

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 IMSS**

**INFLUENCIA DE LA RELACION MEDICO
PACIENTE EN LAS QUEJAS MEDICAS EN DOS
UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

**T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
DRA. MARIA DEL ROSARIO GOMEZ CARRILLO**

**ASESOR
DR. ANTONIO MORALES GOMEZ**

MEXICO. D.F.

Febrero 2008



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.

**INFLUENCIA DE LA RELACION MEDICO
PACIENTE EN LAS QUEJAS MEDICAS EN DOS
UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

**Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en
Medicina Familiar**

PRESENTA

DRA. MARIA DEL ROSARIO GOMEZ CARRILLO

A U T O R I Z A C I O N E S

DRA. ALICIA GARCIA GONZALEZ
Profesora Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar para Médicos Generales en la
Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS

DR. ANTONIO MORALES GOMEZ
Asesor Metodología y del Tema de Tesis
Jefe del Área de Investigación Educativa y
Promoción Académica

DR. JOSE ANTONIO MATA MARTINEZ
Director de la U.M.F.21

Febrero 2008

**INFLUENCIA DE LA RELACION MEDICO
PACIENTE EN LAS QUEJAS MEDICAS EN DOS
UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

**Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en
Medicina Familiar**

PRESENTA

DRA. MARIA DEL ROSARIO GOMEZ CARRILLO

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
Coordinador de Investigación del Departamento de
Medicina Familiar
Facultad de Medicina U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
Coordinador de Docencia del Departamento de
Medicina Familiar
Facultad de Medicina U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS y DEDICATORIAS

A DIOS PRESENCIA ENTERNA EN NUESTRAS VIDAS

HUGO EDUARDO

El mejor hijo que Dios me pudo dar. Por el impulso y la ayuda que me brindo durante estos tres años, espero que esta tesis lo estimule a continuar estudiando y a no cesar en el intento.

A MI MADRE

Una gran madre de la cual siempre he tenido su apoyo y amor incondicional. Mi amor y respeto siempre.

DR. ANTONIO MORALES GOMEZ

Quien me enseñó a no temer a la investigación, Gracias por su ayuda y paciencia.

DRA. ALICIA GARCIA GONZALEZ

Gracias por el estímulo la ayuda y la dedicación y para que lográramos terminar la especialidad.

A LAS AUTORIDADES DE Hs.PS./ U.M.F. 10

Por el apoyo recibido para lograr el diploma de especialista en Medicina Familiar.

DRA. ANGELICA LOPEZ UZCANGA

Directora de la U.M.F. 15 por su colaboración para realizar la prueba piloto, siendo en ese entonces Directora de la U.M.F. 4, además por su amistad.

DR. ATENODORO VALENCIA BAÑOS

Coordinador Técnico de Integración y Desarrollo Social del DIF; quien me apoyo en la elaboración de los instrumentos de evaluación. Además de su amistad y ayuda y cariño, mil gracias.

DR. JORGE URRUTIA POSADA

Por su colaboración y ayuda. Y por el gran apoyo y cariño recibido siempre.

SRA. ANA LILA GAYTAN MANZANILLA

Por su ayuda para realizar las encuestas de las pruebas piloto, además de su amistad y cariño.

SRA. MERCEDES VILLEGAS VAZQUEZ

SRA. GLORIA SANTILLAN MONDRAGON

SRA. BEATRIZ JIMENEZ MEZA

Asistentes Médicas que estuvieron conmigo durante estos tres años, y que recibieron los embates de los pacientes cuando salía a clases, mil gracias.

DRA. ROSALIA DINORIN SALAZAR

DR. ALBERTO QUINTANA SANCHEZ

DRA. ELIZABETH MENDOZA VASQUEZ

Por la amistad que durante todos estos años me han brindado.

A TODOS LOS MAESTROS

Sin los cuales no hubiera logrado llegar hasta el final.

A LOS TODOS PACIENTES

Para los cuales trabajamos.

1.- INDICE

Antecedentes y Marco teórico	2
Planteamiento del problema	6
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Diseño Metodológico	7
Criterios de Selección	8
Variables de Estudio	9
Metodología	10
Diseño Estadístico	10
Ámbito Geográfico	11
Características de los grupos de estudio	11
Recursos de Estudio	11
Prueba de Campo o Ensayo	11
Consideraciones Éticas	12
Consideraciones de las Normas e Instructivos Institucionales de Investigación Clínica	12
Difusión de los Resultados	12
Estrategia para la aplicación de los instrumentos de evaluación (INENME e INENPA) y Resultados	13
Descripción y Análisis de los resultados obtenidos	19
Discusión de los Resultados	24
Conclusiones	26
Anexos	27
Bibliografía	35

2.- INTRODUCCION

Desde que el hombre primitivo, sintió por primera vez los sufrimientos de una enfermedad, recurrió a un semejante en busca de ayuda, éste trató de ofrecérsela según sus posibilidades. Con el tiempo, surgió dentro del grupo alguien que por vocación, características personales o designación del colectivo, se especializó en materia de salud y comenzó a incrementar su arsenal terapéutico.

Si bien la relación médico paciente es tan antigua como la medicina, no fue hasta una época relativamente reciente que ha sido abordada de modo integral y formal. Al inicio de la practica medica la relación médico paciente era de paternalismo en donde el médico decía y decidía el tratamiento a seguir en sus pacientes, de esto existen narraciones desde la época primitiva y de la también llamada cristiana.

En su interacción con otros seres humanos, el hombre establece diferentes tipos de relaciones, algunas de carácter superficial, y otras de carácter mas complejas; en la época de Hipócrates, evoluciona de una forma tan significativa que conlleva a convertir al médico como una figura de autoridad, en la cual, los pacientes solicitaban su opinión no solo en los aspectos de salud sino también en la relación de su dinámica familiar.

La práctica médica en occidente principia en Grecia en la época de Hipócrates. De su mitología proceden Apolo, dios de la medicina, su hijo Esculapio y los cuatro hijos de éste que simbolizan las principales ramas de la Medicina: Hygieya (higiene preservadora de la salud), Panacea (la que cura, el remedio de las enfermedades), Macaon que practicaría la cirugía y Podalirio que ejercería lo que hoy llamaríamos Medicina Interna¹. Con Esculapio se iniciaría una filosofía naturalista en la búsqueda del principio energético de toda creación, el soplo divino de la creación bíblica, filosofía que encontraría una realidad tangible en Hipócrates (460-355 a.C.), el llamado padre de la medicina occidental, descendiente por vía directa de Esculapio y que representa el origen de la transmisión laica de los conocimientos médicos.

En el Corpus Hipocráticum, texto en parte escrito por el propio Hipócrates y en parte por sus seguidores, se dota a la medicina de un método racional y experimental basado en sucesivas etapas del examen clínico: inspección, olfacción, auscultación, anamnesis y palpación, su actuación fundamentada en el principio "vis medicatrix naturae" según el cual, sería necesario favorecer las condiciones propicias para que la naturaleza actuara favoreciendo la propia capacidad de reacción del organismo, no oponiéndose a dicha tendencia natural, "primun non nocere" y sabiendo abstenerse cuando la enfermedad no tuviera curación. Toda actuación médica debía ir enfocada a un tratamiento de la totalidad del ser humano, tanto en su esfera física y psíquica como de los elementos del entorno, genero de vida, normas higiénicas, etc., o sea bajo el principio de la individualización. El Juramento Hipocrático debía tutelar la relación médico-paciente.

Esta actuación filantrópica demandaba del médico misericordia, humanidad y hacer propia la preocupación por el dolor ajeno, donde hay amor el "Arte" (de la Medicina) hay amor al hombre. Estos principios de la tradición médica se conservaron inmutables a través de los siglos, a pesar de los avances y retrocesos que las sucesivas transformaciones históricas fueron ilustrando a la Medicina Occidental hasta la llegada del Renacimiento con Galeno^{2 3}.

Queriendo restaurar la antigua dignidad del médico, de la cual Hipócrates fue su mas significativo ejemplo, Galeno decía que los médicos de su tiempo habían dado la espalda y olvidado a Hipócrates y les hacia tres gravísimas acusaciones; ignorantes, corruptos y estar absurdamente divididos⁴.

Según Galeno la ignorancia de los nuevos médicos consistía sobre todo en que no poseían el conocimiento metódico de la naturaleza del cuerpo humano. Por esta razón, no sabían distinguir las enfermedades según su género y especie, ni tampoco poseían claras nociones de lógica, sin la cual no se hacen diagnósticos. Consideraba que ignorando estas cosas, el arte médico se torna solo en una práctica empírica (sic). La corrupción de los nuevos médicos (sic) estaba dada por entregarse a la lujuria, por la sed insaciable de dinero y por ser perezosos, vicios estos que confunden la mente y la voluntad⁵.

La primera llamada de la tradición vendría casi violentamente de la mano de Paracelso (1493-1541). Tras el patrón intelectual de la Edad Media y en el seno de un descrédito y una bochornosa corrupción de médicos y farmacéuticos, Felipe Aureolo Teofrasto Bombasto von Hoheheim, el llamado Paracelso, planto cara a dogmatismo inmovilista de la Medicina Oficial renegando de la herencia galenita, cuyos libros quemó públicamente, y reivindicó los principios mas genuinamente hipocráticos.

Este médico suizo, retomo los elementos más primitivos de la tradición médica occidental, con un extraordinario compromiso ético con el enfermo basado en el amor, la caridad y la compasión y entendió el ejercicio de la Medicina como una actividad casi sacerdotal. Nuevos tiempos habían de llegar que cambiarían radicalmente la lenta evolución del pensamiento humano, entre ellos el descubrimiento de América. En el México Tlazolteotl en el altiplano mexicano, nos recuerda las termas y el temascal que purificaban al enfermo mientras los sacerdotes oraban ante la divinidad, los resultados de la intervención de la medicina dependían de la evolución natural de las enfermedades y del efecto que pudiera resultar de la interacción médico paciente. La relación tenía un aspecto claramente místico y actualmente se diría que el médico intervenía como un verdadero sacerdote al que tenía un alto grado de confianza⁶. Recién conquistado nuestro país, el ayuntamiento de México nombro protomédicos que además de vigilar la profesión aplicaban sanciones.

El libro del Real Protomedicato, traducido por el Dr. José Luís Soberanes, menciona que en México se nombraron protomédicos. El Virrey Marqués de Villamanrique desde España mando un protomédico, sin embargo el Ayuntamiento de México no lo aceptó, toda vez que éste tenía la facultad de nombrar al protomédico y no España.

Acompañando a Cristóbal Colón llegó a México un médico de nombre Pedro López, designado protomédico por la Corona en España, pretendía ejercer dicha profesión, sin embargo el ayuntamiento no lo aceptó porque el nombramiento era anterior a la Conquista, y estaba llegando después. No obstante se puede considerar que fue el primero que ostentó el papel de protomédico en México, pero hubo tantos problemas que se acabó el Protomedicato en México⁷.

El tribunal continuaba en su tarea consultiva y moralizadora; fijaba aranceles y examinaba a los médicos graduados que habían practicado con algún facultativo reputado. En diciembre de 1804 ofició el Ilustre Ayuntamiento al Capitán General para que éste se dirigiese al Protomedicato "por las malas condiciones que se notan a causa de no dar los médicos conocimientos a la Justicia oportunamente de los de tisis y otras enfermedades contagiosas como deben y obligan las Leyes".

El Tribunal agasajó a Balmis con su primera expedición española para propagar la vacuna que era tomada de pus y aplicaban. En 1806 intervino en la primera importación de hielo de EE.UU. En 1897 tomó medidas contra la epidemia de influenza, y la de viruela del año siguiente. Todos estos aspectos se fueron disminuyendo conforme la medicina avanzó y así tenemos como antecedentes que las primeras demandas médicas que se conocen fueron a finales del siglo XIX donde vemos que los pacientes llegan a tomar decisiones sobre el tratamiento que se les indica llegando a negarse a seguir su tratamiento⁸.

La relación médico paciente ha sufrido transformaciones importantes derivadas de los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas, esto se ha visto influido por los avances científicos, la acelerada carrera a la tecnificación y la masificación, lo que ha propiciado el aumento en las demandas por posible negligencia o impericia. Estos antecedentes tienen su inicio en la época de las cuarentas con la aparición de los sistemas nacionales de salud y la medicina institucional.

Entre los factores que intervinieron en la génesis de la relación médico paciente en México según el trabajo realizado por Carlos Tena Tamayo y col. de la Conamed se encuentra el desconocimiento de los derechos y obligaciones de los actores de dicha relación⁹.

La relación médico paciente según Acosta y Sariago es la capacidad de relacionarse con otros hombres en el propio proceso de creación de bienes materiales y espirituales. Este tipo de relación enfrenta al hombre a relaciones diversas que le crea la necesidad de adoptar las conductas que se consideran las más apropiadas o más dignas de ser cumplidas, según el consenso general del colectivo social al que pertenecen¹⁰.

Es así como Jinich entiende la relación médico-paciente, en su acepción más amplia, como el variadísimo conjunto de interacciones que tienen efecto entre uno y otro.

Se establece desde el momento (o aun antes) en que la persona que se siente o se cree enferma acude en demanda de ayuda a la persona que, por su dominio de la técnica (conocimientos, destrezas y habilidades) por su vocación, ofrece ayuda. Puede variar, sin duda, desde un trato impersonal y frío hasta alturas sublimes de empatía y amor médico¹¹.

En opinión de Comas-Viñas la relación médico-paciente es una relación constante, siempre está en revisión debido a que es un binomio dinámico, cambiante, influido por cada uno de sus integrantes e insertado en un medio que lo afecta¹².

El 4 de Junio de 1996 se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, las quejas de esta naturaleza eran tramitadas y resueltas antes por la Comisión Nacional de Derechos Humanos que hasta ese entonces eran de 2 386 expedientes de quejas.¹³

La queja es una expresión de dolor, pena o sentimiento. Resentimiento o Querrela.¹⁴ En tanto la queja medica es aquella que se emite por un acto de inconformidad.¹⁵¹⁶

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad, a nivel mundial y en nuestro país, la relación médico-paciente se ha deteriorado y se ha visto un aumento de las quejas médicas que se presentan aunque no existen estadísticas confiables. Únicamente la CONAMED órgano que fue creado en el año de 1996 en forma desconcentrada de la Secretaría de Salud ha presentado algunos trabajos con informes de casos en los que ellos han llegado a intervenir, en el año 2003 refieren que recibieron 6 mil 336 demandas que concluyeron a través de la conciliación y el arbitraje o a través de un dictamen médico pericial. Del total de asuntos atendidos en la comisión, más de 24 mil 600 desde su creación hasta octubre del 2001 se encontró que el 56 % de los casos se atendieron vía asesoría y gestión, el 44 % mediante conciliación y arbitraje¹⁷.

En las Unidades de Medicina Familiar 21 y 10 las quejas que reciben los Jefes de Departamento Clínico son muchas y de diversos tipos y no todas ellas trascienden a otras instancias, se procura dar solución en ese instante y estas son las que nos ocuparan en el presente estudio de investigación.

Tomando en cuenta lo anterior me hago la siguiente pregunta de investigación
¿Influye la relación médico-paciente en la generación de quejas médicas en las Unidades de Medicina Familiar No. 10 y 21?

4.- OBJETIVO GENERAL

Evaluar la influencia de la relación médico-paciente sobre las quejas en las Unidades de Medicina Familiar No. 10 y 21 del Distrito Federal.

5.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar los factores que influyen en el Médico Familiar para que se generen quejas.

Identificar que factores propician que el paciente se queje del Médico Familiar.

6.- DISEÑO METODOLOGICO

6.1 Tipo de estudio:

Es un tipo de estudio descriptivo y transversal, por que es una sola medición. Observacional por que se observa el comportamiento de las quejas y Retrospectivo porque se realiza con los datos existentes.

6.2 Tamaño de la Muestra:

Se tomaran en cuenta todas las quejas médicas que se hayan generado en las Unidades de Medicina Familiar 10 y 21 de la Delegación Sur del Distrito Federal, en los años 2004 y 2005.

4.- OBJETIVO GENERAL

Evaluar la influencia de la relación médico-paciente sobre las quejas en las Unidades de Medicina Familiar No. 10 y 21 del Distrito Federal.

5.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar los factores que influyen en el Médico Familiar para que se generen quejas.

Identificar que factores propician que el paciente se queje del Médico Familiar.

6.- DISEÑO METODOLOGICO

6.1 Tipo de estudio:

Es un tipo de estudio descriptivo y transversal, por que es una sola medición. Observacional por que se observa el comportamiento de las quejas y Retrospectivo porque se realiza con los datos existentes.

6.2 Tamaño de la Muestra:

Se tomaran en cuenta todas las quejas médicas que se hayan generado en las Unidades de Medicina Familiar 10 y 21 de la Delegación Sur del Distrito Federal, en los años 2004 y 2005.

6.3 Población:

Médicos familiares y derechohabientes de las Unidades de Medicina Familiar no. 10 y 21 que han tenido alguna queja médica.

Tanto en la UMF 21 y 10 el 70 % aproximadamente son Médicos Especialistas en Medicina Familiar y el 30 % tienen otra especialidad o son Médicos Generales y tienen población adscrita en un consultorio. Esta población adscrita generalmente es de clase socioeconómica media en su mayoría. Las quejas que fueron generadas en el 90 % fueron realizadas por población femenina.

7. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.1 De inclusión:

- Médicos familiares que hayan estado involucrados en alguna queja médica durante los años 2004 y 2005.
- Derechohabientes que se quejaron de su médico familiar en los años 2004 y 2005.

7.2 De Exclusión:

- Médicos que se hayan jubilado.
- Médicos que hayan cambiado de adscripción.
- Médicos que hayan sido liquidados.
- Médicos que hayan fallecido.
- Derechohabientes que hayan fallecido.
- Derechohabientes que no se localicen.

7.3 De Eliminación:

- Médicos Familiares y Derechohabientes que decidan no participar en el estudio.
- Médicos familiares y Derechohabientes cuyos instrumentos de medición no hayan sido contestado en un 90 % de su contenido.

8.- VARIABLES DE ESTUDIO

8.1 Independiente:

Relación médico-paciente.

8.1.1 Definición conceptual:

Es el variadísimo conjunto de interacciones que tienen efecto entre uno y otro. Se establece desde antes o en que la persona se siente o se cree enferma y acude o demanda ayuda a la persona que la ofrece¹⁸.

8.1.2 Definición operacional:

Actitud; forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetos o metas. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado^{19 20}.

Respeto; Sentimiento o actitud deferente o sumisa con que se trata algo o a alguien, en razón de su autoridad, edad, merito, sentimiento que lleva a reconocer los derechos, la dignidad, decoro de una persona o cosa y abstenerse de ofenderlos²¹.

Empatía; Capacidad que tiene el individuo para identificarse y compartir las emociones o sentimientos, por haber experimentado esa misma situación o tener conocimiento del mismo. La empatía se diferencia de la simpatía en que ésta sitúa la fusión afectiva a un nivel más intenso. La empatía es la base esencial para la formación de la conducta altruista y moral. Es también indispensable para la identificación y comprensión psicológica de los demás, ya que supone la penetración de una conciencia A en otra conciencia B²²²³.

Autocrítica: Crítica que hace alguien de si mismo y en especial un autor de su obra²⁴.

8.2 Dependiente:

Quejas médicas.

8.2.1 Definición conceptual:

Queja es aquella que se emite por algún acto de inconformidad²⁵.

8.2.2 Definición operacional:

Expresión de dolor, pena o sentimiento. Resentimiento. Querrela²⁶.
Queja que se haya hecho por escrito y que haya estado registrada en la Jefatura de Departamento Clínico.

Ver anexo 1

9.- METODOLOGIA

Para la realización de este estudio se pedirá el apoyo a los Directores de la UMF 21 y 10 para obtener las quejas que se generaron en los años 2004 y 2005., de estas se tomaran las que tengan los datos completos de los pacientes. Se acudirá al domicilio de los pacientes y se les solicitara el llenado de los instrumentos de encuesta informándoles que son confidenciales y fueron tomados al azahar como usuarios de las unidades para el llenado de los mismos. Así mismo se acudirá con los Médicos Familiares de los cuales los derechohabientes se quejaron para el llenado de los instrumentos de encuesta, también se les dirá que son confidenciales y que fueron seleccionados al azahar. Todos los instrumentos no llevaran nombre ni número de consultorio. Una vez teniendo todos los instrumentos se llevara a cabo el tratamiento estadístico y el análisis de los resultados para su consideración y publicación.

10.- DISEÑO ESTADISTICO

- Para la confiabilidad del instrumento de medición se realizara:
La prueba Kuder Richardson.

- U de Mann Whitney; se utilizará para comparar dos grupos independientes.

- Prueba de correlación; Como su nombre lo indica, se vera si hay correlación entre las respuestas del médico y el paciente.

Se tomara la escala de 0-1.

- a) 0 no hay correlación
- b) 1 o cercano al 1 hay correlación.

11.- AMBITO GEOGRAFICO

Este proyecto se llevara a cabo en la Unidad de Medicina Familiar 10 ubicada en Calzada de Tlalpan 931 colonia Niños Héroes de Chapultepec, Delegación Benito Juárez D. F. y en la Unidad de Medicina Familiar 21 ubicada en Francisco del Paso y Troncoso 281 colonia Jardín Balbuena Delegación Venustiano Carranza, D. F.

12.- CARACTERISTICAS DE LOS GRUPOS DE ESTUDIOS

Dentro de las características de estos grupos se encuentran divididos en dos; uno que son los médicos familiares todos ellos con educación profesional, horarios de trabajo establecido en turnos matutino y vespertino de diferentes edades y distinto tiempo de antigüedad. El otro grupo es el de los pacientes, en estas unidades sus características principales es que predomina la tercera edad con enfermedades crónico-degenerativas, de diferente nivel académico y distinto nivel socioeconómico.

13.- RECURSOS DE ESTUDIO

13.1 Humanos: Investigador principal y dos asesores.

13.2 Materiales: Lápices, papel blanco, fotocopias de encuestas, computadora, impresora, cartuchos de tinta para impresora, calculadora.

13.3 Límite de tiempo: Junio del 2005 a Diciembre del 2006.

14.- PRUEBA DE CAMPO O ENSAYO

Se realizó la prueba piloto en la Unidad de Medicina Familiar 43 en ambos turnos con los médicos familiares y un paciente de cada uno de los consultorios encuestados, para ver la claridad y comprensión de los instrumentos de evaluación. Se realizará en dos días como máximo y se analizara la encuesta con los métodos estadísticos ya señalados en una o dos semanas posteriores.

15.- CONSIDERACIONES ETICAS

Este trabajo de investigación sigue los lineamientos de las normas internacionales, nacionales e institucionales vigentes en los ámbitos correspondientes ya publicados como son la declaración de Helsinki, la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social.

16.- CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONES EN MATERIA DE INVESTIGACION CLINICA

Se consideraron y se apego este trabajo a todas las normas de ética institucionales que se encuentran vigentes en la Declaración de Helsinki, Ley del Seguro Social y las Normas institucionales, manteniendo la veracidad de la información y el anonimato de cada uno de los participantes.

17. DIFUSION DE LOS RESULTADOS

Una vez concluido este trabajo se presentara en sesiones generales de las Unidades de Medicina Familiar de la Delegación Sur del Distrito Federal.
Una vez que se tengan en consideración los alcances de los resultados obtenidos se valorará su publicación en la revista médica del IMSS.

18.- ESTRATEGIA PARA LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION (INENME E INENPA) Y RESULTADOS.

La relación médico paciente (RMP) ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina. Más allá de los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos, básicos para la práctica médica e imprescindibles en la formación del médico y demás profesionales de la salud, el diálogo entre el médico y el paciente se ha constituido desde la antigüedad en la base de la entrevista clínica, la guía para la exploración del paciente y en el medio terapéutico fundamental.

A través de este trabajo se exploró el rol que juega el tipo de RMP con la generación de inconformidades por parte del paciente hacia su médico tratante. Al margen del poder curativo de la comunicación entre el médico y el paciente cuando esta se desarrolla como un verdadero diálogo y conversación, la satisfacción del usuario es el indicador insoslayable, diferenciándola de la discusión y otras formas de comunicación menos interactivas y transformadoras que deviene en una poca o nula satisfacción del paciente quien además de no recibir el tipo de atención médica que requiere, establece un conflicto con él que inclusive puede terminar en una queja formal que puede ser al interior del Instituto (institucional) o fuera de el (judicial).

Si bien es cierto que las quejas presentadas ante la CONAMED en el Distrito Federal están relacionadas principalmente con el tratamiento médico y quirúrgico, seguidas de los procedimientos de diagnóstico, la estructura y el proceso de la atención son el principal motivo de queja por parte de los usuarios hacia las instituciones de salud pública, en tanto que para las instituciones privadas el principal motivo es el resultado de la atención recibida.

El tipo de relación entre el médico tratante y el paciente como factor coadyuvante en la generación de quejas fue explorado a través de dos instrumentos de evaluación construidos específicamente para indagar la opinión que tienen los pacientes acerca de sus médicos tratantes denominado INENPA (anexo 3) y otro para conocer la percepción que tienen los propios médicos acerca de sus pacientes, denominado INENME (anexo 4). La versión original de ambos instrumentos contó con 30 enunciados cada uno y fueron sometidos al análisis y crítica de 3 expertos, a quienes se solicitó su opinión acerca de su validez de contenido y de constructo.

Dos de ellos opinaron que varios enunciados resultaban poco claros y hasta confusos por lo que se decidió eliminar aquellos que habían sido señalados por los expertos. La segunda versión de ambos instrumentos constó de 20 enunciados cada uno con 4 opciones de respuesta posibles: siempre, casi siempre, pocas veces y nunca.

El valor numérico de cada una de las posibles opciones fue de 1.5, 1. 0.5 y 0, respectivamente; por lo tanto, el valor máximo posible de la prueba fue de 30. Con el propósito de evaluar el grado de confiabilidad de ambos instrumentos se llevó a cabo una prueba piloto en la Unidad de Medicina Familiar N° 43 del Distrito Federal, siendo encuestados 10 Médicos Familiares adscritos a cada turno y 3 pacientes por cada uno de los veinte médicos familiares encuestados en los 10 consultorios de ambos turnos.

Con los resultados obtenidos se aplicó la prueba de Kuder Richardson en ambos instrumentos, obteniéndose un valor de .85 para el INENME y .87 para el INENPA, por lo que se decidió emprender su aplicación a la población de estudio.

De acuerdo con lo planeado en el estudio, ambos instrumentos fueron aplicados en las Unidades de Medicina Familiar N° 10 y 21 del Distrito Federal, en las cuales fueron identificadas en los años 2004 y 2005, 48 quejas relacionadas con aspectos del tipo de relación médico-paciente, de las cuales 20 se ubicaron en la UMF No.10 y 29 en la UMF No. 21 (tabla 1), la encuesta fue aplicada a los Médicos Familiares y pacientes en general (encuestas libres) y a los pacientes de los consultorios de los cuales se quejaban los pacientes (encuestas quejas).

De las 20 identificadas en la UMF No.10, 13 correspondieron al año 2004, 7 al año 2005 y dos sin la información mínima necesaria a fin de definir el motivo de la queja ni el turno correspondiente, 12 correspondieron al sexo femenino y 6 al masculino. (tabla 2)

De las 29 quejas registradas en la UMF No. 21, 8 de ellas correspondieron a los consultorios participantes en el año 2004, 11 en el año 2005, y 10 sin la información mínima necesaria. De las 19 quejas que contaron con información suficiente, 11 fueron interpuestas por mujeres y 8 por varones. (tabla 3)

Con respecto al personal médico adscrito a la UMF No. 10, se encontró que la unidad cuenta con 29 consultorios en el turno matutino y el mismo número en el vespertino. En el turno matutino 6 médicos cuentan con la especialidad de Medicina Familiar y en el turno vespertino 7 médicos cuentan con la misma especialidad (tabla 4). La UMF No 21 cuenta con 32 médicos en el turno matutino, de los cuales 25 cuentan con la especialidad de Medicina Familiar y los médicos del turno vespertino 24 cuentan con la misma especialidad.(tabla 5)

Para poder aplicar ambos instrumentos, se contó con el apoyo del Departamento de Control de Prestaciones en ambas unidades médicas, así como también del valioso apoyo del personal de orientación y quejas de ambas unidades, quienes proporcionaron los teléfonos y domicilios de aquellos pacientes que habían interpuesto una queja en contra de sus médicos, argumentando aspectos relacionados con el tipo de relación médico paciente.

Debido a la gran dispersión de los domicilios de los pacientes seleccionados para la población de estudio, se decidió realizar las encuestas vía telefónica en aquellos casos en los que se contara con dicho servicio de comunicación. En los casos de aquellos pacientes que carecían de este servicio telefónico, se acudió directamente a sus domicilios a fin de realizar la encuesta. (tabla 6)

En la Unidad de Medicina Familiar No.10 fueron encuestados 14 Médicos Familiares, 9 adscritos al turno matutino y 5 en el turno vespertino y 42 pacientes, de los cuales 27 correspondieron al turno matutino y 15 al vespertino.

De los consultorios de esta unidad médica que estaban involucrados en las quejas de los pacientes, fueron encuestados 12 pacientes del turno matutino y 7 del turno vespertino.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 21 fueron encuestados 13 Médicos Familiares, 7 adscritos al turno matutino y 6 en el turno vespertino (tabla No 10) y 42 pacientes, de los cuales 24 correspondieron al turno matutino y 18 al vespertino. (tabla 7)

De los consultorios de esta unidad médica que estaban involucrados en las quejas de los pacientes, fueron encuestados 13 pacientes del turno matutino y 6 del turno vespertino.

Tabla 1

Número de quejas relacionadas con el tipo de relación médico-paciente

Unidad Médica	Número de quejas año 2004	Número de quejas año 2005	Subtotal
UMF No. 10	13	7	20
UMF No. 21	14	15	29
Total			49

Fuente: Archivo de las Unidades Médicas participantes y el Departamento de Orientación y Quejas.

Tabla 2

Descripción por género y año de las quejas en la UMF No. 10

Género del demandante	Número de quejas	Año	
		2004	2005
Femenino	12	10	2
Masculino	6	3	3
Sin información suficiente	---	1	1
Total		20	

Fuente: Archivo de las Unidades Médicas participantes y Departamento de orientación y quejas.

Tabla 3

Descripción por género y turno de las quejas en la UMF No. 21

Género del demandante	Número de quejas	Año	
		2004	2005
Femenino	11	5	6
Masculino	8	3	5
Sin información suficiente	----	6	4
Total		29	

Fuente: Archivo de las Unidades Médicas participantes y el Departamento de Orientación y Quejas.

Tabla 4
Médicos Familiares con especialidad adscritos a la UMF No. 10

Turno	Número de consultorios	Número de médicos
Matutino	29	6
Vespertino	29	7
Total	58	13

Fuente: Jefatura de Departamento Clínico ambos turnos

Tabla 5
Médicos Familiares con especialidad adscritos a la UMF No. 21

Turno	Número de consultorios	Número de médicos
Matutino	32	25
Vespertino	32	24
Total	64	49

Fuente: Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud.

Tabla 6
Medios utilizados para la realización de la encuesta a los pacientes

Medio	UMF No 10	UMF No. 21
Comunicación telefónica	9	14
Entrevista directa en domicilio	9	5
Total	18	18

Fuente: Archivo clínico y Departamento de Orientación y Quejas

Tabla No 7

Médicos Familiares y pacientes encuestados

Unidad médica (Médicos/pacientes)	Turno matutino	Turno vespertino	total
UMF No. 10 (Médicos)	9	5	14
UMF No. 10 (Pacientes)	27	15	42
UMF No. 21 (Médicos)	7	6	13
UMF No. 21 (Pacientes)	24	18	42

Fuente: INENME/INENPA

19.- DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

De los 9 médicos familiares encuestados en la UMF No. 10, en el turno matutino, las puntuaciones obtenidas presentan un valor mínimo de 19.5 y un valor máximo de 28, con una mediana de 23.5 y una desviación estándar de 4.5. De los 5 médicos familiares encuestados en el turno vespertino, las puntuaciones obtenidas presentan un valor mínimo de 21.5 y un valor máximo de 30, con una mediana de 27 y una desviación estándar de 2.5. Al comparar a los médicos de ambos turnos se encontraron diferencias estadísticamente significativas con una $p < 0.5$ (tabla 8).

De los 7 médicos familiares encuestados en la UMF No. 21, en el turno matutino, las puntuaciones obtenidas presentan un valor mínimo de 17 y un valor máximo de 29.5, con una mediana de 27.5 y una desviación estándar de 2.5. De los 6 médicos familiares encuestados en el turno vespertino, las puntuaciones obtenidas presentan un valor mínimo de 21.5 y un valor máximo de 30, con una mediana de 27 y una desviación estándar de 2.5. Al comparar a los médicos de ambos turnos se encontraron diferencias estadísticamente significativas con una $p < 0.5$ (tabla 9).

De los 42 pacientes encuestados en la UMF No. 10, en el turno matutino, las puntuaciones obtenidas presentan un valor mínimo de 12 y un valor máximo de 30, con una mediana de 25.5 y una desviación estándar de 6.5. De los 15 pacientes encuestados en el turno vespertino, las puntuaciones obtenidas presentan un valor mínimo de 14 y un valor máximo de 28, con una mediana de 20.5 y una desviación estándar de 7.5. Al comparar a los pacientes de ambos turnos se encontraron diferencias estadísticamente significativas con una $p < 0.5$ (tabla 10).

De los 24 pacientes encuestados en la UMF No. 21, en el turno matutino, las puntuaciones obtenidas presentan un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 27.5, con una mediana de 19.5 y una desviación estándar de 8.5. De los 18 pacientes encuestados en el turno vespertino, las puntuaciones obtenidas presentan un valor mínimo de 15 y un valor máximo de 27.7, con una mediana de 23.5 y una desviación estándar de 6.5. Al comparar a los pacientes de ambos turnos se encontraron diferencias estadísticamente significativas con una $p < 0.5$ (tabla 11).

Al comparar las puntuaciones de los Médicos Familiares de ambas Unidades de Medicina Familiar, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 12).

Como el propósito central del trabajo es identificar la relación que existe entre el tipo de relación médico paciente y la generación de quejas en las Unidades de Medicina Familiar seleccionadas, con las puntuaciones obtenidas se aplicó la prueba de coeficiente de correlación lineal (R), obteniéndose un valor de 71, por lo que consideramos que la relación encontrada en este estudio no es lo suficientemente fuerte por lo que habrá que refinar y reestructurar el proyecto y los instrumentos de evaluación obtenidos a fin de poder encontrar una mayor correlación entre ambos aspectos.

Tabla 8

Comparación de las puntuaciones obtenidas con los Médicos Familiares de ambos turnos en la UMF No. 10

Valor máximo de la prueba: 30

Estadístico	Médicos Familiar turno matutino (n= 9)	Médicos Familiares turno vespertino (n=5)	P*
Valor mínimo	19.5	21.5	p < 0.5
Valor máximo	28	30	
Mediana	23.5	27	
Desviación estándar	4.5	2.5	

* Prueba de U de Mann Whitney

Tabla 9

Comparación de las puntuaciones obtenidas con los Médicos Familiares de ambos turnos en la UMF No 21

Valor máximo de la prueba: 30

Estadístico	Médicos Familiar turno matutino (n= 7)	Médicos Familiares turno vespertino (n=6)	P*
Valor mínimo	17	21.5	p < 0.5
Valor máximo	29.5	30	
Mediana	27.5	27	
Desviación estándar	2.5	2.5	

* Prueba de U de Mann Whitney

Tabla 10

Comparación de las puntuaciones obtenidas con los pacientes de ambos turnos en la UMF No 10

Valor máximo de la prueba: 30

Estadístico	Médicos Familiar turno matutino (n= 42)	Médicos Familiares turno vespertino (n=15)	P*
Valor mínimo	12	14	p < 0.5
Valor máximo	30	28	
Mediana	25.5	20.5	
Desviación estándar	6.5	7.5	

* Prueba de U de Mann Whitney

Tabla 11

Comparación de las puntuaciones obtenidas con los pacientes de ambos turnos en la UMF No 21

Valor máximo de la prueba: 30

Estadístico	Médicos Familiar turno matutino (n= 24)	Médicos Familiares turno vespertino (n=18)	P*
Valor mínimo	2	15	p < 0.5
Valor máximo	27.5	27.5	
Mediana	19.5	23.5	
Desviación estándar	8.5	6.5	

* Prueba de U de Mann Whitney

Tabla 12

Comparación de las puntuaciones obtenidas con los médicos de ambas unidades médicas

Valor máximo de la prueba: 30

Estadístico	Médicos Familiares UMF No. 10 (n=14)	Médicos Familiares UMF. 21 (n=13)	P*
Valor mínimo	2	15	p < 0.5
Valor máximo	27.5	27.5	
Mediana	19.5	25.5	
Desviación estándar	8.5	4.5	

* Prueba de U de Mann Whitney

20.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Si bien es cierto que con las variaciones propias de cada cultura, el rasgo esencial de la relación médico paciente es el encuentro entre el que busca ayuda y el que puede proporcionársela, el presente trabajo es una exploración del papel que cumple la comunicación básica entre el médico familiar y sus pacientes, desde la perspectiva de la calidad de la atención médica reflejada en la satisfacción o inconformidad de los derechohabientes.

En los últimos años, por medio de encuestas dirigidas a medir la satisfacción del derechohabiente y sus familiares, diversas instituciones, entre las que se incluye al IMSS, han dado una importancia relevante a la percepción sobre la atención médica que proporcionan. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II) la percepción sobre la calidad de la atención en el IMSS fue buena en 46.6%, señalándose como los tres principales motivos de mala atención a los tiempos de espera prolongados, con 29.3%, relación médico paciente inadecuada en 10.9%, y revisión y diagnósticos no realizados en 10%, mientras que para otras instituciones de salud pública los resultados nulos o negativos fueron la principal causa de percepción de mala calidad con 35.8%.

En el presente estudio se confirmó como un factor asociado a la interposición de queja contra los médicos en Unidades de Medicina Familiar en el Distrito Federal a la presencia de una inadecuada relación médico paciente.

Por lo tanto, esta deficiente comunicación entre el médico y su paciente, son causa de insatisfacción que afecta la relación entre el prestador del servicio y el usuario. Si bien en estudios previos la inconformidad y quejas de las pacientes se han asociado con los servicios, tanto de planificación familiar como de ginecología y obstetricia, habitualmente es difícil especificar cuáles son los motivos reales de la queja. Sin embargo, en el presente trabajo se identificó como factor asociado a las quejas la inconformidad de las derechohabientes, al tipo de relación médico paciente que se establece, tanto por el hecho de haber percibido una atención médica deficiente, como de haber sido objeto de maltrato por parte del Médico Familiar.

Hasta el momento se considera empíricamente que uno de los principales factores asociados a los motivos por los que un derechohabiente entabla una queja formal o demanda ante las instancias del Instituto o de organismos encargados de dirimir, administrativa o legalmente, dicha inconformidad, es el tipo de relación médico paciente prevaleciente. Los resultados obtenidos en este trabajo hacen objetiva la magnitud de los factores de riesgo por los cuales un médico puede ser motivo de queja formal o demanda en su contra.

Desde luego que no es propósito de este trabajo hacer juicios de valor sobre la actuación del personal médico, ni establecer si las quejas de las que fueron objeto estaban fundamentadas, ya que la queja por la demanda de un servicio está sustentada, básicamente, en la percepción los derechohabientes y requieren de un análisis y evaluación exhaustivos a fin de determinar los verdaderos motivos que sustentan una inconformidad.

Se requiere de más estudios que evalúen en forma prospectiva la gran diversidad de factores identificados, con el fin de poder incidir en el mejoramiento, tanto de los aspectos técnicos como de los relacionados con el proceso de la atención, en los que se incluyen las relaciones humanas entre los médicos del Instituto y los derechohabientes.

21.- CONCLUSIONES

Los motivos de queja contra los Médicos Familiares que laboran en las Unidades de Medicina Familiar No. 10 y 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Sur del Distrito Federal parecen tener cierta correlación con el tipo de relación médico paciente y con la percepción del derechohabiente de recibir poca información durante el proceso de la atención médica que reciben. Factores todos ellos que requieren de la implantación de estrategias específicas para su mejoramiento, con el fin de facilitar la comunicación y la relación médico-paciente, lo cual pudiera reflejarse en un descenso en el número de quejas.

22.- ANEXOS

ANEXO 1

VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL		ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
RELACION MEDICO-PACIENTE	INDEPENDIENTE	ES EL VARIADISIMO CONJUNTO DE INTERACCIONES QUE TIENEN EFECTO ENTRE UNO Y OTRO. SE ESTABLECE DESDE ANTES O EN QUE LA PERSONA SE SIENTE O SE CREE ENFERMA Y ACUDE Y DEMANDA AYUDA A LA PERSONA A LA PERSONA QUE LA OFRECE.	SE OBTENDRA A TRAVES DE UNA ENCUESTA QUE SE APLICARA TANTO A LOS PACIENTES COMO A LOS MEDICOS FAMILIARES Y SE CONSIDERARA COMO BUENA SI LA CALIFICACION ES DE 21 A 30, REGULAR DE 11 A 20 Y MALA DE SI ES MENOR 11.	ORDINAL	A) BUENA B) REGULAR C) MALA
QUEJAS MEDICAS	DEPENDIENTE	ES AQUELLA QUE SE EMITE POR ALGUN ACTO DE INCONFORMIDA. EXPRESION DE DOLOR, PENA O SENTIMIENTO. RESENTIMIENTO. QUERRELLA.	SE OBTENDRAN EL NUMERO DE QUEJAS POR MEDICO FAMILIAR DE LA UMF 10 Y UMF 21 A TRAVES DEL REGISTRO DE ORIENTACION Y QUEJAS DEL DERECHOHABIENTE Y LAS QUE DEPOSITE EN LA DIRECCION MEDICA DIRECTAMENTE.	NOMINAL	TOTAL DE QUEJAS POR MEDICO POR UNIDA DE MEDICINA FAMILIAR

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	JUN- NOV 05	NOV 05 FEB 06	MAR -ABR 06	MAY- JUN 06	JUL 06	JU L 06	JU L 06	AGO SEP 06	OC T 06	OC T 06	OC T 06	NO V 06	NO V 06
RECOLECCION DE INFORMACION ELABORACION PROTOCOLO DE TESIS ELABORACION DE ENCUESTAS VALIDACION DE ENCUESTAS REGISTRO PROTOCOLO DE TESIS ELABORACION PILOTO DE ENCUESTAS RECOLECCION DE INFORMACION DE QUEJAS ELABORACION DE ENCUESTAS EN UMF 21 Y UMF 10 CAPTURA DE DATOS ANALISIS DE DATOS INTERPRETACION DE DATOS FORMULACION DE REPORTE ELABORACION DE TESIS	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

ANEXO 3

ENCUESTAS

I. INENPA

INSTRUCTIVO PARA SU LLENADO

Se esta realizando una investigación del tipo de la relación de los médicos familiares con sus pacientes, para lo cual agradecemos su valiosa colaboración en el llenado correcto de la presente encuesta.

Usted encontrara 20 preguntas referentes al tipo de relación que normalmente usted establece con su médico familiar; de la verdad de sus respuestas dependerá el éxito de la presente investigación y la trascendencia de sus resultados. No omito reiterar a usted la confidencialidad de sus resultados que serán utilizados única y exclusivamente para los fines de la investigación.

La escala para sus respuestas es la siguiente:

- a. Siempre (1.5)
- b. Casi siempre (1)
- d. Pocas veces (.5)
- e. Nunca (0)

Agradecemos a usted su valiosa participación en esta investigación.

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- d. Pocas veces
- e. Nunca

INENPA

ACTITUD

1. Confío en las disposiciones del médico familiar:
2. Mi médico familiar me permite exponer abiertamente mi problema de salud:
3. Al concluir la consulta, estoy satisfecho (a) y bien informado con respecto a mi padecimiento:
4. El nivel de comunicación con mi médico familiar es adecuado:
5. Mi médico familiar muestra disposición para atender mis problemas de salud:

RESPETO

1. Recibo de mi médico familiar un trato digno y respetuoso:
2. Mi actitud frente a mi médico familiar es de respeto y confianza:
3. Reconozco y respeto la personalidad de mi médico familiar:
4. Acostumbro saludar de mano a mi médico familiar y conozco su nombre:
5. Durante mi revisión, una asistente médica acompaña al médico familiar:

EMPATIA

1. Tengo una buena impresión de mi médico familiar:
2. Acostumbro respetar la forma de trabajo de mi médico familiar:
3. Reconozco y respeto la personalidad de mi médico familiar:
4. El trato que recibo de mi médico familiar es cordial y de respeto:
5. Al terminar la consulta, el médico familiar se despide de mí:

AUTOCONOCIMIENTO

1. Mi médico familiar resuelve mis problemas de salud:
2. Mi médico familiar me receta los medicamentos adecuados para recuperar mi salud:
3. Tengo la paciencia necesaria para que el médico familiar realice su labor adecuadamente:
4. Procuro apoyar a mi médico familiar llegando a tiempo a la consulta, aceptando cambios de última hora para mi atención si mi enfermedad me lo permite en caso de que haya mucha consulta:
5. Procuro actuar con responsabilidad ante mi padecimiento, colaborando con mi Médico familiar a través de sus indicaciones:

ANEXO 4

ENCUESTAS

II. INENME

INSTRUCTIVO PARA SU LLENADO

Se esta realizando una investigación del tipo de la relación de los médicos familiares con sus pacientes, para lo cual agradecemos su valiosa colaboración en el llenado correcto de la presente encuesta.

Usted encontrara 20 preguntas referentes al tipo de relación que normalmente usted establece con sus pacientes; de la veracidad de sus respuestas dependerá el éxito de la presente indagación y la trascendencia de sus resultados. No omito reiterar a usted la confidencialidad de sus resultados que serán utilizados única y exclusivamente para los fines de la investigación.

La escala para sus respuestas es la siguiente:

- a. Siempre (1.5)
- b. Casi siempre (1)
- d. Pocas veces (.5)
- e. Nunca (0)

Agradecemos a usted su valiosa participación en esta investigación.

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- d. Pocas veces
- e. Nunca

INENME

ACTITUD

1. Al inicio y durante la consulta, percibo confianza en los pacientes:
2. Durante la consulta, permito que el paciente exponga con libertad su problema:
3. Al terminar la consulta, percibo al paciente convencido y bien informado con respecto a su problema de salud:
4. El nivel de comunicación con los pacientes es adecuado:
5. Los pacientes muestran disposición para atender mis indicaciones:

RESPETO

1. Recibo de los pacientes un trato digno y respetuoso:
2. Ofrezco a los pacientes un trato digno y respetuoso:
3. Reconozco y respeto la diversidad de ideas, hábitos y costumbres de los pacientes:
4. Acostumbro saludar personalmente y con mi nombre a los pacientes:
5. Durante la exploración física, me acompaña la asistente médica:

EMPATIA

1. La relación técnico-médica que establezco con los derechohabientes esta basada en la comprensión y el respeto:
2. Mi relación con los pacientes es adecuada e independiente de su tipo de personalidad:
3. Los pacientes manifiestan afecto hacia mi persona:
4. El trato que recibo de los pacientes es de cordialidad y respeto:
5. Al terminar la consulta, los pacientes se muestran agradecidos y se despiden de mí:

AUTOCRITICA

1. El diagnóstico que realizo a los pacientes está basado en evidencias bibliohemerográficas y mi propia experiencia:
2. Considero ser resolutivo en el tratamiento que establezco a los pacientes:
3. Dispongo del tiempo suficiente para reunir los elementos necesarios para establecer un buen diagnóstico y tratamiento:
4. Procuro mantenerme actualizado en función de la información médica, para el buen desempeño de mi profesión:
6. Procuro realizar mi práctica profesional con ética y responsabilidad:

Bibliografía

- ¹ Giménez Mas J. A. La tradición medica en occidente. La profesión medica hoy: Nueva llamada de la tradición hipocrática.-Medifam 2002;12:557-562
- ² Giménez Mas J. A. La tradición medica en occidente. La profesión medica hoy: Nueva llamada de la tradición hipocrática.-Medifam 2002;12:557-562
- ³ Díaz Novas José y Gallego Machado Bárbara Rosa.-Galeno la critica a los médicos de su época. Policlínica Lawton. La Habana Cub. 2003;1-2
- ⁴ Díaz Novas José y Gallego Machado Bárbara Rosa.-Galeno la critica a los médicos de su época. Policlínica Lawton. La Habana Cub. 2003;1-2
- ⁵ Moragrega Adame José Luís Dr.- Inconformidad con los servicios médicos. Rev. Conamed Vol. II No. 3 Jul-Sep 2005:16-23
- ⁶ Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente; Coordinotas; Dr. Carlos Tena Tamayo.- Contexto del modelo mexicano de arbitraje medico. IMSS formativo 2003: Boletín No. 1 Sep. I;11-12
- ⁷ Valle González Armando, Fernández Varela Héctor.- Arbitraje Medico. Fundamentos teóricos y Análisis de casos representativos 1ª. Ed. Méx.: Trillas 2005:44
- ⁸ Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente; Coordinotas; Dr. Carlos Tena Tamayo.- Contexto del modelo mexicano de arbitraje medico. IMSS formativo 2003: Boletín No. 1 Sep. I;11-12
- ⁹ Pérez Cicili Amely y cols. La relación medico-paciente en el sistema nacional de salud. Rev. Cubana de Medicina General Integral. Nov.-Dic. 2003; Vol. 19:issue 6, pag. 1-4
- ¹⁰ Jinich Horacio. La relación medico-paciente. Rev. Medicina Universitaria: Vol. 4; No. 14; Ene-Mar. 2002. pag. 36-42
- ¹¹ Comas-Viñas José Ramón. La relación medico-paciente. Rev. Arch Neurociens (Méx) 2000 Vol. 5 No. 3; 160-164
- ¹² Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente; Coordinotas; Dr. Carlos Tena Tamayo.- Contexto del modelo mexicano de arbitraje medico. IMSS formativo 2003: Boletín No. 1 Sep. I;11-12
- ¹³ Valle González Armando, Fernández Varela Héctor.- Arbitraje Medico. Fundamentos teóricos y Análisis de casos representativos 1ª. Ed. Méx.: Trillas 2005:34

-
- ¹⁴ Diccionario Enciclopédico Visual. Ed. Trébol. 1996. Barcelona
- ¹⁵ Diccionario Enciclopédico Visual. Ed. Trébol. 1996. Barcelona
- ¹⁶ Jinich Horacio. La relación medico-paciente. Rev. Medicina Universitaria: Vol. 4; No. 14; Ene-Mar. 2002. pag. 36-42
- ¹⁷ Enciclopedia Microsoft Encarta 2001.
- ¹⁸ Enciclopedia Microsoft Encarta 2001.
- ¹⁹ Diccionario Enciclopédico Larouse. 2005.
- ²⁰ Enciclopedia Microsoft Encarta 2001.
- ²¹ Diccionario Enciclopédico Visual. Ed. Trébol. 1996. Barcelona.
- ²² Diccionario Enciclopédico Visual. Ed. Trébol. 1996. Barcelona.
- ²³ Diccionario Enciclopédico Visual. Ed. Trébol. 1996. Barcelona.
- ²⁴ Diccionario Enciclopédico Visual. Ed. Trébol. 1996. Barcelona.
- ²⁵ Diccionario Enciclopédico Visual. Ed. Trébol. 1996. Barcelona.
- ²⁶ Valle González Armando, Fernández Varela Héctor.- Arbitraje Medico. Fundamentos teóricos y Análisis de casos representativos 1ª. Ed. Méx.: Trillas 2005:34