

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11226
2ef
124

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**Aspectos Técnicos, Humanísticos e Institucionales
de la Relación Médico-Paciente en el Primero
y Segundo Nivel de Atención Médica .**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A N

Dra. María del Carmen González Pérez
Dra. Xóchitl Avendaño Mijangos

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 25
U.M.F. No. 35 IMSS



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN** 1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
JUSTIFICACION Y PROLOGO	1
INTRODUCCION	4
ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
HIPOTESIS	14
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y METODOS	16
ESTRUCTURA DE LOS CUESTIONARIOS Y CRITERIO GLOBAL DE CALIFICACION.	18
RESULTADOS	25
TRATAMIENTO ESTADISTICO	45
ANALISIS DE RESULTADOS	47
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFIA	66

JUSTIFICACION Y PROLOGO.

Un enfoque comparativo de la calidad y características de la relación médico paciente en el ejercicio institucional en el primero y segundo nivel de atención médica, indudablemente requerirán un esfuerzo profundo y continuado de investigación, - mucho más amplio que las pretensiones de este ensayo. Los estudios que lo integran solo pretenden haber logrado el planteamiento de las cuestiones fundamentales y la problemática subyacente en el tema para los interesados en el estudio de la seguridad social.

Las tareas de correlación analítica del desarrollo de la Seguridad Social con la evolución observada en su legislación, deben realizarse con un enfoque que incluya los factores económicos, sociales y humanos. Una perspectiva multiestructural de las instituciones de seguridad social, formando parte de un todo dinámico e integrado, podría determinar las posibilidades de acción de la seguridad social en la sociedad para beneficio del derechohabiente.

Los planes de desarrollo nacional en el IMSS, actualmente comprenden programas económicos estrechamente relacionados con -- los programas sociales, basados en la convicción de que los -- avances económicos solo pueden traducirse en mayores niveles de bienestar para la población en la medida en que sean acompañados por la satisfacción de necesidades sociales.

Sin embargo, no obstante los programas obtenidos en las últimas décadas, tanto en el desarrollo social como en la legislación correspondiente, en materia de seguridad social, salud, educación, vivienda y demás servicios sociales aún se observan importantes carencias coyunturales entre los diferentes niveles de atención médica, en relación a las necesidades crecientes y la rigidez y obsolescencia característico del marco jurídico de algunos sistemas, que requieren actualizarse para estar acordes con la dinámica de la realidad actual.

Es indudable que una tesis como la planteada, requiera de un profundo análisis multidisciplinario y de una metodología rigurosa, que sistematice las constantes y variables del estudio, que pudieran contribuir a explicar la realidad actual de los sistemas de seguridad social, en cuanto a la atención médica básica en sus diferentes niveles de atención, así como su relación con los procesos económicos, políticos y sociales en que se desarrollan.

Desde su inicio el plan de atención por niveles, en cuanto a sus operaciones empezó a verter en las instituciones de seguridad social nacional, la problemática ocasionada por los desajustes entre sus legisladores y la realidad en su contexto de operación, en algunos casos por situaciones que no habían sido previstas, o las que habiendo sido consideradas, resultaban inoperantes por la insuficiencia de recursos o por el deseo de realizar ciertos programas que podían efectuarse y que eran --

obstaculizados por la falta de capacidad a nivel operativo, sufriendo así la brecha entre la norma jurídica-administrativa y su aplicación, o sea entre el hecho y el derecho.

Este trabajo pretende pues presentar algunas consideraciones generales acerca de la coyuntura 1o. y 2o. nivel de la atención médica en la seguridad social, destacando los factores técnicos, humanísticos e institucionales de la relación médico-paciente en el ejercicio institucional de los dos primeros niveles básicos de atención, señalando a grandes rasgos los avances en este importante aspecto de la política social.

Los esfuerzos integracionistas se han enfrentado a múltiples problemas, presentando actualmente algunas transformaciones, puesto que ya no responden únicamente a la aspiración de lograr los objetivos iniciales señalados, sino también a la necesidad de afrontar todo un haz de problemas y de riesgos comunes, de carácter social, entre los cuales figuran la seguridad social de los trabajadores migrantes de los diversos estados de la región. En suma existe un consenso respecto a la necesidad de realizar esfuerzos solidarios para mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los sectores que contribuyen con sus esfuerzos a la existencia y proyección de la comunidad.

Dr. Fabian Silva Escobar
Hematólogo e Instructor Clínico
de la Residencia de Medicina Familiar. HGZ # 25.

I.- INTRODUCCION.

La Relación Médico-paciente es indispensable dentro de cualquier sistema de atención médica sea éste privado o público; requiere de práctica y estudio, disponibilidad, comprensión, trato amable y sobre todo deseo de servicio dándole con ésta la oportunidad al médico de autorrealizarse y de ser cada vez más eficiente en los servicios que proporciona.

En la práctica privada, el ejercicio de la medicina es de tipo individualista, de orden comercial, en donde el paciente elige libremente a su médico, hay libertad de prescripción y el pago de honorarios es directo y por acto realizado. Esta forma de remuneración hace posible que el médico pueda ejercer un mayor control sobre sus ingresos y le concede cierta libertad económica. (18)

En el Sector Público, la práctica médica se realiza en equipo contándose con mayores recursos técnico y humanos, el paciente demanda atención médica no elige libremente a su médico, la terapéutica en ocasiones es limitada y el pago de honorarios se efectúa por salario existiendo una jornada de trabajo. (18)

En nuestro País, como en todos los del mundo Occidental, tradicionalmente la atención al enfermo se realizaba a nivel asistencial y privado con características semejantes a la época Medieval, observándose una relación médico paciente natural y armónica.

Con el surgimiento de la Medicina Institucionalizada, dicha relación ha sufrido cambios que la favorecen o la dificultan, -- pues modifica la acción médica tradicionalista, no así, el concepto erróneo de salud que manejan los pacientes.

A 40 años de distancia de la institucionalización de la medicina en nuestro país y a pesar de los esfuerzos realizados por el Instituto Mexicano del Seguro Social por mejorar la Relación Médico-paciente, nos damos cuenta que dicha relación no es del todo adecuada; observación tomada a nuestro paso por los diferentes servicios de atención médica en la consulta externa.

En base a esto consideramos que es importante que nosotros como futuros Médicos Familiares estemos conscientes de la problemática que la Relación Médico Paciente presente en nuestra época, hecho que nos ha motivado a realizar esta tesis; esperando lograr, despertar el interés del médico en los factores que favorecen u obstaculizan la relación médico-paciente, pudiendo surgir un cambio de actitudes que repercutirá en favor de la relación médico paciente y por ende en la imagen institucional.

II.- ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS.

La consulta médica antes que todo es un acto de presencias: La del médico y la del paciente. Este acto de presencias da lugar a una relación: la relación médico-paciente. (4)

La práctica médica en la historia de la medicina ha seguido -- las direcciones que las condiciones socioeconómicas determinan y tiene sus raíces con el hombre primitivo, que en su práctica mágica religiosa dotó de poderes sobrenaturales a cualquier fenómeno de la naturaleza (tormentas, rayos, el sol etc.), a -- quienes concibió antropomórficamente con el objeto de buscar a quien hacer responsable de todo aquello que para él resultara incomprendible (entre ellos a la enfermedad) adjudicándoles el nombre de dioses con quienes instintivamente se aliaba y ofrecía rituales a fin de lograr bienestar individual o de grupo.

Así también manejó la idea de la inmortalidad, los entierros - en posición fetal (símbolo del nacimiento de una vida futura)- mirando hacia el Oeste (el sol Poniente hora del sueño, principio de una nueva existencia), la trepanación post-mortem (para permitir la salida del espíritu), indican la creencia del hombre primitivo en una vida posterior. Así surgen los brujos y - los chamanes, ellos se encargaban de alejar los espíritus malignos por medio del exorcismo, encantamientos o la administración de algunos brebajes y en quienes los pacientes también -- con actitudes instintivas, depositaban toda su confianza. Estos

conceptos permanecen hasta la época de Hipócrates y contemporáneos en donde se concibe a la medicina como natural, deductiva, lógica y objetiva entrando el razonamiento científico-técnico del médico estableciéndose con ésto una relación médico-paciente armónico y con alto sentido humanitario. (5)

En la Edad Media. hay un "retroceso" a las prácticas primitivas de la medicina al cual se agrega el misticismo y en donde la iglesia establece su autoridad sobre el ejercicio médico. (3)

Surgen durante esta época, niveles de atención al enfermo. El estrato superior caracterizado por la Familia Real que contaba con un médico de cabecera o exclusivo. La naciente burguesía en que la asistencia médica solía ser domiciliaria y corría a cargo de técnicos profesionales distinguidos. El pobre fuese esclavo, siervo o indigente urbano era atendido a nivel hospitalario en medio de una atmósfera impersonal y acudía en busca de apoyo moral llamándosele a este centro, Casa de Dios. (9)

Con El Renacimiento, la medicina como otras ciencias adquiere nuevo auge, aumentando las técnicas diagnóstico-curativas pero disminuyendo el humanismo del médico, al instituirse la reglamentación de su formación científica la titulación oficial, y con ésto, la creación de una élite social; surgen las especialidades, la competencia profesional, el afán de lucro y prestigio acentuándose aún más la discriminación en el ejercicio médico. (9)

Estas formas de atención al enfermo han persistido hasta la actualidad aunque con diferente enfoque, y dependiendo básicamente del nivel socioeconómico de las gentes, los enfermos acuden al médico privado o al institucional (9), siendo este último - el más socorrido por lo que es importante mencionar el papel - que juega la relación médico-paciente en la Medicina Institucional y su estructura en niveles de atención médica.

La Medicina Institucionalizada surge como una necesidad social a principios del siglo y se entiende como aquel servicio que - es prestado por el Estado para atender las necesidades de salud de la población a través de tres ramas de actividades; La Salubridad, La Asistencia y La Seguridad Social. (18)

La Medicina Institucional tiene dos modalidades: La Medicina - Burocratizada y La Medicina Socializada. En nuestro país La Medicina Institucionalizada ha asumido la modalidad de burocratizada y atiende del 40 al 50% de la población total (18). Este tipo de medicina es criticada por haber olvidado al paciente - como persona y el haber centrado la atención básicamente sobre la reintegración del enfermo a la productividad. (18)

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene sus inicios en - el año de 1943 con bases doctrinarias bien delimitadas y sectoriza sus servicios médicos en el año de 1980 con el fin de jerarquizar los problemas de salud y facilitar la atención médica.

Por un lado el primer nivel que atiende el 90% de la población total adscrita, esta controlado por Médicos generales y médicos especialistas en Medicina Familiar; puerta de entrada al individuo al sistema de salud, cuyas funciones están orientadas hacia la promoción y protección de la salud y hacia el diagnóstico y el tratamiento oportuno de las enfermedades, donde se espera una relación médico paciente óptima basada en los conocimientos de las necesidades del individuo, su familia, y la comunidad en donde se desenvuelve.

Ahora bien, al segundo y tercer nivel que atiende entre el 10 - al 15% de la población (11), son enviados pacientes que requieren atención médica especializada u hospitalización y cuyo enfoque no es integrador, sino en función de individuos, órganos, aparatos o sistemas aislados con un control intermitente o discontinuo, sin un conocimiento global del individuo, lo que repercute en la relación médico-paciente. (11)

En nuestro medio se le ha dado mayor importancia al segundo y tercer nivel por el alto costo y nivel técnico, y a que los pacientes dan mayor importancia a la curación que a la prevención de las enfermedades; siendo en parte culpa de la formación profesional del médico con la tendencia a la especialización, hecho que también repercute en el derechohabiente, ya que también puede jerarquizar niveles de calidad cognoscitiva y afectiva y no de recursos, alterandose así la relación médico-paciente. (11)

Al médico privado por su parte acuden un porcentaje mínimo de pacientes (18%) quienes no por el hecho de pagar altos honorarios la relación médico paciente es inmejorable; pues la interrelación a este nivel es básicamente de orden comercial. (8)

En las últimas décadas, médicos, antropólogos, psicólogos, sociólogos, administradores, etc., se han preocupado por el estudio de la relación médico paciente; con el fin de construirle una base técnica y dejar abiertos métodos bien trazados que deben seguirse para el aprendizaje de dicha relación. (4)

Balint M., en la época de los cuarentas, introduce el término del médico droga; él dice que en una consulta médica, la prescripción de un frasco de píldoras no es suficiente para tratar una enfermedad sino la manera en que el médico la ofrece al paciente. (6)

Así mismo Balint M. en 1950 junto con Balint. E. iniciaron una serie de investigaciones introduciendo nuevas técnicas de psicoterapia entre ellas la terapia focal en la que el médico además de escuchar al paciente, debe observarlo y analizarlo hábilmente en un lapso de tiempo corto por medio de entrevistas seriadas. (19)

Este interés por la relación médico-paciente ha dado lugar a la presentación de diversos trabajos dentro del Instituto, uno de ellos realizado en el año de 1974 por la Jefatura de Planeación y Supervisión Médica, titulado "Encuesta de actitudes", -

dividido en dos partes: una referente al personal médico y otra a los derechohabientes del mismo Instituto; donde se analiza dicha relación, valorándose la calidad de la atención médica - entre otras cosas y concluyendo que es primordial mejorar la - relación médico paciente, ya que se observó que faltaba mayor confianza del paciente en su médico, reforzando sobre todo el aspecto humanístico con la identificación del médico con su paciente. (12)

El concepto de relación médico-paciente que se maneja en la actualidad no se considera adecuado para el tipo de ejercicio médico que se da, por lo que se trata de esbozar un estudio de - investigación expost-facto de tipo exploratorio, el cual se fue modificando durante el proceso del mismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que la relación médico-paciente, difiere de un medio institucional a uno privado, en donde el paciente a cambio de su dinero recibe una atención inmejorable en cuanto a trato personal aunque en múltiples ocasiones con calidad médico-técnica de escasa calidad.

Dentro de la medicina institucional, que atiende al 40 ó 50% de la población total, el médico se ve obligado a atender un número de pacientes en un tiempo determinado; por consecuencia, la relación afectiva y la identificación médico paciente se pierden.

Además de los factores ya analizados, la fragmentación de los Servicios Médicos en niveles de atención toma importancia en dicha relación, ya que el paciente puede jerarquizar niveles de calidad cognoscitiva y de recursos más no afectiva; pues es bien sabido que el Médico Familiar es capaz de resolver el 90% de los problemas de salud, en su Unidad, con los recursos institucionales establecidos a este nivel.

Esperándose en el Médico Familiar quien tiene una población adscrita y le resuelve al paciente su principal problemática de salud basado en el conocimiento integral del individuo, una relación médico-paciente óptima; sin embargo por diversos factores Técnicos, humanísticos e Institucionales esta relación se-

ve afectada, lo que hace necesario el análisis y la correlación de estos factores en la relación médico-paciente.

HIPOTESIS:

- 1.- Hipótesis nula (H_0).- No existen diferencias en la relación médico-paciente a primero y segundo nivel de atención médica en base a la calidad cognoscitiva, técnica y humanística del médico, en el ejercicio institucional.

- 2.- Hipótesis conceptual.-
 - a) Se ve favorecida la relación médico-paciente, cuando el médico aparte de diagnosticar enfermedades físicas - - identifica y valora problemas psicológicos y socioeconómicos en sus pacientes.

 - b) La relación médico-paciente será adecuada en todos los niveles de atención médica, cuando el médico se responsabilice del papel social que desempeña.

- 3.- Hipótesis alternativa o de trabajo (H_1).-

Existen diferencias en la calidad y características de la relación médico-paciente a primero y segundo nivel de - - atención médica, en virtud de que los factores técnicos y humanísticos a nivel institucional difieren en ambos niveles de atención.

OBJETIVOS:

- 1) Determinar si existen diferencias en la calidad y características de la relación médico-paciente en el ejercicio institucional a primero y segundo nivel de atención médica.
- 2) Analizar y correlacionar como se desenvuelve la relación médico-paciente desde el punto de vista técnico y humanístico en el primero y segundo nivel de ejercicio médico institucional.
- 3) Plantear alternativas de una relación médico-paciente adecuada y con alto sentido humanitario para todos los niveles de atención médica.

MATERIAL Y METODOS.

En el periodo comprendido del mes de Septiembre a Octubre de 1982 se encuestaron a 48 Médicos, determinados de la UMF # 35 y del HGZ # 25 del IMSS, ambas unidades localizadas en la Delegación No. 4 del Valle de México, con una población médica a nivel de la Consulta Externa de la UMF 35 de 50 Médicos y del HGZ de 60, que para los fines de esta investigación se decidió agrupar bajo la denominación de Médicos Familiares a los UMF - 35, independientemente si eran o no egresados de la Residencia de Medicina Familiar y Médicos Especialistas a los del HGZ #25.

Se encuestó un segundo grupo de 200 pacientes, 100 de la UMF y 100, del HGZ determinados mediante la técnica que se ha utilizado para evaluar la calidad de la atención médica por parte de la Subdirección General Médica del IMSS (7), quienes toman 4 pacientes por Médico a evaluar, dándonos una cifra estadísticamente significativa, ya que representa el 40% de la población demandante de consulta en 1 mes (528 derechohabientes), tomando en cuenta el promedio de asistencia médica por día de los derechohabientes multiplicado por los días hábiles del mes, para el HGZ # 25 (11 pacientes) y para la UMF # 35 (13 pacientes).

El cuestionario médico esta integrado por 21 preguntas, abiertas (7) cerradas (14), aplicándose a 25 médicos del HGZ y a 23 de la UMF, ya que 2 Médicos familiares se rehusaron por no es-

tar de acuerdo con el cuestionario. Los pacientes y los médicos fueron determinados al azar, estudiándose los factores técnico, humanísticos e institucionales que influyen en la relación médico paciente en ambos cuestionarios.

En los pacientes se aplicó un cuestionario de 20 preguntas, -- abiertas (4), cerradas (16), las encuestas se aplicaron a nivel de la Consulta externa tomando en cuenta el turno matutino y vespertino posterior a la consulta otorgada. Las variables - de exclusión para este grupo fueron los pacientes de 1a. vez, - pacientes con trastornos de conducta y pacientes de 0 a 14 - - años de edad, ya que consideramos que la relación médico pacien te en este grupo de edad no es valorable, aunado al nivel so-- cioeconómico al que pertenecen.

Para el análisis estadístico se utilizó la χ^2 , tomando en cuen ta la muestra de trabajo obtenida (250).

ESTRUCTURA DE LOS CUESTIONARIOS.

Tanto el cuestionario No. 1 como el No. 2, están destinados para evaluar los aspectos Técnicos, Humanísticos e Institucionales de la relación médico paciente.

Cuestionario No. 1, aplicado a los médicos: Está compuesto de 21 preguntas, el área técnica que evalúa interrogatorio, prescripción y manejo médico representada por las primeras 8 preguntas, el área humanística que analiza afectividad y modalidades de la comunicación evaluadas por las preguntas 9 a la 14; el área institucional que analiza niveles de atención médica, recursos médicos y soluciones evaluada por las preguntas 15 a la 21.

De las 21 preguntas, el 28.5% corresponden a 6 preguntas cerradas de respuesta múltiple, donde los encuestados tuvieron la opción de contestar; Siempre, A veces y Nunca a las preguntas formuladas y nosotros las interpretamos como Adecuado, Aceptable y Deficiente respectivamente, calificándose de igual forma 7 preguntas abiertas (33%). Finalmente 8 de las preguntas (38%) son dicotómicas cuya respuesta fue sí o no y se calificó como Adecuado y Deficiente respectivamente de acuerdo al criterio previamente establecido por los investigadores. A excepción de las preguntas No. 10 y 20, que son a la inversa.

Cuestionario No. 2, aplicado a los pacientes: Está compuesto por 20 preguntas. En el área técnica desde el punto de vista

interrogatorio, prescripción y manejo evaluado por las primeras 6 preguntas, el área humanística por las preguntas 5,7,8,9, 10,11,12. El área institucional se enfoca a la aceptación del derechohabiente a la atención médica institucional y valoración de sus recursos técnicos y administrativos, evaluada por las preguntas 13 a la 20.

De las 20 preguntas el 46% corresponden a 10 preguntas cerradas, el 30% a 6 preguntas dicotómicas y el otro 24% a 4 preguntas abiertas. El criterio de calificación fue igual que para el cuestionario No. 1. El análisis comparativo entre el 1o. y 2o. nivel de atención médica se obtuvo de los 100 pacientes encuestados del HGZ. A excepción de la pregunta No. 1 en que la respuesta adecuada es No, y la pregunta No. 6 en que A veces, nunca y siempre, representan la respuesta: adecuada, aceptable y deficiente respectivamente.

ENCUESTA LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Cuestionario No. 1

A. DATOS GENERALES.

Sexo:

Edad:

Edo. civil:

No. de hijos:

Especialidad:

Unidad de captación:

Horario de consulta:

Antigüedad como médico:

Total de horas efectivas trabajadas a la semana:

Total de faltas injustificadas al año:

PREGUNTAS:

1. ¿Qué entiende por relación médico-paciente?
2. ¿Le explica a sus pacientes la forma en que deben tomar - sus medicamentos?
() siempre () a veces () nunca
3. ¿Qué es lo que más le molesta de un paciente?
4. ¿Cuándo utiliza placebos, porqué lo hace?
5. ¿Considera Ud. conveniente que su paciente conozca su pa-
decimiento?
() si () no
6. ¿Siente presión por la competencia de tipo profesional?
() siempre () a veces () nunca
7. ¿Dedica parte de su tiempo a la docencia y/o a la investi-
gación?
() siempre () a veces () nunca
8. ¿Con qué frecuencia tiene oportunidad de participar en --
cursos de actualización patrocinados por la institución?

9. Cómo cree ud. que mejoraría la actitud del paciente?
10. ¿Mantiene su distancia entre el paciente y ud?
 siempre a veces nunca
11. ¿Da oportunidad a los pacientes que le cuenten problemas-
personales?
 siempre a veces nunca
12. ¿Llama ud. a los pacientes por sus nombres?
 siempre a veces nunca
13. ¿Cuál (es) considera ud. que sean los principales obstáculos
para una buena relación médico-paciente?
14. ¿Qué sugeriría ud. para mejorar la relación médico-pacien-
te a nivel institucional?
15. ¿Se siente ud. a gusto dentro del instituto?
 si no
16. ¿Considera que los estímulos que le da la institución son
adecuados?
 si no
17. Cree ud. cumplir con la mayor parte de los objetivos que-
la institución le asigna?
 siempre a veces nunca
18. ¿Considera que los recursos con que cuenta la unidad don-
de ud. labora, sean adecuados?
 si no
19. ¿La relación con sus superiores es adecuada?
 si no
20. ¿Se siente presionado dentro del instituto?
 si no
21. ¿Considera ud. que la influencia de terceros (enfermería,
administrativos, medios masivos de difusión etc.), afecte
de alguna manera una buena relación médico-paciente?
 si no

ENCUESTA LA RELACION MEDICO-PACIFNTE.

Cuestionario No. 2

A. DATOS GENERALES:

Sexo:

Edad:

Edo. civil:

No. de hijos:

Escolaridad:

Ocupación:

Tipo de construcción: () material () adobe () otros

No. de cuartos: () uno () dos () tres

Calidad: () asegurado () beneficiario

Tiempo de traslado a la unidad: () 15-30 min () 30-45 min
() más de 45 min.

Tiempo de espera para recibir consulta: () 60 min
() 60-90 min () más de 90min.

PREGUNTAS:

1. ¿Al interrogatorio su médico se muestra impaciente?
() si () no

2. ¿Lo revisa su médico?
() siempre () a veces () nunca

3. ¿Le son claras las indicaciones de su médico?
() siempre () a veces () nunca

4. ¿Le explica su médico la forma en que debe tomar sus medicamentos de manera que ud. lo entienda?
() siempre () a veces () nunca

5. ¿Siente que su médico se interesa y da solución a sus problemas de salud?
() siempre () a veces () nunca

6. ¿Cuándo solicita vitaminas a su médico, le son proporcionadas?
() siempre () a veces () nunca

7. ¿Lo trata bien su médico?
 siempre a veces nunca
8. ¿Lo llama por su nombre?
 siempre a veces nunca
9. ¿Le cuenta a su médico problemas personales?
 si no
10. ¿Cuál es su mayor preocupación acerca de su enfermedad?
11. ¿Cómo le gustaría que fuera el trato de su médico?
12. ¿Cuál considera el principal obstáculo para una adecuada atención médica?
13. ¿Le agrada la atención médica dentro del instituto?
 si no
14. ¿De los médicos de la institución que ud. ha consultado, con quien ha quedado más satisfecho?
15. ¿Considera que los recursos que aporta la institución para su beneficio son adecuados?
 siempre a veces nunca
16. ¿Conoce sus derechos dentro del instituto?
 si no
17. ¿Las veces que ha venido a consulta ha sido atendido por el mismo médico?
 si no
18. ¿Cuál atención médica considera más adecuada?
 IMSS SSA Médico privado
19. ¿Cuándo ha presentado alguna inconformidad ante las autoridades le han resuelto sus problemas?
 si no
20. ¿Con qué servicios ha tenido problemas o fricciones?
 enfermería administrativos médicos

CRITERIO GLOBAL DE CALIFICACIONES

(MEDICOS)

ADECUADO	63 - 53 puntos	100 - 84 %
ACEPTABLE	52 - 41 puntos	83.9 - 65 %
DEFICIENTE	- 40 puntos	- 64 %

CRITERIO GLOBAL DE CALIFICACIONES

(PACIENTES)

ADECUADO	60 - 51 puntos	100 - 85 %
ACEPTABLE	50 - 39 puntos	84 - 65 %
DEFICIENTE	- 38 puntos	- 64 %

ADECUADO : SIEMPRE (3 puntos)

ACEPTABLE: A VECES (2 puntos)

DEFICIENTE: NUNCA (2 punto)

RESULTADOS.

1. Datos generales en los Médicos encuestados:

a) Edad y sexo: El estudio comprendió 36 hombres y 12 mujeres, cuyas edades fluctuaron entre los 28 y 52 años, con una media para ambos grupos de 35.2 años. Siendo en el 60% (15) de los médicos del sexo masculino y el 40% (8) femenino para la UMF # 35, en comparación con los médicos de HGZ # 25 donde el 85% (21) eran del sexo masculino y 15% (4) femenino. Según Gráfica No. 1.

b) La edad promedio y el No. de hijos se representa en la Tabla No. 1. donde se observa que no existen diferencias -- significativas.

c) Estado civil: la frecuencia según el estado civil de los médicos, se muestra en la Gráfica No. 2, observándose un porcentaje menor de Médicos casados en los M. Familiares, 55% (12) contra 80% (20) en los médicos Especialistas, -- donde además encontramos divorciados.

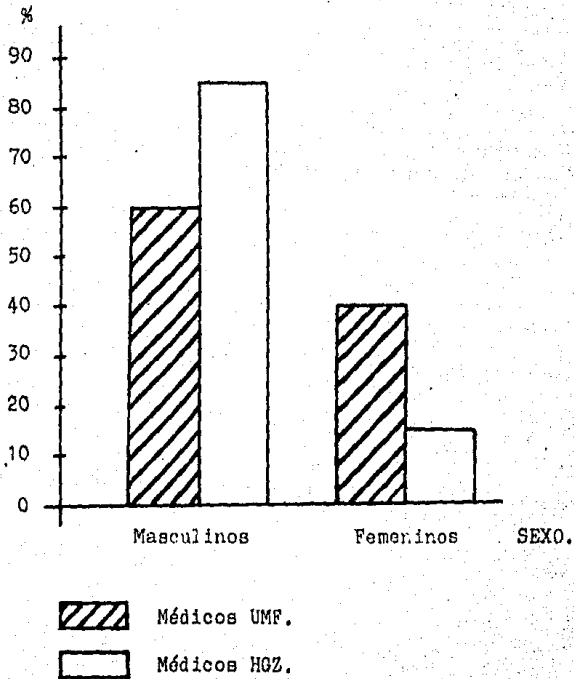
TABLA 1

EDAD PROMEDIO Y No. DE HIJOS.

	U.M.F.	H.G.Z.
Edad promedio	34	36.7
No. de hijos	1.56	1.96

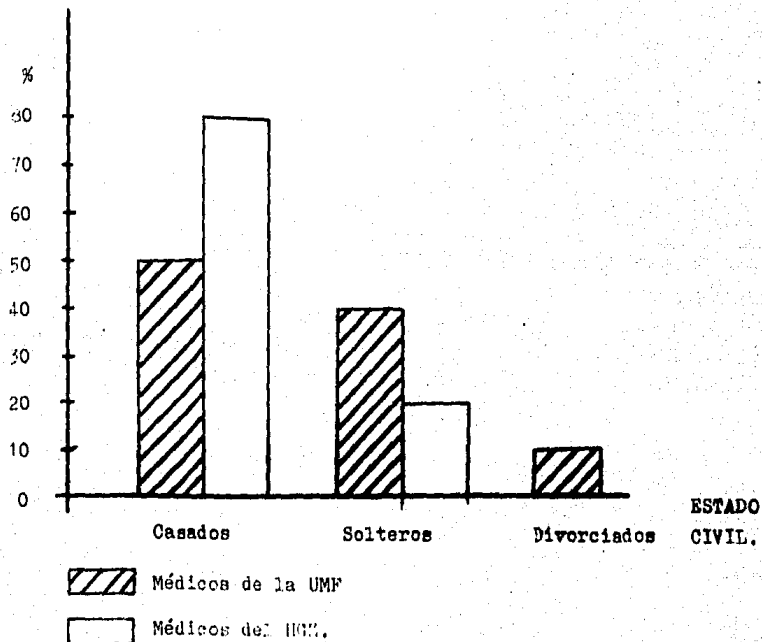
GRAFICA No. 1.

PRECUENCIA SEGUN EL SEXO EN LOS MEDICOS.
UMF No. 35 y HGZ No. 25, IMSS. 1983.



GRAFICA No. 2.

ESTADO CIVIL EN LOS MEDICOS ENCUESTADOS.
UMF No. 35 y HGZ No. 25, IMSS. 1983.



2. Grado de Especialidad:

a) La frecuencia según especialidad encontrada en la U.M.F. - # 35 fue como sigue: el 57% (13) de los médicos encuestados son egresados de la Residencia de Medicina Familiar, - un 35% (8), son médicos generales que no hicieron o no tuvieron la oportunidad de efectuar una especialidad y un - 8% (2) son médicos especialistas en otra rama de la Medicina (un Pediatra y un Médico Internista) que fungen como médicos familiares, hecho que es más representativo en la Gráfica No. 3.

b) La frecuencia según Especialidad en los médicos del HGZ - # 25, se menciona en la siguiente relación, pero de ninguna manera es la cifra representativa de los médicos que existen en la Unidad, ya que fueron tomados a nivel de la consulta externa y al azar. (Tabla No. II).

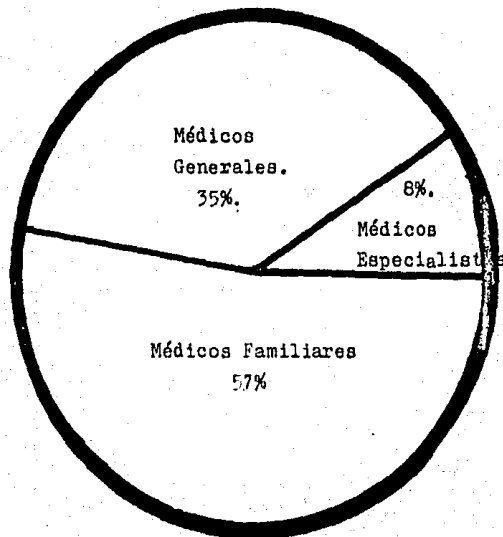
TABLA II.

FRECUENCIA SEGUN ESPECIALIDAD

<u>Especialidad</u>	<u>Número</u>
Gastroenterología	1
Oftalmología	3
Cardiología	1
Endocrinología	1
Neumología	3
Traumatología	2
Otorrinolaringología	2
Cirugía	2
Nefrología	1
Psiquiatría	2
Dermatología	2
Pediatría	2
Medicina Interna	1
Urología	1
TOTAL	25

GRAFICA No. 3.

FRECUENCIA SEGUN ESPECIALIDAD EN LA UMF. # 35



3. Datos laborales en los Médicos encuestados.

- a) El promedio de horas trabajadas por día y por semana se aprecia en la tabla No. 3, en donde se observa que ambos grupos laboran más de 40 Hrs a la semana.
- b) El tipo de jornada u horario de consulta de los derechohabientes se conoce como discontinuo para el médico familiar con un horario AC (7.0 am. a 11.0 am y 15.0 a 18.0 hrs) o BD (11.0 am a 14.0 a 14.0 y 18.0 a 21.0 hrs), no así para el médico especialista en que es un horario continuo con 6 u 8 hrs en el turno matutino o vespertino.
- c) Promedio de faltas injustificadas al año en los médicos: - el promedio de faltas injustificadas al año es de 3.56 -- por días laborados en los Médicos Familiares y de 0.92 en los Especialistas. Considerando que el año lectivo es de 260 días, y tomando en cuenta que existen 2 períodos vacacionales al año (de 10 a 15 días cada uno), días festivos y fines de semana (86 días). Ver tabla No. III.
- d) Promedio de antigüedad en la Institución: Como se observa en la Tabla No. 3, resultó tener diferencia significativa, teniéndose como promedio de antigüedad para el especialista de 10.2 años contra 6.2 del Médico Familiar. Encontrándose que en el 43.4% de los M.F. la antigüedad resultó -- ser menor de 5 años y solo en el 8.6% mayor de 15 años. - En los Médicos Especialistas un 8% tenían una antigüedad menor de 5 años y un 32% era mayor de 15 años.

TABLA III
PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS

DATOS LABORALES	U.M.F.	H.G.Z.
Horas de trabajo/día	8	7.6
Horas de trabajo/semana	47.13	44.0
Tipo de jornada	Discontinua	Continua
Faltas injustificadas	3.52	0.92
Antigüedad	6.2	10.2

II.- Resultado del cuestionario aplicado a los Médicos encuestados:

1.-Aspectos técnicos en la relación médico paciente.

Entre los aspectos técnico evaluados, se consideraron los factores que influyen para una atención médica adecuada - como son: las indicaciones médicas y terapéuticas, la información al paciente de su enfermedad, la utilización o no de placebos, el interés por la docencia, etc. Encontrándose en forma global una respuesta adecuada en el 76% de los médicos especialistas y 74% de los M.F., siendo aceptable en el 10.4% y 11.3% respectivamente para ambos grupos. Ver tabla No. IV.

2.-Aspectos Humanísticos en la relación médico paciente.

Entre los aspectos humanísticos analizados se cuestionó - el concepto de la Relación médico-paciente, encontrándose una respuesta adecuada en el 72% de los M.E. y 43.4% de los M.F. siendo aceptable en el 47% para este último grupo, así también observamos que la mayoría de los médicos - nos dieron una respuesta adecuada sobre los principales - problemas que se generan en la relación médico paciente, - mencionando los factores que favorecen u obstaculizan esta relación dándose alternativas de solución. Para los aspectos humanísticos la respuesta fue adecuada en el 63.5% y 55% para los médicos del HGZ y de la UMF respectivamente, siendo aceptable en el 41.8% para este último grupo - como se observa en la tabla No. IV.

TABLA No. IV.

ASPECTOS TECNICOS, HUMANISTICOS E INSTITUCIONALES EN LA RELACION MEDICO PACIENTE. (MEDICOS)

Aspectos	Adecuada	Aceptable	Deficiente	
Técnicos	19	2	4	HGZ.
	17	2	4	UMF
Humanísticos	16	8	1	HGZ.
	12	9	1	UMF.
Institucionales	16	6	3	HGZ.
	13	6	4	UMF.

3.-Aspectos Institucionales en la relación médico paciente.

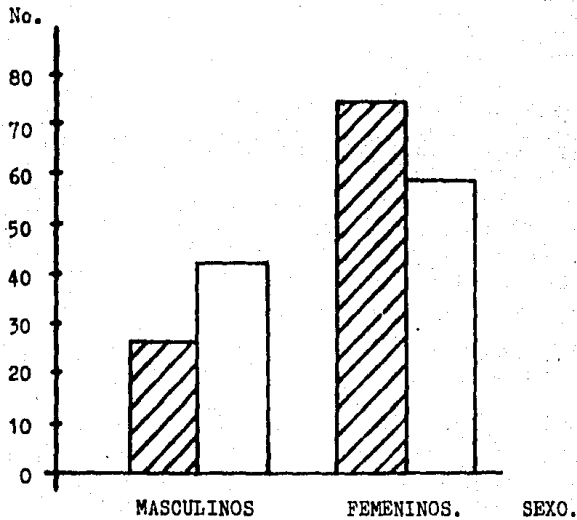
Los factores institucionales evaluados fueron: los recursos médicos e institucionales, los estímulos, la adaptación al área laboral e institucional y las relaciones personales. Observándose una respuesta adecuada en el 64% de los médicos especialistas y 57% de los médicos familiares, siendo aceptable en el 24% y 26% respectivamente para ambas clínicas. Siendo de los factores analizados el de menor porcentaje para el criterio adecuado. Ver Tabla No. - IV.



I.- DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS.

- a) Frecuencia según sexo: con relación al sexo de los pacientes el 26% correspondió al sexo masculino y el 74% al femenino en comparación con los pacientes del HGZ en donde el 42% fueron hombres y el 58% mujeres. Observándose que de los 200 pacientes estudiados, 132 corresponden al sexo femenino que representa el 66% de la población total. - - (Gráfica No. 4).
- b) Frecuencia según estado civil: el estado civil se representa en la Gráfica No. 5, encontrándose un 83% de pacientes casados en la UMF y 76% en el HGZ.
- c) Edad promedio y No. de hijos: la edad promedio para ambas clínicas fue de 33.7 años, siendo para la UMF de 30.8 años y para el HGZ de 36.7, en cuanto al no. de hijos no se encontraron diferencias significativas como se observa en la tabla No. V.
- d) Frecuencia de escolaridad: El mayor porcentaje en ambas clínicas estuvo representado por la primaria completa e incompleta, siguiendo en orden de frecuencia, la secundaria completa (20%) para la UMF y en el HGZ la secundaria-incompleta (12%). (Ver Gráfica No. 6).
- e) Frecuencia según ocupación: en cuanto a la ocupación, el mayor porcentaje para ambas clínicas se encontró en las -

GRAFICA No. 4

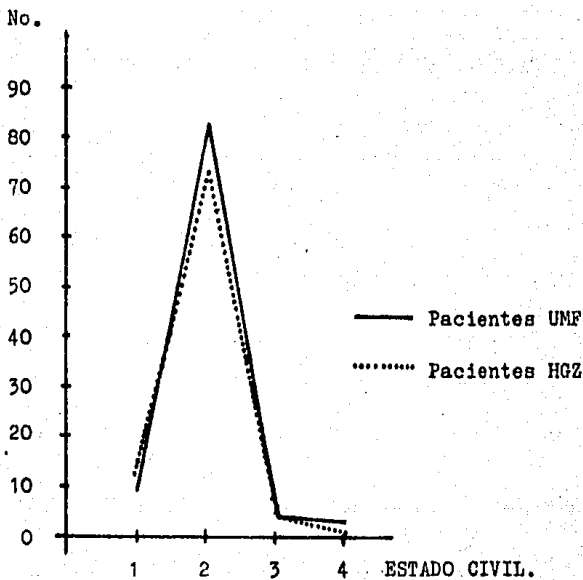
FRECUENCIA SEGUN EL SEXO EN LOS PACIENTES.
UMF No. 35 y HGZ No. 25 del IMSS, 1983.



 Pacientes UMF.
 Pacientes HGZ.

GRAFICA No.5

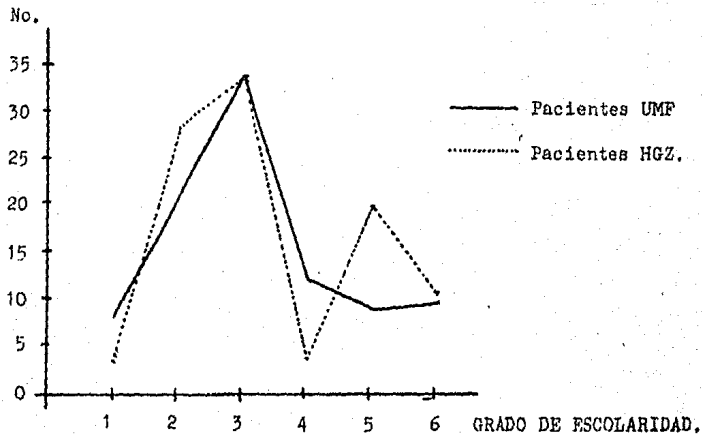
ESTADO CIVIL EN LOS PACIENTES ENCUESTADOS
UMF No. 35 y HGZ No. 25 del IMSS, 1983.



1. Solteros.
2. Casados.
3. Viudos.
4. Divorciados.

GRAFICA No.

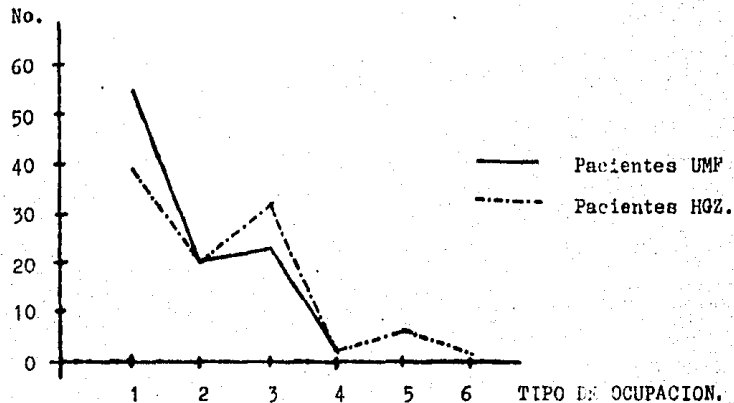
ESCOLARIDAD EN LOS PACIENTES ENCUESTADOS.
UMF No. 35 y HGZ No. 25 del IMSS, 1983.



1. ANALFABETAS.
2. PRIMARIA INCOMPLETA.
3. PRIMARIA COMPLETA.
4. SECUNDARIA INCOMPLETA.
5. SECUNDARIA COMPLETA.
6. PREPA O EQUIVALENTE.

GRAFICA No. 7

OCUPACION EN LOS PACIENTES ENCUESTADOS
UMF No. 35 y HGZ No. 25, IMSS, 1983



1. HOGAR.
2. OBREROS.
3. EMPLEADOS
4. ESTUDIANTES
5. PENSIONADOS
6. PROFESIONAL.

esposas dedicadas al hogar que correspondió al 55% para la UMF 35 y 39% para el HGZ 25, seguido por empleados en un 23% y 32% respectivamente, con un 20% de obreros en ambas unidades.

TABLA No. V

EDAD PROMEDIO Y No. DE HIJOS EN LOS PACIENTES.

PACIENTES	UMF 35	HGZ # 25
EDAD PROMEDIO	30.8	36.7
PROMEDIO EN No. DE HIJOS.	2.8	3

f) Frecuencia según características de la vivienda: en su mayoría era urbana en un 89% para ambos grupos. En relación al No. de cuartos, la mayor parte de la población estudiada cuenta con 1 a 2 cuartos, UMF (76%) y HGZ (71%). Según muestra la siguiente tabla.

TABLA No. VI.

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA EN LOS PACIENTES

No. DE HABITAC.	UMF. 35	UNA	DOS	TRES
		22%	54%	24%
	HGZ. 25	10%	61%	29%

g) Tiempo de espera para recibir consulta: como se observa - en la tabla No. VII, el paciente es atendido más prontamente en un segundo nivel, siendo en un lapso menor de 60 minutos en el 62% para el HGZ y en más de 90 minutos en el 43% para la UMF. (Ver tabla No. VII).

En cuanto a tiempo de traslado a la unidad se encontró -- que de los 100 pacientes encuestados en la UMF el 50% - pierden en trasladarse de 15 a 30 minutos, siendo el porcentaje mayor en el HGZ para un lapso de más de 30 minutos.

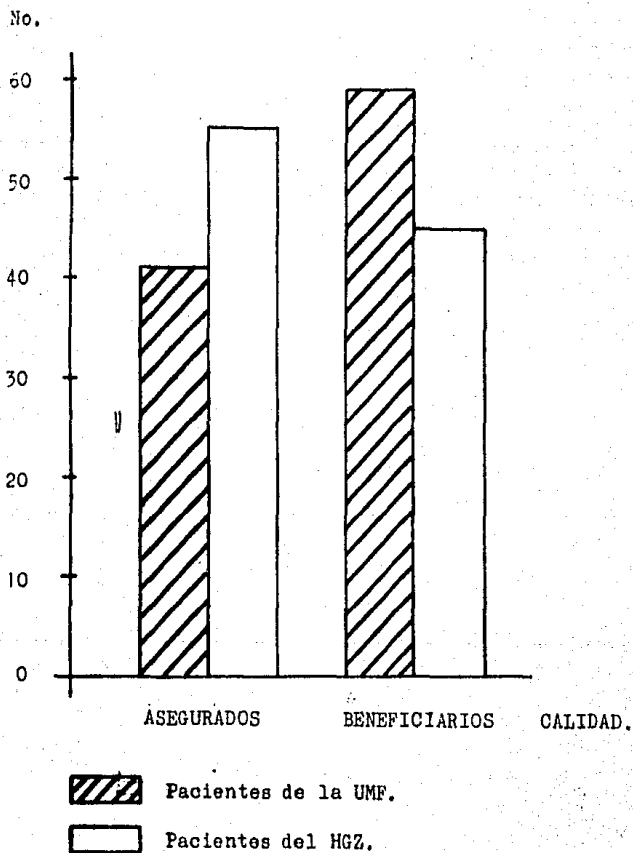
TABLA No. VII.

TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR LA CONSULTA		
TIEMPO	UMF. 35	HGZ. 25
-60'	24	62
60-90'	33	21
+90'	43	17

f) Frecuencia según calidad de los derechohabientes: Se observó que existe un predominio de asegurados en el HGZ -- (56%) en relación con la UMF (41%), corroborándose que existe una mayor demanda de consulta por parte de los beneficiarios en primer nivel, según Gráfica No. 8.

GRAFICA No. 8

CALIDAD DE LOS DERECHOABIENTES
UMF No. 35 y HGZ No. 25, 1983



II.- Resultado del cuestionario aplicado a los pacientes encuestados:

a) Aspectos Técnicos en la relación Médico-paciente

Los aspectos técnicos analizados en el paciente comprendieron el adecuado interrogatorio, la revisión del paciente, prescripción y manejo médico encontrándose una respuesta adecuada en los pacientes del HGZ (60.8%) en comparación con los de la UMF (53.5%), siendo la respuesta deficiente en porcentajes similares para ambas clínicas. -- (Tabla No. VIII).

b) Aspectos Humanísticos en la relación médico-paciente.

En relación con los aspectos Humanísticos al igual que en los médicos se encontró un porcentaje menor en la respuesta adecuada, siendo en el 58% para los pacientes del HGZ y 53% para los de la UMF. (Tabla No. VIII). Donde se evaluó la relación interpersonal médico-paciente que se establece en la entrevista médica, ésto es la afectividad y comunicación entre ambos.

c) Aspectos Institucionales en la relación médico-paciente.

Para los aspectos Institucionales se evaluó la calidad de los recursos médicos, técnicos y administrativos; así como el conocimiento de los derechos de los pacientes, y -- las relaciones entre el personal no médico a nivel institucional, siendo la respuesta adecuada en el 61 y 62.5% -- para los pacientes del HGZ y de la UMF respectivamente, -

encontrándose aquí el mayor porcentaje de respuestas deficientes 30.5% y 32% para el HGZ y UMF. Como se observa en la siguiente tabla.

TABLA No. VIII

ASPECTOS TECNICOS, HUMANISTICOS E INSTITUCIONALES EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE. (PACIENTES)

Aspectos	Adecuada	Aceptable	Deficiente	
Técnicos	61	12	27	HGZ
	54	20	26	UMF
Humanísticos	58	17	24	HGZ
	53	18	29	UMF
Institucionales	61	8	31	HGZ
	65	5	32	UMF

ANALISIS ESTADISTICO.-

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de significación i cuadrada.

La fórmula para su obtención es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} \quad \text{donde:}$$

f_o = frecuencia observada o real

f_e = frecuencia esperada

= Sumatoria

Para probar la hipótesis de investigación (H_1) se utilizó la hipótesis nula (H_0) que indica que no existe relación entre las variables (la hipótesis de investigación señala lo contrario).

Si se rechaza la hipótesis nula no se rechaza entonces la hipótesis de investigación.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

RELACION MEDICO-PACIENTE :

M E D I C O S	ADECUADO		ACEPTABLE		T O T A L
	Fo	Fe	Fo	Fe	
FAMILIARES	13	14.6	10	8.1	23
ESPECIALISTAS	18	16.1	7	8.8	25
T O T A L	31		17		48

χ^2 = Chf cuadrada

Con una P menor de 0.05 y utilizando 1gL resultó, Chf cuadrada tabulada de 3.84 y Chf cuadrada calculada de 1.25 y error estadístico tipo 2.

Esto es χ^2 tabulada fue mayor que la calculada con lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

RELACION MEDICO PACIENTE:

PACIENTES	ADECUADO		ACEPTABLE		DEFICIENTE		TOTAL
	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	
UMF 35	35	38.5	45	44	20	17.5	100
HGZ 25	42	38.5	43	44	15	17.5	100
TOTAL	77		88		35		200

χ^2 = Chf cuadrada.
$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Con una P menor de 0.05 y utilizando 2 gL, resultó, chf - cuadrada tabulada de 5.99 y chf cuadrada calculada de - - 1.32

Esto es que la χ^2 tabulada fue mayor que la calculada -- con lo que se acepta la hipótesis nula y rechaza la hipótesis de trabajo.

Fo = frecuencia observada o real

Fe = frecuencia esperada

Σ = sumatoria

χ^2 = chi cuadrada

ANALISIS DE RESULTADOS

1.- Características Generales:

- a) Edad y Sexo: De los 48 médicos encuestados se observó que predomina el sexo masculino (36) sobre el femenino (12) y de este último 8 corresponden a médicos de la UMF, dato que concuerda con lo obtenido por Alselmo H. y Col. que concluyen que el ejercicio médico a primer nivel y en especial la Residencia de Medicina Familiar es de tipo feminista; además de que en nuestro medio son pocas las mujeres que después de tener un título universitario deciden realizar un postgrado, ya sea por presiones familiares, económicas o culturales.

En contraste con los pacientes encuestados que el 66% (122) de la población total corresponden al sexo femenino con predominio en la UMF, lo que es dado porque es la beneficiaria esposa quien demanda mayor consulta (Gráfica # 8), refiriendo que se da una mejor relación con las médicas ya que existe mayor facilidad para exponerle problemas personales, estableciéndose con esto que debería existir una mejor relación en la UMF, sin embargo no se observaron diferencias significativas con el HGZ.

Así también tenemos que en la mayor parte de los médicos y de los pacientes encuestados se encontraban en la tercera década de la vida, época de mayor productividad -

del individuo y por lo tanto en vías de consolidación socioeconómica y de necesidad de adquirir status social, -- con predominio en los médicos; aunado a que el promedio de edad es similar para ambos grupos se establece una mayor facilidad en la comunicación y por ende en la relación médico paciente. (16")

- b) Estado civil: En relación con el estado civil se encontró un predominio de casados, siendo más marcado en los médicos del HGZ (20) en relación con los de la UMF (12), siendo similar en los pacientes, hecho que habla en favor de esta relación; si consideramos que el matrimonio es la -- unidad básica de la estructura de nuestra sociedad y como tal responsable de su prosperidad, además de que cumple con ciertas funciones fundamentales como el amor, compañía, necesidades económicas y emocionales, por lo que se infiere una mayor estabilidad en los Especialistas (16").
- c) En relación con el No. de hijos se encontró en los pacientes un promedio de 2.8 para la UMF y de 3 para el HGZ como había de esperarse por el promedio de edad de los pacientes encuestados y el incremento de los Programas de -- Planificación Familiar, en comparación con los médicos -- donde se encontró un promedio en el No. de hijos de 1.56 y 1.96 para la UMF y el HGZ respectivamente, datos que -- también favorecen la relación médico paciente.

- d) Escolaridad: Se encontró que el mayor porcentaje de escolaridad está representada por los pacientes con primaria incompleta y completa, alcanzando el 62% en la UMF y el 56% en el HGZ, si consideramos como índice de educación - el alfabetismo (2"), ésto va obstaculizar la relación médica, sin embargo se encontró en forma genérica un mejor nivel educativo en el HGZ, los que va a favorecer la relación médico paciente a este nivel, pues existe una mayor confianza en el médico. (20")
- e) En relación con los médicos, de las 20 especialidades - existentes en HGZ, el porcentaje mayor de médicos encuestados se obtuvo en el Servicio de Oftalmología y Neumología (24%), en la UMF el porcentaje mayor lo obtuvieron -- egresados de la residencia de Medicina Familiar (59%), cuyo perfil profesional se encuentra bien estructurado y se dice que es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia funciones Técnico-médicas, administrativas, de enseñanza e - investigación, y que a través de su práctica diaria a primer nivel de atención médica contribuye al logro de los - objetivos institucionales (14"); siendo más trascendente mejorar la relación médico paciente a este nivel, ya que se menciona que el médico que no logró realizar una especialidad, se encuentra frustrado en los ideales establecidos en su formación profesional, orientados hacia una - especialización, factor que obstaculiza la relación médico paciente. (18")

e) Calidad del derechohabiente: Se observó un promedio de - asegurados en el HGZ (56%) en relación con la UMF (41%), - hecho que podría estar dado porque los asegurados exigen - una mayor demanda de consulta a un 2o. nivel esperando -- una atención más "adecuada", evaluando la calidad cognos- citiva del médico, lo que va a afectar la relación médico - paciente a primer nivel. Confirmándose un predominio de - beneficiarios a un primer nivel que debe ir acorde con -- los programas prioritarios de salud.

f) Lugar de residencia: En nuestro estudio la mayoría de los pacientes encuestados viven en un medio urbano, contando con uno a dos cuartos en el 73.5%, construidas de cemento y sus derivados en un 89% que se corrobora con lo reporta do (17"), observándose que viven en hacinamiento, ya que en su mayoría, la familia es de tipo extensa, además de - la falta de adaptación del medio rural de donde provienen estos pacientes, a un medio urbano. (17"), siendo un fac- tor predisponente para afectar la relación médico pacien- te.

2.- Características laborales.

- a) Ocupación: La ocupación predominante fue el hogar para ambas clínicas, no encontrándose estudiantes, ni un nivel profesional en la UMF, encontrándose en un porcentaje mínimo en el HGZ (3%); ocupando un 20% los obreros en ambas clínicas cuya demanda de consulta va a estar dada básicamente por los accidentes de trabajo, por la falta de educación y adiestramiento adecuado en los trabajadores; lo que afirma lo manifestado por los médicos, que hace falta educación y cultura en los derechohabientes; factor primordial para una buena relación médico paciente, a lo que se suma el bajo salario de los obreros, las jornadas laborales mayores de 40 Hrs. a la semana, los problemas de transportes, etc., que repercuten sobre esta relación. -- (17").
- b) Promedio de horas trabajadas en el Médico: Se observó que el Médico Familiar teóricamente trabaja más horas al día y consecuentemente a la semana en relación con el Especialista (47 y 44 hrs.) respectivamente, y se dice que es teórico ya que el M.F. tiene 2 hrs. diarias destinadas a visita domiciliaria, de las cuales solo utiliza 1 a 2 hrs. a la semana (7") con lo que pensaríamos que es factible brindarle mayor tiempo al paciente en la consulta externa, sin embargo existen diferentes factores que hace que no sea posible esta situación, como es el volumen de pacien-

tes demandantes de consulta, aspectos administrativos, etc, mencionados por los médicos.

- c) Promedio de faltas injustificadas al año: El promedio global de faltas injustificadas al año en el Médico Familiar fue de 4, la mayor parte de las veces en el sexo femenino por problemas familiares hecho que repercute en la relación médico paciente, ya que estas faltas son sustituidas por un médico que desconoce la problemática de la población adscrita a dicho médico. (7").

En el médico Especialista por su parte se encontró que las faltas injustificadas son mínimas (una al año), ya sea por problemas de índole social o familiares, aunque si tomamos en cuenta que el médico especialista cuenta con un horario continuo y que el grupo de mujeres médicas es mínimo, además de que si es sustituido por otro médico no interfiere significativamente en la relación médico paciente; pues a este nivel la atención médica es discontinua y es en función de órganos, aparatos o sistemas.

- d) Tiempo de espera para recibir la consulta: Se encontró en general que el mayor tiempo que se lleva para recibir la consulta, no es el del traslado a la unidad, sino el que se lleva en la espera dentro de las unidades, encontrándose que es más inadecuado en la UMF siendo de 60 a más de 90 minutos en un 76%, que nos habla de mayor volumen de trabajo, de una insuficiente organización administrativa,

entre otras cosas, que hacen que el paciente a partir de este momento cambie su actitud ante el médico. (18")

3.- Aspectos Técnico de la Relación Médico paciente.

Entre los aspectos técnicos positivos para la relación médico paciente analizados, encontramos que en el 93% de los médicos encuestados consideran conveniente que el paciente conozca su padecimiento, en relación con las indicaciones médicas y terapéuticas se corroboró que son adecuadas, difiriendo en un mínimo porcentaje con lo referido con los pacientes; también existe interés por parte del médico en sus problemas de salud en un 72 y 62% para el HGZ y la UMF respectivamente, lo que va a favorecer la confianza del paciente en el médico, evitando con ésto la angustia del paciente ante su enfermedad.

Cuando se cuestionó al médico sobre lo que más le molesta de un paciente, se encontró justificación de su desacuerdo en favor del paciente y de la institución, mencionándose entre otras causas: el que no siga sus indicaciones médicas y terapéuticas, el que trate de ganar ganancia secundaria como es -- una incapacidad injustificada o el que se refieran ser recomendados y se muestren agresivos o exigentes en la consulta; además de que en 7 de los médicos nada le es molesto del paciente, lo que confirma en general el interés del médico en su paciente.

En relación con la utilización de placebos se observó que se utilizan con mayor frecuencia a lo manifestado por los médicos, lo que podría estar dado por la presión institucional a proporcionar al paciente algo que lo satisfaga, encontrándose-

sin embargo que nunca los utilizan en 8 de los médicos especialistas y en 10 de los M.F.; utilizándose en un mínimo porcentaje como Balint M. menciona en relación al "médico como droga", por factores psicológicos. (19")

Sin embargo a la anteriormente referida se encontró que en el 82% de los Médicos Especialistas y 68% de los M.F. se muestran impacientes ante el interrogatorio, lo que podría estar dado por la falta de educación del paciente para exponer su problema médico, hecho que nos hace reflexionar sobre lo referido por Korner: "Una buena anamnesis representa la mitad del diagnóstico" óm por Sterch "Para el diagnóstico una hora de cuidadoso interrogatorio vale más que 10 hrs de exploración" por lo que consideramos básico este punto para una adecuada relación médico paciente. (16")

Así también consideramos que es positivo sentir presión por la competencia de tipo profesional ya que esto permite una superación académica constante, encontrándose una respuesta afirmativa en el 60% de los médicos, lo que va a repercutir en la calidad de la atención médica y a su vez en la relación médico paciente.

Cuando se cuestionó el interés del médico en la docencia e investigación se encontró que en la mayoría de los médicos familiares egresados de la residencia de Medicina Familiar, refirieron como único trabajo de investigación, su tesis para --

obtener el título de Especialista, siendo similar en los Especialistas, que además mencionan que no se les brinda la oportunidad. Siendo negativa la respuesta en los médicos generales. En relación con la Docencia, el médico familiar la refirió como instructor clínico de los residentes de Medicina Familiar, no siendo así en el Médico Especialista que en su mayoría además imparten cursos clínicos en el área de su especialización, hecho que podría estar dado en el M.F. por el horario discontinuo de su consulta que limita su actividad extralaboral.

De los 23 médicos encuestados en la UMF, el 74% (17) contestaron adecuadamente a las preguntas y en 11.3% (2) en forma aceptable; contra el 72% (19) y 10.4% (2) que contestaron en forma adecuada y aceptable para el HGZ; siendo similares los porcentajes encontrados en los pacientes, no encontrándose diferencias significativas en la atención médico Técnica a primer y segundo nivel.

4.- Aspectos Humanísticos.

En relación con los aspectos Humanísticos se encontró en los pacientes como en los Médicos un porcentaje menor en la respuesta adecuada, siendo en el 58% para los pacientes del HGZ y 53% para los de la UMF, y en los médicos 63.5% (16) y 55% (12) para el Especialista y el M.F.; siendo aceptable en el 41.8% (9) para este último grupo, siendo la respuesta más favorable para la relación médico paciente en el HGZ.

Así observamos que la mayoría de los médicos tienen cierta idea de lo que es la relación médico-paciente, aunque su enfoque es mayor a aspectos técnicos, definiéndola como una adecuada atención médica lo que difiere de lo que se estableció como relación médico-paciente en nuestro estudio, ya que ésta es más integral considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

El interés del médico por los problemas de salud de sus pacientes y el trato hacia ellos fue más satisfactorio en el médico especialista (75%) en comparación con el M.F. (65%), encontrándose además que en el 71% de los pacientes del HGZ refirieron que el médico siempre les llama por su nombre en relación con los de la UMF (60%) corroborándose con lo mencionado por los médicos. Sin embargo se encontró que la mayoría de los pacientes no le cuentan problemas personales a su médico en el 70% (HGZ) y 67% (UMF) en contraste por lo referido por los mé-

dicos quienes mencionan que siempre les dan oportunidad de hablar, 64% (M.E.) y 78% (M.F.), y a veces en 7 médicos para ambas clínicas, lo que nos habla de la falta de confianza del paciente en su médico.

Observándose la clásica relación objetivante establecida entre el médico y el paciente al interrogarlo de manera cerrada a base de preguntas directas en busca de la enfermedad (3), ya que en contraste con lo antes mencionado, cuando se cuestionó al paciente cuál consideraba el principal problema para una adecuada relación médico paciente se mencionó en su mayoría el trato del médico y el poco tiempo otorgado a la consulta médica, hecho que confirma lo referido por los médicos quienes mencionan como principales problemas; el Burocratismo, el "peloteo" de los pacientes que actualmente se ha originado por la división de los sistemas de salud en niveles de atención médica derivando responsabilidades y con ésto la falta de seguimiento del paciente a un segundo nivel, el tiempo designado a la consulta y el exceso de ésta, aunando a ésto los recursos materiales insuficientes. (18")

Corroborándose lo que Balint menciona como la necesidad de la comprensión emocional del paciente que nos conduciría a una Relación Interpersonal la cual es más estrecha y afectiva, sin embargo se observa que el paciente esta tan acostumbrado a ser tratado como objeto que desconoce en realidad lo que es una relación interpersonal, por lo tanto por lo que más protes

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ta además de un trato amable, es por una deficiente relación -
objetivante, prueba de ésto es que se muestra menos inconforme
cuando se le realiza una exploración física exhaustiva o se le
estudia con múltiples exámenes de laboratorio y gabinete. (19")

5.- Aspectos Institucionales.

En relación con este aspecto se encontró que de los médicos encuestados en el HGZ el 64% tuvieron una respuesta adecuada, contra 56.5% (13) de los de la UMF; siendo en el 61 y 62.5% en los pacientes de ambas clínicas respectivamente. Encontrándose aquí el mayor porcentaje de respuestas deficientes en relación con los otros aspectos analizados, siendo en un 31 y -- 32% para los pacientes del HGZ y de la UMF. Por lo que se podría considerar la relación médico paciente en el aspecto institucional como aceptable para el 1o. y 2o. nivel de atención.

Se observó que el factor institucional es el principal -- obstáculo para que la relación médico paciente sea del todo -- adecuada, ya que a pesar de que el 70% de los médicos encuestados manifestaron sentirse a gusto dentro del sistema institucional y no sentirse presionados, consideran que los estímulos que la institución brinda son adecuados pero que hace falta incrementar los estímulos académicos, como son los cursos de actualización; hecho que se mencionó se obstaculiza veladamente -- no habiendo información oportuna o que se les brinda a los que tienen una "mejor relación con sus superiores", así encontramos que solo 5 médicos del HGZ y 8 de la UMF tienen la oportunidad de asistir a cursos 1 ó 2 veces al año.

Siendo importante hace notar que la mayoría de los médicos mencionaron tener buenas relaciones con sus superiores, --

además de que refieren cumplir con los objetivos que la institución les asigna, predominando en el HGZ. Confirmando como in-suficientes los recursos institucionales, siendo básicamente - de orden material.

En comparación con lo referido por los médicos, encontramos que la mayor parte de los derechohabientes les agrada la - atención médica institucional en 1o. y 2o. nivel, quedando sa-tisfechos con la atención médica y considerando los recursos - institucionales suficientes en un porcentaje similar para am--bas unidades (60%), mismo que no es del todo satisfactorio, re-firiendo además en su mayoría que siempre les han resuelto sus problemas por parte de las autoridades.

Sin embargo entre los factores que obstaculizan la rela-ción médico paciente está el hecho de que sólo en el 27% (HGZ) y 42% (UMF) de los pacientes conocen sus derechos institucionales y se supone sus obligaciones, ya que por desconocimiento - no respetan las normas establecidas o exigen en forma inadecua-da sus "derechos", aunado a ésto, solo en el 67% (HGZ) y el --54% (UMF) han sido atendidos por el mismo médico en forma con-tinua, lo que va a dificultar la comunicación y por consecuen-cia la confianza en la atención médica, siendo más marcado a - un primer nivel donde es más necesaria la atención médica con-tinua e integral, no siendo así en el médico especialista don-de la atención es discontinua (11"). En el aspecto institucio-nal el paciente considero como principal problema en un 40% el administrativo.

Como se observa existe conciencia médica de los problemas que se generan para una adecuada relación médico paciente, así como el deseo de mejorar esta relación, dándonos pautas a seguir, con lo referido por los pacientes y los médicos; como es la educación del paciente desde su ingreso a la unidad como de rechobahiente, escuchandolo y atendendolo con educación por parte del médico y personal que labora en la Unidad, así como con la educación del médico. Evitando el burocratismo al incrementar los recursos institucionales y el tiempo brindado a la consulta médica por paciente, creando una simplificación administrativa.

Además de que exista una relación respetuosa, solícita y al mismo tiempo libre por parte del paciente en relación con su médico, haciendole sentir la necesidad que tiene de él, - - creandose la confianza mutua en la atención médica.

CONCLUSIONES

- 1) No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la relación médico paciente a primero y segundo nivel de ejercicio médico institucional, por lo que se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alternativa, lo que habla en favor de la relación médico paciente a nivel institucional.

Sin embargo se observó una respuesta menos favorable para la relación médico paciente en los Médicos Familiares, siendo más marcado en los aspectos Humanísticos e Institucionales:

Donde se encontró menor confianza en la atención médica y por ende en el reconocimiento médico por parte del paciente, de su labor institucional, lo que repercute en la adaptación médica institucional y su satisfacción personal. Así también se manifestó mayor problema administrativo y de recursos institucionales.

Siendo más trascendente mejorar la relación médico paciente a primer nivel, ya que la atención médica a este nivel es continua e integral, lo que se reflejaría a un segundo nivel.

- 2) La relación médico paciente en la UMF # 35 y el HGZ # 25 -- desde el punto de vista Técnico y Humanístico fue adecuada,

siendo aceptable para ambas unidades en el aspecto Institucional, observándose una respuesta más favorable en el HGZ.

Desde el punto de vista Técnico se observó que la calidad de la atención médica es adecuada y satisfactoria para el paciente; teniéndose como únicas limitantes el tiempo designado a la consulta y el exceso de ésta para mejorar la atención, siendo más importante a primer nivel.

En el aspecto Humanístico se confirmó la necesidad de comprensión emocional del paciente, mediante una relación más interpersonal y acorde con el concepto actual de salud. Encontrándose que existe interés en el Médico en el derechohabiente, pero hace falta incrementar la confianza de éste en el médico con una identificación plena del médico con su paciente.

Es importante hacer notar que la relación médico paciente se vio más afectada por factores institucionales, en el paciente primordialmente por la falta de educación de él y su comunidad, para la utilización adecuada de los servicios médicos; y en el Médico por una adaptación institucional insuficiente, dada por diversos factores: educativos, sociales, administrativos, etc., ya que en forma velada manifiestan su inconformidad.

- 3) Tradicionalmente el médico ha sido el único responsable del mantenimiento y restauración de la salud, sin embargo al --

adoptarse el modelo biopsíquico y sociocultural de la enfermedad, el hombre modifica también sus necesidades de salud a partir de estas tres áreas de la existencia humana y del área física se amplía a la mental y social.

Por lo que se considera necesario un esfuerzo coordinado y multidisciplinario del Sector Salud para reestructurar el sistema de atención médica, así como la enseñanza médica actual, brindando educación al paciente y su familia; motivando al médico en forma continua para lograr el objetivo primordial de la Institución, que es mejorar la calidad de la atención médica en forma ascendente y con un alto sentido humanitario.

Por lo que respecta al Médico su acción está enfocada a nivel de la consulta médica, con educación médica al paciente, y entendiéndose a la consulta médica por el acto en que se establece una verdadera comunicación y una relación interpersonal entre el médico y el paciente; ésto mediante la entrevista clínica que maneja además de preguntas cerradas, preguntas abiertas que facilitan la comunicación y la relación médico paciente. Logrando con ésto germinar nuestro potencial amor médico, dándole un carácter profesional y de esta forma médico y paciente lograrán la satisfacción de sus necesidades de estima y autorrealización.

adoptarse el modelo biopsíquico y sociocultural de la enfermedad, el hombre modifica también sus necesidades de salud a partir de estas tres áreas de la existencia humana y del área física se amplía a la mental y social.

Por lo que se considera necesario un esfuerzo coordinado y multidisciplinario del Sector Salud para reestructurar el sistema de atención médica, así como la enseñanza médica actual, brindando educación al paciente y su familia; motivando al médico en forma continua para lograr el objetivo primordial de la Institución, que es mejorar la calidad de la atención médica en forma ascendente y con un alto sentido humanitario.

Por lo que respecta al Médico su acción está enfocada a nivel de la consulta médica, con educación médica al paciente, y entendiéndose a la consulta médica por el acto en que se establece una verdadera comunicación y una relación interpersonal entre el médico y el paciente; ésto mediante la entrevista clínica que maneja además de preguntas cerradas, preguntas abiertas que facilitan la comunicación y la relación médico paciente. Logrando con ésto germinar nuestro potencial amor médico, dándole un carácter profesional y de esta forma médico y paciente lograrán la satisfacción de sus necesidades de estima y autorrealización.

BIBLIOGRAFIA:

1. Fred N. Kerlinger: Investigación del Comportamiento, Técnicas y metodología. Interamericana. 1975.
2. Raúl Rojas Soriano: Guía para realizar Investigaciones -- Sociales. Textos Universitarios, 1981.
3. Lafn E. Pedro: Historia de la Medicina. Salvat Editores,- S.A. Barcelona 1978.
4. Martínez Cortés, F: Consulta Médica y Entrevista Clínica. Medicina del hombre en su totalidad.
5. De la Fuente Muñiz R: Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica MEX.
6. Balint, M; El Médico, el Paciente y la Enfermedad. Paidós Arg. 1976.
7. Técnicas de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, Subdirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social.
8. Jores, A: La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo. MEX Siglo XXI Editores. 1967.
9. Freire, P: La Pedagogía del Oprimido. MEX. Siglo XXI Editores 1975.
10. Rivero Serrano O: La Relación Médico-Paciente en la Medicina Institucional. MEX. Instituto Syntex (Eds) 1977.
11. Fajardo Ortiz, G: Bases para establecer los Niveles de -- Atención Médica. BOL. MED. IMSS (MEX) 21:175. 1979.

12. Alegría Garza, P: Factores que intervienen en la Relación Médico-Paciente, en las Instituciones de Seguridad Social. BOL. MED. IMSS 18:322, 1976.
13. Pérez Tamayo, R: "La Enseñanza de la Relación Médico-Paciente durante los estudios de pregrado en el IMSS" BOL.-MED. MEX 18:286 1976.
14. Programa del curso de Especialización en Medicina Familiar MEX. 1982.
15. Martín Abreu, L: La Adquisición y Desarrollo de Habilidades Clínicas en el establecimiento de una buena relación Médico Paciente, Edit. Fco. Méndez C. MEX 1980.
16. J. Surós, : Semiología médica y Técnica exploratoria. Salvat, 6a. Ed. 1979.
17. Celis S.A. y Nava G.J.: "Patología de la pobreza". Unidad de Neumología H.G. S.S.A., 1970.
18. Frenk J. y cols.: "Medicina Liberal y Medicina Institucionalizada en México"; Sal. Públ. Méx., XVIII, No. 3, Pág.-481, 1976.
19. Balint E.: "La Investigación en Psicoterapia, en seis minutos para el paciente", 1a. Ed., Paidós Ed. Argentina, -1979.
20. "Panorama de la atención médica en México", IMSS. C.H.T-1 No. 25
21. Gómez Ruiz J. y cols.: Simposium: "La relación Médico-paciente".I.M.S.S., C.H. T-1 No. 25, 1976.