	16
IV.- JUSTIFICACIÓN.....	17
V.- HIPÓTESIS.....	19
VI.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
VII.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.....	24
VIII.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	26
IX.- RESULTADOS.....	27
X.- DISCUSIÓN.....	56
XI.- CONCLUSIONES.....	59
XII.- REFERENCIAS.....	61
XIII.- ANEXOS.....	63

MODELOS DE RELACIÓN MEDICO PACIENTE Y SATISFACCION DE LA ATENCION MEDICA EN LA UMF No.20

Mojica L. Elizabeth ¹, Vega M. Santa². UMF No 20 Delegación Norte D.F. IMSS

⁽¹⁾ Médico Residente de Medicina Familiar, ⁽²⁾ Profa. Adjunta del Curso de
Especialización de Medicina Familiar UMF 20.

Introducción: Relación médico-paciente es una interacción humana más que una actuación técnica, si es adecuada crea en el enfermo un estado de conciencia que incluye bienestar, confianza y seguridad en su curación.

Objetivo: Determinar los modelos de relación médico-paciente y la calidad de la atención en la Unidad de Medicina Familiar

Material y métodos: Es un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, realizado en la UMF # 20 del IMSS. Incluyó 102 pacientes 20-60 años que acudieron a consulta en enero-mayo 2007 y 20 médicos. La intervención fue con un cuestionario dirigido a explorar los modelos de relación MP, factores sociodemográficos y ambientales relacionados con la calidad en la atención percibida por los usuarios.

Resultados: encontramos 55% de insatisfacción, se identificaron dificultades en la comunicación, respeto a la autonomía, respeto de los valores y perspectiva del paciente, consideración de aspectos psicocociales, el modelo de relación más frecuente es el paternalista, también influyeron la satisfacción en el tiempo de espera y duración de la consulta.

Conclusiones: la satisfacción con la atención es una percepción subjetiva que el paciente construye a partir de la suma de las satisfacciones parciales con cada uno de los componentes

Palabras clave: modelo relación medico-paciente, primer nivel

A pesar que día tras día se logran grandes resultados terapéuticos en pacientes, es asombroso que tanto en los enfermos como en los médicos haya aumentado la insatisfacción. Los extraordinarios logros de la medicina científica obtenidos en el último siglo, como la duplicación de la expectativa de la vida, erradicación o control de la enfermedades infecciosas y algunos tipos de cirugía que resultan sorprendentes y casi mágicos, deberían haber contribuido a eliminar inquietudes y dudas acerca de su eficacia (1,2).

En la construcción de la medicina como ciencia se han involucrado aspectos tanto humanos, éticos, como científicos, por tal motivo al tratar de acceder a su estudio y análisis se deben considerar aquellos lugares y actores que han posibilitado el desarrollo de la ciencia médica, ya que la construcción de conceptos que le dan sentido a la misma se han transformado a través del tiempo, variando dicha concepción según la época y tipo de sociedad (2). En la actualidad la medicina científica ha desarrollado el conocimiento de la enfermedad pero ha descuidado el desarrollo de una relación médico-paciente que valore y comprenda al enfermo como persona en su singularidad con su sistema de creencias (1).

Cabe mencionar que la medicina y su práctica han experimentado con el tiempo cambios muy importantes, actualmente observamos situaciones que hace tiempo no eran frecuentes; la relación médico paciente era de franca confianza, credibilidad y hasta cierta falibilidad, dicha relación se ha visto influenciada por una gran cantidad de factores (3).

Con la expresión "relación médico-paciente" se define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos (4). El acto médico debe verse desde dos puntos de vista, el primero se refiere al componente científico-técnico-ético (lex artis), el segundo a la relación interpersonal (el tema que nos atañe), que necesariamente existe entre el que brinda la atención y el que la recibe. Todo esto en un contexto de beneficencia y no maleficencia, justicia, autonomía o permiso que necesariamente el paciente otorga invariablemente a su médico. Todo esto da una dimensión muy amplia a práctica médica "Ciencia y arte". Los problemas ocultos de la relación médico-paciente son el origen de las características conflictivas del vínculo entre ambas partes, consecuencia de ello en más del 90% de cualquier queja o demanda, en contra del médico, existe una mala relación entre el profesional y su paciente, dando lugar a que un resultado clínico no deseado sea interpretado por el paciente o sus familiares como desinterés, falla, error o incapacidad del médico, y cualquier otra peculiaridad negativa se torna en una denuncia presuponiendo mala práctica (3).

En el VII Simposio Internacional CONAMED (2002) se informó que se atendieron 697,000 pacientes tan solo en el sector público, en el año previo, registrándose 34 demandas diarias formales (del IMSS, ISSSTE y SSA), de los cuales solo 9 casos diarios se identificaron como mala práctica. De acuerdo con estos datos, en el 62% de los casos no hay mala práctica y en 38% hay

actos de negligencia o impericia; es importante resaltar que en el origen de la demanda jugó un papel muy importante la mala comunicación en la relación médico-paciente (5).

Con la información previa quiero denotar que, si bien no existe una estadística exacta de la mala relación médico-paciente en México, podemos inferir que ello se ve reflejado, generalmente, en la insatisfacción del usuario de los servicios de salud, constituyendo así un motivo importante para establecer una queja, denuncia o demanda en contra del médico.

Por otra parte, el médico de atención primaria y su trabajo diario lo obligan a enfrentar a múltiples situaciones y personas que pueden ser difíciles de manejar, ante tal desafío se debe tomar en cuenta que la relación médico-paciente más que una actuación meramente técnica es una verdadera interacción humana, lo cual implica un alto contenido emocional en ambos participantes; aunque la relación profesional-paciente lleva implícito un reparto de roles, no se puede evitar que el componente subjetivo aflore. Este componente subjetivo del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, es lo que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas (contrarias a toda objetividad científica que deberíamos tener) (6).

Toda relación médico-paciente tiene sus componentes problemáticos, según el VII Simposio Internacional CONAMED entre las causas que generan una mala relación y deficiente comunicación es la falta de tiempo (1er lugar), cambios frecuentes de médicos para atender un caso (suplencias en consultorios), abuso del servicio de urgencias (7). Aunado a lo anterior sabemos que en la Medicina General y de Familia el profesional puede enfrentarse los llamados "pacientes difíciles". En la literatura española refieren que aproximadamente 1-3% de los usuarios que se atienden en consulta diariamente son catalogados como pacientes difíciles por diversos profesionales de la salud. Es importante mencionar que existen dos condiciones que influyen al catalogar al paciente como difícil: los derivados de las características del propio paciente, y los derivados de las características de los sentimientos y emociones que dicho paciente genera en el profesional (6).

En la literatura internacional se ve reflejado, que no todos los pacientes difíciles lo son igual para todos los profesionales de la salud, convirtiendo este término en algo relativo, prefiriendo hablar más bien de "Relaciones médico-paciente difíciles". De hecho, poner al paciente la etiqueta de "difícil", endosarle epítetos más o menos afortunados, podría quizás no ser más que una estrategia inconsciente del profesional para contener su propia incapacidad de manejar situaciones que estos pacientes plantean, por tanto dicho término es relativo (6). La gran variabilidad respecto al número de pacientes etiquetados como difíciles parece obedecer no solo a características del grupo de usuarios, sino que juega un papel muy importante ciertos aspectos del profesional (personalidad, sus expectativas, su necesidad, etc.) que influirían en la forma de percibir y etiquetar a un paciente como problemático.

De la relación médico-paciente depende que el paciente tenga una correcta concepción de enfermedad, un apego al tratamiento farmacológico y por ende lo lleve con éxito (8). Una relación médico-paciente adecuada tiende a crear en el enfermo un estado de conciencia particular que incluye bienestar confianza y seguridad en su curación, en cual influye en diversos grados sobre el curso de la enfermedad y los mecanismos curativos. Es decir, en algunos estados de conciencia en que las actividades cerebrales son capaces de modificar las funciones de los órganos y sistemas periféricos que en algunos casos resultan paliativos o, incluso, curativos (9).

La importancia de la interacción se relaciona, entonces, directamente con la mejoría del padecimiento y es por ello que no debe pasarse por alto los conflictos que en ella se desarrollen, pues debemos recordar que el enfermo busca al médico en busca de alivio y es deber del médico ayudar en todo lo humanamente posible por satisfacer su necesidad de homeostasis entre la salud-enfermedad (9).

Por otra parte es indudable que la comunicación juega un papel importante dentro de la entrevista clínica y cabe mencionar que históricamente muchos modelos han sido descritos para describir el tipo de comunicación en la relación medico-paciente, a través de ellos se intenta identificar el papel de cada uno de los integrantes, con las descripciones de la actividad médica como proveedor y como los valores del paciente se incorporan en la toma de decisiones terapéuticas, en seguida señalo los cinco modelos generales que han descrito varios autores (10,11):

MODELO	ACTIVIDAD DEL MEDICO	DECISION REALIZAD A POR	VALORES DE LOS PACIENTES	
Participativo	Discute y desarrolla valores con el paciente, recomienda tratamiento respetando los valores y coadyuva al paciente en la selección adecuada de éste	Paciente	Desarrolla e identifica a través de una discusión en colaboración con su médico las mejores alternativas para él	Presencia de valores de los pacientes
Informativo	Se brinda información y opciones, pero la decisión es del paciente	Paciente	Determinada por el paciente	
Interpretativo	Se da información opciones y consecuencias, se le ayuda a identificar los valores y se recomienda el tratamiento en relación con éstos	Paciente	Posible desconocimiento del paciente, requiere clarificación e identificación	Se observan regularmente los valores del paciente

Paternalista	Selecciona una intervención que el médico determina como la mejor para el paciente y su bienestar	Médico	Determinado por el médico. El paciente solo tiene que cumplirlo	No se observan o atienden los valores del paciente
Instrumental	Se selecciona un tratamiento que permita cumplir el objetivo del médico	Médico	No hay intervención en la decisión	

Como ya se ha venido comentado y al analizar propiamente los factores que dificultan la relación médico pacientes, encontramos como primer lugar la comunicación, ésta conlleva la interacción entre receptor (paciente), emisor (profesional) y el entorno como marco donde se lleva a cabo los encuentros y lo que influye notablemente en el desarrollo de la misma. Tomando como referencia este esquema, podríamos identificar factores de cada ámbito, que pueden influir en la percepción de una relación (6).

Factores derivados del paciente

1. Patología que presenta

Cuando una persona siente que pierde la salud, se inicia un proceso que lo ubica como enfermo y después como paciente, es aquí donde se inicia la relación; el médico debe aprender a identificar cuales son los factores que influyen a que la persona decida buscar ayuda profesional, para recuperar y/o mantener la salud. Puede tratarse de una enfermedad complicada por su gravedad o por problemas añadidos: SIDA, cáncer, afección emocional, pérdida de la autonomía, problema psiquiátrico (6).

2. Personalidad del paciente

Habitualmente no modificable, por lo que debemos aceptarla, puede haber alteraciones psiquiátricas transitorias o permanentes, características físicas (higiene, vestido), barreras socioculturales que pueden dificultar la comunicación, opiniones contrapuestas con las del médico (6).

3. Circunstancias en las que se desenvuelve el paciente

Situación socioeconómica (imposibilidad de cumplir con la terapéutica), nivel cultural y profesional elevado, entorno íntimo (social o familiar) problemático, experiencias previas negativas con el sistema sanitario (6).

Factores Relacionados con el profesional

1. Personalidad y profesional

Alteraciones de la propia salud, problemas familiares; múltiples actividades que llevan a manifestar prisa; temperamento o carácter difícil; actitudes profesionales disfuncionales; barreras comunicacionales o socioculturales (6).

2. Circunstancias en las que se desenvuelve

Estrés e insatisfacción laboral, experiencias negativas en la relación con pacientes; discontinuidad de la atención; dificultad en el abordaje de contenido psicosociales, falta de actitud positiva hacia salud mental (6).

Factores Relacionados con el entorno

1. Características físicas y organizativas del centro

Áreas de recepción y circuitos inapropiados, no centrados en el usuario; tiempos excesivos de espera; interrupciones frecuentes en la consulta; fallos reiterados en cuestiones burocráticas, problemas en la sociodemografía de la comunidad atendida (6).

La relación médico paciente es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. La satisfacción de los pacientes en el cuidado del médico y la atención en salud está directamente Relacionada con el cumplimiento de la terapia prescrita y la continuidad de las citas de seguimiento, lo que redundará en la obtención del bienestar deseado del paciente. Medir la satisfacción de la atención puede permitir corregir lo defectuoso en ella, lo que redundará en mayor bienestar para el paciente y calidad de la atención (12).

Diferentes estudios muestran que, aproximadamente 20% de la consulta de un servicio de medicina familiar se debe a causas de presentación indirecta y que aproximadamente 7 de cada 10 pacientes, problemas psicosociales como causa de la consulta lo que constituye un terreno abonado para desarrollar Relaciones médico-paciente o médico-familia conflictivas. Para incrementar las probabilidades de éxito de solucionar o adaptarse a su problema –los pacientes- necesitan ser tratados con un modelo de atención integral. Satir describe 8 niveles de salud en las personas, cada uno de ellos con sus necesidades específicas de atención, las cuales deben ser cubiertas. En la actualidad, no existe profesional que los cumpla completamente, sin embargo, el médico familiar es el que más se acerca a esa posibilidad ya que su perfil formativo le permite ampliar el modelo de atención médica agregando a los niveles biológico, psicológico y social el nivel de atención familiar; es por eso que no deben pasar por alto los conflictos que se desarrollan en la relación con su paciente (13).

Por otra parte la satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones es considerada por diferentes teóricos e investigadores en ciencias sociales como un factor determinante de la calidad de la atención, esta aportación se aplica en los modelos de evaluación de los servicios de salud. Maslow afirma que la satisfacción de las necesidades da como resultado una actitud positiva de los trabajadores, por lo tanto se establece que éste es uno de los factores prevalentes Relacionados con su motivación. Herzberg señala que existen factores de motivación intrínsecos del trabajo, vinculados directamente con la satisfacción laboral, tales como el trabajo mismo, los logros, el reconocimiento recibido por el desempeño, la responsabilidad y los ascensos. Los factores extrínsecos del trabajo, que no pueden ser controlados o modificados directamente por el trabajador, están Relacionados con la higiene, las políticas de

organización, la supervisión, la disponibilidad de recursos, el salario y la seguridad (14).

Es importante comentar que en la sociedad existe una imagen muy concreta de la calidad de los servicios ofrecidos por la sanidad pública, asociada a la burocracia y a las colas de espera, relegando a un segundo plano el papel tan importante que este sector desempeña en la sociedad. Por tanto, si bien es cierto que el servicio que «vende» el sector sanitario público (la salud) es una necesidad de primer orden para cualquier persona, los ciudadanos están anteponiendo aspectos Relacionados con la gestión a la hora de valorar el sector en su conjunto. Por ello, es fundamental la gestión de la sanidad y más concretamente la parte que el cliente de un servicio público sanitario percibe, no sólo para cambiar la imagen que la sociedad tiene, sino también para mejorar la gestión (15).

La salud no es un artículo de consumo de la cadena de producción cuya eficiencia puede ser medida en unidades discretas de "asistencia" costeada por unidad de tiempo. Un cuidado integral de la salud requiere una relación estable entre el paciente y su médico. Los pacientes necesitan cuidado conciente, continuado, a largo plazo, en el que son compañeros de sus médicos en la comprensión de cómo los cambios en estilo de vida son esenciales, de cómo dirigir su propia salud, y de por qué y cómo actuar cuando se detectan alteraciones en la misma. El médico debe tomarse tiempo para enterarse de los objetivos del paciente; el paciente debe aprender sobre la fisiopatología de su enfermedad, las opciones terapéuticas y los resultados esperables con cada una. A no ser que una relación entre médico y paciente se base en un mutuo respeto, con acuerdo sobre los objetivos comunes e intercambio de información, no hay perspectivas de que se pueda controlar la enfermedad (16).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los aspectos mas interesantes de la modernidad, en cuanto a salud se refiere, es que a pesar del gran avance tecnológico y científico logrado hasta el momento que ha generado grandes mejoras en prevención y tratamiento, existe un aumento importante en la insatisfacción tanto del paciente como del médico; dentro las causas mas relevantes de dicha insatisfacción, es que se origina en una relación medico-paciente problemática, motivo por el cual se realiza la siguiente pregunta:

¿Cuáles modelos de relación medico paciente y satisfacción en la atención médica en la U.M.F. No. 20?

Objetivo general

Determinar cuáles son los modelos de relación médico-paciente y satisfacción en la atención médica en la Unidad de Medicina Familiar

Objetivos específicos

1. Del paciente

- Identificar el perfil sociodemográfico del paciente
- Identificar Las características de la solicitud de la asistencia médica (1ª vez y subsecuente)
- Identificar el motivo de solicitud de atención (enfermedad, chequeo, control prenatal)
- Identificar la presencia de solicitud de atención
- Identificar la percepción ambiental (tiempo de espera y satisfacción con el mismo; accesibilidad, duración de la consulta y satisfacción con la misma, interrupciones en la consulta y persona que interrumpió).
- Percepción de la actitud del médico (habilidades en la comunicación, respeto a la autonomía y a la perspectiva de sus valores así como consideración de aspectos psicosociales)
- Percepción del modelo de comunicación en la relación medico-paciente que utiliza su médico tratante

2. Del médico

- Identificar el perfil sociodemográfico
- Características del profesionales (turno, escolaridad, número de consultas)
- Auto percepción del estado de salud
- Percepción de la satisfacción del ambiente laboral

IV. JUSTIFICACION

El siglo recién terminado se caracterizó por transformaciones en varios sentidos: económico, social, político y la delimitación de naciones, entre muchos otros. Desde luego, la medicina no fue ajena a este proceso, el materialismo desmedido que se ha vivido en las últimas décadas ha repercutido en uno de sus puntos más sensibles: la *relación médico-paciente* (14).

El Instituto Mexicano del Seguro Social, cabeza de la seguridad social en México, en últimos años se ha vuelto inmersa en una devaluación de su labor, múltiples críticas negativas respecto a la atención médica que se brinda generan desconfianza en un gran porcentaje de los usuarios del sistema.

Por otra parte, el trabajo diario de los profesionales de la salud obliga a interrelacionarse con todo tipo de personas, muchas de ellas predispuestas por la información negativista que los medios de comunicación transmiten o bien de los demás usuarios que han tenido malas experiencias. Existen múltiples factores que intervienen en la forma en que se desarrollan estas interacciones médico-paciente y es frecuente que cuando existen problemas para realizar una buena relación, el profesional de la salud etiquete al paciente como "difícil o problemático" sin analizar los factores que interfieren en dicha relación (6).

El resultado de una relación médico-paciente problemática se ve reflejado en la insatisfacción no solo del paciente sino del profesional de la salud que lo atiende; lo cual, puede originar a su vez múltiples demandas o denuncias, demeritando así el trabajo, inicialmente del médico prestador de servicios y posteriormente, de acuerdo a la frecuencia en que estas situaciones se repiten con otros pacientes, el de la institución que representa.

Cabe mencionar que frente al modelo biologicista ha nacido un nuevo modelo sociobiológico como resultado de las revoluciones sociales, las

consecuencias de estas para las poblaciones humanas, la necesidad de atender a inmensas poblaciones humanas afectadas, los descubrimientos en las esferas de las ciencias sociales, la centralización en el hombre como ser humano integral hizo emerger un nuevo paradigma aplicado a la medicina que concibe al hombre en su integridad y en el centro de las Relaciones sociales y el medio en el cual se desenvuelve. El concepto de salud se define según el desarrollo de las ciencias biomédicas y la filosofía dominante en cada época, así en la segunda mitad del siglo XIX la salud como valor social adquiere un significado más holístico y nos remite a orientarnos no solo en la biología humana, sino en la armonía de ese hombre o mujer con su medio, con sus semejantes y consigo mismo. La práctica médica en México aun se encuentra en el periodo transicional entre ambos modelos predominando aun el biologicista en que las interrelaciones de los pacientes con su medio (incluyendo al médico) aun no tienen la relevancia que debería y posiblemente al mejorar la visión panorámica del médico para con su paciente mejoraría la relación, es entonces cuando se podrá alcanzar mayor satisfacción de ambas partes.

Todas condiciones antes comentadas son algunos de los motivos que me llevaron a realizar el presente estudio de investigación y uno de los más importantes es transmitir a otros profesionales de la salud esta preocupación por retomar la visión holística del hombre.

Los trabajos de investigación descriptivos no requieren hipótesis descriptiva, por lo que se realiza hipótesis de trabajo, la cual es la siguiente:

El modelo de relación medico-paciente que más satisfacción produce en los usuarios, las habilidades en comunicación del médico con su paciente es uno de los factores que más interfiere con la percepción de la calidad en atención médica.

VI. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

1. Características del lugar

El presente estudio de investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo", perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Calzada Vallejo # 675, colonia Magdalena de las Salinas, delegación Gustavo A. Madero, en México, Distrito Federal. Dicha unidad es un centro de primer nivel de atención, cuenta con 31 consultorios encargados de brindar atención de consulta externa general, también presta servicios de odontología, enfermería materno infantil planificación familiar, medicina del trabajo, curaciones, medicina preventiva; cuenta con servicios de laboratorio, radiodiagnóstico y ultrasonografía.

2. Diseño del estudio

a) Tipo de estudio

- Por el control de la maniobra experimental es un estudio observacional
- Por la captación de la información es prolectivo
- Por la medición del fenómeno en el tiempo es transversal
- Por la dirección y el análisis es transversal o encuesta.
- Por la ceguedad de la investigación es abierto
- Descriptivo

b) Grupos de estudio

- Características del grupo de estudio
Médicos y derechohabientes de la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo", de la cual se tomará una muestra por conveniencia.
- Criterios de inclusión
Pacientes de 20 a 60 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo" quienes acudan a consulta en las

fechas en que se recoja la información, Médicos familiares o generales de cualquier categoría laboral, edad y sexo.

- Criterios de exclusión:
Pacientes que tengan deterioro de sus funciones mentales superiores de cualquier etiología, deficiencia de alguno de sus sentidos, pacientes con cualquier parentesco con el profesional de la salud. Las cuales pueden afectar la comunicación con su médico.
- Criterios de eliminación:
Derechohabientes y médicos adscritos que no quieran participar o no concluyan la encuesta.

c) Tamaño de la muestra

Se utilizó muestreo probabilístico por conveniencia.

d) Definición y operacionalización de variables

I) Del médico

Variable		Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Perfil sociodemográfico	Sexo	Características biológicas que identifican a los individuos en hombres y mujeres	1. Femenino 2. Masculino	Cualitativa nominal
	Edad	Años transcurridos entre la fecha de nacimiento y la fecha de aplicación de la encuesta	Número de años	Cuantitativa continua de razón inicialmente. Posteriormente se convertirá en intervalo.
	Religión	Culto que se tributa a la divinidad, creencia, devoción, adoración a una determinada deidad.	1. Católica 2. Evangelista 3. Testigo de Jehová 4. Mormón 5. Otra	Cualitativa nominal
Características profesionales	Turno en el que labora	Horario en el que realiza sus actividades laborales dentro de la UMF	1. Matutino 2. Vespertino	Cualitativa nominal
	Preparación profesional	Instrucción académica que ha recibido el médico	1. Médico general 2. Especialista en medicina familiar 3. Otro especialista	Cualitativa ordinal
	Número de consultas por día	Cantidad aproximada de consultas que otorga por día de trabajo	Se anotará el número que considere el médico y se realizará el cálculo de número de consultas por hora.	Cualitativa de intervalo

	Realiza otra actividad laboral	Desempeño de actividad laboral en otra institución pública o privada	1. Si a) Lunes a viernes b) Fin de semana c) Horario 2. No	Cualitativa nominal
Percepción del estado de salud		Presencia o ausencia de enfermedad	1. Si 2. No	Cualitativa nominal
Percepción del modelo de Comunicación		Apreciación que el médico tiene del tipo de comunicación que utiliza con sus pacientes	1. Participativo 2. Informativo 3. Interpretativo 4. Instrumental	Cualitativa nominal
Satisfacción del prestador de servicios en su ambiente de trabajo		Función de logro de las expectativas, Relacionadas con la calidad del ambiente laboral.	Se aplicará una encuesta diseñada por Aguirre Gas modificada (extrayendo solo lo Relacionado con el ambiente)	Cualitativa nominal

II) Del paciente

Variable		Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Perfil Sociodemográfico	Sexo	Características biológicas que identifican a los individuos en hombres y mujeres	1. Femenino 2. Masculino	Cualitativa nominal
	Edad	Años transcurridos entre la fecha de nacimiento y la fecha de la aplicación de la encuesta	Número de años	Cuantitativa continua de razón inicialmente. Posteriormente se convertirá en intervalo.
	Escolaridad	Grado máximo de estudios con los que cuenta una persona	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Postgrado 7. otros	Cualitativa ordinal

Perfil sociodemográfico	Nivel socioeconómico	Adjetivo que se refiere a la sociedad, considera en términos económicos	De acuerdo a la cantidad de salarios mínimos percibidos: 1. Bajo (1-2 salarios) 2. Medio (3-5 salarios) 3. Alto (>5 salarios)	Cualitativa ordinal
	Religión	Culto que se tributa a la divinidad, creencia, devoción, adoración a una determinada deidad.	1. Católica 2. Evangelista 3. Testigo de Jehová 4. Mormón 5. Otra	Cualitativa nominal
Características de la asistencia		Categoría de la visita al médico, por primera ocasión o dos veces y más.	1. Primera vez 2. Subsecuente	Cualitativa nominal
Motivo de atención		Causa que originó la solicitud de asistencia médica	1. Enfermedad 2. Chequeo general (sano) 3. Control prenatal	Cualitativa nominal
Frecuencia de uso del servicio de medicina familiar		Periodicidad con la que acude con su médico familiar en un año	1. 2-5 veces 2. 6-10 veces 3. 11-20 veces 4. >20	Cualitativa Continua de razón
Trabajador IMSS		Persona que labora en el Instituto Mexicano del Seguro Social	1. Si 2. No	Cualitativa nominal
Percepción ambiental	Oportunidad para obtener la consulta	Características del trámite para recibir la asistencia	1. Sencillo 2. Complicado	Cualitativa nominal
	Tiempo de espera	Periodo transcurrido entre la hora de llegada del paciente y la hora de atención médica	1. 15 a 30 mn 2. mas de 30 mn	Cualitativa nominal

Percep- ción ambiental	Satisfacción den el tiempo de espera	Grado de complacencia con el tiempo de espera	1. Si (satisfecho) 2. No (insatisfecho)	Cualitativa nominal
	Duración de la consulta	Tiempo transcurrido desde el inicio de la entrevista médica hasta el fin de la misma	1. Menos de 15 minutos 2. De 16 a 30 mn 3. Mas de 30 mn	Cualitativa nominal
	Satisfacción den el tiempo de espera	Grado de complacencia con la duración de la consulta	1. Si (satisfecho) 2. No (insatisfecho)	Cualitativa nominal
	Interrupciones en la consulta	Momentos en que la entrevista médica es suspendida, por cualquier motivo	1. si 2. no	Cualitativa nominal
	Persona que interrumpió la consulta	Individuo por el cual se suspendió la asistencia	1. Mismo médico 2. Asistente médica 3. Pacientes 4. Otro médico 5. Otro personal de la unidad	Cualitativa nominal
Percepción de la actitud del médico		Conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos (4)	Se utilizará la encuesta la escala de satisfacción de los pacientes en el cuidado médico, modificada por Tsuchida-Fernandez (12)	Cualitativa nominal
Percepción del modelo de comunicación en la relación médico paciente		Apreciación que el paciente tiene del tipo de comunicación que el médico utiliza el profesional para con su paciente	1. Participativo 2. Informativo 3. Interpretativo 4. Instrumental	Cualitativa nominal

<p>Percepción de la satisfacción en la atención médica</p>	<p>Grado de complacencia que el usuario tiene de la asistencia médica recibida</p>	<p>Se utilizará la encuesta la escala de satisfacción de los pacientes en el cuidado médico, modificada por Tsuchida-Fernandez (12)</p>	<p>Cualitativa nominal</p>
---	--	---	----------------------------

VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio de investigación es factible porque contamos con las instalaciones de la UMF 20 que presta servicio médico del primer nivel de atención, además de contar con la aprobación de las autoridades de la misma y el apoyo del departamento de coordinación e investigación en salud de la misma unidad. Se emplearon varias escalas previamente validadas, las cuales no contienen riesgo alguno en la integridad física y mental, de la vida privada de los pacientes que participarán

El presente estudio es ético pues no compromete la integridad del paciente ni pone en riesgo la vida y no atenta contra los valores universales.

Se solicitó la cooperación previa de las autoridades directivas de la U.M.F. 20 "Vallejo", mediante oficio dirigido al director, para la aplicación del instrumento de trabajo y participación de los pacientes, contando con la aprobación del comité de investigación de la misma.

Se utilizó carta de consentimiento informado reafirmando la confidencialidad de la investigación, su carácter voluntario y libertad de abandonar el estudio si lo desean. Los resultados obtenidos, fueron manejados de manera confidencial y únicamente empleados para los fines y objetivos determinados en esta investigación, analizados por el propio investigador.

Por otra parte respeta los principios del Reporte Belmont, para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento en abril de 1979. Los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia son aceptados como los tres principios fundamentales para la realización ética de investigaciones con seres humanos. El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos; y segundo que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Para los propósitos de este documento, beneficencia se entiende en un sentido más fuerte, como obligación. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones

complementarias de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. En cuanto al principio de justicia cabe hacer la siguiente pregunta: ¿Quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad? Esto es una cuestión de justicia, en el sentido de "justicia en la distribución" o "lo que se merece". Otra manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad.

Las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación nos llevan a considerar los siguientes requisitos: consentimiento consciente, evaluación de riesgo / beneficio y la selección de sujetos de investigación.

Otro de los puntos que apoyan lo ético del presente trabajo de investigación es la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial quienes hacen una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Tales principios se resumen en que la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano, debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica; el proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comenario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado.

Por último el Código de Nuremberg, realizado al final de la Segunda Guerra Mundial por el Tribunal Militar; que es una declaración de 10 puntos que esbozan la experimentación médica permisible en seres humanos, la primera disposición del código señala que "es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto humano". El código estipula otros detalles implícitos en este requisito: Capacidad de dar consentimiento, ausencia de coacción y comprensión de los riesgos y beneficios implícitos. Por lo cual se realiza consentimiento informado a los entrevistados respetando así su autonomía.

VIII. DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prolectivo y transversal en la unidad de medicina familiar No. 20 IMSS, en el periodo comprendido de enero de 2007 a mayo de 2007, en una población de 102 pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar número 20, pacientes que acudieron a consulta cuya edad fuera superior a 20 años, ambos sexos. También a 20 médicos de la unidad que aceptaron participar en el estudio.

A los pacientes se aplicó un cuestionarios que consta de tres partes parte I: características sociodemográficas, parte II escala de satisfacción de los pacientes en el cuidado médico, modificada por Tsuchida-Fernandez (12), parte III: reactivos que investigan la satisfacción del usuario con el ambiente en la UMF. El cuestionario fue anónimo para preservar la intimidad de las pacientes, previa aplicación de consentimiento informado. A los médicos se aplicó un cuestionario expofeso que consta de características sociodemográficas, modelo de relación medico-paciente utilizada y satisfacción del ambiente laboral.

Los datos se ordenaron y agruparon para su análisis con estadística descriptiva y analítica; La forma de captura y validación de la información se realizó a través de paquetes estadísticos EPI INFO, SPSS como ya se describió anteriormente.

Todos los datos obtenidos se presentan en tablas informativas, que nos muestran de manera gráfica e ilustrativa los resultados obtenidos que la investigación arrojó con el objeto de presentar los datos finales de nuestro trabajo de manera rápida y resumida.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, abierto en 20 médicos y 102 pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar número 20, encontrando los siguientes resultados.

En las **características sociodemográficas de los médicos** fue una **edad** mínima de 24 una máxima de 55 con una media de 38.3 años, por rangos de edad predominó el de 31-40 años con un 30% (n=6) y el de 41-50 años con 30% (n=6), posteriormente un 25% el de 21 a 30 años (n=5) y un 15% los de 51-60 años (n=3). Por **sexo** el 55% (n=11) fue masculino y un 45% (n=9) fue femenino. La **religión** católica fue un 75% (n=15), testigo de Jehová un 15% (n=3), evangelista 5% (n=1) y otra 5% (n=1). **(ver cuadro 1, gráfico 1 y 2)**

En cuanto a sus **características profesionales de los médicos**; el 55% (n=11) son del turno matutino y el 45% (n=9) del vespertino. El 65% (n=13) fueron médicos generales, 30% (n=6) médicos especialistas en medicina familiar, 5% (n=1) médico no familiar. El 55% (n=11) tenían categoría laboral de base, 35% (n=7) médico 08 y el 10% (n=2) médico 02. El número de consultas otorgadas por jornada con una, aproximadas al día un 60% (n=12) de 24 a 30 consultas, 35% (n=7) menos de 24 por jornada, 5% (n=1) 31 y más consultas. El 65% (n=13) de los médicos cuentan con otro empleo y de este porcentaje el 61.5% (n=8) trabajan de lunes a viernes y el 38.5% (n=5) solo los fines de semana. **(ver cuadro 2, gráfico 3 al 6)**. El estado de **salud- enfermedad** de los médicos fue un 75% (n=15) sin enfermedad y un 25% (n=5) con enfermedad, de los 5 enfermos el 100% tienen padecimiento con evolución crónica. **(ver cuadro 3)**.

El tipo de modelo de comunicación un 55% (n=11) fue interpretativo, 30% (n=6) paternalista, 5% (n=1) participativo, 5% (n=1) informativo, 5% (n=1) instrumental. **(ver cuadro 4, gráfico 7)**. **El grado de satisfacción laboral del médico** fue un 55% (n=11) en muy satisfecho, 40% (n=8) regularmente satisfecho y un 5% (n=1) insatisfecho. **(ver cuadro 5, gráfico 8)**

En relación a **la satisfacción laboral del médico y características sociodemográficas** en los que estaban **muy satisfechos** fueron los de 21-30 años en un 36.4% (n=4) y los de 31 a 40 años un 36.4% (n=4), los del sexo femenino con un 54.5% (n=6), religión católica en el 90.9% (n=10). Los **regularmente satisfechos** con una edad de 41-50 años en un 37.5% (n=3), del sexo masculino en un 62.5% (n=5) y religión católica el 62.5% (n=5). Insatisfecho un médico del rango de 51-60 años, masculino y testigo de Jehová. **(ver cuadro 6, gráfico 9)**

La satisfacción laboral con las características profesionales fueron en **muy satisfecho** el 54.5% (n=6) del turno vespertino, el 63.6% (n=7) médicos generales, el 45.5% (n=5) médicos generales y 45.5% (n=5) médicos 08, el 54.5% (n=6) otorga de 24 a 30 consultas en su jornada, el 63.6% (n=7) cuenta con otro empleo y de estos 7 médicos 71.4% (n=5) su otra jornada es de lunes a viernes. En **regularmente satisfecho** fueron 5 médicos (65.5%) del turno matutino, médicos generales, de base, con 24 a 30 consultas otorgadas en la jornada, tienen otro empleo y de estos 5 médicos el 60% (n=3) trabajan otra jornada

los fines de semana. En **insatisfecho** fue 1 médico del turno matutino, médico general, de base, que otorga 24 a 30 consultas en la jornada, y tiene otro empleo de lunes a viernes. **(ver cuadro 7, gráficos 10 al 12)**

La satisfacción laboral con el estado de salud- enfermedad del médico, en muy satisfecho el 90.9% (n=10) no padecen alguna enfermedad y el 9.1% (n=1) si tiene alguna enfermedad siendo crónica. En regularmente satisfecho el 62.5% (n=5) no padece enfermedad y en el 37.5% (n= 3) si padece enfermedad y es crónica. En insatisfecho 1 médico que padece enfermedad crónica. **(ver cuadro 8)**

La satisfacción laboral con el tipo de modelo de comunicación en los médicos muy satisfechos predominó en un 63.6% (n=7) el interpretativo. En regularmente satisfecho un 50% (n=4) fue interpretativo y en el insatisfecho 1 médico con modelo paternalista. **(ver cuadro 9, gráfico 13)**

En las características sociodemográficas de los pacientes, la **edad** mínima fue 21 y la máxima de 94 años, con una media de 43.07, por rangos de edad predominó el de 21 a 30 años con 27% (n=28), el siguiente fue el de 31 a 40 años con 19% (n=20) y el de 41 a 50 años con 20% (n=21). Por el **sexo** el 38% fue masculino (n=39) y el 69% femenino (n=63). En cuanto la **escolaridad** encontramos predominante el bachillerato con 29% (n=30), siguiendo la secundaria con 27% (n=28) y la primaria con un 15% (n=15). El **ingreso económico** en salarios mínimos predominó 3 a 5 salarios con un 49% (n=50), la **religión** 87% (n= 89) de los pacientes estudiados son católicos.**(ver cuadro 10, gráfico 14 al 16)**

Las características de la solicitud en la asistencia, el 82% (n= 84) de los pacientes entrevistados acudieron a consulta subsecuente y el 18% (n=18) por primera vez; el 87% (n=89) de los pacientes acudió a consulta por enfermedad, para control prenatal el 8% (n=8) y por chequeo general solo el 5% (n=5); los pacientes consideran que acuden a consulta entre 2 y 5 veces por año ocupando un 33% (n= 34), siguiendo 6 a 10 veces con un 32% (n=33) y con un 13% (n=13) fue de primera vez. **(ver cuadro 11, gráfico 17 al 18)**

De la percepción ambiental de los derechohabientes para la asistencia médica, el 75% (n=77) de los pacientes considera que el trámite para obtener la consulta es sencillo y el 25% lo considera complicado (n=25); el 28% (n=29) de los paciente piensa que el tiempo de espera para obtener la consulta es de menos de 30 mn y el 78% (n=29) piensa que es mas de 30 mn, el 52% (n=53) de los pacientes están satisfechos con el tiempo de espera y el 48% (n=49) se encuentra satisfecho, el 45% (n=46) de los pacientes dice que la duración de la consulta fue menor a 15 mn, el 45% (n=46) dice que entre 16 y 30 mn y solo 10% dice que duró más 30 mn, respecto a la satisfacción con la duración en la consulta el 72% (n=73) si lo está y el 28% (n=29) no. De los 102 pacientes entrevistados el 21% (n=21) dijo que hubo interrupciones en la consulta que recibieron y el 79% (n=81) dijo que no. El personal que más interrumpió la consulta fue la asistente médica ocupando un 14% (n=14). **(ver cuadro 12, gráfico 19 y 20)**

Percepción de los derechohabientes de la actitud de su médico en la asistencia médica, buena habilidad del médico en la **comunicación** es del 56% (n=57) y el 44% (n=44) menor habilidad, el 59% (n=60) de los pacientes considera que su médico respeta su **autonomía** y el 41% (n=42) que no la respeta, el 52% (n=52) de los pacientes considera que su médico no toma en cuenta su **perspectiva y sus valores** y el 48% (n=49) no; el 50% (n=51) de los pacientes piensa que su médico toma en cuenta los **aspectos psicosociales**, por último el **modelo de comunicación** más utilizado por los médicos con sus pacientes es el paternalista ocupando un 54% (n=55) el siguiente fue el interpretativo con 20% (n=20) y el instrumental con 18% (18). **(ver cuadro 13)**

La satisfacción del paciente, el 46% (n=47) de los pacientes se consideraron insatisfechos y el 54% (n= 55) satisfechos. **(ver cuadro 14, gráfico 20)**

La relación de la satisfacción en la asistencia MÉDICA y características sociodemográficas de los derechohabientes, de los **satisfechos** 27% (n=13) fueron del grupo de edad 21-30 años y 21% (n=19) fueron del grupo de 51-60 años; respecto 60% (n=28) femenino, 36% (n=17) escolaridad bachillerato, 51% (n=24) perciben un ingreso económico de 3 a 5 salarios mínimos, 91% (43) de la región católica. De los **insatisfechos** 27% (n=15) fueron del grupo de 21-30 años y 22% (n=12) del grupo 31-40, 64% (n=35) sexo femenino, 29% (n=16) escolaridad secundaria y 24% (n=13) bachillerato; 47% (26) perciben entre 1-2 salarios mínimos y 47% 3-5 salarios mínimos. El 83% (46) religión católica. **(ver cuadro 15, gráfico 21)**

La relación de la satisfacción y características de la solicitud en la asistencia MÉDICA de los derechohabientes, de los **satisfechos** 87% (n=41) solicitó consulta subsecuente, 87% (n=41) solicitó consulta por enfermedad, 43% (n=20) acude al médico 6 a 10 veces al año, 98% (n=46) no es trabajador IMSS. De los **insatisfechos** 78% (n=43) fue consulta subsecuente, 87% (n=48) solicitó consulta por enfermedad, 42% (n=23) acude al médico 2 a 5 veces, 98% (n=54) no es trabajador IMSS **(ver cuadro 16, gráfico 22)**

La relación de la satisfacción y características de la solicitud en la asistencia MÉDICA de los derechohabientes, de los **satisfechos** de los que consideraron que el trámite para obtener la consulta fue sencillo 89% (n=42), 68% (n=32) esperaron más 30 mn para recibir la consulta, 62% (N=29) satisfechos con el tiempo de espera, 57% (n=27) duración de la consulta de 16-30 mn, 89% (n=42) satisfechos con tiempo de duración de la consulta, 89% (n=42) sin interrupciones en la consulta. De los **insatisfechos** 64%(n=35) consideraron sencillo el trámite para obtener la consulta, 74% (n=41) esperaron más de 30 mn para recibir la consulta, 64% (n=35) estuvieron satisfechos con tiempo de espera, 53% (n= 29) su consulta duró menos de 15 mn, 56%(n=31) estuvieron satisfechos con el tiempo que duró la consulta, 71% (n=39) sin interrupciones en su consulta. **(ver cuadro 17, gráfico 23 al 25)**

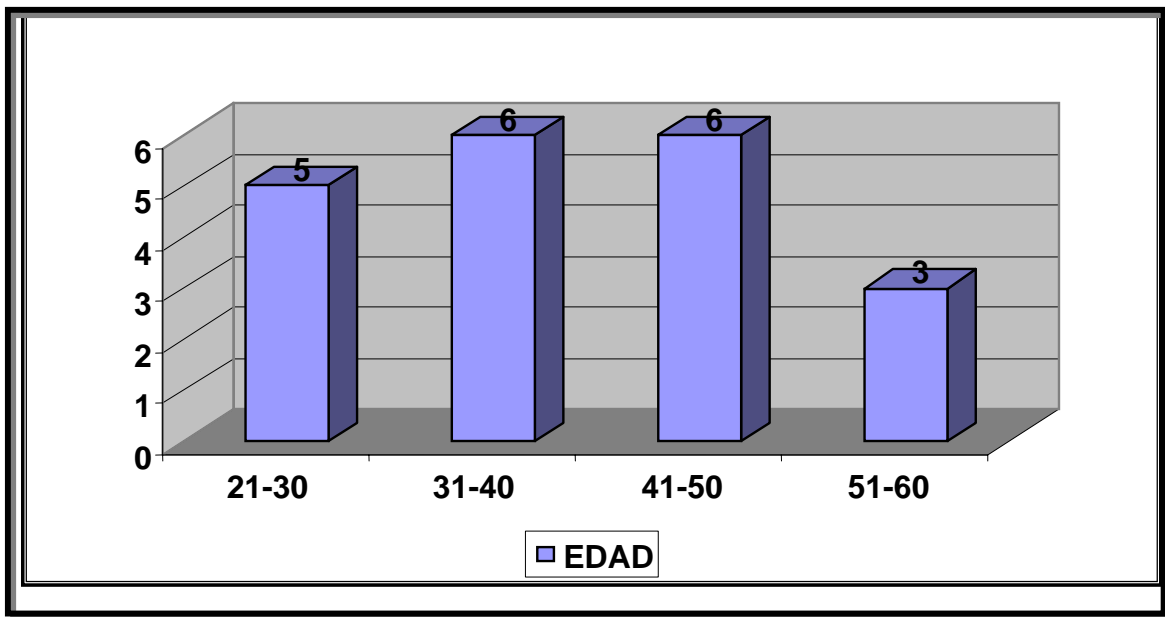
Relación de la satisfacción y percepción de los derechohabientes de la actitud de su médico en la asistencia MÉDICA, de los **satisfechos** 98% (n=46) consideraron que su médico tiene buena habilidad en comunicación, 89% (n=42) consideraron que su médico respetaba su autonomía, 96% (n=45) piensan que su médico respeta su perspectiva y valores, 93% (n=44) piensan que su médico toma en cuenta los aspectos psicosociales, respecto al modelo de comunicación utilizado por los médicos con sus pacientes el 55% (n=26) pertenece al paternalista. De los **insatisfechos** 80% (n=44) consideraron que su médico tiene menor habilidad en la comunicación, 67% (n=37) consideraron que el médico no respeta la autonomía, 85% (n=47) piensan que el médico no respeta su perspectiva y sus valores, 87% (n=48) considera que el médico no considera los aspectos psicosociales, el modelo de comunicación más utilizado es el paternalista con 53% (n=29). **(ver cuadro 18, gráficos 26 y 27)**

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 20 IMSS.

CARACTERÍSTICAS ESTUDIADAS	FRECUENCIA (n=20)	%
Edad		
21-30 años	5	25
31-40 años	6	30
41-50 años	6	30
51-60 años	3	15
Sexo		
Masculino	11	55
Femenino	9	45
Religión		
Católica	15	75
Evangelista	1	5
Testigo de Jehová	3	15
Otra	1	5

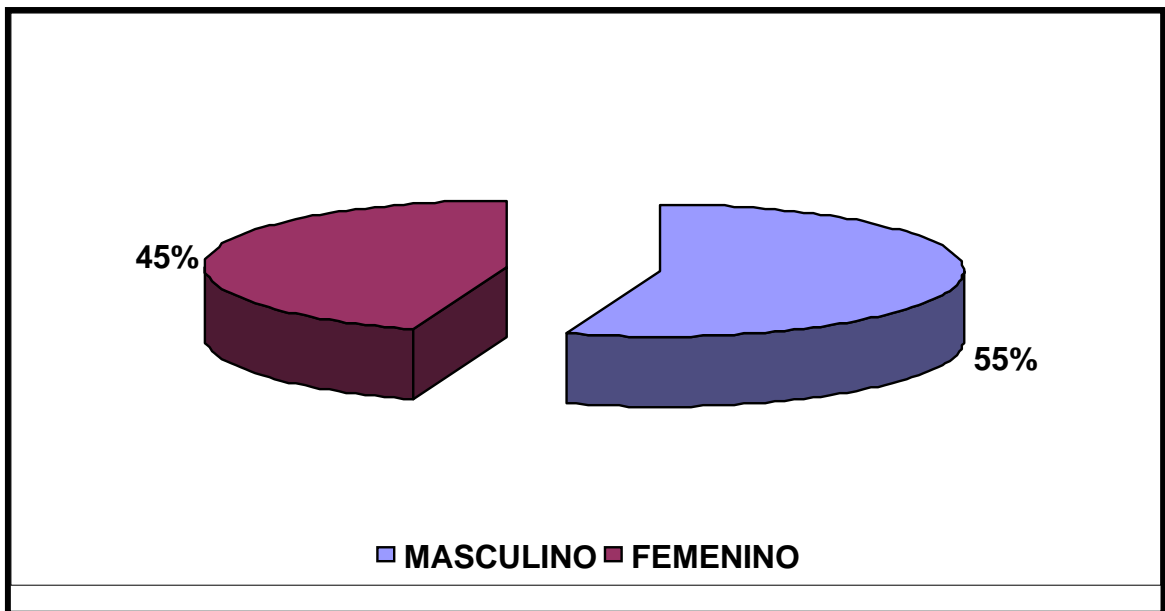
Fuente UMF 20

GRÁFICO 1. EDAD DE LOS MEDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



Fuente UMF 20

GRÁFICO 2. SEXO DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



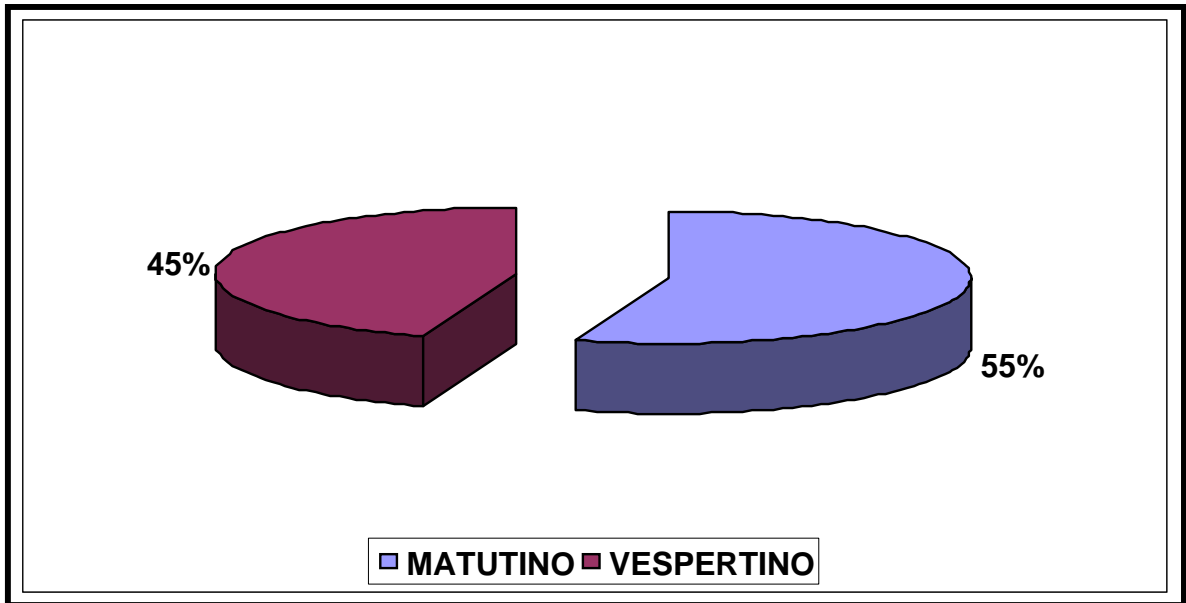
Fuente UMF 20

CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 20 IMSS

CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES	FRECUENCIA (n=20)	%
Turno de trabajo		
Matutino	11	55
vespertino	9	45
Estudios profesionales		
Médico general	13	65
Especialista en Medicina Familiar	6	30
Médico no familiar	1	5
Categoría laboral		
Médico de base	11	55
Médico 02	2	10
Médico 08	7	35
Consultas aproximadas por jornada laboral.		
Menos de 24	7	35
24 a 30	12	60
31 y más	1	5
Cuentan con otro empleo		
Si	13	65
No	7	35
Horario del segundo empleo (n=13)		
Lunes a viernes	8	61.5
Fines de semana	5	38.5

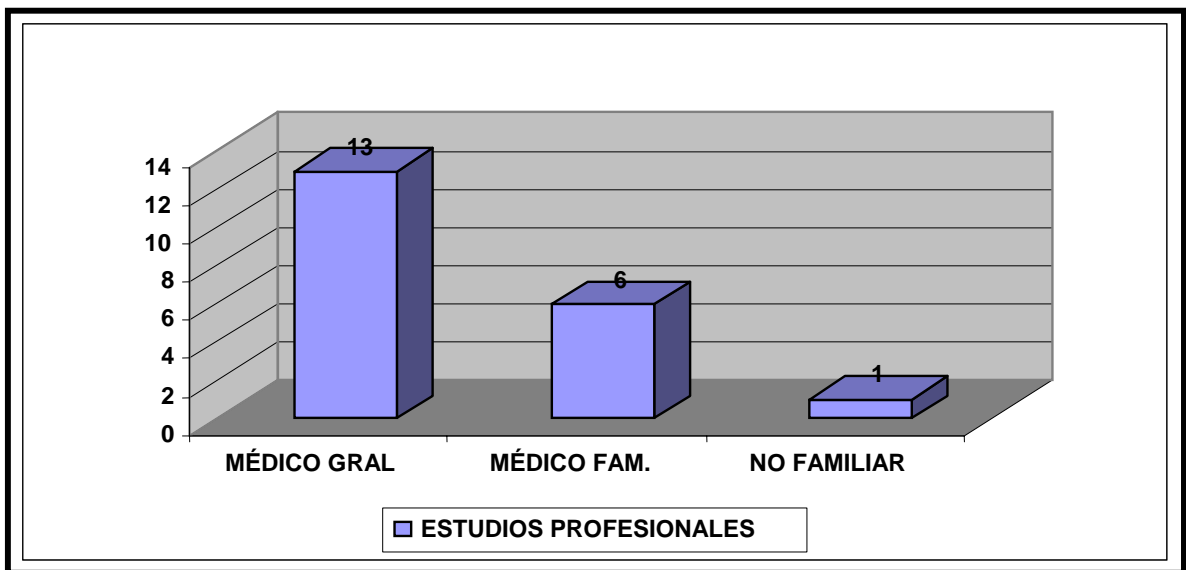
Fuente UMF 20

GRÁFICO 3. TURNO DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



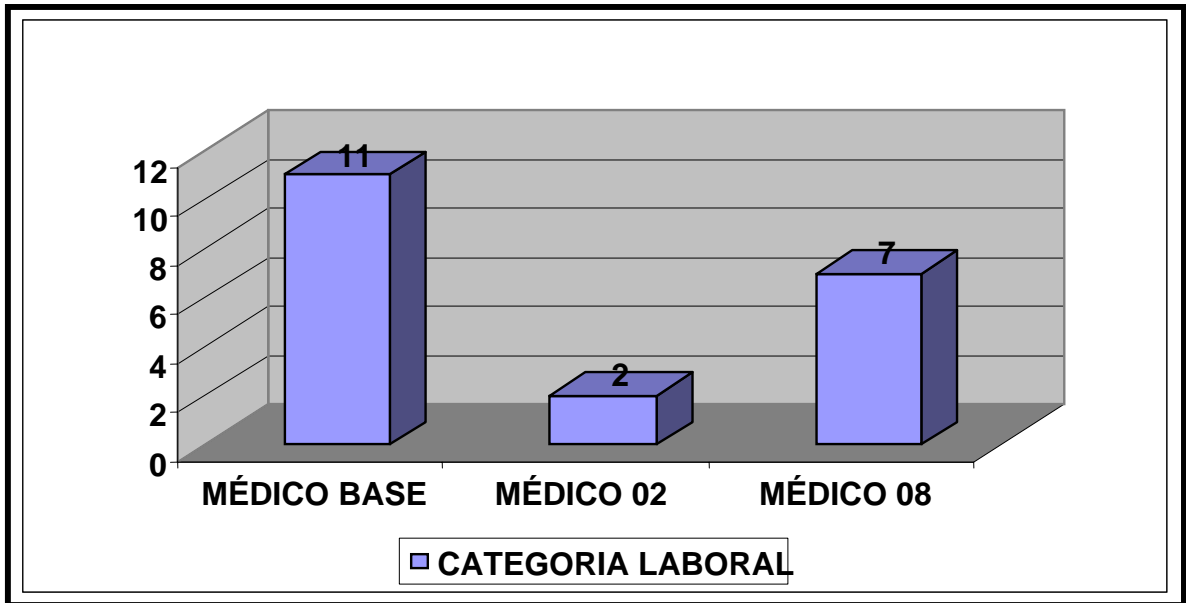
Fuente UMF 20

GRÁFICO 4. ESTUDIOS PROFESIONALES DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS



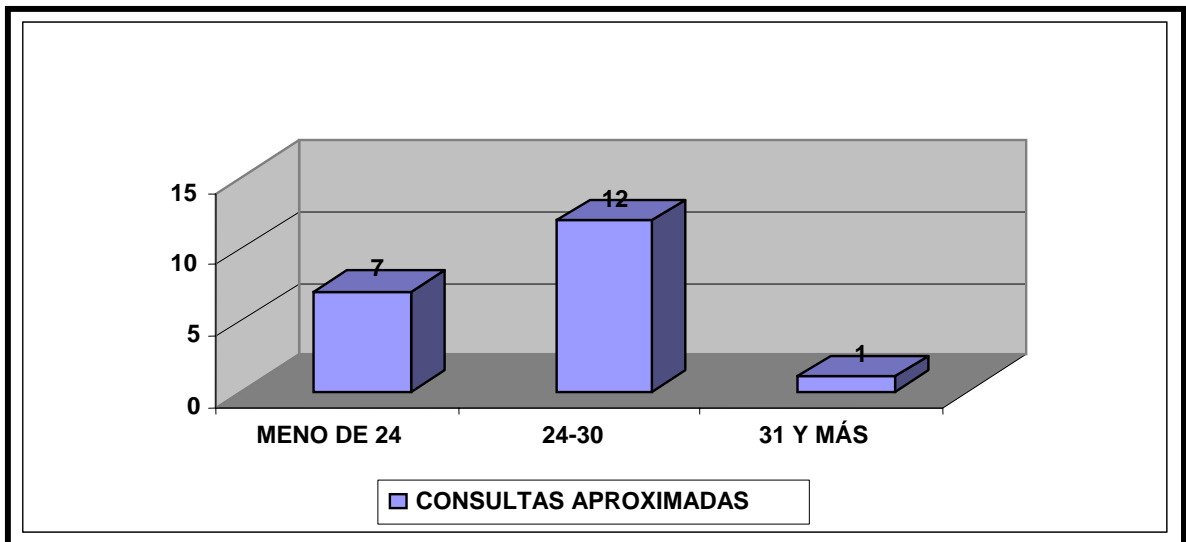
Fuente UMF 20

GRÁFICO 5. CATEGORIA LABORAL DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



Fuente UMF 20

GRÁFICO 6. NÚMERO DE CONSULTAS APROXIMADAS OTORGADAS POR HJORNADA LABORAL DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



Fuente UMF 20

CUADRO 3. ESTADO DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS UMF No. 20 IMSS

ESTADO DE SALUD	FRECUENCIA (n=20)	%
Padecen enfermedad		
Si	5	25

No	15	75
Evolución de la enfermedad	(n=5)	
Aguda	----	----
Crónica	5	100%

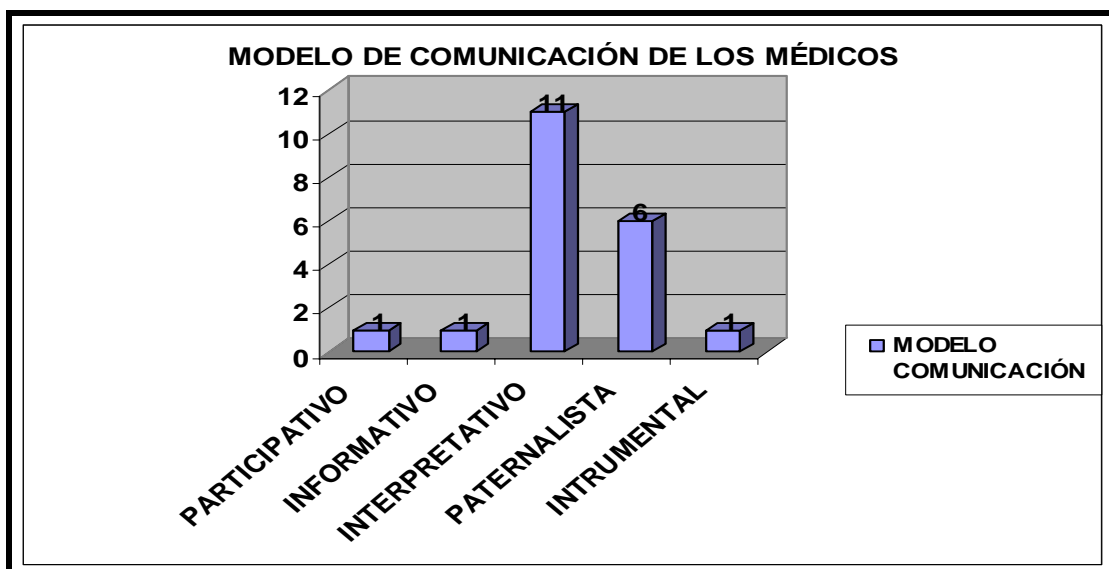
Fuente UMF 20

CUADRO 4. TIPO DE MODELO DE COMUNICACIÓN DE LOS MÉDICOS DE LA UMF NO. 20.

MODELO DE COMUNICACIÓN	FRECUENCIA (n=20)	%
Participativo	1	5
Informativo	1	5
interpretativo	11	55
Paternalista	6	30
Instrumental	1	5

Fuente UMF 20

GRÁFICO 7. TIPO DE MODELO DE COMUNICACIÓN DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



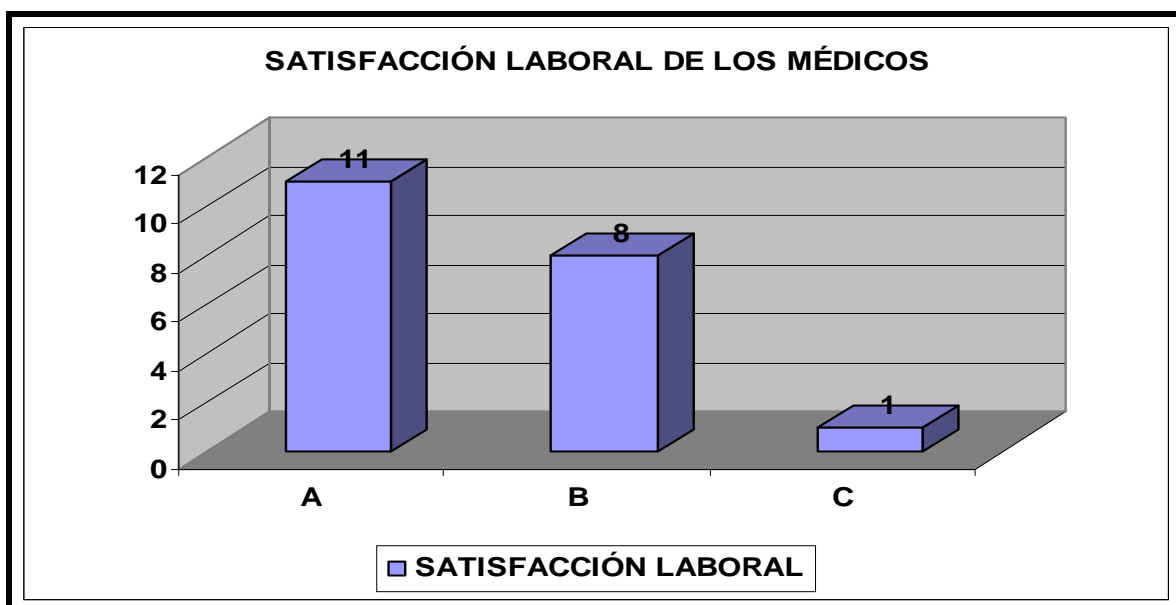
Fuente UMF 20

CUADRO 5. GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO DE LA UMF No. 20 IMSS.

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL	FRECUENCIA (n=20)	%
Muy satisfecho	11	55
Regularmente satisfecho	8	40
Insatisfecho	1	5

Fuente UMF 20

GRÁFICO 8. GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



Fuente UMF 20

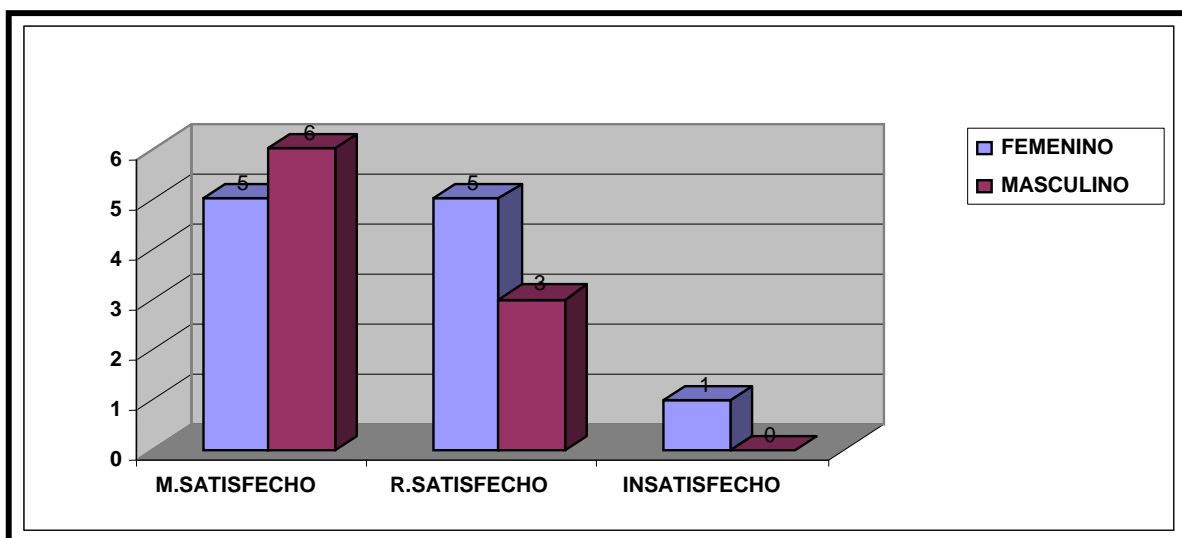
CUADRO 6. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL CON CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL MÉDICO DE LA UMF No. 20 IMSS.

CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA	SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO					
	MUY SATISFECHO (n=11)		REGULARMENTE SATISFECHO (n=8)		INSATISFECHO (n=1)	
		%		%		%
Edad						
21-30 años	4	36.4	1	12.5	---	---

31-40 años	4	36.4	2	25.0	---	---
41-50 años	3	27.2	3	37.5	---	---
51-60 años	---	---	2	25.0	1	100
Sexo						
Masculino	5	45.5	5	62.5	1	100
Femenino	6	54.5	3	37.5	---	---
Religión						
Católica	10	90.9	5	62.5	---	---
Evangelista	---	---	1	12.5	---	---
Testigo de Jehová	1	9.1	1	12.5	1	100
Otra	---	---	1	12.5	---	---

Fuente UMF 20

GRÁFICO 9. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL DE ACUERDO AL SEXO DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS EN LA UMF No. 20 IMSS.



Fuente UMF 20

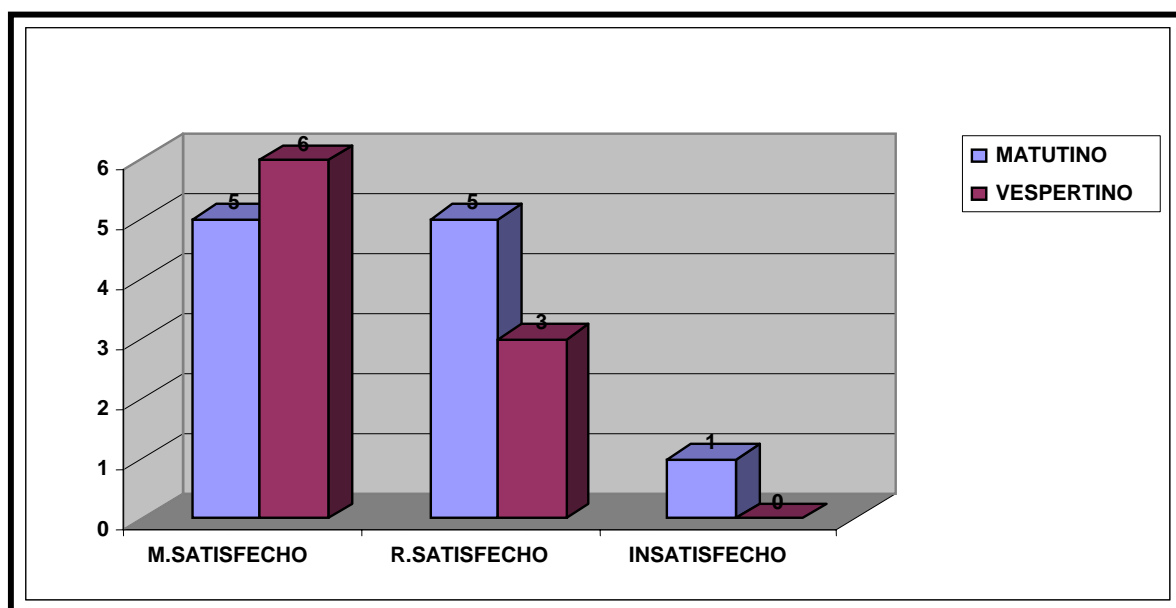
CUADRO 7. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL CON CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES DEL MÉDICO DE LA UMF No. 20 IMSS.

CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES	SATISFACCIÓN		LABORAL DEL		MÉDICO	
	MUY SATISFECHO		REGULARMENTE SATISFECHO		INSATISFECHO	
	(n=11)	%	(n=8)	%	(n=1)	%
Turno de trabajo						
Matutino	5	45.5	5	65.5	1	100
vespertino	6	54.5	3	37.5	---	---
Estudios profesionales						
Médico general	7	63.6	5	62.5	1	100

Especialista en Medicina Familiar	4	36.4	2	25.0	---	---
Médico no familiar	---	---	1	12.5	---	---
Categoría laboral						
Médico de base	5	45.5	5	62.5	1	100
Médico 02	1	9.0	1	12.5	---	---
Médico 08	5	45.5	2	25.0	---	---
Consultas aproximadas por día.						
Menos de 24	4	36.4	3	37.5	---	---
24 a 30	6	54.5	5	62.5	1	100
31 y más	1	9.1	---	---	---	---
Cuentan con otro empleo						
Si	7	63.6	5	62.5	1	100
No	4	36.4	3	37.5	---	---
Horario del segundo empleo						
Lunes a viernes	5	71.4	2	40.0	1	100
Fines de semana	2	28.6	3	60.0	---	---

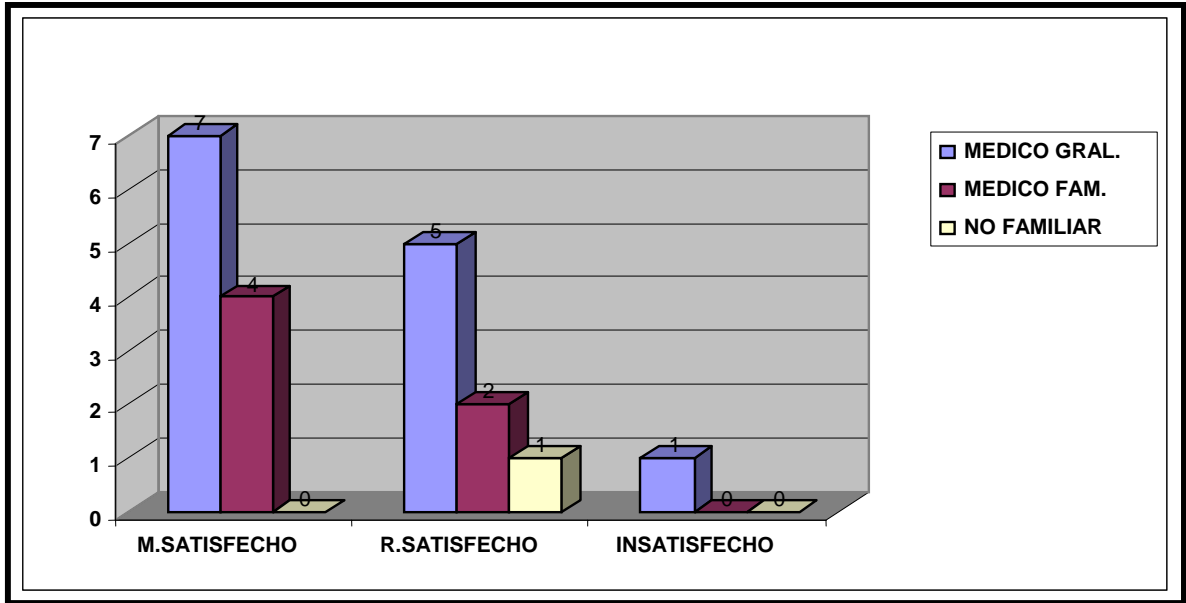
Fuente UMF 20

GRÁFICO 10. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL CON EL TURNO DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



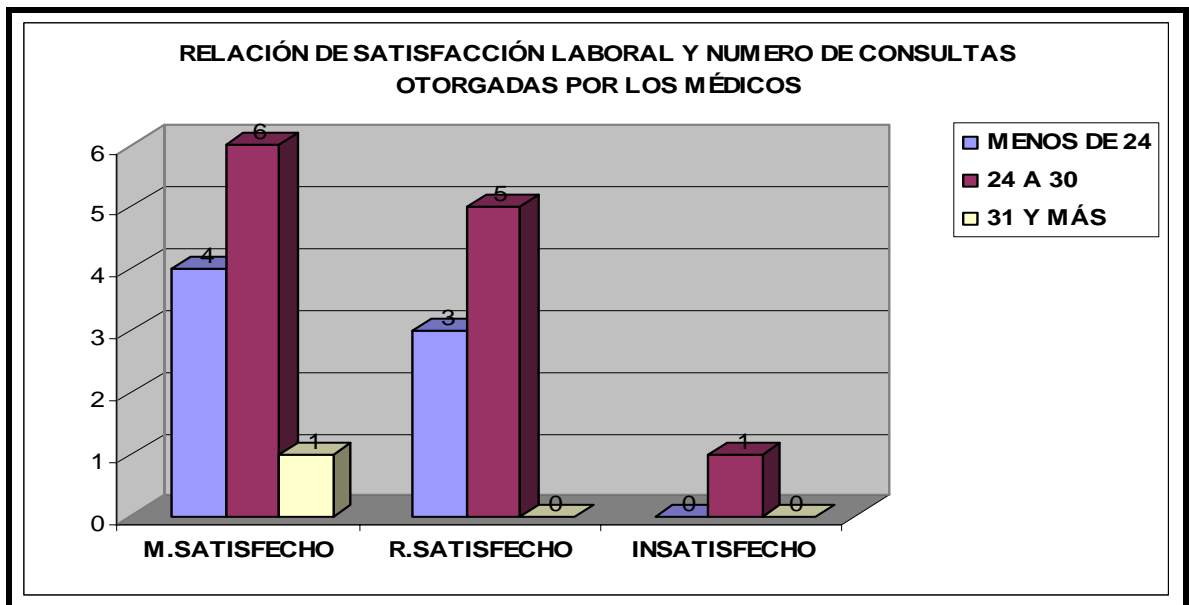
Fuente UMF 20

GRÁFICO 11. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL CON ESTUDIOS PROFESIONALES DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



Fuente UMF 20

GRÁFICO 12. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL Y NÚMERO DE CONSULTAS OTORGADAS POR LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



Fuente UMF 20

CUADRO 8. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL CON ESTADO DE SALUD DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 20 IMSS.

ESTADO DE SALUD	SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO					
	MUY SATISFECHO		REGULARMENTE SATISFECHO		INSATISFECHO	
	(n=11)	%	(n=8)	%	(n=1)	%
Padecen alguna enfermedad						
Si	1	9.1	3	37.5	1	100
No	10	90.9	5	62.5	---	---
Evolución de la enfermedad		(n=1)		(n=3)		
Aguda	---	---	---	---	---	---
Crónica	1	100	3	100	1	100

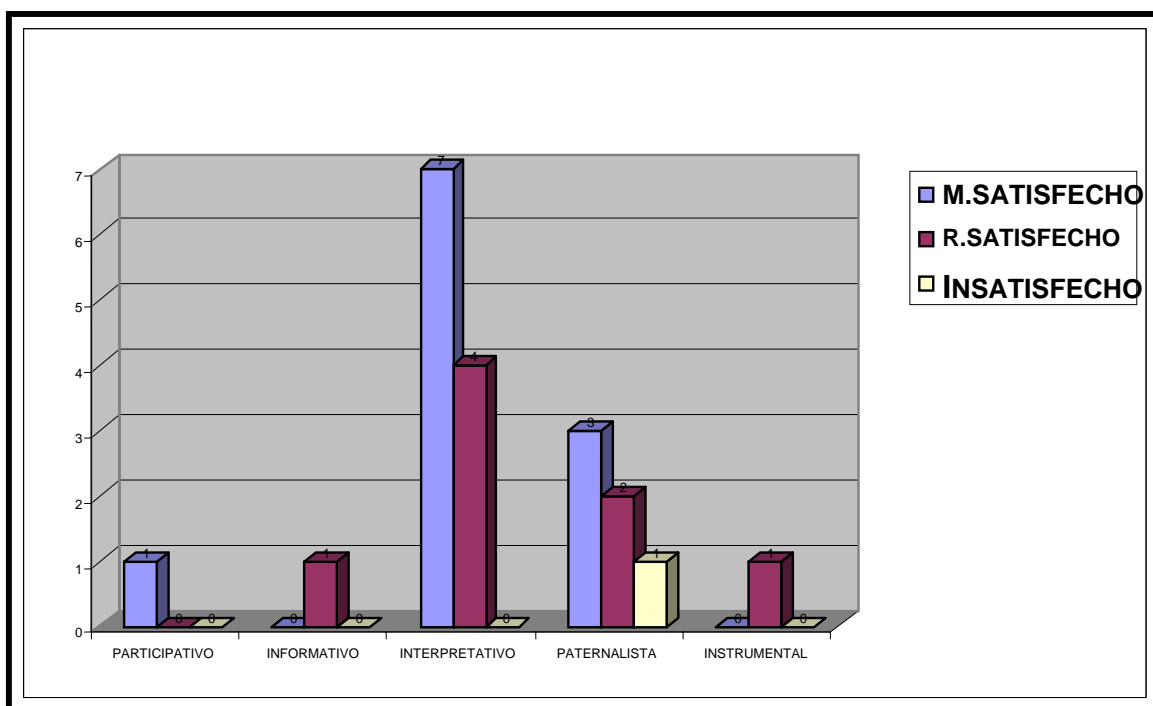
Fuente UMF 20

CUADRO 9. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL CON EL TIPO DE MODELO DE COMUNICACIÓN DE LOS MÉDICOS DE LA UMF No. 20 IMSS.

MODELO DE COMUNICACIÓN	SATISFACCIÓN LABORAL DEL MÉDICO					
	MUY SATISFECHO		REGULARMENTE SATISFECHO		INSATISFECHO	
	(n=11)	%	(n=8)	%	(n=1)	%
Participativo	1	9.1	---	---	---	---
Informativo	---	---	1	12.5	---	---
interpretativo	7	63.6	4	50.0	---	---
Paternalista	3	27.3	2	25.0	1	100
Instrumental	---	---	1	12.5	---	---

Fuente UMF 20

GRÁFICO 13. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL CON EL MODELO DE COMUNICACIÓN DE LOS MÉDICOS ESTUDIADOS DE LA UMF No. 20 IMSS.



Fuente UMF 20

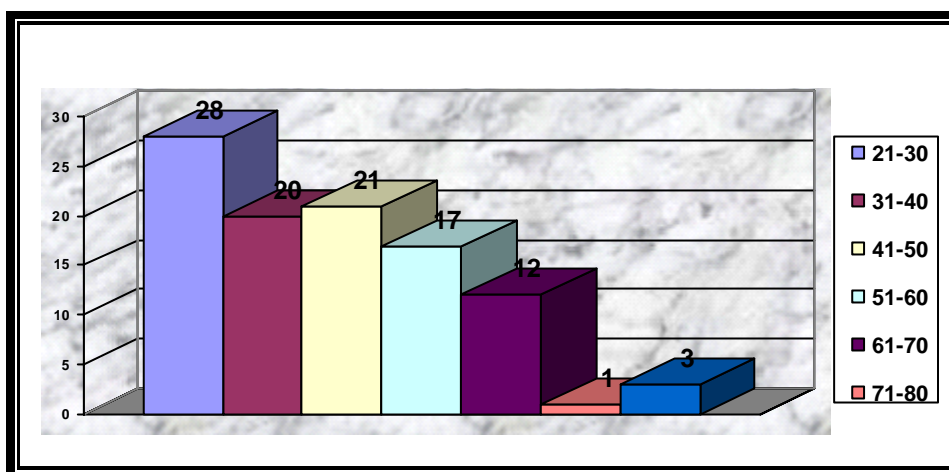
CUADRO 10. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 20 IMSS.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	FRECUENCIA (n=102)	%
Edad		
21-30 años	28	27
31-40 años	20	19
41-50 años	21	20
51-60 años	17	16
61-70 años	12	11
71-80 años	1	1
81 y más	3	2
Sexo		
Masculino	39	38
Femenino	63	61
Escolaridad		
Analfabeta	7	6
Sabe leer y escribir	9	8
Primaria	15	14
Secundaria	28	27
Bachillerato	30	29
Licenciatura	13	12.

Postgrado	---	---
Religión		
Católica	89	87
Evangelista	1	1
Testigo de Jehová	2	2
Mormón	1	1
Otra	9	8
Ingreso económico (salarios mínimos)		
1-2	39	38
3-5	50	49
6 y más	13	12

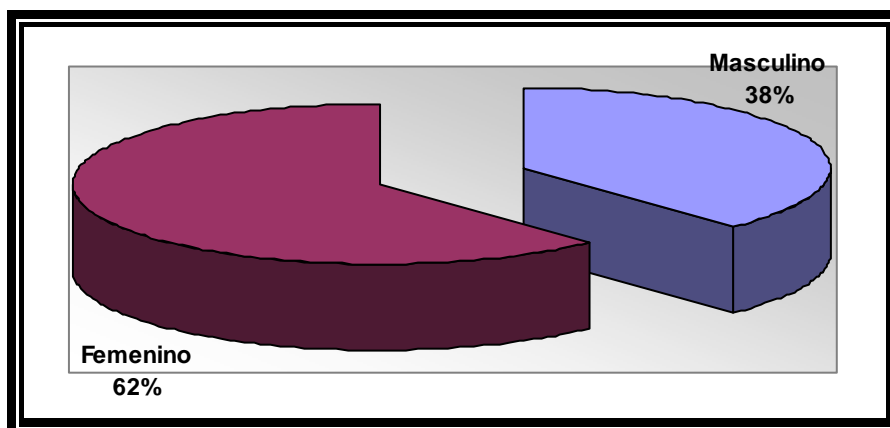
Fuente UMF 20

GRÁFICO 14. EDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF 20



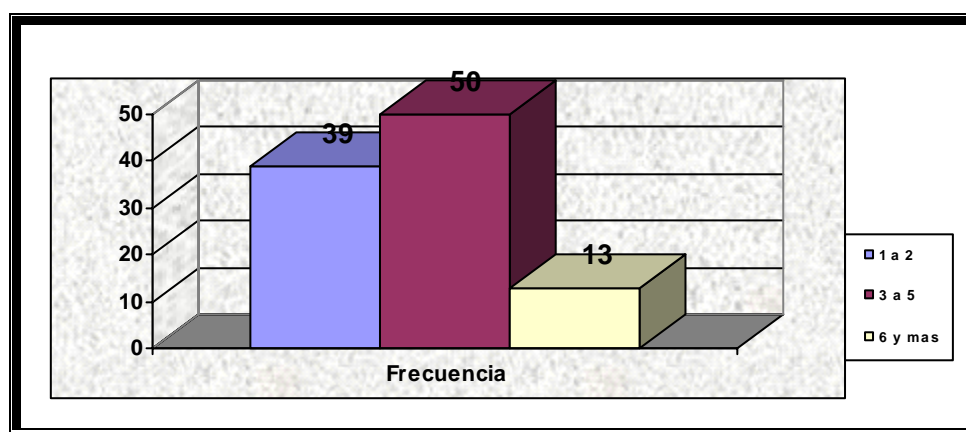
Fuente UMF 20

GRÁFICO 15. SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF 20



Fuente UMF 20

GRÁFICO 16. INGRESO ECONÓMICO EN SALARIOS MINIMOS DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS DE LA UMF 20



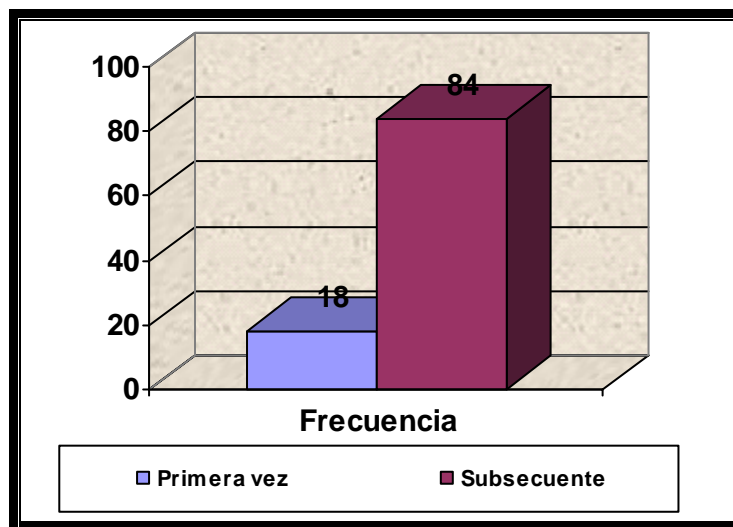
Fuente UMF 20

CUADRO 11. CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD EN LA ASISTENCIA MÉDICA DE LOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 20 IMSS.

SOLICITUD DE LA CONSULTA MÉDICA	FRECUENCIA (n=102)	%
Tipo de consulta médica		
Primera vez	18	18
Subsecuente	84	82
Motivo de la consulta por salud-enfermedad		
Sano (chequeo general)	5	5
Enfermo	89	87
Embarazo	8	8
Tiempo de la evolución de la enfermedad		
Aguda	49	55
Crónica	40	45
Número de consultas al año		
Primera vez	13	13
2-5	34	33
6-10	33	32
11-20	18	18
21 y más	4	4
Es trabajador IMSS		
Si	2	2
No	100	98

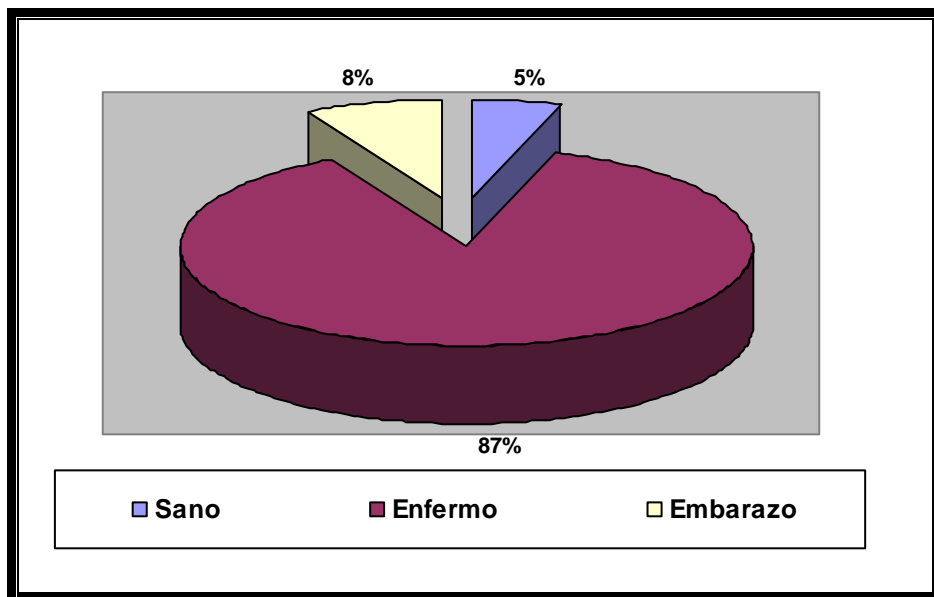
Fuente UMF 20

GRÁFICO 17. TIPO DE CONSULTA SOLICITADA POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS



Fuente UMF 20

GRÁFICO 18. MOTIVO DE CONSULTA POR SALUD ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS DE LA UMF 20



Fuente UMF 20

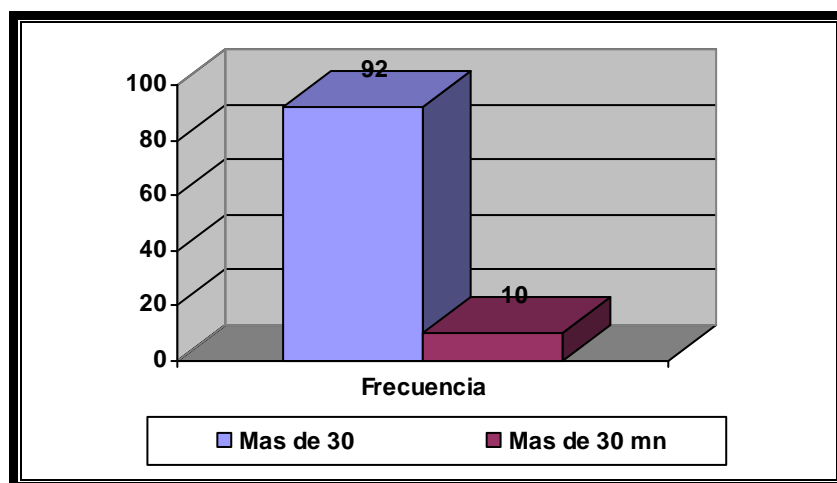
CUADRO 12. PERCEPCIÓN AMBIENTAL DE LOS DERECHOHABIENTES PARA LA ASISTENCIA MÉDICA DE LA UMF No. 20 IMSS.

PERCEPCIÓN AMBIENTAL	FRECUENCIA (n=102)	%
TRÁMITE para obtener consulta		
Sencillo	77	75
complicado	25	25
Tiempo de espera para otorgar consulta		
Menos de 30 minutos	92	28
Más de 30 minutos	10	71
Satisfacción en el tiempo de espera		
Satisfecho (si)	49	48
Insatisfecho (no)	53	52

Interrupciones en la consulta		
Si	21	20
No	81	79
Personal que interrumpe la consulta		
Mismo médico	1	1
Asistente médica	14	14
Pacientes	4	4
Otro médico	1	1
Otro personal de la unidad	1	1
Tiempo en la duración de la consulta		
Menos de 15 minutos	46	45
16-30 minutos	46	45
Más de 30 minutos	10	10
Satisfacción en la duración de la consulta		
Satisfecho (SI)	73	71
Insatisfecho (NO)	29	28

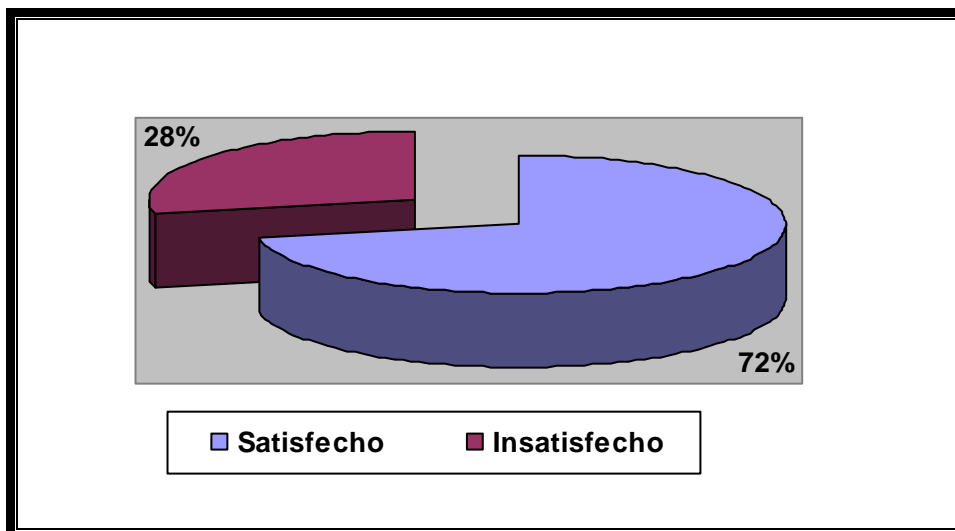
Fuente UMF 20

GRÁFICO 19. TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR LA CONSULTA EN LA UMF 20



Fuente UMF 20

GRAFICA 20. SATISFACCIÓN EN LA DURACION DE LA CONSULTA DE LOS PACIENTES DE LA UMF 20



Fuente UMF 20

CUADRO 13. PERCEPCIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES DE LA ACTITUD DE SU MEDICO EN LA ASISTENCIA MÉDICA DE LA UMF No. 20.

ACTITUD DEL MEDICO	FRECUENCIA (n=102)	%
Habilidad en comunicación		
Buena	57	56
Mala	45	44
Respeto a su autonomía		
Buena	60	58
Mala	42	41
Respeto en la perspectiva		

del paciente y sus valores Buena Mala	53 49	52 48
Toma en cuenta los aspectos psicosociales Buena Mala	51 51	50 50
Modelo de comunicación del médico percibida Participativo Informativo Interpretativo Paternalista Instrumental	6 3 20 55 18	6 3 20 53 17

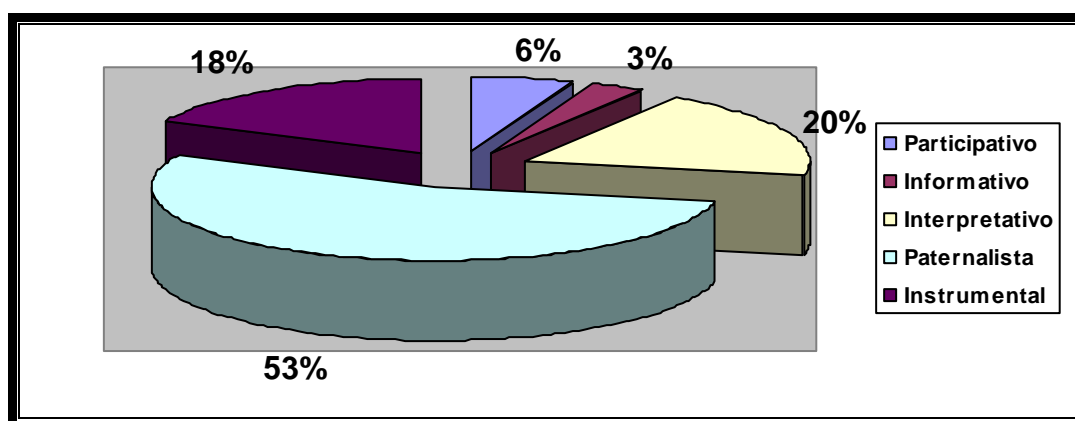
Fuente UMF 20

CUADRO 14. SATISFACCIÓN EN LA ASISTENCIA MÉDICA EN LOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 20

SATISFACCIÓN EN LA ASISTENCIA MÉDICA	FRECUENCIA (n=102)	%
ACEPTABLE (SATISFECHO)		
INACEPTABLE (INSATISFECHO)	47 55	46 53

Fuente UMF 20

GRÁFICO 20. MODELO DE COMUNICACIÓN DEL MEDICO PERCIBIDO POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF 20.



Fuente UMF 20

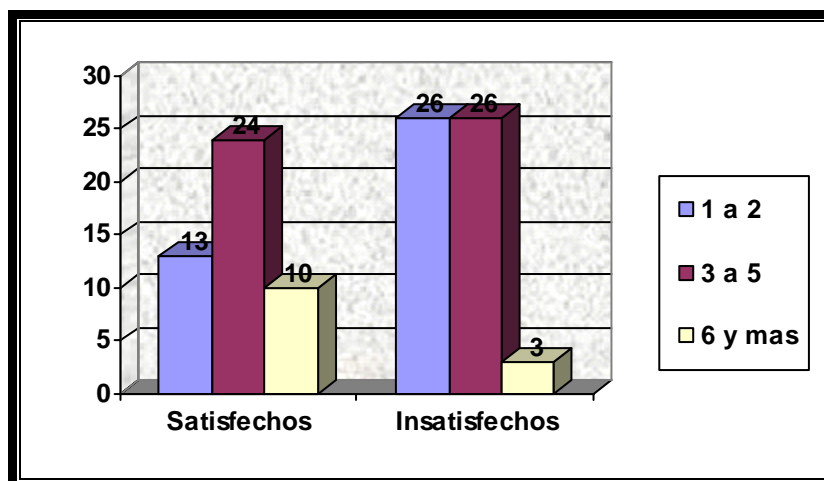
CUADRO 15. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN LA ASISTENCIA MÉDICA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 20 IMSS.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	SATISFACCIÓN EN LA ASISTENCIA MÉDICA			
	SATISFECHO (N= 47)		INSATISFECHO (N= 55)	
		%		%
Edad				
21-30 años	13	28	15	27
31-40 años	8	17	12	22
41-50 años	8	17	13	23
51-60 años	10	21	7	13
61-70 años	7	15	5	9
71-80 años	---	---	1	2
81 y más	1	2	2	3
Sexo				
Masculino	19	40	19	36
Femenino	28	27	35	63

Escolaridad				
Analfabeta	3	6	4	7
Sabe leer y escribir	2	4	7	13
Primaria	4	8	11	20
Secundaria	12	25	16	29
Bachillerato	17	36	13	24
Licenciatura	9	19	4	7
Postgrado	---	---	---	---
Religión				
Católica	43	91	46	83
Evangelista	1	2	---	---
Testigo de Jehová	---	---	2	4
Mormón	---	---	1	2
Otra	3	6	6	11
Ingreso económico (salarios mínimos)				
1-2	13	28	26	47
3-5	24	51	26	47
6 y más	10	21	3	5

Fuente UMF 20

GRÁFICO 21. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y EL INGRESO ECONÓMICO EN SALARIOS MÍNIMOS DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF 20



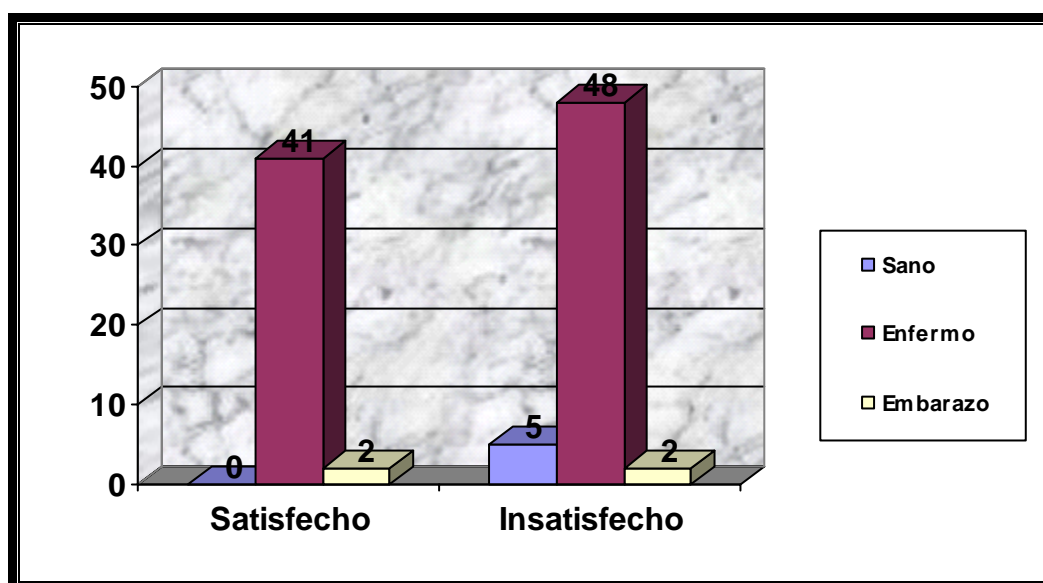
Fuente UMF 20

CUADRO 16. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD EN LA ASISTENCIA MÉDICA DE LOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 20 IMSS.

SOLICITUD DE LA CONSULTA MÉDICA	SATISFACCIÓN EN LA ASISTENCIA MÉDICA			
	SATISFECHO (N= 47)		INSATISFECHO (N=55)	
		%		%
Tipo de consulta médica				
Primera vez	6	13	12	22
Subsecuente	41	87	43	78
Motivo de la consulta por salud-enfermedad				
Sano (chequeo general)	---	---	5	9
Enfermo	41	87	48	87
Embarazo	6	13	2	4
Número de consultas al año				
Primera vez	5	11	8	14
2-5	11	23	23	42
6-10	20	43	13	24
11-20	8	17	10	18
21 y más	3	6	1	2
Es trabajador IMSS				
Si	1	2	1	2
No	46	98	54	98

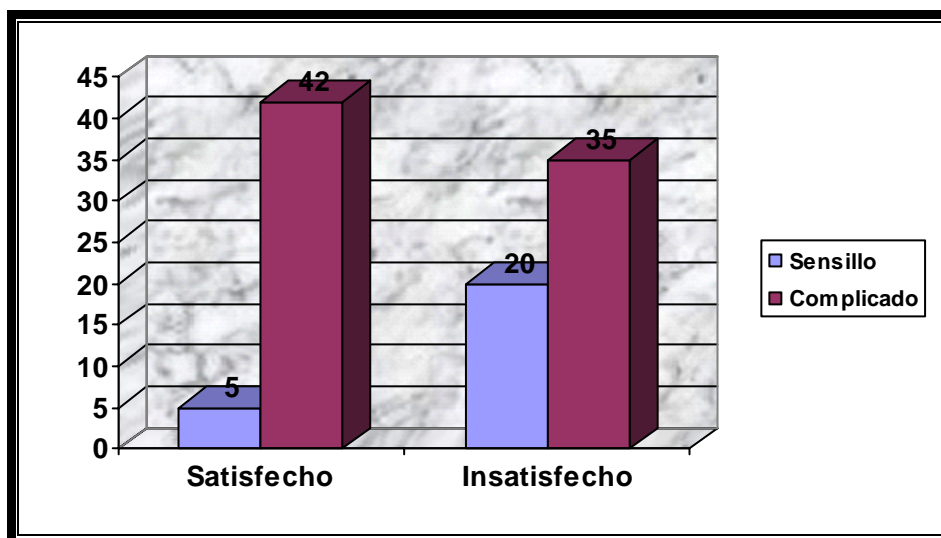
Fuente UMF 20

GRÁFICO 22. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y EL MOTIVO DE CONSULTA SOLICITADO POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF 20



Fuente UMF 20

GRÁFICO 23. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRÁMITE PARA OBTENER LA CONSULTA PERCIBIDO POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF 20



Fuente UMF 20

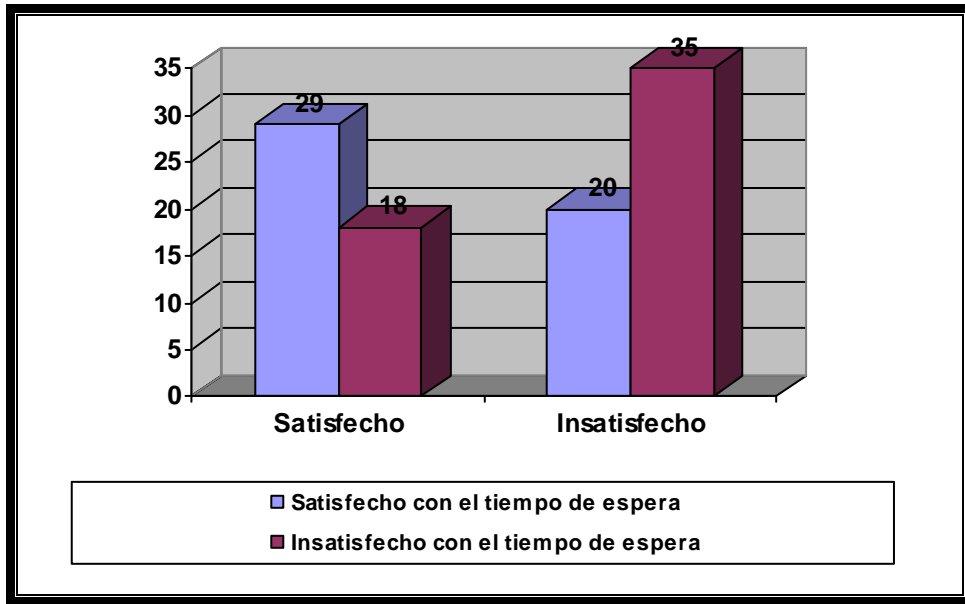
CUADRO 17. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y PERCEPCIÓN AMBIENTAL DE LOS DERECHOHABIENTES PARA LA ASISTENCIA MÉDICA DE LA UMF No. 20 IMSS.

PERCEPCIÓN AMBIENTAL	SATISFACCIÓN EN LA ASISTENCIA MÉDICA			
	SATISFECHO (N=47)		INSATISFECHO (N=55)	
		%		%
TRÁMITE para obtener consulta				
Sencillo	41	89	35	64
complicado	5	11	20	36
Tiempo de espera para otorgar consulta				
Menos de 30 minutos	15	32	14	25
Más de 30 minutos	32	68	41	75
Satisfacción en el tiempo de espera				
Satisfecho (si)	29	62	19	36

Insatisfecho (no)	18	38	35	64
Interrupciones en la consulta				
Si	5	11	16	29
No	42	89	39	71
Personal que interrumpe la consulta				
Mismo médico	---	---	1	2
Asistente médica	2	4	12	22
Pacientes	2	4	2	4
Otro médico	1	2	---	---
Otro personal de la unidad				
Ninguno	0	0	1	2
	42	89	39	71
Tiempo en la duración de la consulta				
Menos de 15 minutos	17	36	29	53
16-30 minutos	27	57	19	34
Más de 30 minutos	3	7	7	13
Satisfacción en la duración de la consulta				
Satisfecho (SI)				
Insatisfecho (NO)	42	89	31	56
	5	11	24	44

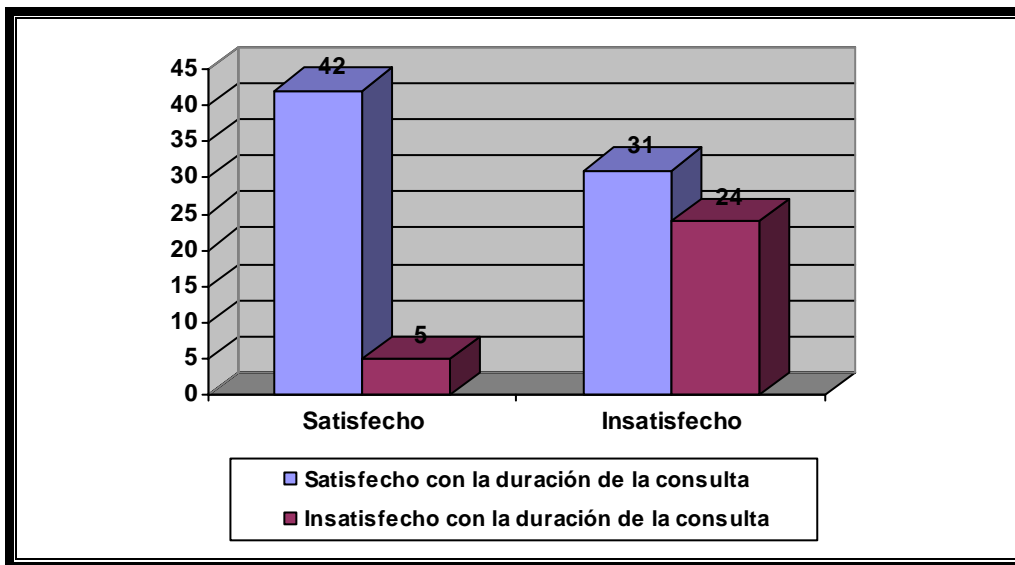
Fuente UMF 20

GRÁFICO 24. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF 20 Y LA SATISFACCIÓN CON EL TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR LA CONSULTA



Fuente UMF 20

GRÁFICO 25. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF 20 Y LA SATISFACCIÓN CON EL TIEMPO DE DURACION DE LA CONSULTA



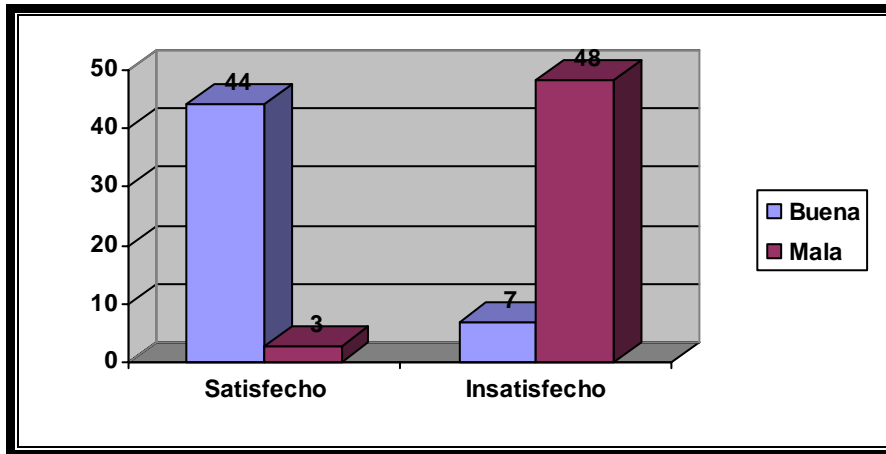
Fuente UMF 20

CUADRO 18. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y PERCEPCIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES DE LA ACTITUD DE SU MEDICO EN LA ASISTENCIA MÉDICA DE LA UMF No. 20.

ACTITUD DEL MEDICO	SATISFACCIÓN EN LA ASISTENCIA MÉDICA			
	SATISFECHO (N=47)		INSATISFECHO (N= 55)	
		%		%
Tipo de comunicación				
Buena	46	98	11	20
Mala	1	2	44	80
Respeto a su autonomía				
Buena	42	89	18	33
Mala	5	11	37	67
Respeto de perspectiva del paciente y sus valores				
Buena	45	96	8	14
Mala	2	4	47	86
Toma en cuenta los aspectos psicosociales				
Buena	44	94	7	13
Mala	3	6	48	87
Tipo de comunicación del médico percibida				
Participativo	6	13	---	---
Informativo	2	4	1	2
Interpretativo	12	25	8	15
Paternalista	26	56	29	53
Instrumental	1	2	17	31

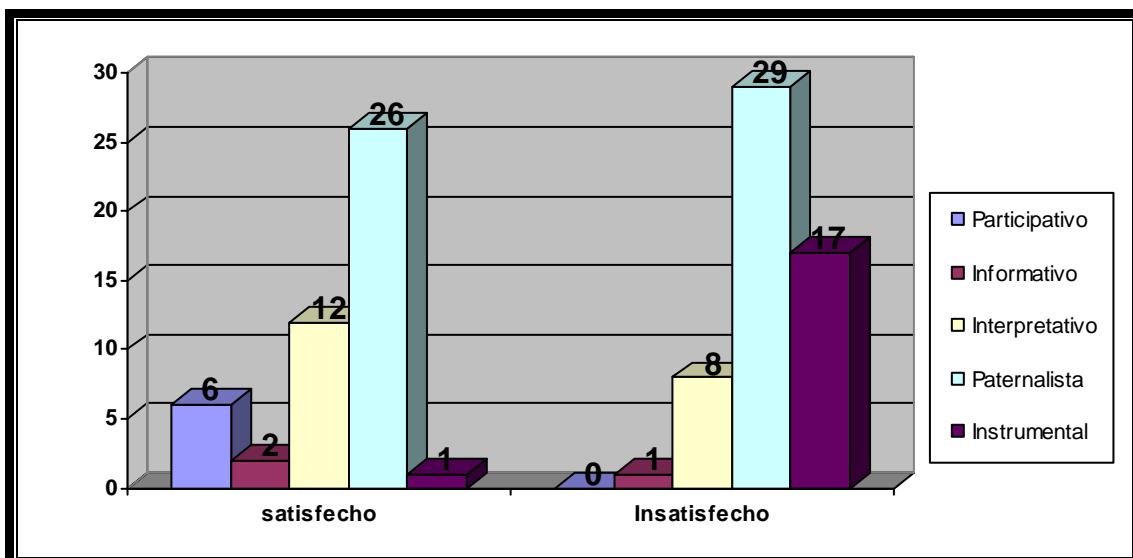
Fuente UMF 20

GRÁFICO 26. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UMF 20 Y LA HABILIDAD PARA LA COMUNICACIÓN DEL MEDICO.



Fuente UMF 20

GRÁFICO 27. RELACIÓN DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS CON EL MODELO DE COMUNICACIÓN UTILIZADO POR EL MEDICO.



Fuente UMF 20

X. DISCUSION

La Medicina y su práctica han experimentado con el tiempo cambios muy importantes, anteriormente la relación medico-paciente era de franca confianza y credibilidad, el paciente es quien determina los estándares de

calidad en los países desarrollados. La progresiva masificación de los servicios de salud actúa en deterioro de la relación medico-paciente en la que intervienen múltiples factores. (4,13)

Cabe mencionar que la presente investigación es un estudio de satisfacción percibida por el usuario con el objeto de conocer la opinión de los usuarios de la UMR sobre el servicio de salud prestado y el modelo de relación del médico con su paciente, evaluando la calidad de la consulta otorgada y su relación con la satisfacción.

Si bien es cierto que la información existente de investigaciones sobre la relación medico-paciente es insuficiente, se sabe que dicha relación es el pilar sobre el cual descansa la satisfacción general del paciente de los servicios en salud, en la presente investigación encontramos que la satisfacción general obtenida en la encuesta fue del 47% diferente a lo reportado por algunos autores(13,18) donde el nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente fue mayor de 80%, puede deberse a que la muestra de dichos autores fue tomada en un nivel de atención diferente al nuestro que se caracteriza por ser una atención esporádica. No así nuestra población cuya frecuencia de solicitud de atención es mayor, lo que le permite una visión mas real de su acontecer.

En relación a los factores sociodemográficas estudiados del médico: la edad, sexo, religión, y del paciente edad, escolaridad, religión no presentaron significancia estadística, únicamente el ingreso económico de los pacientes presentó relación con la satisfacción en la atención médica con una significancia de 0.020 a diferencia de lo reportado por Ortiz RM (18) en su artículo Satisfacción de los usuarios en 15 hospitales de México en donde si encuentran significancia estadística en la mayoría de las variables sociodemográficas, en nuestro estudio encontramos que el mayor porcentaje de insatisfechos perciben un ingreso entre 1 y 5 salarios mínimos, a diferencia de lo encontrado por Ortiz RM (18) en donde considera que las personas con mayor ingreso emiten un juicio de valor más riguroso.

De la relación de la satisfacción y características de la solicitud en la asistencia médica de los derechohabientes los puntos estudiados fueron el tipo de consulta solicitada (primera vez o subsecuente) motivo de consulta, intensidad del uso en número de consultas por año, encontrando una significancia estadística de 0.018 siendo insatisfechos los que acudían por enfermedad que los que venían por chequeo general, de tal rubro no contamos con un punto de comparación sin embargo la población aun no esta educada a una cultura de la salud por lo tanto el no contar con un beneficio palpable o instrumental modifica la percepción de la atención médica.

En cuanto a la Relación de la satisfacción y percepción ambiental de los derechohabientes para la asistencia médica, encontramos mayor satisfacción en aquellos derechohabientes que tuvieron una oportunidad en la consulta, la percepción de que es un tramite sencillo y una adecuada duración de la consulta concordando con Ortiz (18) donde sugiere que estos son factores determinantes para la satisfacción de la asistencia médica en la consulta externa.

La Relación de la satisfacción y percepción de los derechohabientes de la actitud de su médico en la asistencia médica, es uno de los puntos clave para la satisfacción de los usuarios del sistema de acuerdo a los resultados

Obtenidos se encontró que mas mitad de los pacientes perciben la habilidad de comunicarse asertivamente por parte de su medico tratante, consideración de sus aspectos sociales, respeto a la autonomía, a sus valores y perspectivas sobre todo en aquellos que se perciben satisfechos con la atención medica similar a lo encontrado en la literatura pues estos son indicadores indirectos de una adecuada relación medico paciente.

Por último en lo referente al modelo de comunicación utilizado por el médico se encuentran los pacientes mas satisfechos los que atribuyen a su medico un modelo paternalista e interpretativo no así en modelo instrumental e informativo no existen cifras precedentes respecto a este punto, cabe mencionar que El Dr. Sánchez González (10) en su artículo menciona que la relación médico paciente y la comunicación deben estar asociados a la ética médica sugiere que existen muchos modelos para describir la relación médico paciente siendo la más común el modelo paternalista , debido a que un modelo de tipo participativo requiere de compromiso equitativo por ambas partes y nuestra población aun no esta preparada para este modelo por las limitantes sociales, educativas y culturales .

Salinas Oviedo (14) en su artículo La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención medica comenta que la satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones es considerada por diferentes teóricos e investigadores en ciencias sociales como un factor determinante de la calidad de la atención, esta aportación se aplica en los modelos de evaluación de los servicios de salud, muy particularmente en este trabajo nos enfocamos en el ambiente laboral del médico encontrando satisfacción en los que cubren el siguiente perfil: pertenecientes al turno vespertino, categoría de médico de base, contar con otro empleo, trabajar de lunes a viernes cabe señalar que la satisfacción laboral guarda una estrecha relación con determinados aspectos del desempeño, y se reconoce una vinculación causa-efecto positiva entre el clima organizacional y las actitudes favorables o desfavorables del trabajador, por lo que son aspectos que no deben pasarse por alto en materia de calidad en la atención y que deben ser indagados más a fondo ya que no existen aportes teóricos.

Por lo anterior es necesario que se consideren otras variables que pueden estar influyendo en la relación médico paciente como son: seguimiento y resultado del tratamiento, si es población adscrita fija u ocasional, considerar implementar el muestreo.

En conclusión es necesario considerar los aspectos que intervienen en la relación medico paciente para implementar estrategias que refuercen

habilidades de los médicos para establecer una comunicación asertiva y esto se vea reflejado en la satisfacción del derechohabiente y del prestador de servicios.

XI. CONCLUSIONES

Algunos autores refieren que la satisfacción del usuario con los servicios de salud es considerada como una percepción subjetiva que el paciente construye a partir de la suma no algebraica de de las satisfacciones parciales

con cada uno de los componentes y de la relación con sus expectativas.
(17,18)

Este estudio ha explorado la percepción de los pacientes sobre las actitudes de su médico así como el modelo de comunicación utilizado por el médico y su relación con la satisfacción general en la asistencia médica, así también hemos tratado de encontrar la relación existente entre algunas variables sociodemográficas y de la solicitud de la asistencia médica y de la percepción ambiental para la asistencia médica encontrando un nivel de satisfacción general menor a lo reportado en otros estudios, posiblemente relacionado con el tamaño de la muestra. Por otra parte y dado que la percepción de la calidad en la atención no solo está determinada por los aspectos médicos considero y dejo abierta la posibilidad de realizar nuevos estudios que traten de abarcar todos los aspectos del paciente, el médico y el ambiente que influyen en la relación del médico y el paciente.

Es necesario reforzar las habilidades en comunicación de los médicos, el desarrollo de actitudes humanistas en el médico pueden facilitar el desarrollo y refuerzo de actitudes humanistas en pacientes, por otra parte retomar el significado holístico del hombre es tal vez el primer paso para poder mejorar en muchos aspectos de la relación médico paciente, u aspecto importante que no debe olvidarse es que una de las grandes dificultades para el médico es la carga de trabajo, lo cual limita el desarrollo de otros modelos de comunicación que permitan respetar mejor los valores del paciente.

No cabe duda que ciertos aspectos del ambiente influyen también en la satisfacción general de los derechohabientes, tales como la satisfacción con tiempo de espera pues a pesar de haber implementado el programa de cita previa el tiempo de espera sigue siendo mayor a 30 mn; por lo que es necesario el estudio más a fondo de tales aspectos para crear un ambiente de menor hostilidad entre el paciente y su médico lo cual considero podría tener efectos benéficos en la percepción de la calidad en la atención.

Es factible retomar el estudio con una mayor muestra para poder competir con otros estudios importantes en el contexto de calidad en la atención como lo es el de Ortiz-Espinosa RM(18) Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México donde la muestra fue de 8109 pacientes además de realizarse en varias instituciones de salud públicas y privadas, en donde encontré menor satisfacción en las públicas.

Cabe recordar que una relación médico-paciente adecuada tiende a crear en el enfermo un estado de conciencia particular que incluye bienestar confianza y seguridad en su curación, en cual influye en diversos grados sobre el curso de la enfermedad y los mecanismos curativos. Es decir, en algunos estados de conciencia en que las actividades cerebrales son capaces de modificar las funciones de los órganos y sistemas periféricos que en algunos casos resultan paliativos o, incluso, curativos; es por ello que no debe menospreciarse ante la modernización de la práctica médica y, aunado a ello la participación de la familia en el proceso salud-enfermedad ya que en muchas de las ocasiones los encuentros clínicos son con el paciente y su familia lo cual puede constituir un campo de investigación más amplio.

REFERENCIAS

1. Franco JA, Pecci C. La relación medico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. MEDICINA (Buenos Aires) 2002; 62: 111-8.
2. Gil-Montes V. Los procesos de salud-enfermedad en el contexto actual de la medicina en México 2003-2006.

URL: <http://www.vinculado.org/salud/salud-enfermedad.html>

3. Manuell-Lee G, Topicos selectos en la relación medico-paciente. Rev CONAMED, 7 (3) 2002: 19-20
4. Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de alicante: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Publica 2002 76 (5)
5. Tena-Tamayo C. La demanda como efecto de la mala comunicación médico-paciente. Rev CONAMED 2002; 7 (3): 20-3
6. Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quien es y como manejarlo. ANALES Sis San Navarra 2001; 24, sup 2: 65-72
7. Programa anual 2003 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria [versión on line]. Entrevista e historia clínica.URL: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema1/ehc.htm#1>
8. Cortés-Padilla MT, Rascón-Gasca ML Factores psicosociales Relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. Salud pública 2001 43 (6).
9. Vargas LA, Biseca C editores. Estudios de antropología médica. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1986. p. 21
10. Sánchez-González JM, Rivera-Cisneros AE, Hernández-Gamboa LE, Villegas-Ríos MJ, Casares-Queralt S. La relación médico-paciente y la comunicación deben estar asociados con la ética médica. Calimed 2004; 10 (1): 21-7
11. Rivera-Cisneros, Sánchez-González JM. Abordaje reflexivo de la relación médico-paciente asociada a la calidad de la atención médica. Calimed 2004; 10 (1): 83-8
12. Tsuchida Fernández MB, Bandres-Sánchez MP, Guevara-Linares X. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación medico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. Rev Med Hered 14(4), 2003: 175-80.
13. Garza-Elizondo T, Ramírez-Aranda J. Proceso para llegar a ser enfermo y paciente: una perspectiva desde la medicina familiar. Arch Med Fam 6 (2) 2004: 57-60.
14. Salinas-Oviedo C, Laguna-Calderón J, Mendoza-Martínez MR, La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención MÉDICA. Salud publica de México 1994; 36 (1): 22-9
15. Moliner-Tena MA, Moliner-Tena J. La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing. Aten Prim 1996; 17 (6):400- 07
16. Elsenberg L. Asistencia sanitaria con ánimo de lucro y relación médico-paciente (¿es el mercado compatible con la excelencia médica). Psiquiatría pública 2000; 12 (1): 9-11
17. Tena-Tamayo C, Sánchez Gonzáles JM, Rivera-Cisneros A, Hernández-Gamboa LE. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Algunas reflexiones en torno. Rev Med IMSS; 41 (5): 407-13)
18. Ortiz-Espinosa RM, Muñoz-Juárez S, Torres-Carreño E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. Rev Esp Salud Pública 2004; 78:527-37

19. Aguirre Gas H. Evaluación de la atención médica, expectativas de pacientes y trabajadores. Salud Pública Méx 1990; 32: 170-80

ANEXOS

ANEXO 1 INSTRUMENTO PARA EL PACIENTE

**MODELOS DE RELACIÓN MEDICO PACIENTE Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN
LA UMF No. 20**

13. Confía en mi palabra					
14. Se asegura que todo salga como fue planeado					
15. Se toma tiempo para escucharme					
16. Tiene una conducta profesional					
17. Está personalmente preocupado por mi					
18. Esta disponible cuando lo necesito					
19. Alivia mis preocupaciones					
20. Sabe consolarme cuando lo necesito					
21. Hace que mi familia participe en mi cuidado					
22. Me informa claramente sobre los exámenes realizados y lo que significa para mi					
23. Me dice que puedo hacer para cuidarme yo mismo					
24. Me explica sobre mi enfermedad y lo que significa para mi					
25. Es ameno cuando es apropiado					
26. Me mira a los ojos cuando me habla y me escucha					
27. Me deja participaren las decisiones sobre mi salud					
28. Me explica lo que otros especialistas piensan sobre mi enfermedad					
29. Me pregunta sobre mi vida personal y mis intereses					
30. Me pregunta sobre lo que pienso de mi enfermedad y tratamiento					
31. Me trata más como un caso de enfermedad que como una persona					
32. Ignora mis sentimientos					
33. Usa palabras que no entiendo					
34. No está disponible cuando lo necesito					
35. Evita mis preguntas					
36. Parece tenso					
37. Actúa como si fuera superior a mi					
38. Me pone nervioso o tenso					

Elija la opción mas adecuada en relación a la consulta que acaba de recibir:

39. Discutí con el médico sobre las mejores alternativas de tratamiento y yo elegí la mejor opción de acuerdo con la información que recibí. ()
40. El médico me informó sobre las mejores opciones de tratamiento y yo elegí uno. ()
41. El médico me dijo las opciones de tratamiento y me recomendó uno en especial ()
42. El médico me dio el tratamiento que él consideró la mejor opción ()
43. El médico solo me dio el tratamiento, sin darme otras opciones ()

Factores Relacionados con el ambiente

44. El trámite para obtener la consulta fue:
1) complicado 2) sencillo
45. ¿Cuánto tiempo esperó para que le otorgaran el servicio médico?
1) 15 a 30 mn 2) Más de 30 mn
46. ¿Se siente satisfecho con el tiempo que esperó para la consulta?
1) si 2) no
47. ¿Cuánto tiempo duró su consulta?
1) menos de 15 mn 2) 15 a 30 mn 3) Mas de 30 mn
48. ¿Se siente satisfecho con la duración de la consulta?
1) si 2) no
49. ¿Durante su consulta hubo interrupciones frecuentes?
1) si Cuantas aprox. _____ 2) no
50. ¿Quién interrumpió?
a) El propio médico b) La asistente c) Otros médicos
c) Otro _____
51. ¿Cómo considera la atención médica que recibió?
a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala



ANEXO 2 INSTRUMENTO PARA EL MÉDICO

MODELOS DE RELACIÓN MEDICO PACIENTE Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA UMF No. 20

El presente cuestionario se realiza con la finalidad de conocer los factores que interfieren en la relación del médico con su paciente; con dicha información pueden implementarse estrategias para mejorar calidad en la atención médica, logrando así mayor satisfacción en el paciente y en su médico; por tal motivo solicitamos su colaboración para la realización del estudio, cabe mencionar que el cuestionario se realiza de manera anónima.

Instrucciones: anote su respuesta en la línea correspondiente y en caso de preguntas con varias opciones de respuesta seleccione encierre la que más se acerque a su respuesta.

Sociodemográficos:

Folio _____

1. 1. Edad: _____
2. 2. Sexo: 1) masculino 2) femenino
3. ¿La preparación profesional que usted tiene es?
1) Médico general 2) Especialista en medicina familiar
3) Otra especialidad
4. ¿Qué religión tiene?
1) Católica 2) Evangelista 3) Testigo de Jehová
4) Mormón 5) Otra _____

Factores del profesional:

5. ¿Cuál es el turno en que labora en esta UMF?
1) matutino 2) vespertino
6. ¿Cuál es la categoría que usted tiene en esta unidad?
1) Médico de base 2) Médico cubre-vacaciones
3) 02 4) 08
7. ¿Cuántas consultas realiza aproximadamente por día? _____
8. ¿Tiene otro empleo?
1) si 2) no
9. Si tiene otro empleo cuál es su horario:
1) Lunes a viernes 2) varias veces en la semana por la noche
3) Fines de semana
10. ¿Tiene alguna enfermedad?
1) Si 2) no
11. Si su respuesta anterior fue si, la enfermedad que tiene es
1) aguda 2) crónica

Elija la opción que más se acerquen a su práctica profesional:

12. Desarrollo e identifico a través de una discusión con el paciente cuales son las mejores alternativas de tratamiento; el paciente toma la decisión en base a la información recibida ()
13. Brindo información y opciones de tratamiento y la decisión es del paciente en base a la información recibida ()
14. Brindo información, opciones y consecuencias, ayudo a identificar los valores y recomiendo el tratamiento en relación a estos ()
15. Selecciono una intervención que considero la mejor para el paciente y su bienestar, tomo la decisión terapéutica que considero mejor ()
16. Selecciono un tratamiento que me permita cumplir con mi objetivo ()

Factores Relacionados con el ambiente

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que más crea conveniente:

- | | Si
(1) | No
(2) |
|--|------------------|------------------|
| 17. ¿Se siente satisfecho en el lugar donde está laborando? | () | () |
| 18. ¿Se siente satisfecho con la actividad que desempeña? | () | () |
| 19. ¿Se siente presionado con su área de trabajo? | () | () |
| 20. ¿Considera excesiva la carga de trabajo que tiene asignado? | () | () |
| 21. ¿Se siente capacitado para las tareas que realiza? | () | () |
| 22. ¿El ambiente físico del área (instalaciones) donde labora es satisfactorio? | () | () |
| 23. ¿Cuenta con el material y el equipo necesario para realizar su trabajo? | () | () |
| 24. ¿Considera que tiene dificultades para establecer una adecuada relación médico-paciente? | | |

a) Si ¿Cuáles? _____

b) No



ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México D.F. a _____ de _____ del 2006.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Factores que interfieren con la relación médico-paciente en una unidad de primer nivel".

Registrado ante el Comité Local de Investigación

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita conocer cuáles son los factores que interfieren con la relación médico-paciente y mejorar la calidad de la atención MÉDICA.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto Relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador recompromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos Relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Elizabeth Mojica Lemus 99352419
Residente de Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas Relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.

Testigos