



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**División de Estudios de Postgrado e Investigación**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**MONITOREO DEL CONTROL DE CALIDAD DE  
SERVICIO EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL GENERAL “DR.  
DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO”, ISSSTE.**

**Trabajo de Investigación que Presenta el:**

**DR. ARANDA PUEBLA, OTHON**

Para Obtener el diploma de Especialidad en

***GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA***

**Asesor de Tesis:**

**DR. VELÁZQUEZ ESPINOSA, ISAIAS**

**Registro de Tesis 96.2005**

**México, D.F. 2005**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

DR. CRUZ PONCE, ROBERTO  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. ORTIZ ORTIZ, HANTZ IVES  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA

DR. VELÁZQUEZ ESPINOSA, ISAIAS  
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
ASESOR DE TESIS

DR. ARANDA PUEBLA, OTHON  
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

# INDICE

---

ANTECEDENTES.....	1
OBJETIVOS.....	18
DISEÑO.....	19
RESULTADOS.....	23
DISCUSION.....	28
CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS.....	30

## ANTECEDENTES

---

Sin lugar a dudas el continuo avance del conocimiento científico en el tema de la ginecología y obstetricia, como también las aplicaciones técnicas derivadas de él, han permitido que objetivamente las perspectivas de salud para la mujer, como mujer, madre y también para sus hijos estén en un nivel jamás soñado por nuestros predecesores al cuidado de ellas. Lejos están los tiempos en que un embarazo significaba un riesgo vital para la madre y el hijo <sup>(1)</sup>. La ginecología y obstetricia tiene actualmente herramientas eficaces no sólo para tratar a la mujer con patologías en sus distintas etapas de su vida, sino que puede preocuparse también de la prevención de ellas.

El desarrollo del método científico desde Galileo y Newton (el plantear preguntas a la naturaleza, el experimento que perfecciona a la mera observación de los fenómenos naturales) ha permitido revelar poco a poco parte de lo que corresponde a las manifestaciones del proceso de la vida. Nunca como ahora conocemos el funcionamiento de los seres vivos. Parece difícil que podamos conocer más de la anatomía del hombre, la misma fisiología escudriña hoy las fronteras del funcionamiento de la máquina humana <sup>(2)</sup>. Somos capaces de reparar el cuerpo humano hoy incluso en el útero materno. Podemos observar mediante prolongaciones de nuestros sentidos como se gesta un nuevo ser humano en la intimidad de su madre. Hemos sido capaces de descifrar los signos donde se guarda el plano de nuestra corporalidad que se despliega en nuestro tiempo vital y ya se hacen intentos para modificarlo. Hemos incluso logrado que se conciba un nuevo hombre fuera del cuerpo de una mujer <sup>(3)</sup>.

Este tremendo avance, cuyo sentido, compartido por el sentido de todo lo que se denomina progreso, no es otro que la felicidad de toda la humanidad. En efecto, lo que mueve a los científicos en su investigación no es otra cosa que la búsqueda de soluciones para los males que nos afectan y coartan nuestra libertad. La enfermedad sin duda la coarta, un defecto, un mal funcionamiento nos impide que podamos desplegar nuestras capacidades y ejercer los roles que nos hemos asignado <sup>(4)</sup>.

El progreso científico y técnico ha sido en ese sentido exitoso, podemos calmar todos los dolores, curar y prevenir muchas enfermedades, pero ¿podemos decir que nos ha hecho más felices?, ¿podemos decir que ha triunfado sobre el sufrimiento humano? (5)

Parece que cada avance, cada descubrimiento, cada nuevo recurso técnico nos soluciona un problema en un cierto orden de cosas y nos abre dificultades en otro orden de ellas (15). Parece que la felicidad se nos escurre, parece que hubiera una cierta dimensión en lo que respecta a los seres humanos que no logramos aprehender con el método científico. Existe en el hombre algo distinto, algo que no se puede medir ni pesar, una dimensión a la cual el método experimental no logra alcanzar. De los problemas de ese orden de cosas, de esa dimensión humana se ocupa la Ética Médica o Bioética (6).

Debemos enfrentar los problemas de la práctica médica desde todas las perspectivas. La Sociedad Mexicana de Bioética en Obstetricia y Ginecología no puede soslayarlos. Desde sus inicios ha sido impulsora y lugar de reunión y debate de las soluciones a los problemas de salud de la mujer. Ahora su sitio y prestigio le exige que además sea el *locus* donde se discutan y analicen los dilemas éticos que emergen de la práctica de nuestra especialidad, la ginecología y obstetricia (7).

Los problemas éticos que los Gineco-Obstetras debemos enfrentar hoy, no solamente están relacionados con el contexto objetivo que debemos conocer (8). Es más bien el avance científico y técnico, ahora inmerso en una relación médico paciente donde ya el paternalismo no es el paradigma, inmerso también en una sociedad neo-liberal donde la utilidad económica es prioritaria frente a la solidaridad y por último, donde las exigencias del respeto al pensamiento distinto han puesto en tensión y en discusión cual es el *ethos* o contexto práctico subjetivo que el ginecólogo y obstetra debe actualmente poseer (9). Son las actuales relaciones del médico con sus colegas, con sus pacientes, con las disposiciones legales, con las empresas farmacéuticas y de equipos médicos, con los sistemas de salud privados y públicos, con los empleadores, con las distintas culturas y pensamientos, los que condicionan los cuestionamientos éticos. ¿Cuáles son entonces los temas en donde nuestros afiliados se cuestionan sobre la conducta adecuada a seguir? ¿Cuáles son los temas donde aún no hemos adquirido aquellas disposiciones operativas que nos permiten decidir con prontitud y seguridad?

¿Cuáles son los temas donde es necesario establecer criterios que sirvan como guía y norma hasta que se adquiriera el ethos subjetivo adecuado para la acción correcta? Me parece que existen tópicos que debemos encarar y sobre los cuales debemos reflexionar y entregar directrices, algunos de ellos son los siguientes:

**Avances técnicos y jerarquía de principios:** Nuevas técnicas, tales como fertilización asistida, diagnóstico antenatal, terapia fetal y otras, plantean preguntas sobre la licitud o condiciones de ellas al aplicarlas. Las distintas concepciones sobre los principios o valores en juego en ellas han provocado incluso conflictos entre nuestros afiliados (10).

**Relación Médico-Paciente:** El modelo de relación entre el médico y su paciente ha derivado desde un esquema absolutamente vertical de tipo paternalista, donde el paciente acepta sin mayor cuestionamiento la terapia indicada por su médico, a una relación que, manteniendo la natural desigualdad impone una mayor participación del paciente en la toma de decisiones. Esto exige una nueva disposición del profesional quien debe esforzarse en una interacción centrada en el paciente en cuanto persona, que decide según sus propios intereses y valores (11).

La medicina avanza, día con día, hacia descubrimientos y metas cada vez más sorprendentes. El espectacular desarrollo de la medicina es un hecho evidente en nuestro tiempo. El ser humano es persona, y la enfermedad es un estado que viene a afectar a su persona. El médico también es persona, y se aboca a una relación personal con su paciente en el que debe reconocer derechos que jamás deben prescribir, tales como; el derecho a la vida y a la integridad física, a ser protegido de lo que pueda amenazar a su salud, y a los cuidados para conservarla.

### **Cualidades del Médico**

El paciente busca del médico la satisfacción por la buena atención, por conservar y recuperar la salud, por tener un límite de daño y recibir una rehabilitación, debe ser cooperador para así dar información y permitir el examen médico, se debe corresponsabilizar con el médico para llegar al éxito terapéutico y conservación de la salud y finalmente debe depositar su confianza en el médico (15).

## **Cualidades del Paciente**

Por su parte el médico recibe de esto la satisfacción de una relación médico paciente exitosa, tiene la satisfacción de recibir una educación médica constante, tiene la satisfacción de la remuneración, debe depositar al igual que el paciente su confianza y le debe tener empatía sin embargo, un médico debe tener una capacitación, debe ser competente así como debe ser poseedor de una capacitación técnica, debe tener seguridad en su juicio clínico, debe tener experiencia, debe inspirar respeto así como al paciente en lo que se incluye el secreto profesional, debe mostrar un interés por el paciente, debe tener una disposición para escuchar, informar, orientar y atender con empatía, compasión y optimización de recursos, debe tener veracidad, debe poseer el secreto profesional y por sobre todo debe de llevar a cabo el cumplimiento de sus promesas.

## **Breviario**

Benevolencia; El que quiere el bien del otro.

Benedicencia; EL hablar bien del otro.

Beneficencia; Hacer el bien al otro.

Beneficencia; La expansión de ambos.

Bien común; Asumir un compromiso irrenunciable con el bien común entendiendo que el servicio público es patrimonio de todos los mexicanos y mexicanas que solo se justifica y legitima cuando se procura por encima de los intereses particulares (17).

Integridad; Ceñir la conducta pública y privada, de moda tal que las acciones y palabras sean honestas y dignas de credibilidad, fomentando una cultura de confianza y de verdad.

Honradez; Nunca usar el cargo público para ganancia personal, ni aceptar prestación o compensación de ninguna persona u organización que pueda llevar a actuar con falta de ética en las responsabilidades y obligaciones (27).

Imparcialidad; Actuar siempre en forma imparcial, sin conceder preferencias o privilegios indebidos a persona alguna.

Justicia; Ceñir los actos a la estricta observancia de la ley, impulsando una cultura de procuración efectiva de la justicia y de respeto al Estado de Derecho (27).



Transparencia; Garantizar el acceso a la información gubernamental, sin más límite del que imponga el interés público y los derechos de privacidad de particulares, establecidos por la ley, así como el uso y aplicación transparente de los recursos públicos, fomentando su manejo responsable y eliminando su indebida discrecionalidad (27).

Rendición de Cuentas; Proveer la eficacia y la calidad en la gestión de la administración pública, contribuyendo a su mejora continua y a su modernización, teniendo como principios fundamentales la optimización de sus recursos y la rendición de cuentas (27).

Entorno Cultural y Ecológico; Adoptar una clara voluntad de comprensión, respeto y defensa por la preservación del entorno cultural y económico del país (27).

Generosidad; Actuar con generosidad especial, sensibilidad y solidaridad particularmente frente a los niños, las personas de la tercera edad, nuestras etnias y las personas con capacidades diferentes y en especial todas aquellas personas que menos tienen (27).

Igualdad; Hacer regla invariable de actos y decisiones, el procurar igualdad de oportunidades para todos los mexicanos y mexicanas, sin distinción de edad, credo, raza, religión o preferencia política (27).

Respeto; Respetar sin excepción alguna, la dignidad de la persona humana, los derechos y las libertades que le son inherentes, siempre con trato amable y tolerancia para todos y todas las mexicanas (27).

Liderazgo; Promover y apoyar estos compromisos con ejemplo personal, abonando a los principios morales que son base y sustento de una sociedad exitosa, en una Patria ordenada y generosa (27).

## **Modelos de la Relación Médico Paciente**

### **1. Paternalista**

El médico dicta y el paciente pierde sus capacidades de decisión. El médico toma decisiones por lo tanto disminuye la dignidad del paciente. El médico es activo y el paciente es pasivo. Busca el beneficio del paciente. Se basa en la relación padre-hijo.

## 2. Mecánica

Se basa en los científicos puros (parecido al sistema de E.U.A.). Dista de la realidad porque se sustrae de los valores del paciente. Disminuye los valores del hombre. Es sistematizada. El médico presenta los hechos y el paciente toma todo tipo de decisión. El médico se torna un técnico de la medicina. El médico se protege de demandas.

## 3. Compartido

Se justifica en la confianza, hay una interacción médico paciente o interrelación humana. Hay similitud en el respeto y la dignidad. Se acerca a lo ideal. Se puede dar el caso de mucha confianza y pasarse de la raya.

## 4. De Compromiso

Se basa en el respeto mutuo, por lo tanto hay interacción. Va en contra de la abdicación del médico. Se evita que el paciente disminuya su dignidad y valores, por lo tanto lo favorece. Respeto de principios de autonomía, veracidad, realidad, por lo tanto, hay confianza.

### **Tipos de Relación Médico Paciente**

#### 1. Directa

El paciente selecciona o elige un médico. Se da más fácilmente la benevolencia, benedictencia, beneficencia y beneficencia.

#### 2. Indirecta

Exactamente lo contrario. Se presenta en un paciente que llega a un hospital. Se ve favorecido por la acción de los seguros médicos.

### **Ámbito de la Relación Médico Paciente**

Lugar (privacidad, higiene, ventilación, instalación, etc.). Comunicación (tipo de lenguaje, de hablar, palabras, etc.). Vestido (aspecto). Expresión (verbal). Expresión no verbal (actitud, incluye las facies del médico hacia el paciente)

## **Obstáculos de la Relación Médico Paciente**

Por parte del médico está, el costo de la consulta, el tiempo disponible, sus prejuicios, el aspecto del paciente y de la capacidad de comunicación que tenga el paciente.

Por parte del paciente está el nivel educativo, la capacidad económica, sus escrúpulos, el medio ambiente en que se desenvuelve, incluso su área geográfica y física de hábitat.

## **Problemas de la Relación Médico Paciente**

Deshumanización y despersonalización de la atención médica, aumento de la tasa de demandas, también es inversa; así como el médico dice “El paciente de la cama #12”, el paciente dice “El doctor de la clínica, consultorio #4, el cardiólogo, etc.”. Todo ello propicia la discriminación, la desconfianza y la individualización

## **Finalizantes de la Relación Médico Paciente**

Falta de colaboración del paciente o de los familiares. Interferencia, donde entra la familia y colegas. Emotividad física para atender al paciente. Reconocer los límites del médico

## **Mejorar la Relación Médico Paciente**

Reconocer la dignidad del paciente. Tratar al paciente como individuo con su historia, necesidades y deseos. Ponerse en el lugar del otro <sup>(28)</sup>.

**Consentimiento informado:** La relación médico paciente centrada en la persona, exige una información muchas veces difícil de equilibrar entre la información que agota todo tipo de complicaciones posibles y aquella que ayuda al médico incluso en la terapia buscada.

Por otro lado la habitual confusión entre un efecto adverso y una mala práctica impone que exista algún tipo de documento que en caso de conflicto legal certifique que la información se entregó de manera adecuada y oportuna. La particular realidad de la práctica ginecológica y obstétrica requiere de directrices claras al respecto <sup>(29)</sup>.

**Relación con empresas:** El actual modelo económico centrado en las leyes del mercado ha hecho peligrar muchas veces la necesaria libertad de los médicos para que sus decisiones busquen primariamente el bien para sus pacientes. Se ha hecho práctica habitual de empresas farmacéuticas y de aquellas fabricantes de equipos o insumos médicos, financiar viajes, estadías en el extranjero, proyectos de investigación u ofrecer directamente regalos a aquellos colegas que por su nivel jerárquico están en situación de inclinarse para uno u otro producto que suele producir ganancias a estas empresas. El límite a trazar entre lo debido y lo inadecuado es muchas veces difícil de discernir. Es necesaria una reflexión al respecto en nuestra Sociedad <sup>(29)</sup>.

**Conflicto de intereses:** Los médicos estamos cada vez más exigidos para realizar funciones que no sólo nos alejan de nuestro objeto principal, la salud de nuestros pacientes, sino que frecuentemente sirven a intereses opuestos que hacen peligrar ésta, nuestra principal obligación: médicos contralores de Instituciones de Salud Provisional, médicos contratados por Compañías de Seguros, que deben también servir a dichas empresas, muchas veces a través de información que reciben solamente por su calidad de médicos. Por otro lado el encarecimiento del equipamiento e instrumental médico, ha obligado a colegas a invertir para así poder ofrecer a sus pacientes las últimas tecnologías, transformándose en empresarios que deben financiar dichas inversiones con la solicitud de exámenes <sup>(26)</sup>. Es necesario entonces, establecer límites y directrices que ayuden a nuestros afiliados a resolver adecuadamente estos conflictos de intereses.

**Ética e Investigación:** Una particular forma de conflicto de intereses se materializa en el momento que un clínico decide realizar investigación en sujetos humanos. La bondad de la obtención de un conocimiento potencialmente útil para esos mismos u otros futuros pacientes, colisiona frecuentemente con la seguridad de ellos como sujetos de investigación. Todo esto agravado por los intereses de quienes muchas veces financian esos estudios.

Es indispensable entonces, establecer y respetar criterios para toda investigación en pacientes, que les garantice efectivamente la seguridad y libertad para participar en proyectos de investigación. Citando las palabras del Padre Roldan J. “Experimentar no significa una actividad sin barreras. El investigador no sirve a la ciencia como un ídolo ante el que deba sacrificarse todo. Sirve al hombre y a la comunidad humana y tiene como obligación inexcusable el respetar los derechos de aquel y de ésta”. Existe un código, el código de Nuremberg que en esencia recalca el consentimiento libre del sujeto, los resultados deben conducirse al bien o a resultados positivos, la experimentación debe ser bien definida, bien diseñada y basada en resultados positivos en animales, debe evitar la lesión, sufrimiento, deberá ser realizado bajo manos expertas y altamente capacitadas y destaca que durante el experimento el sujeto tiene el derecho a suspenderlo. Posteriormente la Asociación Mundial de Médicos creó la Declaración de Helsinki, que en esencia exige los mismos puntos del código antes mencionado, sumándole que debe ser realizado por un médico cualificado, requiere del consentimiento escrito del sujeto y divide la experimentación clínica de la terapéutica. México por medio de la Secretaría de Salud y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, aprobó el reglamento de la Ley General de Salud en materia de experimentación para la salud con fecha de 23 de Diciembre de 1986, que en general habla de lo mencionado anteriormente. La experimentación en humanos es un tema polémico, encuentra militantes dentro de lo que propone y así mismo encuentra enemigos. Nunca se podrá dejar de pensar que la medicina debe en gran parte sus avances a éste hecho, así como tampoco se podrá dejar de lado hablar de investigadores que empobrecen la experimentación en humanos, un ejemplo vivo es la experimentación que sufrieron miles de Judíos a manos de los científicos Alemanes.

**Situaciones límites:** La práctica clínica de la ginecología y obstetricia es fértil en situaciones donde el médico se enfrenta a decisiones que pueden afectar a no sólo uno sino que a dos o más pacientes. Casos como patologías maternas o fetales severas en embarazos únicos o múltiples, colocan al Gineco-obstetra en difíciles dilemas éticos con serias repercusiones legales. Debemos enfrentarlos con criterios claros que respeten los principios validados racionalmente.

## **Factores Socioeconómicos del Médico y su relación con la satisfacción de la paciente**

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 tiene una influencia que condiciona la conducta de las personas hacia determinados intereses donde no escapa el quehacer del médico. Los médicos, como todos los seres humanos, se comportan de acuerdo a patrones establecidos por aspectos genéticos y circunstanciales, dentro de éstos 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. Hablando particularmente del médico institucional podemos ejemplificar comentando el caso de aquel que comienza su consulta muy temprano y la continua incluso después de la 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, por que 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 grados? Fueron sin duda los aspectos sociales y económicos que invaden toda relación humana.

Basándose en lo referido, tal parece que existe un pasadizo invisible e invencible por donde el médico transita de una dimensión a otra donde cambia 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 los factores sociales y económicos que aborda la presente investigación en relación con el médico.

## El Nivel de Ingresos

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 a los médicos 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 se recibe una cantidad 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 <sup>(28)</sup>, el nivel de ingreso no depende 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 ésta 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 como estudiante. Al respecto Patchen <sup>(29)</sup> 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 la base de la remuneración, como en este caso sería el nivel educativo. Lo anterior sin duda nos permite recordar a Adams <sup>(30)</sup> 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 otra persona, establece un estado de disonancia, por lo que este 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 <sup>(31)</sup> que el dinero puede significar lo que el individuo desee, porque adquiere las características de mayor importancia al constituirse en un símbolo de poder. Por otra parte en estudios practicados con médicos que trabajan en el sector público, 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 <sup>(32)</sup>. Pese a dicha inconformidad , los médicos no expresan su deseo de abandonar el trabajo, evidentemente no solo por que les otorga una remuneración económica sino que también tienen el disfrute de determinadas prestaciones es especie que hablaremos más tarde.

### **La Satisfacción del Derechohabiente**

La satisfacción de la derechohabiente es una parte esencial del control de calidad que debe 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 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 sobre todo comprender lo que el paciente quiere, necesita y espera del servicio médico <sup>(33)</sup>.



Como podemos ver parte del estudio de satisfacción del paciente se centra evidentemente en la calidad de servicio otorgado que percibe éste, el cual se debe evaluar de acuerdo a Peterson en tres vertientes; las características físicas de la Institución, las características personales de prestador de servicio y la más importante, la satisfacción del usuario. Por su parte Donabedian <sup>(34)</sup> refiere que 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.

Las dimensiones de calidad aplicable 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 tecno científicas del prestador de servicios, pero lamentablemente se les olvido evaluar la satisfacción del paciente <sup>(35)</sup>, 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”* <sup>(33)</sup>.

Pero ¿Qué es la satisfacción del paciente? Para Donabedian es una medida de 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 control de 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 <sup>(34)</sup>. 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 el médico); y 3) comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del profesional).

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 se pueden circunscribir a un eje rector que agrupe todos estos intereses. Tengamos siempre presente que el nivel de satisfacción de un individuo es combinación que surge del nivel de aspiraciones, tensiones y necesidades, así como de los beneficios obtenidos por el ambiente.

Sabemos que para lograr la satisfacción del paciente convergen varios aspectos entre los que destacan los interpersonales, los afectivos, los emotivos y por su puesto los técnicos 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 al reflejar 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. 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 tiene 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 los satisfaga plenamente. Recordemos que el servicio médico es un intangible difícil de medir objetivamente, por tal motivo se requiere 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 multidisciplinarios 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 parra el buen funcionamiento de los Sistemas de Salud. 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 se está 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 alcanza latitudes que llegan a la propia esencia de la atención médica, a complacer al ser humano en toda su extensión. No obstante o 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 públicos estas expectativas generalmente se encuentran desvaloradas, no obstante en el caso particular del Centro Médico Nacional, donde las expectativas del paciente son muy altas.

Sus expectativas se encuentran determinadas por una serie de factores, incluyendo su expectativa 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 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 <sup>(35)</sup>;

Trato humano en la atención médica.

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 causa 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 necesarias

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 determinarán su satisfacción obtenida por el servicio médico otorgado identificando así los aspectos más valorados por los pacientes en cuanto a intereses personales.

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. 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.

## OBJETIVOS

---

### GENERAL:

Medir el grado de satisfacción de la usuaria del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro y medir el grado de relación que guarda con insatisfacción, queja y demanda, por medio de una encuesta aleatoria a un número determinado de pacientes.

### Objetivos específicos:

Medir la relación que existe entre la satisfacción, queja o demanda con el grado de información que le proporciona el médico a la paciente de su padecimiento, manejo y seguimiento.

Elaborar un modelo conceptual del sistema de monitoreo a aplicar, según las características mencionadas en el objetivo general.

Determinar los criterios para la selección de indicadores de la prestación de servicios en el servicio de ginecología y obstetricia.

Realizar una caracterización de los tipos de servicios, indicadores de las prestaciones de servicios de salud en ginecología y obstetricia que podrían ser comparadas por el conjunto de indicadores seleccionados.

## DISEÑO

---

Como material se utilizaron las opiniones objetivas vertidas en un formato preestablecido que las pacientes contestaron en simples reactivos y con una opinión abierta que se analizaron de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, captadas en el área del servicio de Ginecología y Obstetricia, hospitalizadas o en la consulta externa.

Estas opiniones fueron analizadas por el equipo asociado de médicos investigadores y asociados en contraste a los valores éticos, con sus aciertos y desaciertos que se detecten. Estos resultados se compararon con los valores bioéticos e indicadores del monitoreo de calidad de servicio del área de Ginecología y Obstetricia.

El diseño de la presente investigación fue no experimental debido a que no se manipularon 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 y un diseño transversal descriptivo, porque se realizaron observaciones en un momento único en el tiempo y se midieron variables de manera individual. Este tipo de diseño fue elegido puesto que es más natural y cercano a la realidad cotidiana.

La recopilación de datos se realizó por medio de las siguientes técnicas de investigación;

- 1) Observación directa dentro de la institución 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 relevantes para la reconstrucción y explicación de los fenómenos, en las condiciones que fueron consideradas.

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 utilizó un tipo de entrevista en la que se dio a conocer la satisfacción de los derechohabientes que permitió captar la información abundante y básica sobre el problema. Fue realizada y diseñada tomando en cuenta los siguientes criterios;

- 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 paciente que entro a la consulta o estuvo hospitalizada en el servicio de ginecología y obstetrica del Hospital Dr. Darío Fernández Fierro, 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.1) Manual de evaluación de la calidad de la atención médica del sistema nacional de evaluación.
  - a.2) Investigación sobre satisfacción de usuarios de servicio médicos realizados por Wolf M., Ress L. y Linder S.

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

El diseño de la entrevista se integró por datos demográficos de los derechohabientes dentro de los que destaca la información proporcionada por el profesional de la salud en cuanto a su enfermedad; 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 proporcionan dos alternativas de repuesta tipo Likert (si o no) a las cuales se les asignó un valor del 1 al 5. Finalmente se añadió un comentario a libre desarrollo que completaba los tiempos de espera tanto en el otorgamiento de la cita médica, como en el generado en aguantar la atención por parte del médico.



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 las variables.

Los anteriores instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto practicada tanto a derechohabientes como pacientes del medio particular 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.

Tipo de investigación:

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 Relación Médico Paciente, observamos que no han sido abordados con antelación. Al observar la lectura existente, se observó y comprobó que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio.

Es un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, abierto, clínico y transversal.

Tamaño de la muestra.

Se proporcionó a las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro un formato que contestó en simples preguntas y una de opinión, que en número fue de 200 pacientes.

Criterios de inclusión.

Dentro de los criterios de inclusión proponemos que todos los formatos sean analizados, ya que las opiniones de las pacientes son valiosas para monitorear la calidad del servicio del área de ginecología y obstetricia.

#### Criterios de exclusión.

Se excluirá de la investigación toda aquella entrevista que no halla sido contestada o que de alguna forma la letra sea ilegible en cuanto a la opinión sin embargo, las respuestas son concretas por lo que casi todos los formatos serán analizados.

#### Criterios de eliminación.

Se eliminarán todas aquellos formatos que no contengan valor real de análisis como serán aquellos que no contengan un texto o que la escritura sea ilegible.

## RESULTADOS

---

En el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, abierto, clínico y transversal, mediante la aplicación de un cuestionario a 200 pacientes, sobre insatisfacción, queja o demanda de la atención recibida en dicho servicio.

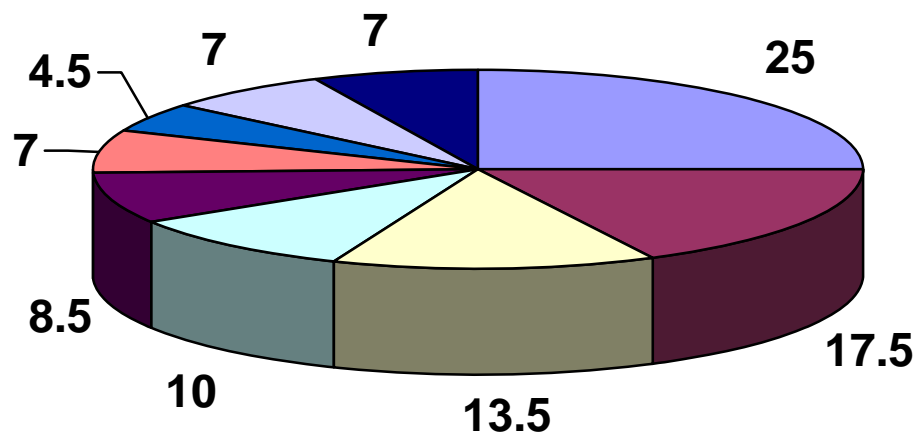
Aplicando la prueba de  $\chi^2$  como forma de análisis estadístico con un grado de libertad para obtener un nivel de confianza del 95%, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la insatisfacción manifestada por parte de la paciente en cuanto a la relación Médico-Paciente, así como con la información proporcionada por el médico, ni con los resultados obtenidos, ya que para las tres variables independientes se encontró una  $p > 0.05$ .

Evaluando la variable queja, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la queja en cuanto a la relación Médico-Paciente, con la información proporcionada o a los resultados obtenidos, obteniendo así mismo una  $p > 0.05$ .

En cuanto a la variable demanda, tampoco existió una diferencia estadísticamente significativa, ya que finalmente se obtuvo una  $p > 0.05$ , con la relación Médico-Paciente, información y resultados.

CAUSAS DE INCONFORMIDAD		
Causa	n=	%
Insatisfacción por información	50	25
Insatisfacción por relación Médico-Paciente	35	17.5
Insatisfacción por resultados	27	13.5
Queja por información	20	10
Queja por relación Médico-Paciente	17	8.5
Queja por resultados	14	7
Demanda por información	9	4.5
Demanda por relación Médico-Paciente	14	7
Demanda por resultados	14	7
Total	200	100

## CAUSAS DE INCONFORMIDAD



- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| ■ Insatisfacción por información     | ■ Insatisfacción por relación Médico Paciente |
| ■ Insatisfacción por resultados      | ■ Queja por nformación                        |
| ■ Queja por relación Médico-Paciente | ■ Queja por resultados                        |
| ■ Demanda por información            | ■ Demanda por relación Médico Paciente        |
| ■ Demanda por resultados             |   |

VALORES OBSERVADOS	VALORES ESPERADOS

		INSATISFACCION					INSATISFACCION		
INFORMACION		SI	NO		INFORMACION		SI	NO	
	SI	11	3	14		SI	10.92	3.08	14
	NO	28	8	36		NO	28.08	7.92	36
		39	11	50			39	11	50

0.102<3.84	p>0.05	Se acepta hipótesis de nulidad
------------	--------	--------------------------------

VALORES OBSERVADOS					VALORES ESPERADOS				
		INSATISFACCION					INSATISFACCION		
RELACION MEDICO/ PACIENTE		SI	NO		RELACION MEDICO/ PACIENTE		SI	NO	
	SI	8	4	12		SI	9.94	2.06	12
	NO	21	2	23		NO	19.06	3.94	23
		29	6	35			29	6	35

1.859<3.84	p>0.05	Se acepta hipótesis de nulidad
------------	--------	--------------------------------

VALORES OBSERVADOS					VALORES ESPERADOS				
		INSATISFACCION					INSATISFACCION		
RESULTADOS		SI	NO		INFORMACION		SI	NO	
	SI	7	3	11		SI	7.04	2.96	11
	NO	12	5	17		NO	11.96	5.04	17
		19	8	27			19	8	27

0.163<3.84	p>0.05	Se acepta hipótesis de nulidad
------------	--------	--------------------------------

VALORES OBSERVADOS					VALORES ESPERADOS				
--------------------	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--

INFORMACION	QUEJA				INFORMACION	QUEJA			
		SI	NO				SI	NO	
	SI	5	3	8		SI	6	2	8
	NO	10	2	12		NO	9	3	12
	15	5	20		15	5	20		

0.278<3.84	p>0.05	Se acepta hipótesis de nulidad
------------	--------	--------------------------------

VALORES OBSERVADOS					VALORES ESPERADOS				
RELACION MEDICO/ PACIENTE	QUEJA				RELACION MEDICO/ PACIENTE	QUEJA			
		SI	NO				SI	NO	
	SI	3	2	5		SI	3.53	1.47	5
	NO	9	3	12		NO	8.47	3.53	12
	12	5	17		12	5	17		

0.001<3.84	p>0.05	Se acepta hipótesis de nulidad
------------	--------	--------------------------------

VALORES OBSERVADOS					VALORES ESPERADOS				
RESULTADOS	QUEJA				RESULTADOS	QUEJA			
		SI	NO				SI	NO	
	SI	1	2	3		SI	1.93	1.07	3
	NO	8	3	11		NO	7.07	3.93	11
	9	5	14		9	5	14		

0.339<3.84	p>0.05	Se acepta hipótesis de nulidad
------------	--------	--------------------------------

VALORES OBSERVADOS	VALORES ESPERADOS
--------------------	-------------------

INFORMACION	DEMANDA				INFORMACION	DEMANDA			
		SI	NO				SI	NO	
	SI	1	3	4		SI	1.78	2.22	4
	NO	3	2	5		NO	2.22	2.78	5
	4	5	9		4	5	9		

0.141 < 3.84	p > 0.05	Se acepta hipótesis de nulidad
--------------	----------	--------------------------------

VALORES OBSERVADOS					VALORES ESPERADOS				
RELACION MEDICO/ PACIENTE	DEMANDA					DEMANDA			
		SI	NO				SI	NO	
	SI	2	4	6		SI	1.71	4.29	6
	NO	2	6	8		NO	2.29	5.71	8
	4	10	14		4	10	14		

0.066 < 3.84	p > 0.05	Se acepta hipótesis de nulidad
--------------	----------	--------------------------------

VALORES OBSERVADOS					VALORES ESPERADOS				
RESULTADOS	DEMANDA					DEMANDA			
		SI	NO				SI	NO	
	SI	2	4	6		SI	2.57	3.43	6
	NO	4	4	8		NO	3.43	4.57	8
	6	8	14		6	8	14		

0.006 < 3.84	p > 0.05	Se acepta hipótesis de nulidad
--------------	----------	--------------------------------

## DISCUSION

---

Con los resultados obtenidos y analizados, podemos darnos cuenta que la atención proporcionada por parte del personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia de nuestro hospital es aceptable ya que a pesar de existir inconformidades en cuanto a la atención proporcionada evaluada en nuestro estudio con la información, relación médico y paciente y demanda los resultados estadísticos nos hablan que éstas variables no han tenido un impacto tan trascendente como para concluir que la paciente se encuentra inconforme con el servicio.

Aún analizando a través de frecuencias relativas más alta que en este caso fue la insatisfacción por la información proporcionada por el médico, no se encontró aún así que este influya de forma tan fuerte para evaluar como mala nuestra atención

A pesar de esto no debemos caer en el conformismo, ya que sabemos, falta mucho por hacer, por elevar la calidad de atención a nuestras derechohabientes, haciendo énfasis en el aspecto de la información y relación Médico-Paciente, ya que éstos dos rubros dependen en gran medida de cada uno de nosotros.



## CONCLUSIONES

---

1. La causa más frecuente de inconformidad por parte de las pacientes de Ginecología y Obstetricia es la insatisfacción por la información ocupando un 25% del total.
2. No existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la insatisfacción manifestada en debido a la información. Relación Médico-Paciente y los resultados obtenidos
3. No existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la queja manifestada debido a la información, relación Médico-Paciente y los resultados obtenidos.
4. No existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la demanda manifestada debido a la información, relación Médico-Paciente y los resultados obtenidos.

## REFERENCIAS

---

1. Uribe Elías R. El Papel del Médico como Educador. En Reflexiones sobre Educación Médica. Secretaría de Salud. México. 1990; 641-52.
2. Uribe Elías R. El Ejercicio Profesional y la Enseñanza. Rev Fac Med Mex 1980; 23: 2.
3. Uribe Elías R. La Función Social del Médico. Rev Fac Med Mex 1982; 26: 177.
4. González Valenzuela J. Reflexiones éticas en torno al Genoma Humano. Derecho y Cultura. Inv. 2001-Prim. 2002.5-Academia Mexicana para el Derecho, la Educación y la Cultura A.C. México. 2002; 5: 43-51.
5. Cain JM. The ethical and Medical consequences of violence against women. Int J Gynec Obstet 1996; 54: 97-100.
6. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de la Lengua Castellana. Ed. Sopena Buenos Aires. 1949.
7. Meadows DH, Meadows DL, Rinders J, Behrens III W . Los límites del crecimiento. Fondo de Cultura Económica. México. 1972, 32.
8. Sugg NK, Ihui T. Primary care Physicians's response to domestic violence. Opening Pandora's Box. JAMA 1992; 267: 3157-60.
9. Fathalla MF. Women's health on overview. Int J Gynecol Obstet 1994; 46: 105-18.
10. Cook RJ, Dickens BM. Considerations for formulating Reproductive Health Law. 2nd. Ed. WHO. 2000 Occasional Papers.

11. International Planned Parenthood Federation. Charter on Sexual and Reproductive Rights. IPPF. 1996.
12. Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. CEDAW. Text. International Human Rights in context. Law, Politics Morals 2nd. Ed. Henry J. Steiners & Philip Alston Oxford University Press. 2000; 1402-1409.
13. Parker B, Mc Farlane JJ, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in Adult and Teenage Women. Obstet Gynecol 1994; 84: 323-8.
14. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. The Role of the Pediatrician in recognizing and intervening on behalf of Abused Women Pediatrics 1998; 101: 1091-2.
15. ACOG. Educational Bulletin. Domestic Violence. Int J Gynecol Obstet 2000; 71: 79-87.
16. Reporte México. 4<sup>a</sup>. World Conference on Women. Bejin + 5. June 2000.
17. Cook R. Where Next with Human Rights Women's Reproductive and Sexual Health? Seminar on Gender and Health Policy. Mexican Minisatry of Health SSA. UNIFEM, UNFPA, UNICEF, PAHO, México 2001.
18. Cook R, Decken BM. Recognizing adolescent's "evolving capacities" to exercise choice in reproductive health care. Int J Gynecol Obstet 2000; 70: 13-21.
19. Ministerio da Saude, Brasilia. Prencao e tratamento dus AGRAVOS resultantes da Violencia Sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica 1<sup>a</sup>.Ed. Brasilia. 1992.
20. Uribe Elías R. Mujer Gestante y Lactante. Asistencia Materno Infantil en Reflexiones sobre Educación Médica. Secretaría de Salud. México, 1990; 667-81.

21. McCullough LB, Chervenak FA. Ethics in Obstetrics and Gynecology. Oxford University Press. New York. 1994; 133-63.
22. Beauchamp TL, McCoullough LB. Third party Interest's en Contemporary Issues in Bioethics Ed. T.L. Beauchamp y Le Roy Walters. 3<sup>a</sup>. Ed. Wadsworth Publ. CO.1989; 348-57.
23. Deckens BM, Cook RJ. Law and Ethics in conflict over confidentiality? Int J Gynecol Obstet 2000; 70: 385-91.
24. Wong VCW. The Responsibility of the profession in Women's Health Today. Perspectives in Current Research and Clinical Practice. Ed. D.R. Popkin & L.J. Peddle. Montreal the Parthenon Publ. Co. New York. 1994; 359-65.
25. FIGO Committee Report. FIGO Committee for Ethical aspects of Human Reproductive and Women Health. Int J Gynecol Obstet 1999; 66: 301-3.
26. La Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología y el Desafío Ético. Una propuesta para un adecuado enfrentamiento. Dr. Mauricio Besio R. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Centro de Bioética. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
27. [www.gobernación.gob.mx](http://www.gobernación.gob.mx)
28. Citado por Barrios López en: "Factores Psicosociales que determinan el binomio satisfacción productividad en el trabajo", Tesis Licenciatura (Licenciado en Psicología), UNAM 1994.
29. Schultz, Duane P. "Psicología Industrial", McGraw-Hill, México, 1991.

30. Citado por Cruz Velasco en: "Satisfacción laboral en México y su relación con la calidad en la atención a los usuarios", Tesis Licenciatura (Licenciado en Psicología), UNAM, 1999, PP. 66-67.
31. Sánchez y Quiroga. "Patrones de Insatisfacción laboral y atribución de causa", Revista Mexicana de Psicología, V-15, No 2, México, 1998.
32. Cantú Delgado, Humberto. #Desarrollo de una cultura de calidad", McGraw-Hill Interamericana, México, 1997.
33. Donabedian, Avedis. "Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: Un texto introductorio", INSP, México, 1990.
34. Bruce, J. "Elementos fundamentales de la calidad de la atención", Documentos de trabajo, Num 21, Population Council/INOPAL, México, 1998.
35. 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, pp. 34 y 35.
36. Blum, milton L. "Psicología Industrial", trillas, México, 1997.