

318523

3

2ej



**UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL**

ESCUELA DE PEDAGOGIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ANALISIS DE LA RELACION PEDAGOGICA ENTRE  
MEDICO-PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA:  
EL CASO DE OAXACA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

**LICENCIADO EN PEDAGOGIA**

P R E S E N T A :

**María de Lourdes Eugenia Campero Cuenca**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## INDICE

### RESUMEN

INTRODUCCION.....	I
CAPITULO I HISTORIA DE LA PROFESION MEDICA EN MEXICO.....	1
1.1 FORMACION DEL MEDICO A TRAVES DE LA HISTORIA SIGLO ( XIV-XX ).....	3
1.2 FORMACION DEL MEDICO ACTUAL SIGLO ( XX ).....	11
1.2.1 EL MEDICO AL SERVICIO DE LA MEDICINA INSTITUCIONAL..	19
1.3 CURRICULUM DEL MEDICO ACTUAL.....	23
1.3.1 FORMACION DEL MEDICO ACTUAL A TRAVES DE LA MEDICINA SOCIALIZADA.....	35
1.3.2 ASPETOS A CONSIDERAR DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA FORMACION DEL MEDICO ACTUAL.....	36
CITAS.....	40
CAPITULO II ESTADO DE SALUD EN MEXICO.....	42
2.1 INSTITUCIONES DE ATENCION A LA SALUD.....	43
2.1.1 INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD A POBLACION ABIERTA.....	43
2.1.2 INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD A POBLACION DERECHOHABIENTE.....	45
2.1.3 PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO.....	46
2.2 SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	47

2.3 ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE LA SSA PARA POBLACION ABIERTA.....	56
2.4 DIAGNOSTICO DE SALUD EN MEXICO.....	63
CITAS.....	65
CAPITULO III RELACION MEDICO PACIENTE : CONSULTA, EDUCACION Y DOMINIO.....	
3.1 POSTULADOS PARA EL ANALISIS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE.....	69
3.2 FUNCIONES DEL MEDICO EN CONSULTA EXTERNA.....	79
3.2.1 HISTORIA CLINICA.....	80
3.2.2 EXPLORACION FISICA.....	88
3.2.3 EXAMENES DE LABORATORIO.....	91
3.2.4 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.....	92
3.2.5 EXPEDIENTE CLINICO.....	97
3.3 SISTEMATIZACION DE LA CONSULTA E INFLUENCIA DE LA FORMACION DEL MEDICO.....	98
3.4 LA SOCIEDAD Y CULTURA PRESENTES EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA.....	103
CITAS.....	111
CAPITULO IV METODOLOGIA.....	
4.1 PROCESO DE OBSERVACION.....	114
4.2 INSTRUMENTACION.....	117
4.2.1 DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS.....	117

4.2.2 DESCRIPTORES - INDICES - INDICADORES.....	118
4.2.2.1 INDICES E INDICADORES INSTRUMENTO 1 ( GUIA DE OBSERVACION ).....	118
4.2.2.2 INDICES E INDICADORES INSTRUMENTO 2 ( CUESTIONARIO ).....	125
4.2.2.3 INDICES E INDICADORES INSTRUMENTO 3 ( LISTA DE EQUIPO E INSTRUMENTAL ).....	127
4.3 MUESTREO.....	129
CITAS.....	132
CAPITULO V ANALISIS DE RESULTADOS.....	133
5.1 PRESENTACION DE RESULTADOS.....	135
5.1.1 RELACION MEDICO-PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA.....	135
5.1.2 EL MEDICO PRESTADOR DE SERVICIOS EN LA SSA.....	153
5.1.3 DESCRIPCION GENERAL DE LOS RECURSOS MATERIALES EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA SSA.....	156
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	158
ANEXOS.....	167
BIBLIOGRAFIA.....	229

- A LAS PERSONAS INTERESADAS EN EL  
PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

- A QUIENES HAN FAVORECIDO MI  
FORMACION, CON SU EJEMPLO,  
ASESORIA, APOYO Y TRANSMISION  
DE EXPERIENCIAS.

## RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo conocer cuál es la relación pedagógica que se establece entre médico-paciente en consulta externa en diferentes centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud en el Estado de Oaxaca.

Para cumplir con este objetivo se realizó, por una parte, una revisión bibliográfica con la que se busca dar cuenta de ciertos aspectos históricos relevantes de la medicina y de la formación del médico. Se discute también las características del Sistema Nacional de Salud en general y de la Secretaría de Salud en particular, y se ofrecen elementos sustantivos para la conformación de un marco teórico que a partir de algunos conceptos de Gramsci y Foucault, permite interpretar el problema de nuestro interés.

Por otra parte se realizó un estudio de campo en el Estado de Oaxaca con una muestra de 168 pacientes y 17 médicos distribuidos en 9 localidades. Se realizó observación directa sobre ellas a través de la sistematización y adecuación de la técnica de "Estudio de Sombra" para este caso concreto de análisis.

Los resultados obtenidos nos encaminan a la conclusión de que no existe en este tipo de servicio una relación médico-paciente, sino que sólo es posible hablar de una relación médico-problema, que está presente dentro de la consulta externa en Centros de Salud de la SSA en algunas localidades del Estado de Oaxaca.

## INTRODUCCION

Durante muchos años la Relación Médico - Paciente ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas sociales, entre las que se cuentan, la Filosofía Médica, la Sociología y la Antropología Médica, entre otras. Pero es menos frecuente encontrar un estudio de esta naturaleza desde la perspectiva de la Pedagogía. Esta situación no es casual: por una parte obedece al mayor desarrollo alcanzado por dichas ciencias, dada su antigüedad mientras que la Pedagogía Renovadora aún no ha completado un siglo de existencia. Por otro lado, la misma situación de desigual desarrollo entre las diversas disciplinas, explicaría el hecho de que en la actualidad resulte más difícil emprender una reflexión pedagógica en torno a la relación Médico-Paciente. Sin embargo, este trabajo pretende contribuir en forma significativa al desarrollo de esta última perspectiva de análisis. En efecto, existe abundante literatura en torno a la naturaleza de la relación social que se establece entre un médico y un paciente pero, cuáles son las características fundamentales del proceso educativo que vincula a estos dos sujetos.?

La oportunidad de comenzar a reflexionar en este sentido surgió cuando fui invitada a participar como investigadora en el proyecto "Calidad de la Conducta Prescriptiva en Atención Primaria" que realizó el Centro de Investigación en Salud Pública



(CISP) en 1985. Esta investigación tenía como objetivo: "Detectar los patrones de conducta que preceden y/o subyacen al proceso prescriptivo de los médicos adscritos a los servicios de salud de atención médica primaria de la Secretaría de Salud (SSA) en nueve Estados descentralizados de la República."

En ese entonces mi función consistía en hacer observaciones directas y registros de todo aquello que sucediera en las consultas que contemplaba dicha investigación.

Durante mi participación en este proyecto pude constatar de una manera empírica y vivencial, que existían una serie de problemas en la transmisión educativa que se establecía del médico hacia el paciente, por ejemplo: me quedaba la inquietud de si los pacientes estarían entendiendo todo lo que el médico les indicaba y si el médico entendía lo que el paciente le expresaba acerca de sus síntomas, o bien, qué conductas y actitudes se manejaban en la consulta, tanto por parte del médico, como por parte del paciente.

A partir de estas reflexiones surgió en mi el interés por transformar aquellas vivencias subjetivas en un estudio sistemático que obtuviera una mayor validez y significado dentro del razonamiento pedagógico.

El Objetivo General que se estableció para esta investigación es : Conocer cuál es la relación pedagógica que se establece entre médico-paciente en consulta externa en diferentes

centros de salud (A,B,C) dependientes de la Secretaría de Salud (SSA) en el Estado de Oaxaca.

El hecho de haber elegido el Estado de Oaxaca, como población de estudio, se debió a dos razones principalmente: En primer lugar, el Estado de Oaxaca presenta características específicas de interés dentro del campo de la salud, ya que ahí coexisten la medicina científica con importantes manifestaciones de la medicina tradicional. En segundo lugar, mi participación dentro de la investigación antes mencionada fué principalmente en este Estado, lo que facilitaba establecer y encontrar los contactos y apoyo necesarios para poder llevar a cabo ésta estudio.

Para alcanzar el objetivo antes mencionado, se formularon algunos cuestionamientos que permitieron orientar el curso de la misma.

Estos cuestionamientos buscan ordenar el ámbito de nuestra reflexión de manera que nos sea posible distinguir dos niveles de análisis. Un Primer Nivel - MACRO - que alude a los aspectos principales de la evolución histórica de la medicina, tanto en lo que se refiere a la formación de los recursos humanos (médicos), como a la institucionalización de su práctica. En otras palabras, este primer cuestionamiento busca rastrear en la historia de la formación de los recursos y de la institucionalización de su práctica, elementos clave que permitan entender el tipo de

relación pedagógica que se establece entre Médico-Paciente. En el Segundo Nivel - MICRO - se busca caracterizar las seis tareas (Identificación, Historia Clínica, Exploración, Tratamiento, Diagnóstico y Seguimiento) que estructuran la relación Médico-Paciente en consulta externa, y encontrar en ellas los elementos que definen el tipo de Relación Pedagógica que se establece entre los sujetos en cuestión.

Estos cuestionamientos son:

A) Nivel -MACRO- :

-De que manera la formación del médico y la medicina institucionalizada condicionan su práctica en consulta ?

B) Nivel -MICRO- :

-La Relación que se establece en Consulta Externa favorece el hecho de que el médico eduque al paciente en torno a su Proceso Salud-Enfermedad ? o por el contrario, sólo le da información parcializada al respecto ?

-La Relación Médico - Paciente está condicionada por una Práctica Médica Autoritaria ?

Para responder a ellos el presente trabajo se ha estructurado con una secuencia lógica similar a lo largo de sus capítulos.

El capítulo Primero, describe algunos elementos para el análisis del primer cuestionamiento antes mencionado (Nivel Macro), a través de la exposición de aspectos significativos que se presentan a lo largo de la Historia de la Medicina como profesión y en donde se enmarca la institucionalización de la misma, contemplando asimismo, la formación curricular del médico a través del tiempo como profesionista de la salud dentro de nuestra sociedad.

El Segundo Capítulo presenta por un lado, la complejidad de los Servicios de Salud en México en sus diferentes instancias institucionales y por el otro, presenta la organización que tiene el Sistema Nacional de Salud, así como las estrategias instrumentales y los programas para el logro de sus objetivos. A continuación se explican los criterios de distribución que tiene la SSA para dar servicio a su población y la implementación del Modelo de Atención a la Salud a través de dichos servicios.

Por último, dentro de este capítulo se hace mención del diagnóstico de salud en México. Este capítulo pretende al igual que el anterior favorecer el análisis del Nivel Macro que tiene como objetivo esta investigación.

El Tercer Capítulo tiene como propósito el poder dar a conocer la relación Médico-Paciente, así como los aspectos generales y específicos que se presentan en la consulta externa. Además, se toman como fundamento algunos elementos de la teoría

de Gramsci y Foucault, para la posible discusión de la naturaleza de esta relación.

El Cuarto Capítulo está compuesto por la sistematización del estudio para el logro de sus objetivos, a través de la descripción de la metodología aplicada para la recolección de la información, así como los elementos de análisis que se utilizaron para la presentación de los resultados.

El Quinto Capítulo, tiene como objetivo reportar los hallazgos encontrados a través del trabajo de campo realizado.

Por último se presenta la discusión y conclusiones con el objeto de integrar el material que presenta este trabajo, para un mayor acercamiento en el campo de la salud desde una perspectiva pedagógica.

## CAPITULO I HISTORIA DE LA PROFESION MEDICA EN MEXICO

Todas las profesiones han surgido de alguna necesidad específica para la humanidad y se han ido modificando para un mejor desarrollo del hombre y de la sociedad.

Partiremos de la definición de profesión, ésta será entendida como:

"Posesión de conocimientos científicos, humanísticos o artísticos especializados, adquiridos por medio de un estudio formal acreditado de alguna manera y cuyo ejercicio público se hace a cambio de una remuneración". (1)

Desde los inicios de la medicina como práctica, sin ser aún una profesión delimitada, ha existido como principio fundamental el no matar, no dañar deliberadamente, velar por la salud del enfermo, ayudarlo, y respetarlo en su cuerpo y espíritu. Estos mandatos, desde los tiempos hipocráticos hasta en nuestros días, han sido el fundamento filosófico más importante para el desarrollo de la medicina como profesión.

Es posible decir que en la función del médico siempre ha estado presente como algo esencial, y en algunos casos decisivo, el dilema más radical que pueda envolver al hombre: " Vida - Muerte". Su función en la práctica real estriba dentro de este dilema, no es entonces la de diagnosticar enfermedades y tratarlas, sino la de definir problemas de salud a un nivel en el que sea factible aplicar alguna o algunas medidas terapéuticas lo más efectivas posibles y con el riesgo mínimo para el paciente.

Sin embargo, el avance acelerado que ha tenido la medicina a través de la historia, ha implicado su fragmentación y tecnificación y se ha venido a cambiar radicalmente su práctica, al pasar de la medicina estrictamente privada e individual a la medicina colectiva, auspiciada por el Estado, con la intención de dar atención a las grandes masas humanas, lo que caracteriza la medicina contemporánea.

En este capítulo se pretende dar a conocer de manera general, tomando los aspectos más significativos, la institución de la medicina como profesión, así como los cambios que ha sufrido ésta desde la época de la Colonia hasta nuestros días, de igual forma se expondrá aquí cuál es la formación curricular e Institucional del médico actual como profesionista de la salud, definiendo además el papel que juega dentro de nuestra sociedad.

1.1 FORMACION DEL MEDICO A TRAVES DE LA HISTORIA  
SIGLO (XV - XX)

Durante la época de la Colonia en México existía un gran número de Curanderos, Herbolários y Especieros, quienes tenían una larga tradición Indígena en el uso de plantas para la medicina. Los conocimientos sobre los múltiples usos de la vegetación por parte de los Indios eran muy extensos. Contaban con una gran variedad de plantas curativas, por lo que incorporaban estos conocimientos botánicos a las prácticas médicas.

Las profesiones más destacadas eran las relacionadas con las carreras universitarias: Teología, Derecho Económico, Derecho Civil y por último, Medicina.

Creado ya en España el tribunal de Alcaldes Examinadores con el fin de evaluar a los que practicaban la medicina, en 1498 los Reyes Católicos exigieron a través de un mandato:

" Que los Protomédicos y Alcaldes Examinadores mayores, que no tuvieran poder, lo sean en nuestros Reynos... para examinar los físicos, cirujanos y ensalmadores y boticarios, herbolários". (2)

Es entonces este tribunal de protomedicato el que examinaba a los médicos y otorgaba licencia para ejercer dicha profesión. En un principio la instrucción médica y la reglamentación de los médicos en México fue menos estructurada y estricta que en España. En 1527 se expidió la primera ordenanza de médicos debido



a la gran cantidad de curanderos que ejercían sin autorización y en ese mismo siglo se fundaron 129 hospitales sostenidos por las órdenes religiosas o por el Rey.

Entre los siglos XVI y XVIII las profesiones de médicos y cirujanos mantenían una marcada diferenciación social y curricular. Los médicos eran graduados de la universidad, y disfrutaban de cierto prestigio social, mientras que a los cirujanos se les consideraba que ejercían tan solo un arte manual, por lo que se les tenía poca consideración y sufrían de desprecio aún por los mismos médicos; se decía que el cirujano era tan despreciado por los médicos, como temido por el público.

La medicina a pesar de su larga trayectoria, era la carrera universitaria de menos prestigio.

" La voz pública, de los maestros y estudiantes de los colegios destinaban exclusivamente al estudio de la medicina aquella porción de alumnos que por su incapacidad no habían podido aprender nada en los cursos de filosofía". (3)

A partir de 1578 se establecieron poco a poco cátedras de medicina en la universidad de México. Las cátedras se basaban principalmente en la enseñanza de las obras de Hipócrates, quien enseñaba a través de sus obras, que la salud se debía al funcionamiento armónico de los cuatro humores o fluidos del organismo humano: Sangre, Bilis, Flema y Bilis negra. El predominio de uno de ellos constituía el temperamento. Un temperamento ardiente o sanguíneo requería sangrías, el bilioso o

colérico, purgantes, el flemático y el melancólico estimulantes. Otras cátedras universitarias se basaban en obras de Aristóteles y Galeno.

Bajo el reinado de Felipe III en España, se establecieron una serie de cambios importantes para todas las universidades. Dentro de estos cambios se estipulaba que sólo sería posible dar el título de Bachiller en Medicina a quien hubiera cursado por lo menos tres cátedras de Prima y Visperas y la tercera de Cirujía y Anatomía. Más adelante se implementaron las cátedras de Matemáticas y Astrología.

En 1646 el Protomedicato se constituyó en la Nueva España rigiendo al Distrito Federal y Territorios, mientras que los Estados tenían sus propios reglamentos para el ejercicio de la profesión medica dentro de sus propias jurisdicciones.

El Protomedicato fundó una academia teórico -práctica de medicina. Los estudiantes se reunían con uno de los Protomédicos para estudiar las enfermedades, las cuales se clasificaban de tres maneras: internas, externas y mixtas. Los médicos trataban las tres, mientras que los cirujanos, por ley, solo podían tratar las externas o mixtas, como heridas, fracturas (Técnica que se le llamaba "álgebra"), cataratas, tumores, llagas, enfermedades venéreas y hernias. En estas reuniones también exponían los estudiantes médicos y cirujanos sus pareceres sobre posibles remedios, y más adelante se hizo obligatoria la asistencia a

disecciones.

El protomedicato hacía un exámen teórico sobre las Doctrinas más importantes de Hipócrates y Galeno; después, un examen práctico en un hospital, donde el aspirante debía identificar delante de los Protomédicos, las enfermedades de cinco pacientes, indicando sus causas y las medicinas aplicables a cada caso.

Para el Siglo XVIII, el estudio de la medicina cada vez se hacía más complejo y eran muchos los requisitos que se exigían para alcanzar el título de médico o cirujano.

A pesar del poco reconocimiento universitario y social que tenía el ejercicio de la medicina, estaba restringido para las personas adineradas, ya que, para obtener el título de médico, había que presentar:

" Fé de bautismo y prueba de legitimidad, título universitario de bachiller en filosofía y otro igual en medicina, que probara haber llevado satisfactoriamente cuatro cursos en la universidad; certificado de haber practicado medicina dos años con un médico recibido, certificado de haber aprobado un curso de botánica y en situación de la antigua limpieza de sangre, debía presentar un documento levantado ante la justicia del lugar de su residencia, firmado por tres testigos, que aseguraban su identidad, buena conducta y costumbres. Debía depositar en el protomedicato 86 pesos, desembolso fuerte que sumaba a las cantidades pagadas en la universidad. Para conseguir los dos certificados de bachiller; exposición de una tesis sobre un aforismo de Hipócrates, escogido al azar, o disertar sobre algún otro autor. Se reunía el protomedicato para hacer cuantas preguntas quería sobre teoría de la medicina; al día siguiente en el hospital, el examinado revisaba a cuatro o cinco pacientes y el jurado le hacía preguntas referentes a los casos, al contestar todas a satisfacción, el candidato juraba defender la limpia concepción de María, la constitución y la independencia

del país, (como en todos los exámenes universitarios) y servir fiel y legalmente en su profesión, guardar las leyes y pragmáticas del protomedicato y curar gratis a los pobres". (4)

Los cirujanos estaban divididos en dos clases: Latinistas y Romanticistas. Los latinistas acudían a la universidad y tenían que presentar:

" Fé de bautismo, certificado de gramática latina y un curso de artes, tres cursos universitarios de anatomía, cirugía y matemáticas, en prima y víspera, otro más sobre el método de curar, debía presentar certificado de haber asistido a lecciones de botánica e información sobre buenas costumbres.

Al romanticista, se le exigía fé de bautismo, constancia de cuatro cursos de anfiteatro, de haber practicado 4 años con un cirujano titulado, de haber cursado botánica, sobre arte obstétrico, componer huesos, limpiar cataratas, curar hernias y poseer conocimiento teórico de anatomía, flebotomía, y álgebra por entonces casi oficios. Como con los médicos presentaban examen teórico y visita hospitalaria." (5)

Tanto el cirujano romanticista como el latinista tenían que pagar 110 pesos de derechos, más que los mismos médicos que gozaban de mayor fama dentro de ésta profesión no muy prestigiada.

La Escuela de cirugía, buscando una mayor aceptación y reconocimiento, entró en conflicto con las dos instituciones médicas más importantes de la ciudad: El tribunal de Protomedicato y la Universidad. Esta lucha duró hasta finales del periodo colonial.

En 1830, se unieron legalmente las carreras de médico y cirujano, obligando a los estudiantes a presentar exámenes sobre las dos áreas de conocimiento. En 1831, se juntaron los dos

términos en un único título: "Médico-Cirujano".

La Mujer, hasta entonces, estaba sólo en condiciones de adquirir una licencia como partera, y entre los requisitos que tenía que cumplir estaba el que fuera casada o viuda. Se necesitaba, en caso de ser viuda, un certificado del párroco que atestiguara su vida honesta; y en caso de que fuera casada, el marido tenía que dar su consentimiento. Los derechos para poder adquirir dicha licencia, eran de 63 pesos.

El título de partera, junto con el de maestra, fueron los únicos títulos profesionales accesibles a las mujeres durante la primera mitad de este siglo.

El Protomedicato se transformó en Facultad de Medicina en 1831, lo que marcó el fin de una etapa en la historia de la medicina y de las profesiones en México. Significó la extinción de un antiguo organismo colonial de monopolio en todas las actividades relacionadas con la salud. Fue reemplazado el cuerpo aristocrático, cuyos miembros eran elegidos de por vida, por un gran número de miembros que servirían por tiempos limitados. Este cambio tuvo grandes trascendencias y fue marcando poco a poco una mentalidad diferente a través de la Facultad de Medicina.

Había sido difícil que los médicos de las escuelas de medicina de los diferentes Estados ejercieran libremente en otros estados y, sobre todo, en el centro del país. Sin embargo las

nuevas leyes que se establecieron a partir de la extinción del protomedicato permitían el ejercicio de la medicina por médicos recibidos en los Estados, sin exámenes adicionales, siempre y cuando certificaran ante la Facultad de Medicina haber cumplido con requisitos iguales a los exigidos en el Distrito Federal y sus Territorios. El caso de los médicos extranjeros residentes en el país también quedó reglamentado.

Se deseaba ante todo uniformar criterios y requisitos, pero los Estados preferían tomar medidas individuales para cada caso que se presentara antes de aceptar un reglamento común.

A principios de la década de 1870, la medicina se estudiaba en 10 entidades, sin embargo, el nivel académico no era comparable al de la Facultad de Medicina del Distrito Federal. Los médicos representaban cualitativamente una elite aparente, mas como grupo profesional era muy limitado, pues para una población de aproximadamente 13 y 1/2 millones, había sólo 2500 médicos, los cuales, además, estaban concentrados en las ciudades.

" En 1874 la Escuela tenía 126 alumnos, y contaba con un Director, 17 profesores y 10 ayudantes para las cátedras de Anatomía Descriptiva, Anatomía Topográfica, Clínica Interna, Clínica Externa, Química, Farmacia, Farmacología e Historia de las Drogas, Museo de Anatomía Patológica y Medicina Operatoria.

La Escuela tenía además, Biblioteca, Laboratorio de Química, Anfiteatro, Museo Anatómico y los aparatos necesarios para ilustrar las demás clases. Las prácticas se hacían en los Hospitales de la Ciudad. La organización de los cursos de la Ciencia Médica era similar en todas las entidades, pues la influencia venía

del centro; Jalisco, Oaxaca, Michoacán, y Nuevo Leon, ofrecían la carrera de médico en seis años y Guanajuato y Puebla en cinco". ( 6)

El ejercicio de la Obstetricia estaba restringido al Distrito Federal y algunos Estados como Oaxaca y Puebla siendo un estudio exclusivo para las mujeres. Se necesitaba presentar una tesis sobre " Algún punto de la Ciencia" que tenía que defender ante un jurado, así como una exposición práctica relativa a posiciones y presentaciones del feto y sobre procedimientos operatorios; además era preciso justificar 70 guardias de 24 horas en el hospital de maternidad para poder obtener el título de: "Profesora de Obstetricia".

Durante el Siglo XIX cuando la experiencia Francesa seguía ejerciendo todavía una poderosa influencia en México, surge en Francia el Método Clínico integrado a la Anatomía Patológica, y se inicia en nuestro país el primer proceso de asimilación de una práctica médica y educativa extranjera, dando lugar a la medicina de especialidades, implicando así, un nuevo giro al desarrollo de la profesión médica en México.

Las cifras de Salud Pública en México a principios de siglo son desconsoladoras. La mortalidad anual era de 33.6 por cada 1000 habitantes, y el promedio de vida de los mexicanos era de 26.5 años. El 80% de los mexicanos habitaban en zonas rurales, y éstos eran atendidos por curanderos que utilizaban vidrio, concha molida, plomo y una infinidad de hierbas para aliviar a sus enfermos.

La expansión de las profesiones en el Siglo XX, así como el aumento de instituciones formadoras de profesionistas, no es comparable al paulatino crecimiento de los siglos anteriores.

A partir de la Revolución de 1910 se da un salto hacia un nuevo tipo de modernidad donde la tecnología extranjera cobra un lugar privilegiado ante nuestra sociedad, e imprime a la educación y a la práctica médica en México la condición de dependencia que la caracteriza hasta nuestros días.

" Francia primero y luego los Estados Unidos, han impuesto a la enseñanza de la Medicina en México sus concepciones, sus métodos didácticos, sus planes de estudio y sus libros de texto. Sin negar los avances que esta situación ha proporcionado a la docencia y a la investigación, puede decirse también que ha condicionado un divorcio abismal entre la educación médica y la realidad sanitaria. Los contenidos del proceso educativo no corresponden al panorama epidemiológico del país ni a las necesidades reales de salud de la población mayoritaria." (7)



Abraham Flexner, en 1910, realiza un estudio sobre las escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá, con el patrocinio de la Fundación Carnegie para el avance de la enseñanza, publicando en un informe llamado "Flexner" una serie de recomendaciones que han marcado desde entonces las pautas de la educación médica, no sólo en Estados Unidos, sino que prácticamente en todos los países del mundo. Este informe, en la práctica, vino a consolidar un tipo de ejercicio médico, llamado "Medicina Científica", dando un enfoque positivista a la enseñanza, investigación y a la práctica, fué la expresión de las tendencias científicistas. El positivismo médico encontró su expresión en algunos aspectos tales como concebir al del cuerpo humano como una porción de sistemas sin relación entre sí, excluyendo la consideración sobre las causas sociales de las enfermedades, por consiguiente los fenómenos colectivos quedaron fuera del ámbito "Científico".

El médico de esta manera adquiere un papel técnico, y es el hospital el lugar propicio para realizar reparaciones. Esta concepción mecanicista del cuerpo no refleja más que una estructura del capitalismo en donde su elemento fundamental es la producción de la máquina.

" El acelerado aumento de la población, al lado del avance universal de la Ciencia, han sido factores determinantes que explican la gran proliferación profesional en este siglo. Posiblemente la historia que revela con mayor claridad este fenómeno es la medicina".  
( 8 )

Es entonces el movimiento de 1910 el que marca el inicio de un nuevo período en la vida del país, produciéndose cambios en el orden Político, Económico y Social.

La participación del Estado en asuntos de Salud, cobra su mayor importancia en este siglo desempeñando funciones de control sanitario y vigilancia epidemiológica, constituyéndose para tal fin, el Consejo General de Salubridad y el Departamento de Salubridad Pública.

La intervención Estatal en asuntos de salud, marca modalidades significativas en cuanto a la producción cualitativa y cuantitativa de servicios de salud, lo cual va a afectar directamente la transformación del campo de trabajo médico.

Existen antecedentes de la seguridad social en México desde las últimas décadas del siglo XIX, pero no es sino hasta después de la Revolución Mexicana cuando empieza a manifestarse una preocupación sostenida, que se plasma en el artículo 123 de la Constitución. A través de la Reforma Constitucional, se obliga al gobierno a dictar leyes separadas en materia laboral y en materia de seguridad social; esta reforma también proponía un programa nacional de seguridad social obligatoria que, además de cubrir incapacidades, muerte, accidentes y enfermedades ocupacionales, incluía el seguro contra el desempleo.

" El alto nivel de la investigación médica que se mantuvo en México, sobre todo en el campo de la salud, se explica en buena medida por el apoyo institucional que ofreció el gobierno a la comunidad científica desde

los años de la Revolución. La salud pública era finalmente un objetivo revolucionario " (9)

Durante el período Presidencial de Lázaro Cárdenas (1937) se crea el Departamento de Asistencia Social Infantil, representando la primera estructura diferenciada de participación directa del Estado. Al poco tiempo, éste fue elevado al rango de Secretaría, ampliando sus funciones a la asistencia pública para todos los habitantes. Esta Secretaría se fusiona en 1943 con el Departamento de Salubridad Pública, formándose así "La Secretaría de Salubridad y Asistencia." (S.S.A.)

Esta nueva Institución tiene como objetivo llevar a las grandes masas de la población los servicios básicos de salud, y son los médicos en servicio social quienes en gran parte cubren los requisitos de capacidad de trabajo médico a que ésta expansión dió lugar.

En el mismo año de 1943 fue creado el "Instituto Mexicano del Seguro Social" (I.M.S.S.) y se logró la primera afiliación de trabajadores del Distrito Federal.

" En primera instancia, el Seguro Social en México, sólo cubrió a trabajadores urbanos y unos años más tarde se extendió a pequeños propietarios y ejidatarios, miembros de cooperativas de producción, sin embargo, se atendía muy poca población rural ." (10)

A partir de este momento se inicia claramente la tendencia hacia la especialización en México, como forma dominante de organización para la producción de servicios médicos, creándose entonces los hospitales e institutos de especialidad: Hospital

Infantil de México, Instituto Nacional de Cardiología, Hospital de Enfermedades de la Nutrición, etc.

" La atención médica adquiere ya una franca preponderancia sobre la salubridad, en términos de la participación del Estado en la producción de Servicios de Salud. Además, el hospital empieza a convertirse en el centro de desarrollo de un trabajo médico cada vez más especializado". (11)

Hasta entonces las únicas especialidades que se impartían en México eran las de Oftamología, Otorrinolaringología, Ginecología y Venereología. Los nuevos servicios que ofrecían los hospitales dieron pie a una infinidad de especialidades médicas, y los programas de estudio de la Facultad de Medicina siguieron necesariamente un curso paralelo.

Los recursos económicos destinados a la salud se encausaron exclusivamente hacia los servicios quirúrgicos, mientras que los pabellones de medicina interna estaban sobrepoblados de pacientes a los que se les daba únicamente tratamiento de rutina. Tal parecía como si no hubiera en él mas que servicios de cirugía.

El Doctor Chávez, director de la Facultad de Medicina en estos tiempos, afirmaba:

" Que la especialización, como sistema de trabajo que limita la visión del espíritu y circunscribe el campo de la doctrina, resulta una forma de mutilar el conocimiento y de estrechar el criterio; sin embargo, tomada como una forma de limitar la actividad profesional pero sin olvidar la medicina integral de base, de dominar la técnica especializada, y sin descuidar el cultivo de la doctrina biológica general... de circunscribirse en la práctica a un solo campo para poder ahondarlo, la especialización resulta benéfica. El problema consiste precisamente en encontrar difícil punto medio." (12)

El desarrollo de la especialidad es lo que explica el avance acelerado de la medicina en México, que en un período de sólo 25 años avanzó como no lo había hecho en los siglos anteriores.

Para 1958 el país se encontraba en un momento de crisis e inestabilidad política. Esto traía como consecuencia cambios en la política laboral del Estado que repercutió sobre todo en la extensión de prestaciones, con lo cual se inicia la consolidación de la seguridad social como la forma más importante de participación del Estado en la producción de servicios de atención médica. La prominencia de la seguridad social sobre la asistencia pública se presenta claramente desde ese momento, tomando una fuerza muy grande que es posible apreciar hasta nuestros tiempos.

Esta transformación tiene su ingerencia en dos dimensiones: cuantitativamente, se dá la ampliación de los espacios de trabajo y cualitativamente, se hace una diferenciación todavía más clara de los modelos de producción estatal y privada.

En 1960 se publica la ley que convierte la antigua Dirección de Pensiones Civiles en el "Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado" (I.S.S.S.T.E ) Esta nueva Institución adquiere grandes dimensiones y tan solo en cuatro años contaba ya con 33 hospitales y 68 clínicas.

La asistencia pública a través de sus dos principales

instituciones del país, S.S.A. y D.D.F., desarrolla considerablemente su capacidad de servicios, prestando éstos al "contacto primario" y "urgencias". Para tal fin se crea un sistema de asistencia médica escalonado.

La universidad, a su vez, en su política educativa, tendió en primera instancia a incrementar el número de estudiantes en las escuelas de medicina para responder a la expansión hospitalaria. Sin embargo, de 1958 a 1967 la matrícula de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, se mantuvo casi igual, y salían graduados de ella el 61% de los médicos del país.

En el período de 1967 a 1979 el crecimiento de las instituciones estatales de atención médica disminuye su acelerada expansión, en particular en lo que se refiere a la construcción de nuevas unidades hospitalarias.

El sistema de educación médica, por el contrario, presenta un crecimiento muy superior al observado en períodos anteriores, siendo entonces cuando la relación unidad hospitalaria - número de matrícula médica, se ve desbalanceada en su oferta y demanda en la capacidad de trabajo médico que prevalece aún hasta nuestros días.

AÑO / POBLACION ESCOLAR MEDICA EN EL PAIS / INSTITUCIONES

1967	20,127	20
1971	41,675	25
1977	80,396	59

Así es como la demanda de trabajo médico y la proliferación de médicos graduados ha producido grandes repercusiones en la formación del profesionista médico, ya que se presenta una gran competencia de los egresados de la carrera por alcanzar una formación de posgrado mediante alguna especialidad médica. Esto debido a que la residencia médica en las diferentes instituciones del sector público, ha adquirido una gran importancia, pues permite al médico egresado su incorporación inmediata y remunerada al mercado de trabajo médico, así como el aumento de su capacidad técnica.

Para el médico recién egresado de estudios de especialidad, el hospital ofrece la ventaja de contar con los recursos tecnológicos, cada vez más complejos y costosos, necesarios para desarrollar su actividad, por lo que se torna algo muy importante para el médico acreditar satisfactoriamente la residencia, pues es la manera de poder conseguir más fácilmente una plaza institucional posteriormente.

Un porcentaje muy alto de médicos especialistas combinan:

" El ejercicio liberal de la medicina con el trabajo asalariado en las instituciones de salud, y al hacerlo tienen que ejercer su profesión, por lo menos parcialmente, bajo las condiciones impuestas por el propietario de los medios de producción. Las características de la práctica hospitalaria institucional le imponen una parcelación en el control de su trabajo, subordinada a la estructura de relaciones entre la institución y los pacientes. Esto se refleja por ejemplo en una normalización cada vez más acentuada, de los criterios médicos específicos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos observados más frecuentemente en cada centro hospitalario." (13)

El médico que no acredita el exámen nacional de residencia en especialidad, fácilmente termina: realizando trabajo técnico, ingresando a otros trabajos laborales, realizando trabajo de sub-empleo y en muchos casos en un desempleo abierto.

Lo que en los años 20 fue concebido como un avance médico científico gracias al surgimiento de las especialidades, en la actualidad con sus 5 especialidades básicas y 57 sub-especialidades, ha comenzado a mostrar sus límites y efectos imprácticos, pues el especialista sólo es capaz de resolver una pequeña instancia del problema o de descubrir algunos síntomas de un síndrome, ya que lo demás escapa a los conocimientos que involucra a su especialidad.

De tal suerte que uno de los inconvenientes más grandes en la actualidad referente al estudio de la especialidad médica, es la falta de médicos generales...

" No es exagerado pensar que el incontenible fenómeno de la especialización amenaza en convertirse en auténtico Mal du Siecle " (14)

#### 1.2.1 EL MEDICO AL SERVICIO DE LA MEDICINA INSTITUCIONAL

La medicina institucional prestada por el Estado con el fin de atender las necesidades de salud de la población a través de sus tres ramas de actividades: Salubridad, Asistencia y Seguridad Social, se presenta cada vez más como una medicina burocratizada y cada vez menos como una medicina socializada.



El Doctor Frenk, el Doctor Daniel López Acuña, y otros en su artículo "Medicina Liberal y Medicina Institucional en México", nos enmarcan una serie de argumentos a favor y en contra de la medicina institucionalizada, entre ellos encontramos:

Argumentos a favor de la Medicina Institucional:

1) Solamente la medicina institucional puede dar atención a grupos amplios de población, con un costo bajo por derechohabiente.

2) La medicina institucional es la única capaz de utilizar los avances tecnológicos, ya que al contar con recursos económicos, puede comprar costosos aparatos.

3) Sólo ella es verdadera promotora de la investigación básica, clínica y en salud pública, pues posee los medios humanos y materiales para realizar tan costosa tarea.

4) Únicamente en la medicina institucional pueden implementarse medidas preventivas eficaces; sólo ahí hay cabida para la medicina social y para la salud pública.

5) Al centralizar recursos económicos, materiales y humanos, permite un alcance más amplio y mayor efectividad administrativa y asistencial.

6) Los médicos recetan de acuerdo a un cuadro básico, lo que les permite sustraerse a las presiones de las compañías farmacéuticas.

7) Permite ejercer la solidaridad social y canalizar los anhelos de servicio de los médicos.

8) Se puede integrar un equipo de salud. La medicina institucional responde al fenómeno de la especialización, pero al mismo tiempo permite, a través del trabajo en equipo, la atención integral del paciente. Además, ahí pueden ejercerse la medicina general y familiar.

9) Es la única que permite el ejercicio de la medicina en sus tres niveles de atención: Primario, Secundario y Terciario, y en sus tres áreas de acción: Prevención, Tratamiento y Rehabilitación.

Argumentos en contra de la Medicina Institucionalizada:

1) Se puede convertir en una medicina burocratizada.

2) La serie de trámites por los que tiene que pasar el paciente para conseguir una consulta o un estudio de laboratorio o de gabinete puede llegar a durar más que el desenlace de la evolución natural de una enfermedad.

3) Puede dar lugar a una despersonalización del médico y del paciente.

4) La relación Médico - Paciente, fácilmente se establece en un fondo de neurosis y agresión, donde el médico no soporta el exceso de trabajo por el número de pacientes que tiene que ver y papeles que llenar, mientras que el paciente llega a exigir que se le atienda y cure según sus derechos.

5) El médico diluye su responsabilidad en el inmenso aparato burocrático que lo sustenta.

6) El paciente no tiene derecho de escoger su médico ni

hospital o centro de salud en el cual quiera atenderse.

7) La medicina burocratizada forma parte del sistema de opresión y explotación.

8) La medicina institucional presenta para el médico una comodidad para la obtención de su seguridad económica y de una serie de ventajas personales ( un horario que cuando es cumplido deja libre al médico chambista, goce de semana inglesa, vacaciones pagadas y otro tipo de prestaciones según el nivel jerárquico que ocupen.)

9) La medicina institucional favorece al médico la obtención de prestigio a través de la institución, o bien, la utilización de ésta como una plataforma de lanzamiento hacia un plano político, con ambiciones personales y no con intenciones de servicio.

La responsabilidad social del médico debe conducirse principalmente a la prevención y educación sanitaria, y esto no puede concebirse sino como un servicio público colectivo. Sin embargo, la medicina burocratizada, que es la que dá sus servicios a la población, ignora al enfermo como persona y lo convierte en ficha o expediente y dirige su beneficio al sistema en vez de al paciente, haciendo de su práctica médica un instrumento más de dominación.

### 1.3 CURRICULUM DEL MEDICO ACTUAL

El informe Flexner, como ya se mencionó, ha sido una de las influencias más poderosas en la formación curricular del médico actual. Sus recomendaciones y sus implicaciones ideológicas, junto con las condiciones políticas y económicas propias del país, nos hacen comprender los programas de las escuelas de medicina en México.

El diseño de planes de estudio, la organización de los departamentos académicos y la orientación de la investigación científica, responden a un modelo educativo extranjero, por lo que poco tiene que ver con la satisfacción de las necesidades requeridas para la formación de médicos acordes a nuestra realidad.

En términos generales, el esquema de plan de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, predomina en las escuelas médicas del país. Sin embargo, se han dado ciertos programas alternativos surgidos en los últimos años, los cuales intentan partir de una perspectiva social de los problemas de salud, aún cuando sus resultados aún son parciales.

Al lado de estos proyectos excepcionales, los planes de estudio de las universidades que imparten la medicina como profesión, constituyen una concepción científicista y

positivista, pretendiendo dar un mejor nivel de atención para la salud.

Dentro de los programas y libros de texto de las escuelas de medicina en México se encuentran lineamientos generales, conduciendo la educación y práctica médica a una profunda crisis que se revela en diversas contradicciones tales como:

" El patrón general de enfermedades sigue siendo similar al de hace un siglo, la población mayoritaria sufre desnutrición e infecciones (padecimientos de indudable origen social), mientras la enseñanza y la asistencia se centran en la estructura honorosa del Hospital" (15)

La Dirección General de Orientación Vocacional de la Facultad de Medicina indica que el médico cirujano:

" Es el profesional dedicado a proteger la salud, prevenir y curar las enfermedades, así como rehabilitar a los pacientes. Se ocupa de estudiar casos individuales y sociales, mediante el uso de los conocimientos científicos y las tecnologías; determina quiénes están expuestos al riesgo de enfermedad y aplica las medidas para conservar sano al individuo o a la familia e impedir que el individuo se enferme. Al estudiar a sus enfermos, el médico trata la enfermedad y así previene, en lo posible, las complicaciones y la muerte. Cuando el paciente está en vías de curación, aplica las medidas que facilitan la reincorporación a sus actividades normales. El médico, al terminar su carrera, está capacitado para prevenir, tratar y rehabilitar a los pacientes que padecen las enfermedades más frecuentes, particularmente aquellas que no necesitan hospitalización." (16)

Los objetivos terminales del médico general contemplados por la Organización Académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, los cuales

prácticamente predominan en todas las escuelas de medicina en México, son:

- Distinguir entre normalidad y anormalidad como una manifestación del desequilibrio homeostático en los territorios biológico, psicológico y social.
- Diagnosticar los padecimientos más frecuentes en el país.
- Enunciar el riesgo específico de cada individuo en cuanto a la probabilidad de enfermedad, enfermedad secundaria, enfermedad iatrogénica, incapacidad, restitución de la salud y muerte.
- Aplicar las medidas específicas e inespecíficas de prevención a nivel primario, secundario (diagnóstico temprano y tratamiento oportuno) y terciario (rehabilitación) con los medios del programa a que pertenece y/o con la coordinación de recursos extra, intra o inter institucional.
- Manejar los medios de comunicación y didácticos.

Por otro lado se contemplan los siguientes Objetivos Específicos (entre otros):

- + Conducir una entrevista a nivel Individual y Familiar.
- + Interpretar el lenguaje del paciente y traducirlo a terminología médica y viceversa.

- Enunciar y aplicar los procedimientos administrativos fundamentales en relación con los objetivos anteriores.
- Tener los hábitos de trabajo interdisciplinario en grupo con el personal paramédico, con otros especialistas de la medicina y con profesionistas de otras disciplinas científicas conectadas con la salud; valorar sus limitaciones y sus responsabilidades con los pacientes y con los otros miembros del grupo.
- Enunciar y ajustarse a los códigos éticos de la comunidad y de la profesión.

De acuerdo a la definición de médico cirujano y a los objetivos terminales de su profesión se espera del estudiante :

" En primer término, una franca actitud de solidaridad humana y una tendencia de ayuda a los demás, a través del tratamiento de los padecimientos, sea físicos o psíquicos.

Debido a la duración e índole de las materias que cursará durante la carrera, el estudiante debe contar con gran tenacidad y buenos hábitos de estudio.

Se requiere de estabilidad emocional, buena capacidad para tomar decisiones y adaptarse a situaciones de urgencia; desde la escuela, el estudiante se encontrará con situaciones problema en el trato con sanos y enfermos, de las que podrá salir avante si recurre no sólo a sus conocimientos, sino a toda la entereza y tranquilidad que sea capaz de poner en juego. Así mismo, el trato directo con pacientes, demanda del médico iniciativa propia y capacidad de persuasión para obtener la confianza del paciente, lo que le permitirá guiarlo durante su tratamiento. " (17)

PLAN DE ESTUDIO PARA LA CARRERA DE MEDICO CIRUJANO  
UNIVERSIDAD AUTONOMA "BENITO JUAREZ"  
DE OAXACA

ESCUELA DE MEDICINA

PRIMER AÑO

PRIMER SEMESTRE

Anatomía  
Histología  
Bioquímica  
Bioestadística  
Introducción a la práctica médica

SEGUNDO SEMESTRE

Anatomía  
Histología  
Bioquímica  
Embriología  
Antropología social

SEGUNDO AÑO

TERCER SEMESTRE

Fisiología  
Farmacología y terapéutica  
Microbiología

CUARTO SEMESTRE

Fisiología  
Farmacología y terapéutica  
Parasitología  
Medicina Preventiva  
Psicología médica

TERCER AÑO

QUINTO SEMESTRE

Cirugía  
Clínica propedéutica  
Anatomía patológica  
Radiología clínica  
Saneamiento ambiental  
Educación para la salud

SEXTO SEMESTRE

Cirugía  
Propedéutica clínica  
Anatomía patológica  
Laboratorio clínico  
Medicina legal

CUARTO AÑO

SEPTIMO SEMESTRE

Aparato respiratorio  
Aparato digestivo  
Aparato cardiovascular  
Psiquiatría  
Medicina familiar, social  
y del trabajo

OCTAVO SEMESTRE

Aparato respiratorio  
Aparato digestivo  
Aparato cardiovascular  
Dermatología  
Otorrinolaringología  
Oftalmología



## QUINTO AÑO

### NOVENO SEMESTRE

Ginecobstetricia  
Músculo-esquelético  
Pediatria  
Epidemiología  
Embriología

### DECIMO SEMESTRE

Ginecobstetricia  
Neurología  
Pediatria  
Urología  
Hematología

## SEXTO AÑO

Internado rotatorio de pregrado

## ULTIMO AÑO

Servicio médico social

Como puede verse el estudiante de medicina actualmente tiene que cursar ocho ó diez semestres, más un año de Internado Hospitalario y uno de Servicio Social. Al haber cursado estos ciclos, se convierte en Médico General, adquiriendo el título de: " Médico Cirujano ".

Sus estudios pueden ser considerados como:

Teóricos verbalistas y Prácticos hospitalarios.

Lo anterior se define tomando en cuenta que el estudiante de medicina cursa en primera instancia tres semestres de aprendizaje de las llamadas materias Básicas, lejos de iniciar su formación con el estudio del hombre sano en el medio donde vive: la comunidad.

A partir del cuarto semestre, pasan a los centros hospitalarios para continuar su preparación, la cual es más práctica que teórica, sin embargo, es un estudio de patologías hospitalarias. En algunos hospitales los alumnos de medicina se

empiezan a incorporar a guardias una vez a la semana, cada quince días o una vez al mes. Dependiendo del número de alumnos que haya en ese ciclo, las guardias son hasta de 20 hrs, y la función del alumno es mayor que la de una enfermera independientemente de que ésta, por su práctica, tenga más experiencia que el estudiante.

En el quinto semestre, se cursan materias clínicas aplicadas, acudiendo los estudiantes a diferentes especialidades. En este ciclo se habilitan en la realización de Historias Clínicas de un paciente, para la predicción de un Diagnóstico de la enfermedad que el paciente con lleve. Las materias teóricas que cursan durante este período, son impartidas por especialistas y sub-especialistas que enfatizan las enfermedades raras y los procedimientos de diagnóstico y tratamientos complejos, tecnificados y costosos.

El sexto semestre prácticamente está dedicado a medicina forense, cuyo contenido le permite la aplicación de una medicina legal y jurídica. Se experimenta con la disección de cadáveres humanos y animales.

El alumno de séptimo semestre, tiene oportunidad de seleccionar para entonces áreas de especialización de acuerdo a sus intereses científicos.

El nivel de preparación que el alumno haya adquirido para cuando cursa el octavo semestre, le obliga a una mayor responsabilidad en su actitud escolar y ésta es más práctica que teórica, al igual que en el noveno y décimo semestres.

En sexto año se lleva a cabo el Internado Rotatorio de Pregrado, el cual tiene como función primordial completar la educación del médico, pasando en estos dos ciclos la mayor parte del tiempo en el hospital, con guardias obligatorias cada cuatro o cinco días, siendo la duración de éstas de 24 ó 36 hrs.

El internado cubre cuatro áreas consideradas como primordiales que son: Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría.

" Este internado constituye la confirmación de una práctica curativa, organicista, individualista de especialidad y de gran complejidad tecnológica, y que inicia al futuro médico en las reglas de la jerarquía y del burocratismo hospitalario." (18)

Por último, realiza un año de Servicio Social en alguna comunidad, alejado de todo el aparato de apoyo que durante los diez semestres anteriores le fue prestado. Es ahí donde debe realizar una serie de prácticas bajo su total responsabilidad, en un ambiente, por lo general, ajeno a toda su preparación anterior, pues comúnmente se realiza en zonas rurales, alejado de los hospitales instrumentados y donde las patologías de estudio no corresponden a la realidad que él conocía y trabajaba con anterioridad.

El alumno para entonces, nunca antes se había integrado a los servicios de atención primaria, jamás había trabajado en actividades de medicina en comunidad, y rara vez se había enfrentado con la patología que predomina en la población mexicana actual, por lo que desconoce los procesos sociales que

determinan el cuadro de salud y enfermedad que presentan ahora sus pacientes, y claro está que desconoce los posibles métodos para transformarlos.

" De los 335 créditos de la carrera (excluyendo Internado y desde luego Servicio Social), las materias sociales suman 24, que equivalen al 7.16 % del total, mientras que las psicológicas equivalen a 12 créditos, es decir, 3.5 %. Esto nos remite a dar cuenta del enfoque biologista y de especialidad que predomina en la enseñanza de la medicina." (19)

Así pues, el medio de enseñanza médica fomenta en el alumno una práctica centrada en la enfermedad, no en la salud.

La carrera de medicina en la Universidad cuenta con diferentes departamentos como apoyo para los estudiantes y maestros. Estos departamentos son:

- de Anatomía Humana.
- de Bioquímica.
- de Ecología Humana.
- de Educación y Técnica Quirúrgica.
- de Embriología Humana.
- de Farmacología.
- de Fisiología.
- de Histología Médica.
- de Historia y Filosofía de la Medicina.
- de Medicina General Familiar y Comunitaria.
- de Medicina Social, Preventiva y Salud Pública.
- de Patología.
- de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental.

Y dentro de los objetivos específicos de los departamentos de Medicina General, Familiar y Comunitaria, y del departamento de Medicina Social, Preventiva y Salud Pública encontramos entre otros, los siguientes, (siendo extensivos para la mayoría de las Escuelas de Medicina):

- "Aumentar el conocimiento de los problemas de salud que se observan en los servicios de medicina de contacto primario."

- "Mejorar el conocimiento de los factores que producen la respuesta de la población rural y urbana, ante los problemas de salud y su relación con los servicios de salud y el personal médico y paramédico."

- "Aplicar la metodología científica a problemas de salud individuales y colectivos."

- "Se tenga habilidad para educar a los individuos y a las familias, así como a grandes grupos, a través de las distintas formas de comunicación."

- "Reconozcan la interrelación salud enfermedad."

Tanto la formación universitaria, como la organización sanitaria, incluyendo a los hospitales, actúan en muchos casos en dirección opuesta a sus objetivos.

Cuando los estudiantes se inscriben en las facultades médicas, a menudo están animados por motivaciones humanitarias y sociales, sin embargo, se ha comprobado que:

"En progresión desde los primeros hasta los últimos años de la facultad, la vocación humanitaria se debilita y luego se apaga; paralelamente, se inculcan de manera gradual, intereses de carrera y de ganancias, y la preparación práctica prevalece sobre la formación social." (20)

Hoy el médico debe tener una buena preparación de base, tanto biológica como clínica, pero no sólo de carácter informativo sino metodológico. Sin embargo, es necesario modificar el concepto del proceso del razonamiento clínico, con base en la realidad de la práctica médica y llevar al estudiante a ver y confrontar lo que aprende en el aula y lo que observa en la realidad práctica.

" Al promover actividades de aprendizaje y desarrollo de habilidades clínicas, es necesario que el estudiante de medicina se vea ante situaciones variadas que incluyan

no solamente experiencias frente a enfermos hospitalizados, en donde el tiempo y la disponibilidad del paciente no limitan la cantidad de información obtenible, sino también en situaciones a nivel de contacto primario que aseguren que la información obtenida, aunque sea limitada, sea útil por su valor y significado clínicos. Dentro de lo posible, el estudiante de medicina debe ser expuesto temprano en su carrera al ambiente y las responsabilidades del consultorio con el fin de cultivar actividades y habilidades que no pueden ser desarrolladas junto a la cama de un paciente hospitalizado donde éste está cautivo a disposición del estudiante y es fácil considerarlo simplemente como un sujeto de estudio." (21)

La formación de un nuevo médico debe colocarse en el análisis del papel que hoy desarrolla éste y partir de la búsqueda de una nueva ubicación profesional y social del mismo.

La medicina encuentra su razón de ser en la salud, pero los médicos sólo conocen la enfermedad, por lo que es urgente la necesidad de emprender una auténtica reforma educativa universitaria y hospitalaria.....

" que además de transformar la preparación de los médicos contemple la formación de otros profesionistas y técnicos. La reforma de esta índole deberá propiciar la democratización del saber sobre la salud y la socialización de la práctica médica." (22)

En el Segundo Seminario Institucional de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud en el año de 1985 se determinó el perfil del médico que requiere el país para los próximos años.

" Perfil del Médico Cirujano: El profesionista capaz de practicar la medicina como una disciplina científica con una actitud de servicio y humanista con el fin de cuidar la vida del hombre, mediante acciones que permitan conservar y restaurar la salud individual y de grupos humanos puestos bajo su responsabilidad, en un ambiente físico, económico y social." (23)

Su tarea ante este perfil se resume en los postulados siguientes:

- + Mantener una actitud perenne de autocrítica y superación que redunde en el actuar científico de todas sus tareas profesionales.

- + Desarrollar criterios para derivar oportunamente a los individuos, familias y grupos que requieran de un diagnóstico y tratamiento más especializado.

- + Adquirir criterios, habilidades y destrezas para evitar y limitar la presentación de secuelas, aplicar las medidas de rehabilitación cuando se requiera y derivar los casos que necesitan rehabilitación especial.

- + Dominar técnicas epidemiológicas para diagnosticar el proceso salud-enfermedad de los individuos, familias y de la comunidad.

- + Participar en los sistemas de vigilancia epidemiológica.

- + Promover la salud y evitar la enfermedad a nivel individual, familiar y colectivo.

- + Transmitir los fundamentos de su quehacer profesional a las nuevas generaciones y contribuir a la educación del individuo, familia y comunidad para mantener la salud.

- + Tener la capacidad de formar, dirigir y controlar equipos de salud, y de participar en ellos.

- + Revisar, analizar, sintetizar y utilizar continuamente la información que se genera en su campo profesional.

- + Fortalecer su estabilidad profesional, para la adecuada toma de decisiones.

- + Aplicar a su práctica profesional las normas éticas y legales para la adecuada toma de decisiones.

- + Acrecentar continuamente su cultura general.

Es necesario buscar ahora con mayor énfasis las formas de poder lograr dicho perfil y cumplimiento de sus tareas, en beneficio de la población en general y del nivel educativo de nuestro país en particular.

### 1.3.1 FORMACION DEL MEDICO ACTUAL A TRAVES DE LA MEDICINA SOCIALIZADA

" Sólo la Medicina Socializada es auténtica medicina, pues permite la atención humanizada e integral del paciente y extiende sus beneficios a todos los miembros de la sociedad, a través de los contactos Primario, Secundario, Terciario. En la Medicina Socializada se encuentra la solución a los graves problemas de salud en México." (24)

En la Medicina Socializada el interés está centrado en el paciente, la relación médico-paciente se realiza en dos dimensiones, la individual, que supone la atención integral a la persona, y la social, que implica el acceso de este servicio a todos los miembros de la sociedad. Las clínicas de especialidades y los hospitales deberán funcionar teniendo como base el proporcionar al paciente un médico general responsable del curso de su enfermedad, y que a su vez tendrá contacto con los especialistas, para su orientación en caso de requerirlo.

Este médico deberá ser médico familiar y establecer simultáneamente interrelaciones con economistas, sociólogos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales etc. con el fin de lograr una atención integral de la familia y de la colectividad, lo cual permite la auténtica promoción y atención de la salud.

" La Medicina Socializada, será la única que permita el desarrollo de la solidaridad social a través de la promoción de la salud en un marco comunitario, con la participación de todos los miembros de la sociedad." (25)



El médico se encuentra actualmente en una fase de desequilibrio, en la superación de una figura tradicional, pero sin que todavía haya alcanzado obtener un nuevo equilibrio, y sin que se haya afirmado una figura profesional y científica distinta de la figura del pasado que lo representa.

" Los médicos se encuentran hoy en una fase de transición, con sus ventajas y sus prejuicios: y de ellos son protagonistas, testimonio y víctima al mismo tiempo. " (26)

#### 1.3.2 ASPECTOS A CONSIDERAR DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA FORMACION DEL MEDICO ACTUAL

La Ciencia Médica es esencialmente una Ciencia Social y hasta que esto no se reconozca en la práctica no se habrán obtenido todos sus beneficios. La sociedad tiene la obligación de actuar para proteger y asegurar la salud de sus miembros, y como los problemas de salud están relacionados con factores económicos y sociales, será necesario que las acciones sean tanto médicas como sociales.

" Debemos recalcar que la prevención y la promoción son los aspectos más importantes de la salud: Hay que obtener apoyo a todos los niveles para lograr este objetivo. Debemos atacar este problema en su punto de origen: la comunidad. " (27)

Uno de nuestros problemas principales en la atención para la salud es que los programas están inspirados en la experiencia de

los países industrializados, lo cual no es apropiado para las condiciones culturales, sociales y políticas de los países en desarrollo.

En la medida en que se sigan ignorando las necesidades y aspiraciones de las propias comunidades, así como la actitud y el comportamiento de sus miembros, la formación del médico actual será cada vez más impropia para nuestra realidad.

Sólo mediante la lucha del médico y el personal de salud para el logro de la participación de la comunidad activa y bien informada, se podrán alcanzar los objetivos en salud pública.

" Si México es pobre, si somos pobres, nuestra medicina ha de adaptarse a curar primariamente a los menesterosos, independientemente de que nos agrade o no, esa es nuestra realidad. No requerimos aprender ni enseñar medicina importada de lugares con diferente problemática que la nuestra." (28)

Los resultados de una de las últimas evaluaciones realizadas por la Secretaría de Educación Médica (1985), nos mostraron que la población mexicana que requiere atención a la salud se caracteriza por:

" Ser predominantemente joven, con altos índices de natalidad, con un incremento paulatino de la esperanza de vida y consecuentemente de la población mayor de sesenta años; dispersa en el área rural y con tendencias a la hiperconcentración en las ciudades. En ella predomina la pobreza, desnutrición, bajo nivel de escolaridad y malos hábitos de higiene: trabaja y vive en medios insalubres y es afectada fundamentalmente por enfermedades infecciosas, por accidentes, envenenamientos, y hechos violentos, pero se advierte ya el incremento de problemas de conducta y de enfermedades metabólicas y degenerativas." (29)

Mientras se dedican todas las energías del médico a la medicina moderna y sus impactos tecnológicos, usando además parámetros de comparación con las sociedades desarrolladas, muchos yerberos, curanderos, chamanes, parteras, etc... continúan cumpliendo una función médico-social que se desconoce y que en muchas ocasiones es considerada a priori, inútil desde los ámbitos de una "cultura médica occidental"

El ejercicio de esta medicina social se lleva a cabo en las ciudades, pueblos, rancherías, etc.. contemplando muchos e importantes aspectos de la vida y el desarrollo de la comunidad e intenta ofrecer solución a padecimientos comunes. Todavía se escucha por las calles gritar: " Remedios p'al aigre, pa' las riumas, p'al dolor de costado, p'al hígado, p'al brazo".

Aunque gran parte de los conocimientos de los trabajadores de esta medicina tradicional, es de naturaleza empírica, logran captar la confianza de la comunidad, por lo que en vez de despreciarlos e ignorarlos, es importante colaborar con ellos en el sistema de atención a la salud.

La medicina tradicional es :

" El conjunto de conocimientos y prácticas, que generados en el seno de la población, se transmiten de generación en generación y que, basada en conocimientos empíricos, ofrece o intenta ofrecer soluciones a las diversas manipulaciones de la enfermedad, buscando propiciar la salud de la comunidad". (30)

La necesidad de hacer referencia al concepto de medicina tradicional obedece prácticamente a que en la sociedad mexicana

ésta cumple una importante función en el campo de la salud.

Según algunos estudios hechos por Laurell. C. millones de mexicanos hacen uso de ésta, pero el dato es difícil de calcular ya que la investigación se basa en aquella población que se encuentra totalmente marginada de los sistemas médicos profesionales, mientras que la realidad demuestra que en las poblaciones urbanas la medicina tradicional está igualmente presente.

La medicina tradicional ejerce su función básica en el llamado " primer nivel de atención", siendo ahí donde la estructura de la medicina social puede deslindar sus servicios en forma más realista y eficaz, y sobre todo más acorde a los valores de su propia cultura que hoy, paradójicamente, son los que se estiman más próximos a la solución del agudo problema de la salud en México.

## CITAS CAPITULO I

- 1) Arce Gurza Francisco; Bazart Milada; Et Al.- Historia de las Profesiones en México. - 406 p.
- 2) Ibidem. 34, 35
- 3) Ibidem. 94
- 4) Ibidem. 95
- 5) Ibidem. 96
- 6) Ibidem. 160
- 7) Frenk Julio.- Cuadro Clínico de la Enseñanza Médica Mexicana. - 1 p.
- 8) Arce Gurza Francisco.- Op. Cit. - 275 p.
- 9) Ibidem. 282 p.
- 10) Mendez, Eduardo L.- Centralización o Autonomía. La Nueva Política del Sector Salud en México. - 88 p.
- 11) Frenk Julio; Hernández Llama Héctor; Et Al.- El Mercado de Trabajo Médico, Evolución Histórica en México. 268 p.
- 12) Arce Gurza Francisco.- Op. Cit. - 286 p.
- 13) Ibidem. 274
- 14) Arce Gurza Francisco.- Op. Cit. - 286 p.
- 15) Frenk Julio.- Op. Cit. - 11 p.
- 16) Dirección General de Orientación Vocacional.- Organización Académica. 1979-1980. - 18 p.
- 17) Ibidem. 19
- 18) Frenk Julio.- Op. Cit. - 5 p.

- 19) Ibidem 4
- 20) Berlinguer Giovanni.- Medicina y Política.- 98 p.
- 21) Castillo Nava Javier; Cesarmen Vitis Eduardo. Et Al.-  
Fundamentos del Diagnóstico.- 27 p.
- 22) Frenk Julio.- Op. Cit.- 11 p.
- 23) Secretaria de Educación Médica.- Memoria del Segundo Seminario Institucional de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud 1985.- 92 p.
- 24) Frenk Julio; López Acuña Daniel; Et Al.- Medicina Liberal y Medicina Institucional en México.- 492 p.
- 25) Idem
- 26) Berlinguer Giovanni.- Op. Cit.- 96 p.
- 27) Organización Panamericana de la Salud (OPS) Crónicas.- La Atención a la Salud significa más que Médicos.- 3 p.
- 28) Gaceta Médica de México.- Responsabilidad Social en la Enseñanza y en el Ejercicio de la Medicina.- 97 p.
- 29) Secretaria de Educación Médica.- Op. Cit.- 82 p.
- 30) Ortiz Quezada Federico.- Vida y Muerte del Mexicano.- 17 p.

## CAPITULO II ESTADO DE SALUD EN MEXICO

El presente capítulo está dividido en diversos incisos debido fundamentalmente a la gran complejidad que presentan los servicios de salud en México. Para una mayor comprensión de los mismos, dividiré éstos en primera instancia en tres grandes grupos: las instituciones prestadoras de servicios de salud para población abierta, las instituciones para población derechohabiente y la participación del sector privado, ubicando, cada una de éstas con sus instituciones representativas, así como la función principal que realizan al prestar sus servicios .

A continuación se presenta, la organización del Sistema Nacional de Salud, ubicando dentro de éste, los servicios de Atención Médica, Salud Pública y Asistencia Social, así como las estrategias instrumentales y los programas de acción que se están llevando a cabo para el cumplimiento de los objetivos de éste. Se explican así mismo, los criterios de distribución que tiene la SSA para dar sus servicios a la población urbana y rural y cómo implementa el Modelo de Atención a la Salud a través de estos servicios.

Por último se ubica el diagnóstico de salud en México, a través de la descripción general del estado de mortalidad y morbilidad que presenta nuestro país actualmente .

## 2.1 INSTITUCIONES DE ATENCION A LA SALUD

Conforme a la Ley General de Salud, se constituye el Sistema Nacional de Salud, el cual cuenta con tres esquemas básicos para dar servicio a la población. Estos son : Los servicios proporcionados a la población abierta en forma de asistencia pública; los financiados por los seguros sociales a sus derechohabientes y los del sector privado.

Estos tres esquemas tienen por objetivo el dar cumplimiento al derecho a la protección a la salud, y para tal fin se cuenta con un personal de:

" 54 mil médicos y 76 mil enfermeras. En promedio, un 70% presta sus servicios a los sistemas de seguridad social y el 30% restante en los de población abierta, siendo que estos últimos deben atender a un mayor porcentaje de la población." (1)

Ante esto es posible decir que la cobertura alcanzada por el Sector Salud es insuficiente para el total de la población.  
(ANEXO 1) (ANEXO 2)

### 2.1.1 INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACION ABIERTA

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (SSA): La SSA dispone de una infraestructura de salud creada por la suma de esquemas desarrollados en diferentes etapas.

La SSA, desarrolla tres funciones básicas : Salubridad



Atención Médica y Asistencia Social, otorgando sus servicios a población abierta, urbana y rural.

Por otro lado tiene la función de atención al medio ambiente, tanto en lo que se refiere al control sanitario tradicional, como en lo que corresponde al control de la contaminación por sustancias nocivas y tóxicas.

La SSA, realiza la atención a la población y la prestación de sus servicios la realiza a través de hospitales, clínicas de especialidades y centros de salud, fungiendo además como coordinadora de organismos descentralizados de los cuales algunos los constituyen hospitales especializados de segundo y tercer nivel.

**DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF):** El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, otorga atención médica a población infantil abierta.

Dentro de las funciones principales que tiene el DIF están: la educación para la salud; asuntos de higiene materno-infantil y planificación familiar; rehabilitación en terapia de lenguaje, terapia física y ocupacional; psicología y salud mental.

**SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL (DDF):** Su función es proporcionar los servicios de atención médica de urgencias y traumatología, así como puestos centrales de socorro, para población adulta y pediátrica.

## PROGRAMA IMSS - COPLAMAR:

" Su función es proporcionar atención médica, farmacéutica e incluso hospitalaria en favor de los núcleos de población que constituyan polos de marginación rural, suburbana y urbana y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social" (2)

### 2.1.2 INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD A POBLACION DERECHOHABIENTE

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS): Es un organismo descentralizado con personalidad jurídica. Sostenido económicamente por el estado, los patrones, y los trabajadores, constituyéndose como un servicio nacional obligatorio. Las prestaciones otorgadas por el IMSS comprenden los riesgos de trabajo, las enfermedades, la maternidad y la invalidez, con el compromiso de otorgar atención médica integral a todos los derechohabientes.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE): El ISSSTE es un organismo público descentralizado que opera con aportaciones de los trabajadores y del gobierno federal que, a través de una sola institución, presta los servicios médicos correspondientes a los seguros de enfermedad, accidentes de trabajo, jubilaciones, invalidez, vejez y muerte. Asimismo ofrece servicios de

rehabilitación y reeducación de inválidos y préstamos a corto plazo e hipotecario.

INSTITUCIONES QUE PRESTAN ATENCION MEDICA A SU PERSONAL: Ofrecen servicios de atención médica con recursos propios a su empleados y, en algunos casos, a sus familiares, son: Petróleos Mexicanos, el Sistema de Transporte Colectivo, la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, la Lotería Nacional, la Nacional Financiera y la Unión Nacional de Productores de Azúcar.

### 2.1.3. PARTICIPACION DEL SECTOR PRIVADO

" La medicina privada constituye un conjunto complejo que incluye las instituciones de beneficencia y de asistencia privada, las mixtas y la medicina tradicional; quedan comprendidos los médicos y otros miembros del equipo de salud, los consultorios, los grupos médicos, las clínicas, los hospitales, la industria quimicofarmacéutica y en general, todas las empresas de servicios y productos que tienen que ver con la salud." (3)

## 2.2 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En el año de 1983 queda establecido el Plan Nacional de Desarrollo para el período de 1983-1988, en donde se reconoce que la salud es causa y efecto del desarrollo del país, y que no abarca solamente la protección y mejoramiento de la población sino que, de manera sistemática, debe contemplar los aspectos demográficos, económicos, sociales y ambientales que la condicionan.

Es debido a esto que, como una de las instancias del Plan Nacional de Desarrollo, queda considerado el Plan Nacional de Salud, con políticas de acción y propósitos específicos, estableciéndose para el cumplimiento de éstos: la Ley General de Salud que contempla el Programa Nacional de Salud 1984-1988

"...apoyado en una cabal sectorización; en el uso intensivo de la programación sectorial como un ejercicio participativo, democrático y ordenador; en un profundo esfuerzo de modernización administrativa y legislativa de la salud; y en un sólido proceso gradual y responsable de descentralización de los servicios" (4)

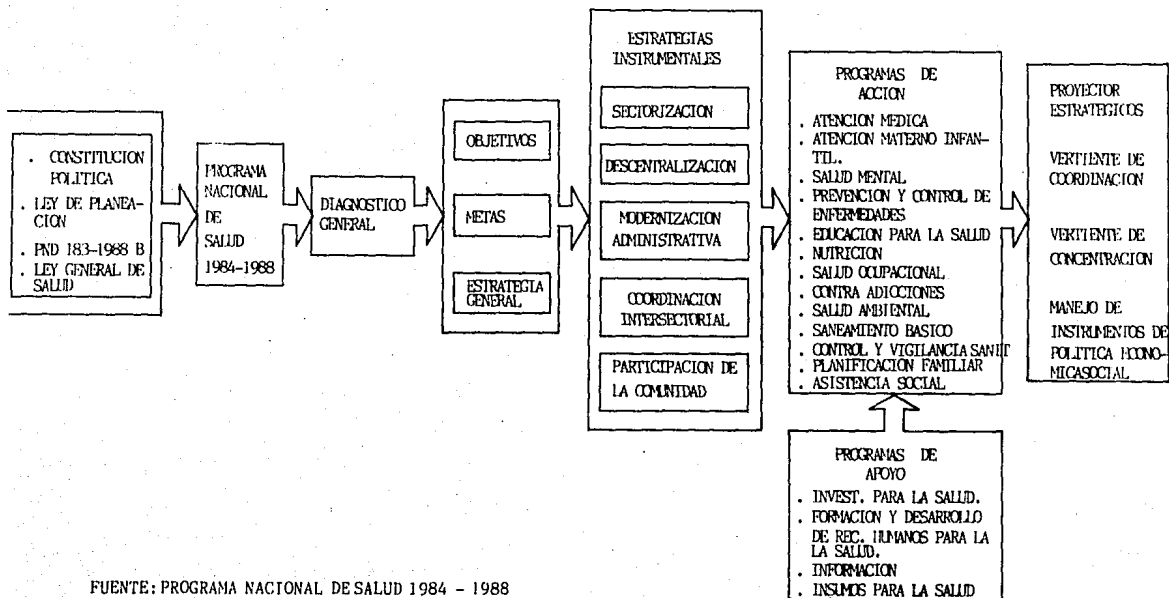
En el Programa Nacional de Salud se abarcan tanto al sector social, como el privado, a través de vertientes de obligación, coordinación, inducción y concentración (ANEXO 3)

En este programa se le atribuyen a la SSA, las facultades como coordinadora del Sistema Nacional de Salud.

La estructura del Programa Nacional de Salud se puede apreciar de manera esquemática en la siguiente figura:

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA NACIONAL  
DE SALUD

1984 - 1987



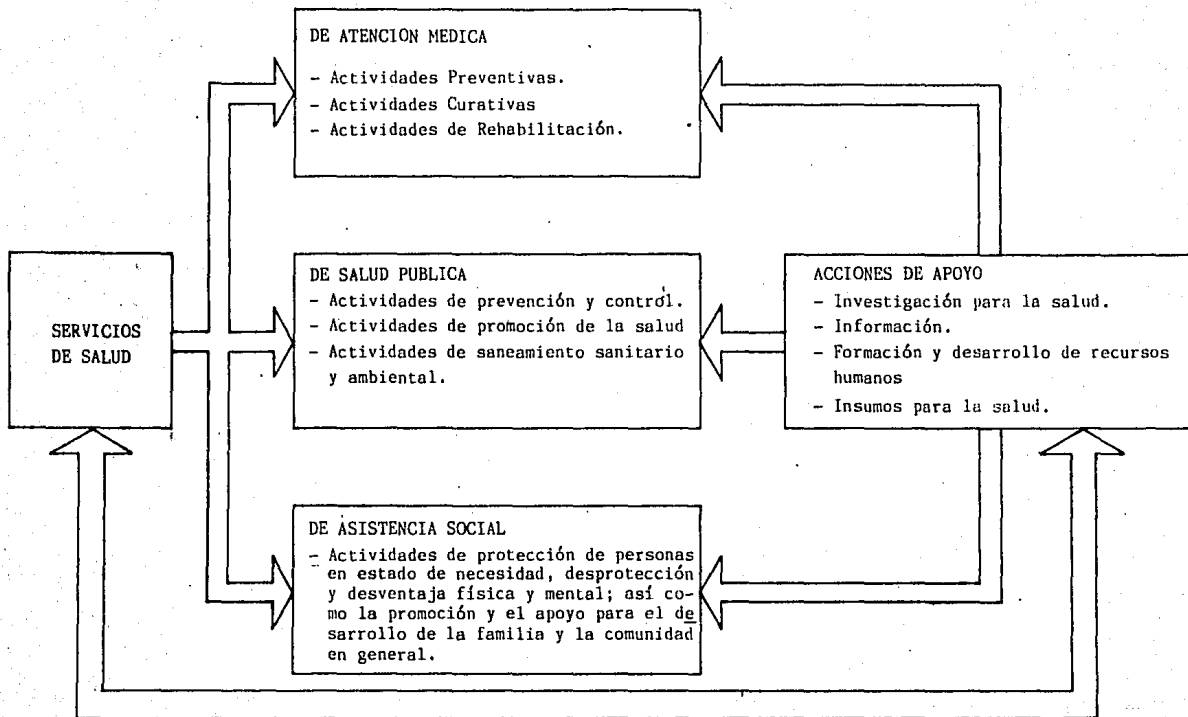
FUENTE: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984 - 1988

El Sistema Nacional de Salud, comprende tres tipos de servicios que se clasifican en: Servicio de Atención Médica, Servicio de Salud Pública y Servicio de Asistencia Social. Dichos servicios tienen como objetivo general la protección, promoción y restauración de la salud de las personas y la colectividad, ya que su propósito básico es el mejoramiento del nivel de salud, teniendo a la cobertura total con calidad básica homogénea y fortaleciendo las acciones dirigidas a los grupos desfavorecidos.

Los servicios que presta el Sistema Nacional de Salud se aprecian claramente en la siguiente figura.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- SERVICIOS -



Los objetivos generales que establece el Programa Nacional de Salud 1984-1988 para tales servicios son:

**Atención Médica:**

- Proporcionar servicios médicos a la población, con especial énfasis en el primer nivel de atención, mejorando y homogeneizando la calidad básica de los mismos, mediante la atención a los problemas prioritarios y a los factores que causan y condicionan los daños a la salud.

- Abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles y limitar las no transmisibles, así como los accidentes.

**Salud Pública:**

- Promover la salud de la población disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en peligro y fomentando el autocuidado de la salud, particularmente en los sectores rurales y urbanos resagados y con marcada preocupación por los grupos más vulnerables.

- Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y del medio ambiente, proporcionando niveles satisfactorios de salud en la población en general.

- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de la parejas, a fin de colaborar en lo social y en lo familiar a un mayor equilibrio entre el desarrollo socioeconómico y el crecimiento demográfico, coadyuvando al mejoramiento de las condiciones de salud de la población materno-infantil.



### Asistencia Social:

- Contribuir al bienestar social de la población al proporcionar asistencia social para apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad, fomentando la educación para la integración social.

El Programa Nacional de Salud 1984-1988 con base en la Ley General de Salud, establece 13 programas de acción y 4 programas de apoyo, agrupados en torno a los objetivos que persigue el Sistema Nacional de Salud para atender a los servicios de salud anteriormente descritos. Estos programas serán:

1) Programa de acción vinculado a la ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención médica.

+Atención Médica.

+Atención Materno Infantil.

+Salud Mental.

Para la planeación del sistema de atención médica se han estratificado las funciones, los servicios y los recursos en tres niveles de atención cuyas acciones se citan a continuación:

1er. Nivel de Atención (primario): su enfoque principal es la prevención de enfermedades y la conservación de la salud, a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes, cuya resolución sea factible mediante el empleo de recursos poco complejos en atención ambulatoria. Este nivel de

atención asume los problemas más comunes de salud que no requieren del uso de tecnología compleja, ni de hospitalización. Ocurre en el hogar, en consultorio, clínica o centro de salud localizado cerca del sitio donde viven o trabajan las personas e incluso, por razones de emergencia, en la vía pública.

2o. Nivel de Atención (secundario): en él se desarrollan acciones dirigidas a restaurar la salud y superar los daños, a través de actividades de atención médica, englobadas dentro de las 4 especialidades básicas y algunas otras de apoyo como anestesiología, patología, radiología y de laboratorio. Además se llevan a cabo labores de enseñanza e investigación, requiriéndose recursos de mediana complejidad, para la atención de consulta externa y hospitalización. Se imparte en hospitales regionales o distritales y presta servicios a grupos referidos de una zona de influencia más amplia.

3er. Nivel de Atención (terciario): en este último nivel se llevan a cabo acciones de restauración de la salud y superación de daños poco frecuentes, a través de actividades de atención médica que involucran diversas especialidades y que requieren de una combinación de recursos de alta complejidad. También se llevan a cabo actividades de enseñanza e investigación biomédica y sus aplicaciones. Sólo se presta en algunas ciudades donde ha sido necesario y factible establecer estos servicios y específicamente en centros médicos o en hospitales de alta

especialidad que funcionan como centros de concentración.

2) Programa de Acción para la Prevención y Control de Enfermedades.

+Control de enfermedades y accidentes.

3) Programa de Acción Vinculado con la Promoción de la Salud.

+Educación para la Salud.  
+Nutrición.  
+Salud Ocupacional.  
+Contra las adicciones.  
+Salud Ambiental.  
+Saneamiento Básico.  
+Control y Vigilancia Sanitaria.

5) Programa de Acción para Contribuir al Desarrollo Demográfico Armónico.

+Planificación Familiar.

6) Programa de Acción para Fortalecer la Asistencia Social.

+Asistencia Social

7) Programas de Apoyo.

+Investigación para la Salud.  
+Información  
+Formación y Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud.  
+Insumos para la Salud.

Los países miembros de la Organización Mundial de la Salud determinaron en 1978 el compromiso de "Salud para Todos en el Año 2000" y para ello, se formuló la estrategia de "Atención Primaria a la Salud" que propone un concepto adaptable a las condiciones específicas de cada país, pero de observación universal.

Este concepto fue definido como:

" Atención a la salud puesta al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad, por medios que

les sean aceptables, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país. La atención primaria forma parte integral del Sistema Nacional de Salud y se vincula con el desarrollo económico y social de la comunidad" (5)

Se señaló asimismo que:

" Los servicios proporcionados por la atención primaria varían según el país y la comunidad, pero comprenden, al menos, los siguientes servicios básicos: promoción de una nutrición adecuada, aprovechamiento suficiente en agua potable, saneamiento básico, atención materno-infantil, planificación familiar, vacunación, prevención y control de enfermedades endémicas locales, educación para la salud, y tratamiento de las enfermedades y traumatismos frecuentes que no requieren de servicios especializados" (6)

## 2.3 ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE LA SSA PARA POBLACION ABIERTA

Para poder llevar a cabo sus servicios a la población abierta la SSA, realiza una división de servicios según el tamaño de la población, las actividades económicas predominantes y la disponibilidad de servicios públicos básicos que en esa entidad existen, estableciendo de acuerdo a estos factores sus niveles y unidades de salud.

" Por lo que se refiere a población abierta, la que no tiene relación formal de trabajo, y por ende, no está protegida por las instituciones de seguridad social, alcanza un total de 38 millones de personas, de éste se estima que en 1983 la SSA cubrió a 13 millones de personas incluyendo los servicios médicos del DDF, en tanto que el IMMS-COPLAMAR atendió a 11 millones". (7)

La SSA desarrolla los tres servicios básicos: atención médica, salud pública y asistencia social otorgando sus servicios a la población abierta, urbana y rural. Esta caracterización la establece con base en una diferenciación entre la población rural dispersa, y rural concentrada y la población urbana. (ANEXO 4)

En este sentido, la población rural dispersa se encuentra caracterizada por:

Un elevado índice de dispersión; la carencia de vías de comunicación; actividades económicas que se asocian a las agropecuarias y pesqueras con métodos e instrumentos de trabajo rudimentarios; una ocupación temporal y remuneración que está por

debajo del promedio del salario mínimo nacional; viviendas que en su mayor parte carecen de agua potable y energía eléctrica; una elevada disposición de excretas al ras del suelo y niveles alimenticios y nutricionales muy por debajo del promedio nacional.

Por su parte la población rural concentrada presta las siguientes particularidades: dispersión poblacional poco acentuada; deficientes vías de comunicación; actividades económicas predominantemente agropecuarias y pesqueras con métodos y técnicas de trabajo con cierto desarrollo; ocupación permanente en algunas actividades con remuneraciones que se aproximan al promedio nacional; insuficientes servicios urbanos en relación a la recolección de desechos sólidos, el suministro agua potable, energía eléctrica y drenaje que son requeridos; deficientes niveles alimenticios y nutricionales aunados al consumo de productos de alto valor agregado y bajo contenido nutricional; acentuado déficit de viviendas y hacinamiento de nueve personas en promedio por cada habitación.

Por último en la población urbana se observan las siguientes características: una marcada concentración poblacional; uso del suelo de naturaleza no agrícola; variado tipo de vías de comunicación; una estructura productiva que tiene como base la industria y los servicios con alto nivel de desarrollo tecnológico; ocupación permanente y con salarios por arriba del

promedio nacional; disposición de un mayor y mejor número de servicios urbanos; redes de comunicación modernas; elevados índices de contaminación atmosférica provocada por fuentes móviles e inmóviles; formación de áreas marginadas, en contraste con las de mayor beneficio económico y social.

Con base a lo anterior, el modelo de atención a la Salud para población abierta establece tres niveles administrativos y operativos de los servicios con estructuras definidas, buscando una interrelación estrecha que permita administrar el modelo de atención a la salud.

Estos niveles son:

1o. El central: responsable de la planeación, dirección y control y cuya tarea esencial es la normatividad.

2o. El intermedio, representado por las autoridades sanitarias de los estados, responsables directas del manejo de los recursos. Sus funciones básicas son la adaptación de normas y la programación, presupuestación y administración de los programas y servicios en su entidad federativa.

3o. El local, representado por la jurisdicción sanitaria, que debe contar con los elementos operativos y de control de la gestión para la atención autosuficiente de problemas de un núcleo demográfico determinado.

De acuerdo a estos tres niveles administrativos la SSA lleva la prestación de sus servicios en atención médica para población

rural dispersa, concentrada y urbana, ordenándolos en grado creciente de complejidad y en función de los servicios que otorga, y del tipo de personal que atiende, como son médicos generales, para las áreas urbanas y pasantes de medicina e incluso auxiliares de enfermería y técnicos en salud, para la población rural.

El acceso a los servicios se lleva a cabo a través de unidades y centros, clasificandolos y ordenandolos conforme al Modelo a la Atención a la Salud para población abierta que se encuentra reglamentado por la Ley General de Salud.

El Modelo establece una caracterización para cada centro de salud según el rango de población que atiende, el personal y el espacio físico y material con que cuenta. (ANEXOS 5,6,7)

De acuerdo con esto la clasificación que establece la SSA es la siguiente: Centro de Salud "A", "B" con o sin hospital y Centros "C" para Entidades Estatales. Centros de Salud Comunitaria Tipo I, II, III, y hospitales generales "A", "B", "C", "D", para el Distrito Federal y algunas ciudades de mucha concentración como Monterrey, Guadalajara, etc.

Los gobiernos estatales se estructuran por jurisdicciones que tendrán bajo su responsabilidad áreas geográficas definidas, optimizando la utilización de los servicios de acuerdo a combinaciones alternativas o categorías que correspondan mejor al tamaño, dispersión o concentración de la población, así como en



base a sus necesidades de atención a la salud. A continuación se describirán las características distintas de los Centro de Salud:

Centro de Salud "C": La mayoría se ubica en localidades con rango de 500 a 2499 habitantes de población rural, aunque algunos de ellos se hallan en localidades menores de 500 y otros incluso en rangos desde 3000 hasta mayores de 36,000. Unicamente otorga servicios dentro del primer nivel de atención. Generalmente su personal incluye a un pasante de medicina y a un auxiliar de enfermería. Algunas unidades localizadas en poblaciones mayores de 18,000 habitantes cuentan con odontólogo y otro personal paramédico, administrativo y de servicios generales. En ellos se cuenta con el equipo mínimo indispensable, su planta física consiste en una sala de espera y para usos múltiples, un consultorio, un área para curaciones, inmunización y atención de parto, un sanitario para el público, un cuarto habitación del médico con baño y un área de observación con dos camas en promedio.

Centro de Salud "B": Estos centros habitualmente se ubican en zonas suburbanas, y tienen a su cargo los centros "C". Constituyen la cabecera de una jurisdicción sanitaria. La atención que presta es de primer y en algunos casos 2o. nivel. Se clasifican en dos tipos: con hospital y sin hospital.

Los centros sin hospital se ubican en su mayoría en localidades de 6000 a 17,999 habitantes. El personal con que

cuantan es muy variado, uno o dos médicos en algunos o bien de 3 a 11 médicos en otros.

Los centros de salud "B" con hospital se ubican en localidades de 18000 a 36000 habitantes. Los médicos que prestan sus servicios pueden variar de 1 a 5 o de 5 a 17. El resto del personal que presta atención a estos centros es aún más variado, casi imposible de determinar.

Su planta física presenta las siguientes características tanto para centros con hospital como para aquellos sin hospital: el número de consultorios varía de 2 a 7, existe un mayor número en las unidades establecidas en localidades de mayor población, cuenta con una área para curaciones, inyecciones y aplicación de biológicos, una farmacia, un almacén y un área de servicios administrativos. Las unidades que otorgan servicios de hospitalización cuentan con una sala de expulsión y/o quirófano. Respecto a los laboratorios clínicos y gabinetes varían según al número de población que se atiende. El número de camas con que cuentan los centros "B" hospitalarios puede ir en dos rangos, de 8 a 21 camas o de 23 a 40.

Centros de salud "A": Es la unidad de mayor jerarquía rectora de las actividades médicas y generalmente se localiza en las capitales de los estados, proporcionando atención del 1er. y 2o. nivel.

Se encuentran localizados en poblaciones mayores de 36,000

habitantes, y algunos están anexos a hospitales de tipo A, C, D, o maternidad.

El recurso médico que se tiene en estos centros va de 5 hasta 40 y está en relación directa con su ubicación y población por cubrir. Este centro está anexo a un hospital de 3er. nivel. El número de personal auxiliar es muy variable, por ejemplo en enfermería va de 22 a 41.

## 2.4 DIAGNOSTICO DE SALUD EN MEXICO

En México no existe un sistema coherente e integral para la sistematización y difusión de la información en salud. Como consecuencia, la información sobre la mortalidad y morbilidad, es incompleta, obsoleta y contradictoria en muchos casos, y con frecuentes cambios en su clasificación.

Se puede decir que el estado general de salud en el país está condicionado directamente por los niveles generales de bienestar económico y social.

" La existencia de grupos sociales que no tienen acceso a servicios de salud generalmente coincide con el desempleo o subempleo, alimentación insuficiente, vivienda no higiénica e insalubridad general, lo que en conjunto repercute negativamente en la calidad de la vida" (8)

La tasa de morbilidad por entidad federativa presenta diferencias apreciables. Con respecto al promedio nacional, se observa que en general las entidades del norte del país presentan tasas más bajas en relación al centro y, sobre todo a las del sur.

Como problemas importantes que están afectando directamente a la salud en México se encuentran: la contaminación del agua, (considerada como el problema ambiental de mayor prioridad) la contaminación del aire, la contaminación por ruido; y la contaminación del suelo.

" La salud depende en gran parte de las características del medio ambiente. El concepto ecológico de enfermedad, la define como la pérdida del equilibrio del hombre con su medio ambiente." (9)

Un medio insalubre se refleja en la alta morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas: respiratorias, parasitarias, nutricionales, etc. (ANEXO 8) De hecho, se puede crear un círculo vicioso entre las condiciones anti-salubres y dichas enfermedades.

" La mayoría de estos padecimientos son evitables a través de procedimientos técnicos simples, tales como el saneamiento básico y la educación para la salud, actividades cuyo costo es habitualmente bajo y su beneficio imperdurable para el mejoramiento del nivel de salud." (10)

Esta tarea ha sido olvidada en muchas ocasiones por el médico. Es a él también a quien le toca llevar a cabo, a través de la consulta externa, la tarea sistemática de educar a sus pacientes, con el propósito de favorecer un mejor proceso salud-enfermedad en la población que atiende.

CITAS CAPITULO II

- 1) Secretaría de Salubridad.- Programa Nacional de Salud 1984-1988.- 28 p.
- 2) Universidad Autónoma de México.- Hacia un Sistema Nacional de Salud.- 62 p.
- 3) Ibidem.- 91 p.
- 4) Secretaría de Salubridad.- Op.Cit.- 11p.
- 5) Secretaría de Salubridad (Documento Interno).- Modelos de Atención a la Salud.- 25 p.
- 6) Idem
- 7) Secretaría de Salubridad.- Op. Cit.- 25p.
- 8) Ibidem.- 20 p.
- 9) Universidad Autónoma de México.- Op.Cit. .- 177 p.
- 10) Secretaría de Salud (Documento Interno).- Op. Cit.- 19 p.

### CAPITULO III RELACION MEDICO-PACIENTE; CONSULTA, EDUCACION

#### Y DOMINIO

La medicina como ciencia no se ha rezagado en su proceso evolutivo, sino que ha tenido un avance técnico increíble en los últimos años; sin embargo, no ha podido eludir un retraso sorprendente en el terreno humanístico.

Si bien la medicina como disciplina tiene una orientación de servicio y entrega, un cientificismo mal entendido ha ocasionado que ésta se realice mecánicamente de forma casi deshumanizada.

El concepto tradicional de la medicina científica ha sido promovido en todas partes y todos hemos anhelado que el médico sea un sabio hombre de ciencia, pero parece inobjetable que esto provoque a su vez un distanciamiento con el paciente.

" El médico actual ya no trabaja sólo, en la intimidad de su gabinete, absorto en el diálogo médico-paciente. La privacidad que protegió su actuación durante siglos y lo elevó a la categoría de supremo dispensador de la salud, de guía, de consejero y de confidente, ha sido rota al surgir la medicina del Estado, impartida a grandes masas y por diferentes médicos, a menudo médicos anónimos que no logran por ello captar la confianza de los enfermos y por consiguiente el éxito de la consulta."  
(1)

La relación tradicional ha sido la meta de todos los médicos, y cada vez se deteriora más a causa del medio ambiente en que la medicina se practica en forma creciente.

Es necesario que el médico se preocupe por la enfermedad, pero no al grado de absorberse tanto en ésta, que olvide al

paciente que la padece.

" Hasta dónde trazamos el límite de nuestra obligación y de servir?, Hasta convertirnos en amos y señores de nuestros enfermos, imponiéndoles nuestra voluntad bajo el pretexto de ayudarlos? Hay un límite que no es lícito traspasar. Es el de respetarlos en su libre decisión, en su personalidad, en su dignidad de hombres. Los médicos nos inclinamos sobre ellos para ayudarlos y aconsejarlos, no para forzar sus decisiones. El enfermo es el único dueño de su vida." (2)

Actualmente hay muchos pacientes que desconfían del médico, y consideran que estos abusan de ellos, llegando a opiniones como esta:

" El médico se instruye a nuestras costas y riesgos y la muerte de los hombres es para ellos solamente una serie de experiencias..." (3)

Y nosotros qué aprendemos de ellos? Qué beneficios adquirimos al consultarlos?

" El médico desempeña una función especial en la sociedad y debe ser adiestrado como psicólogo en la conducta humana y como biólogo en las enfermedades del hombre".(4)

En este capítulo se tomará como base algunos conceptos de Gramsci y Foucault para discutir la naturaleza de la relación médico-paciente. Asimismo, se presentarán las diferentes partes que deben constituir la consulta externa, pues es ahí donde se establece esta relación.

Para esto último se partirá de la ubicación del médico y sus funciones en consulta, incluyendo en éstas tanto el aspecto médico-técnico, como el de interrelación humana con su paciente.

Este capítulo pretende dar una visión muy general del papel



que juega un paciente en consulta y cómo éste requiere de una buena relación médico-paciente para hacer posible el seguimiento de las indicaciones que el médico le prescriba.

Por otro lado considero importante hacer hincapié de manera muy general en cómo ha sido la formación del médico en cuanto a marcar algunas diferencias que se perciben en la práctica médica con un médico principiante y con un médico experimentado. No se quiere con esto determinar las actitudes de ambos en un esquema único, pues es posible encontrar en la realidad contradicciones muy grandes dentro de esta categorización tan general.

La sociedad y la cultura condicionan el comportamiento del paciente en consulta y el médico generalmente dá poca importancia a este aspecto en el logro de una interrelación con su paciente, siendo esta interrelación un paso de suma relevancia para el éxito de la consulta, y para el proceso de enfermedad - salud en general.

### 3.1 POSTULADOS PARA EL ANALISIS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Como se sabe, existen diversas corrientes sociológicas que conceptualizan de maneras diferentes a la sociedad. Dentro de ésta, algunas corrientes distinguen dos dimensiones fundamentales, conocidas generalmente como la Estructura y la Superestructura de la sociedad.

La estructura de una sociedad está dada básicamente por la producción material de la vida social, e incluye a los aspectos que por lo general se subsumen bajo el concepto de "economía".

La superestructura, en cambio, está constituida por el conjunto de aspectos científicos, filosóficos, artísticos, jurídicos, ideológicos y políticos que se levantan sobre la base económica de una sociedad.

Dentro de la superestructura, Gramsci distingue dos conceptos fundamentales: la sociedad civil y la sociedad política. En otras palabras, en términos materiales, la superestructura de una sociedad está formada por dos partes básicas, que se conocen como sociedad civil y sociedad política.

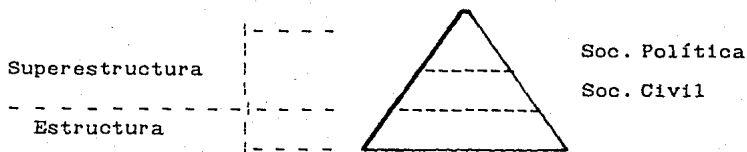
El concepto de sociedad civil se refiere a la diversidad de organismos comúnmente llamados "privados", a través de los cuales los miembros de una sociedad se integran en la actividad política y en el debate ideológico, e incluye, consecuentemente, a los partidos políticos y a los sindicatos, a los medios de comunicación, a las congregaciones religiosas, a

las agrupaciones empresariales, a los centros educativos, a los colegios profesionales y, en general, a toda la institucionalidad no oficial (civil) que compone el tejido social.

Dentro de esta institucionalidad no oficial caben, por supuesto, las diversas instituciones educativas en salud, como la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. y, más específicamente, diversas instituciones de salud, como los hospitales, las clínicas, centros de salud, consultorios etc. Este último punto, sin embargo, lo desarrollaremos con más detalle más adelante.

El concepto de sociedad política, por el contrario, se refiere al conjunto de aparatos coercitivos, principalmente los relativos a la institucionalidad gubernamental, que expresan la conducción política que se ejerce sobre una sociedad. Dentro de la sociedad política se inscribe, por ejemplo, el nivel normativo de la Secretaría de Salud, que constituye "la cabeza" del Sector Salud.

En síntesis: si esquematizamos esta conceptualización de la sociedad, tendríamos una pirámide en cuya base se asienta lo económico, en su instancia intermedia la sociedad civil, y en su cúspide la sociedad política, tal como lo ilustra la siguiente figura.



Adicionalmente, Gramsci elabora el concepto de Hegemonía para explicar el dominio que unos grupos ejercen sobre otros en las sociedades capitalistas. El concepto de hegemonía se define como la dirección cultural y moral que un grupo social ejerce sobre el resto de la sociedad. Esta dirección cultural y moral tiene lugar al interior de la sociedad civil. Esto es así, porque la sociedad civil posee siempre una organización interna tal, que posibilita que la clase dominante difunda su ideología. Es decir, la hegemonía de un grupo sobre el resto es posible sólo cuando se producen un conjunto de instituciones y de aparatos cuya finalidad, estructura y organización están concebidas en función de los intereses de aquel grupo dominante. Consecuentemente, el grupo que controla a la sociedad civil, o sea, el grupo que determina las características organizacionales básicas de la sociedad civil, es el grupo hegemónico.

La hegemonía siempre implica una Relación Pedagógica entre el grupo dominante y el resto de la sociedad, en tanto que va creando un tipo humano acorde a las necesidades del grupo hegemónico. Gramsci señala que

" todo Estado tiende a crear un cierto tipo de civilización y de ciudadano (y, por ende, de convivencia y de relaciones sociales), y tiende a hacer desaparecer ciertas costumbres y actitudes y a difundir otras." (5)

Cuando un grupo social logra proyectar sus propios fines políticos y económicos como si fueran " universales " y válidos

para toda la sociedad, es decir, cuando un grupo logra organizar a la sociedad civil de acuerdo a sus intereses particulares, se realiza la hegemonía de ese grupo sobre el resto de la sociedad. Y la manera específica, el sesgo histórico concreto que adquiere esa imposición directiva se conoce como Estrategía de Hegemonía.

Los tres conceptos (sociedad civil, sociedad política y hegemonía) favorecen la comprensión del pensamiento de Michel Foucault en la relación Médico - Paciente en la sociedad contemporánea.

Foucault ha estudiado cómo la disposición y naturaleza del poder del grupo hegemónico, es decir, el poder del Estado y de la gran Empresa, se refleja en instituciones concretas inscritas dentro del ámbito de la sociedad civil, tales como la familia, la escuela ( que trabajan básicamente sobre el "espíritu" ), o las instituciones médicas (que trabajan básicamente sobre el cuerpo). La pregunta clave que Foucault busca responder es: hasta qué punto esas instituciones de la sociedad civil tienen autonomía o maneras propias de distribuir o concentrar el poder?, o hasta qué punto, por el contrario, lo que ocurre en esas instituciones no es sino el reflejo de una estrategia de hegemonía específica ? Las tesis del autor tienden a fundamentar más bien este último aspecto.

Foucault, en efecto, señala que la sociedad capitalista es, desde el siglo XVII, básicamente una sociedad disciplinaria

porque los soportes fundamentales de las instituciones modernas, entre las que se cuenta el hospital, y la medicina en general, son la disciplina, el orden y la jerarquía.

El orden garantiza la permanencia de las estructuras establecidas, compuestas, a su vez, por el conjunto de reglas más o menos jerarquizadas y aparentemente universales.

La disciplina asegura un tipo específico de relaciones sociales que en la sociedad capitalista se concretizan en forma de mandantes y subordinados, de autoridad y obediencia.

Ambos conceptos forman parte del mismo "juego", dependen uno del otro y resulta artificial separarlos salvo para efectos del análisis. Siempre es necesario establecer el orden para que haya disciplina, y siempre es necesario asegurar la disciplina para conservar el orden.

La jerarquía por su parte permite determinar con claridad la subordinación inferior/superior en las relaciones sociales.

De este modo, para Foucault, son tres los conceptos básicos para la comprensión de las instituciones como núcleos de poder: la jerarquía (que señala la subordinación inferior/superior), el orden (que fija el lugar de las normas y de los agentes de la institución en el conjunto jerárquico, fijación que va acompañada de un control o vigilancia que evitan el dislocamiento), y la disciplina (que se entiende como práctica de obediencia a la jerarquía).

Cómo es que las diversas instituciones de la sociedad civil, por ejemplo las instituciones médicas han llegado a poseer estas características centrales?

Foucault señala que a partir de los siglos XVII y XVIII se produjo un fenómeno histórico en el que se multiplicaron a través de todo el cuerpo social "los dispositivos de disciplina" (vigilancia), como consecuencia de la nueva forma que asume la producción: el capitalismo. Es así como se produce la consolidación de una estrategia específica de hegemonía en la sociedad, que se manifiesta fundamentalmente en dos dimensiones:

A) La nueva forma de producción (capitalista) permitió, por primera vez en la historia, la aparición de grandes "stocks" de mercancías y la acumulación de grandes fortunas, mismas que, de no haber vigilancia, quedarían expuestas a la depredación.

A partir de entonces, la organización para una vigilancia que resultaba específica y plenamente localizada en el terreno de la producción (que se estructuró jerárquicamente de manera que un superior pudiera vigilar, controlar y, eventualmente, castigar a muchos trabajadores), ha modificado el resto de las instituciones de la sociedad civil, dando lugar a un sinnúmero de "micropoderes" en la escuela (organizada para que un maestro vigile, controle y corrija a muchos alumnos), en el ejército (organizado para que un comandante pueda controlar a muchos soldados) y, por supuesto, en la medicina, que ha organizado al

hospital, clínica o centro de salud, de manera que un médico vigile, controle y "cure" a muchos pacientes, y que ha establecido una relación médico-paciente plenamente jerárquica, vertical, en favor del primero.

B) Pero al mismo tiempo, la nueva forma de producción requiere de personal productivo especializado. Con la institucionalidad disciplinaria, el cuerpo humano se convirtió en algo que

"debe ser formado, reformado, corregido; en un cuerpo que debe adquirir aptitudes, recibir ciertas cualidades, calificarse como cuerpo capaz de trabajar" (6).

De este modo, otra finalidad implícita de las diversas instituciones (aparentemente de salud, seguridad y protección) es hacer que el cuerpo de los hombres se convierta en fuerza de trabajo. Esta conversión se logra porque las diversas instituciones (disciplinarias) ponen en marcha un conjunto de aparatos de "normalización" de hombres, en la fábrica, al fijar a los individuos a un aparato de producción, en la escuela, al fijar a los individuos a un aparato de transmisión del saber, en el hospital y la clínica, al fijar a los individuos a un aparato de "educación en salud y curación".

De esta forma, al cumplir sus funciones "rutinarias", a través de un proceso de formación ideológica, las instituciones determinan al mismo tiempo al normal y al desviado, al sano y al enfermo, etc.



Sin embargo la naturaleza disciplinaria de las instituciones (el hospital por ejemplo) y, en general, el proceso mediante el cual la clase dominante ha llegado a convertirse en la clase hegemónica, se encuentran disfrazadas por un marco jurídico explícito y codificado, por un conjunto de leyes ante las cuáles los individuos son formalmente iguales:

" Bajo la forma jurídica general que garantizaba un sistema de derechos en principios igualitarios, había, subyacentes, esos mecanismos menudos, cotidianos y físicos, todos esos sistemas de micro-poder esencialmente inigualitarios y disimétricos que constituyen las disciplinas " (7).

Sobre una base de disciplinas reales, concretas y materiales, se han levantado un conjunto de igualdades aparentes, formales, expresadas sólo en las leyes.

En efecto, simultáneamente el surgimiento de los sistemas jurídicos que califican a los individuos según normas universales y formalmente igualitarias, aparecen las disciplinas que caracterizan, califican, especializan y jerarquizan.

Las instituciones médicas, como lo hemos venido señalando, no han sido ajenas a este proceso. La estructura organizativa de un hospital tanto como la relación que se establece entre el médico y el paciente son reflejo de ello. Por un lado, poseen también una dimensión jerárquica vertical, como otras instancias de la sociedad civil. Por otro lado, sobre todo en el caso de la relación médico-paciente, esta verticalidad se ve disfrazada por una pretendida orientación "de servicio" de la práctica médica.

que presumiblemente busca canalizar todas sus actividades tanto a la curación como a la educación sanitaria de los pacientes, logrando en ellos un reforzamiento de la aceptación de una práctica disciplinaria, vertical y autoritaria.

Faucault señala que a partir del siglo XVII se desarrolló un tipo de " poder sobre la vida" que en el campo de la medicina se expresa como la apropiación de los cuerpos por parte de la ciencia y de las instituciones. Se trata de un poder

" destinado a producir fuerzas, a hacerlas crecer y ordenarlas, más que a obstaculizarlas, doblegarlas o destruirlas." (8)

Es un poder, cuya máxima expresión ya no es matar (como antiguamente: poder sobre la muerte) sino que tiene como función más alta invadir la vida para preservarla: es lo que el autor denomina "poder sobre la vida".

" La observación clínica implica dos dominios que le están asociados necesariamente y que se han conjugado entre sí: el dominio hospitalario y el dominio pedagógico " (9).

El primero se refiere al contexto de la práctica médica, en el tiene lugar por un lado, el encuentro entre el médico y el paciente y por otro, el hecho patológico, que se manifiesta explícitamente al determinar el médico un diagnóstico de la enfermedad.

El segundo dominio, en cambio, se refiere (entre otras cosas) a los sutiles mecanismos de transmisión educativa que se establecen entre el médico y el paciente a través de las cuales

se refuerzan el orden, la disciplina y la jerarquía.

De este modo, las instituciones médicas, y el tipo de relaciones humanas que éstas producen, son fundamentalmente "reguladoras".

" Una sociedad normalizadora fué el efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida" (10).

En síntesis: con el surgimiento de la sociedad capitalista apareció la necesidad, por un lado, de vigilar (mercancías y riquezas y la óptima aplicación de los individuos para el trabajo especializado. La clase dominante impulsó una estrategia de hegemonía que permite "normalizar" a los integrantes de la sociedad en función de estas necesidades específicas, a través de micro-poderes que se manifiestan, siempre recurrentes, en las diferentes instituciones disciplinarias de la sociedad civil. En este contexto es que debe analizarse la naturaleza del hospital, consultorio, centro de salud etc. y la relación médico -paciente que dentro de ellos se establece.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

### 3.2 FUNCIONES DEL MEDICO EN CONSULTA EXTERNA

La consulta externa puede llevarse a cabo en cualquier tipo de nivel, y en cualquier tipo de unidad, centro de salud ú hospital.

La consulta tiene como fin atender a la persona que viene al médico con algún problema de salud, presentando cualquier síntoma, signo, dato de laboratorio anormal o normal, o cualquier otra causa que perturbe, modifique o ponga en peligro el estado de salud del individuo, adquiriendo éste el lugar del "paciente" al solicitar una cita para la atención de su problema.

El objetivo de la consulta externa es que el médico, habiendo recolectado la información necesaria, dé al paciente una explicación y un consejo pertinente respecto a su problema. Para el logro de tal fin, será necesario que el médico tenga ante su paciente una absoluta entrega de su tiempo, conocimientos, atención y lealtad, con la habilidad para realizar un juicio realista y objetivo de la situación, así como de sus propias capacidades y limitaciones, obrando siempre en beneficio del enfermo.

Al demandarse una consulta externa

" el médico y paciente en colaboración voluntaria o forzada, establecen contacto para realizar, lo que de manera genérica y amplia se ha llamado el "acto médico" en su ilimitada acción y a su vez, éste es el resultado de la relación del médico con el enfermo. " (11)

Ante esto es necesario enfatizar que el acto médico, al reconocer la historia natural de la enfermedad además de ejercer su acción sobre el propio enfermo, debe hacerlo sobre el ambiente que lo rodea, es decir, la familia, la comunidad y el medio mismo.

En toda consulta externa debemos tener presente que intervienen personas. ...

" que el médico por más médico que sea, es ante todo y sobre todo una persona, y que el paciente, aun el más ignorante y el más enfermo, es también una persona. En la consulta médica, no es una relación del doctor en tanto científico o técnico sino de éste como persona, que está ejerciendo una profesión, con otra persona que solicita sus servicios. " (12)

Sin embargo, el consultorio es un sitio en el que el paciente poco interviene ...

" y es el médico el que determina el momento de inicio de la relación, la distribución del espacio, la iluminación y la inclusión o no de terceras personas, por no mencionar algunos hechos que nos demuestran lo desproporcionado de la participación del médico. " (13)

### 3.2.1 " HISTORIA CLINICA "

La historia clínica tiene una gran importancia dentro de la consulta externa, pues es la fuente de información mediante la cual se obtienen datos que orientan el diagnóstico de un padecimiento cualquiera.

La historia clínica tiene una serie de características desde el punto de vista del médico. Es muy valiosa pues le permite

conocer una breve biografía del paciente en relación a sus enfermedades o padecimientos, ya sean físicos o mentales, así como factores que conciernen a la herencia, a los hábitos, costumbres y condiciones del medio ambiente en el cual se desarrolla.

La relación médico-paciente (M-P) desarrolla un papel medular dentro de la consulta pues es ésta relación la que puede facilitar la exactitud de los datos que se obtendrán en la historia clínica.

Por otro lado, desde el punto de vista del paciente, el relatar a través de la historia clínica " los aspectos importantes de su vida" puede representar una intensa experiencia y llenarlo de ansiedad y excitación o por el contrario infundirle calma y tranquilidad.

En la historia clínica es necesario la participación del médico y del paciente, ya que ambos trabajan juntos hacia un mismo fin, que difícilmente funcionará si uno u otro no cooperan.

" La historia clínica de una enfermedad debe incluir todos los hechos de importancia médica en la vida del paciente hasta el momento en que acude al médico, pero por supuesto, los trastornos más recientes son los que merecen mayor atención, ya que evidentemente, son los que motivan la consulta." (14).

El ideal sería que el paciente narrara sus síntomas con sus propias palabras, presentando los hechos por orden cronológico. Sin embargo, son pocos los pacientes que poseen las cualidades necesarias de observación y descripción de los mismos.

Generalmente se requiere la ayuda del médico, quien debe guiar al paciente mediante preguntas coherentes que le faciliten este proceso.

A menudo sucede que un síntoma que puede preocupar al paciente, tiene poco significado desde el punto de vista médico, mientras que una molestia aparentemente menor para el paciente puede ser importante, por lo que debe estar siempre atento a cualquier relato del paciente, ya que esto puede ayudar a resolver el problema médico.

La habilidad del médico de relacionarse con su paciente con la finalidad de observar, obtener y registrar datos verídicos, constituye sin duda, la piedra angular del diagnóstico clínico, ya que de ello depende la veracidad y confiabilidad de los datos que servirán de base para las etapas subsiguientes del procedimiento médico.

Se ha visto que los minutos iniciales en la entrevista que se establece a través de la historia clínica, por lo general marcan el rumbo de la relación médico-paciente. En estos primeros minutos, el paciente es generalmente el que estudia y observa al médico, su conducta y el ambiente en que éste trabaja. Por este motivo, para lograr un éxito mayor se requiere de un lugar acogedor, limpio, agradable y que proporcione privacidad, con el fin de estimular un intercambio franco y sin interrupciones entre el paciente y el médico.

Asimismo, las experiencias del paciente en su primera entrevista con el médico son particularmente significativas para el curso de su relación posterior con él.

El médico no debe de perder de vista que el enfermo inicia su relación con él aún antes del primer contacto personal. Generalmente, cuando un enfermo acude a la consulta, ya tiene ciertas nociones y prejuicios acerca del médico, que dependen de circunstancias tales como el que le consulte por propia iniciativa, o lo hayan presionado sus familiares, el que el médico le haya sido recomendado por alguien en quien realmente confía, el que las opiniones escuchadas a otros enfermos acerca de él hayan sido favorables, etc.. Lo habitual es que cuando enfermo y médico se encuentren por primera vez, el primero tenga ya una imagen del segundo y ésta puede o no ser distorsionada.

Por otro lado, se puede decir que generalmente lo que el enfermo busca y lo que encuentra o no en su relación con el médico que le atiende puede ser aceptación o simpatía, autoridad, magia, etc. pero siempre implica algo más que un diagnóstico y una prescripción.

"La experiencia clínica demuestra que los enfermos mejoran o no mejoran, no sólo por lo que el médico les prescribe, sino porque encuentran o no, en su relación con él, algo que consciente o inconscientemente necesitan" (15)

El médico tiene grandes oportunidades, responsabilidades y obligaciones, y necesita de conocimientos científicos, destrezas técnicas y comprensión humana para llevar a cabo su propósito.



En su ejercicio debe de utilizar métodos, principios científicos y experiencia en la solución de los problemas a los que se enfrenta. Necesita intuición y madurez de juicio para establecer relaciones personales con el paciente y para ver implícitamente las motivaciones que rigen su comportamiento. Debe saber cuándo tranquilizar, cuándo explorar en los aspectos íntimos del paciente y cuándo no deben tocarlos. Cuándo dar un pronóstico optimista y tranquilizador y cuándo debe mostrarse cauteloso.

Byran y Long en 1975 marcan seis áreas generales que se refieren a la habilidad de recolectar información, identificándose los siguientes puntos: Toma de historia (interrogatorio); exámen físico; uso de investigaciones o padecimientos; registro de la información e interpretación de la información.

Por otro lado Anderson y Day presentan una clasificación de las habilidades específicas comprendidas en el interrogatorio. Estas son : Alcanzar la relación con el paciente; conseguir máxima comprensión entre paciente y médico; obtener información esencial; entrevistar lógicamente; adquirir habilidad de interrumpir; adquirir habilidad de escuchar; reconocer claves no verbales e interpretar adecuadamente la entrevista.

Tanto Byran y Long, como Anderson y Day insisten en el razonamiento clínico, como una de las habilidades de la clínica más importantes, pues incluye la habilidad para la interpretación

de la información que se está recolectando.

Al dirigir su interrogatorio al paciente, el médico debe realizar hipótesis que lo llevarán a la primera área de decisión, y en esta área deberá tomar la decisión para continuar con la entrevista obteniendo más información. En esta área el médico se define en cuanto a qué preguntar, cómo preguntar, qué examinar, y cómo examinar. Esto constituye el eje del razonamiento clínico.

El interrogatorio puede hacerse en forma "directa" o "indirecta"; el primero se hace al paciente mismo y el segundo, se lleva a cabo a través de familiares o terceros, cuando no es posible el trato directo con el paciente, por ejemplo, en los casos de niños pequeños o enfermos graves.

El interrogatorio dependerá de cada caso, pero generalmente se inicia con la investigación del padecimiento actual, dejando que el paciente relate su problema, el cual generalmente expresa en su propio lenguaje y si el médico lo escucha con atención, interés y paciencia, le facilitará su confianza. A esto se le llama "Tribuna libre" y debe darse un tiempo razonable, que permita al médico organizar mentalmente su interrogatorio, para que pueda hacer posteriormente sus preguntas al paciente con base en los datos expuestos por éste. En este segundo interrogatorio llamado "dirigido", debe procurarse que cada pregunta tenga un objetivo de provecho, que no caiga en el error de obligar al paciente a dar una respuesta falsa, equivocada o poco clara; que

lo intencionado de la pregunta no llegue al extremo de sugerir la respuesta; que no se salga de los límites de la discreción y que pueda lesionar al paciente y dificulte o impida su confianza.

Al tomar la historia clínica, la habilidad, el conocimiento y la práctica del médico se manifiestan con más claridad.

Debe saber cuándo debe ser incrédulo y buscar fuentes más seguras de información, cuándo insistir en una pregunta en busca de mayor detalle y cuándo abordar el tema de manera más amplia, dándose cuenta de que la enfermedad en muchos casos se revela en forma causal.

" El enfermo está dispuesto a revelar su intimidad, pero a quien le muestre comprensión y sepa escuchar apreciativamente, sin prisa, sin críticas y sin estar demasiado ansioso por dar consejos." (16)

Es importante decir que hay habilidades clínicas que nunca podrán ser remplazadas por la tecnología moderna, ya que son los medios para la interacción humana, que al fin y al cabo es el centro de la atención médica y la fuente de información en que se basan muchas decisiones.

" En tanto que se escucha, se observa. Mediante esa observación pueden ser recogidos datos valiosos. La expresión facial, la mirada, la dilatación de las pupilas, la sonrisa, el tono de la voz, la espontaneidad o su falta en las respuestas, la postura tensa o flexible, el cuidado o descuido en el arreglo personal, los movimientos involuntarios de las manos o de los pies, el sudor de la frente, etc. todo ello nos orienta hacia la identificación de ciertos rasgos del carácter del enfermo y su situación afectiva: angustia, inquietud, depresión, tedio, desconfianza, euforia etc..." (17)

Asimismo, la expresión facial, los modales, el tono de la

voz, la prudencia en las preguntas que realiza el médico la paciencia que manifieste al escuchar etc.. puede favorecer que un paciente que está tenso y angustiado se tranquilice y se sienta inclinado a confiar en él.

Es necesario establecer una buena relación con los pacientes con el fin de recolectar la mayor cantidad de datos útiles, en el menor tiempo posible y con el mínimo de molestias para ellos pues de esta manera se les hace sentir que el médico se interesa realmente por ellos.

A través del tiempo se ha ido perdiendo la imagen tradicional que caracterizaba al médico, su figura ya no inspira el mismo respeto ni deposita la misma confianza que antes, por lo que actualmente

" La adquisición y desarrollo gradual de estas actitudes, es de suma importancia puesto que al ser captadas por el paciente, se reflejan, tanto en la opinión personal que se forma el paciente acerca del médico, como en su actitud hacia la prescripción y recomendaciones del mismo. " (18)

La historia clínica completa comprende una serie de datos a investigar con el paciente, que pueden agruparse en diferentes áreas para una mayor organización de la información. Estas son:

- 1.- Ficha de identificación
- 2.- Antecedentes heredo-familiares (AHF)
- 3.- Antecedentes personales patológicos
- 4.- Antecedentes personales no patológicos
- 5.- Exposición a substancias y/o actividades peligrosas
- 6.- Antecedentes gineco-obstetricos
- 7.- Terapéutica actual
- 8.- Padecimientos actuales
- 9.- Inspección
- 10.- Signos vitales

(ANEXO 9)

A través de la experiencia, el médico aprende a conocer los escollos que se presentan al tomar la historia clínica. Lo que los pacientes relatan son, en su mayoría fenómenos subjetivos, filtrados a través de mentalidades distintas. En el paciente sus observaciones están matizadas por el miedo a la enfermedad, a la invalidez o a la muerte, y por la preocupación acerca de las consecuencias que la enfermedad pueda tener para sus familias. Existen también barreras en el lenguaje y capacidad intelectual, que impiden al individuo recordar con precisión, o bien por trastornos de la consciencia, no pudiendo darse cuenta de su enfermedad.

No es de sorprender, por lo tanto, que aún el médico más cuidadoso pueda a veces ser incapaz de recoger los datos reales, y se vea a menudo obligado a proceder sobre la base de una información que apenas representa una aproximación a la verdad.

Visto de otra manera,

" el síntoma marca, en la mente del paciente, una desviación del estado de salud, en la mente del médico, es el principio de un proceso de razonamiento inductivo y deductivo que culmina en el diagnóstico." (19)

En la mayoría de las enfermedades, la historia clínica no es decisiva, aunque reduce el número de posibilidades diagnósticas y guía al médico a la investigación subsecuente.

### 3.2.2 " EXPLORACION FISICA "

" La exploración tiene por objeto, reconocer las anomalías físicas del enfermo y hacer la operación concreta de los límites de la normalidad y la anomalía, de los signos físicos del paciente." (20)

El médico, desde que inicia sus primeras prácticas, aprende que los signos físicos son pruebas objetivas y demostrables de alteraciones patológicas, y que éstas pueden acrecentarse por su significado, cuando confirman un cambio funcional o estructural ya revelado en la historia clínica del paciente.

Un signo físico sin embargo, puede ser la única manifestación de enfermedad, por lo que el examen físico debe ser metódico y completo. El paciente debe ser minuciosamente estudiado, pues de otra manera pueden olvidarse partes importantes, lo cual podría ocasionar grandes problemas. Aún el clínico más hábil debe estar alerta a esto.

El médico utiliza diferentes métodos para llevar a cabo la exploración física, y de manera general pueden identificarse los siguientes:

- Inspección
- Palpación
- Auscultación
- Percusión

(ANEXO 10)

El médico en la exploración física tiene una función de "observador participante", donde cierta subjetividad interviene en la valoración del material obtenido y sus actitudes determinarán en la mayoría de los casos reacciones en el enfermo. No es fácil, pero sin embargo, es necesario conservar la objetividad y al mismo tiempo establecer un contacto cálido, humano y respetuoso a lo largo de la exploración física.

La obtención de material psicológico significativo en este momento es aún más difícil que la recolección de datos relativos a los aparatos y sistemas. El material psicológico muchas veces es intangible, de modo que debe de ser inferido de la conducta implícita o explícita del paciente.

El instrumento más valioso con que cuenta el médico en estos momentos para la exploración psicológica, es la comunicación verbal con el paciente. Por ello debe permitirsele y aún estimularlo, para que hable, ya que expresando su sentir puede ofrecer gran ayuda.

Sin embargo, a menudo se detecta una falta de comunicación en estos momentos entre médico y el paciente, y ésta se atribuye frecuentemente a la

"distancia social, entre doctor y paciente, la cual es creada por diferencias educacionales y sociales y agravada por el uso de terminología médica no familiar para el paciente." (21)

Por otro lado existen una serie de actitudes del médico que deben ser consideradas a lo largo de la exploración física ya que van a ser importantes para el establecimiento de una buena relación M-P.

La tarea de exploración física realizada en la consulta, puede resultar sumamente agresiva para el paciente, por lo que es importante ante esto hacer notar la necesidad de que el médico explique previamente: Qué va a explorar, porqué va a explorar y cuáles son los resultados (aunque sea de manera sencilla) que va

obteniendo a lo largo de ésta. Es entonces cuando el paciente adquiere ventajas de la exploración física, sabiendo que la tarea realizada por el médico fue en beneficio del conocimiento de su salud y/o enfermedad.

### 3.2.3 " EXAMENES DE LABORATORIO "

" El método clínico tiene por objeto la recolección de datos precisos relacionados con todas las enfermedades a las que están sujetos los seres humanos, es decir, todos los trastornos que limitan las energías, los goces y la duración de la vida. Para hacer un buen diagnóstico cada dato debe interpretarse a la luz de los hechos conocidos de anatomía, fisiología y química. La síntesis de estas interpretaciones proporcionan información sobre el órgano o sistema afectado. Después, con los conocimientos adquiridos por el diagnóstico anatómico, el médico puede analizar otros datos, como la manera en que inició la enfermedad, y su evolución clínica, y por último, recurrir a los resultados de laboratorio para definir la naturaleza y grado de trastorno fisiológico y descubrir la causa de la enfermedad." (22)

Cada vez más aumenta más el uso de procedimientos diagnósticos de laboratorio, pues proporcionan una mayor confiabilidad que aquella que se obtiene de los datos proporcionados por los procedimientos clínicos, sin embargo,

"debido al carácter impersonal y a la complejidad de las técnicas que se requieren para obtener los datos proporcionados por los métodos de laboratorio, están rodeados muchas veces por una aurea de autoridad, sin tomar en cuenta el hecho de que estos datos han sido recogidos por seres humanos falibles, capaces de cometer errores de técnica." (23)

El médico poco experimentado tiende a ordenar baterías de diagnóstico, en donde la justificación es " rutina " o " diagnóstico para descartar ".



El médico prudente, es el que entiende las limitaciones de cada fuente de información, y valora también con cuidado los peligros y molestias que las pruebas de laboratorio tienen para el paciente.

En las instituciones públicas muchas veces el médico tendrá que aplicar medidas terapéuticas aun antes de haber realizado un estudio de laboratorio que arroje datos exhaustivos del problema, tomando como base únicamente su diagnóstico clínico no corroborado mediante pruebas específicas. Esto en ocasiones, es debido en al tiempo que tardan los resultados por la gran demanda que existe y por el gasto que puede implicar cada una de las pruebas que son solicitadas.

Al obtener el médico los resultados y aún al solicitarlos debe dar información al paciente, de lo que estos reportan lo más claramente posible: en qué consisten, qué deberá hacer antes y después, etc. En caso que el médico considere pertinente y necesaria la canalización del paciente a otro lugar, éste deberá explicar a su vez, el por que no podrá continuar atendiéndolo en esta ocasión.

#### 3.2.4 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Cuando el médico considera que tiene información suficiente para estabilizar sus hipótesis en una jerarquía definida, organiza y analiza la totalidad de los datos obtenidos y es

entonces cuando puede determinar con cierto grado de precisión un diagnóstico (dx) de enfermedad y el tratamiento (tx) a seguir, lo cual estará condicionado a los recursos económicos del paciente.

Es necesario que el médico considere la objetividad y cuidado del paciente a lo largo del estudio por lo que debe ser prudente en sus juicios y nunca olvidar que su finalidad primera y tradicional es la prevención y curación de la enfermedad y/o el alivio del sufrimiento mental o físico.

Un mismo tipo de enfermedad puede presentar aspectos diferentes de acuerdo con la edad, personalidad y la situación social del paciente.

"Solemos interesarnos mucho por el problema somático de nuestro enfermo y descuidamos, a menudo, demasiado el problema espiritual, y al olvidarlos los herimos fácilmente en su sensibilidad y les causamos un daño severo en su personalidad.

Son muchos los que usan de franqueza ruda para comunicar su diagnóstico y aún su pronóstico. Para ellos hablar de infarto, tumor, cáncer es igual que comunicar un diagnóstico de hernia o de bronquitis. Suponen seguramente, que todos los enfermos están psicológicamente preparados para resistir el impacto de un diagnóstico que trae aparejado el riesgo inminente de morir." (24)

Es de suma importancia tener presente el significado real o implícito de la enfermedad en la mente del enfermo.

" Yo he visto a enfermos caer en estado de profunda angustia o depresión, al saber de golpe la naturaleza de su mal. Y aun los he visto suicidarse, como forma de evitar la angustia prolongada de la espera. Y esto no sólo en espíritus débiles, de mentalidad enfermiza. Freud, el padre del psicoanálisis, preparado como ninguno para escapar al temor de lo inesperado, cuando se le dijo sin miramientos que su mal era cáncer, molesto,

irritado, les reclamó a sus médicos: Con que derecho me comunican eso?

En el otro extremo tenemos a los niños, quienes al saber su diagnóstico podrían también preocuparse sin tener posibilidad de entenderlo." (25)

La verdad debe serles dicha , pero con la misma prudencia con que se administra un medicamento peligroso. Hay que decir a los enfermos la verdad , pero no toda la verdad, solo la parte que les beneficie, no la que los perjudique.

En ocasiones la verdad hay que dosificarla como el medicamento y según convenga, aumentarla lentamente en la medida que haya buena tolerancia y comprensión real de aquello que se les está comunicando.

El médico deberá ver la mejor forma de decir y explicar al paciente la enfermedad que posee.

Las indicaciones terapéuticas, cuyo objetivo es el de ayudar a la realización del tx son parte importante de la relación M-P; darlas en forma inadecuada puede ser aún más contraproducente que no darla en algunos casos.

Con respecto al tx pueden identificarse dos tipos de prescripciones: medicamentosa y no medicamentosa. Ambos tx incluyen una serie de explicaciones al paciente para garantizar su seguimiento y mejorar y/o anular si es posible la enfermedad.

El medicamento debe administrarse en forma correcta puesto que su eficiencia, depende no sólo del conjunto de sus propiedades naturales y de las condiciones biológicas del paciente, sino también del momento y modo de administración.

Algunos lineamientos básicos al respecto que el paciente debe conocer son: cómo se llama el medicamento (escribirlo en una receta médica, con letra clara), indicar la dosis y duración (cuantas veces al día debe tomarlo, horario, cantidad, hasta cuando debe tomarlo, si de día y/o de noche); cómo debe tomarlo en relación a los alimentos, con qué tipo de líquidos hacerlo, o cómo aplicarlo en caso de ser ampollitas; qué está permitido o contraindicado en el transcurso del tx; cuándo va a surgir efecto; cuál sería el medicamento alternativo en caso de no encontrarlo, su interacción con otros fármacos o con el alcohol, así como los efectos que puede llegar a tener en su vida diaria.

Al tx con prescripción no medicamentosa, en muchas ocasiones no se le da importancia, sin embargo, a veces es el que mejor resultados tiene. Algunas prescripciones de este tipo de tx pueden ser: dietas, lavados, ejercicios, posturas recomendables y no aconsejables, cambio en algunas costumbres de la vida diaria etc.

El médico debe enfatizar este tipo de instrucciones y de preferencia apuntarlos en la misma receta, para que éstas no se olviden, así como dar indicaciones concretas de cómo llevarlo a cabo, en duración, cantidad, horario, etc.

Sin embargo, las indicaciones que el paciente selecciona para estimar la competencia del médico, no se refieren muchas veces a aspectos técnicos, por así nombrarlas. El paciente en

ocasiones utiliza indicadores que reflejan el interés del médico, la disponibilidad de su tiempo, la capacidad de escucha, el tono de voz, la paciencia, el cuidado con que hace las cosas, el respeto que muestra por él, la confianza inspirada, etc. Del grado en que el médico llene estas expectativas dependerá su influencia para que el paciente se adhiera al tx prescrito, e incluso la posibilidad de que la personalidad del médico ejerza un efecto terapéutico.

" El médico debe proyectarse a la comunidad informando al enfermo y a sus familiares el mal que la aqueja. El médico debe explicar con toda precisión y claridad al enfermo en qué consiste su mal, con la habilidad, la prudencia y el tacto que cada caso amerita, le informará el sentido de la terapéutica y cuales son sus consecuencias a nivel que el paciente pueda entenderlo y sin asumir una actitud arrogante que lo aleje del que sufre.

Más aun, está obligado a enseñar al enfermo y a sus familiares cómo cuidarse. Deben saber manejar su enfermedad a su nivel y en qué pueden colaborar sus familiares." (26)

Por el contrario, cuando predominan actitudes negativas hacia el médico, es más probable que el enfermo olvide el tx o lo abandone y se aferre a sus síntomas.

En muchas ocasiones el médico se ve limitado a brindar todos los pacientes la atención mínima requerida, y la mayoría de ellos no reciben toda esta información y de los que la reciben pocos la comprenden o la recuerdan. Sin embargo, el médico tiene el deber de informar al paciente el dx y tx, y éste a su vez tiene el derecho de informarse y no debe vacilar en preguntar ante cualquier duda que tenga. A menudo el paciente no expone

sus dudas al médico por diferentes razones como: temor, olvido, falta de confianza, mal genio del médico, deficiencias sociolingüísticas y educativas; otras veces el paciente cree saberlo todo o bien tiene prisa.

Es por esto que no basta con dar información, sino que debè estarse seguro que el paciente la comprenda y es tarea del médico cerciorarse de esto.

" Es de vital importancia que en cada caso el médico se entere acerca de lo que el paciente piensa, teme y entiende respecto a su situación y que además se cerciore antes que la consulta termine, si el paciente ha entendido correctamente lo que se le ha expresado acerca de su problema, tanto desde el punto de vista de la perspectiva, como el manejo del mismo. Lógicamente que esto toma tiempo, pero a pesar de lo anterior, el tiempo invertido en este asunto siempre deberá ser considerado como tiempo bien gastado." (27)

Si el paciente no adquiere suficiente información, si el médico no educa a su paciente sobre su enfermedad, causas, consecuencias y soluciones, éste tal vez lo buscará en otros lados, con familiares, amigos, farmacéuticos y en algunos casos libros o revistas, lo que puede ocasionar una información distorsionada y por lo tanto un tx deficiente o aún perjudicial para el paciente.

" Una explicación clara de la enfermedad y el tratamiento, así como de las razones que se tuvieron en cuenta para prescribir ciertos medicamentos son factores positivos para la curación del enfermo y para la empatía entre médico-paciente." (28)

### 3.2.5 EXPEDIENTE CLINICO

Debido a que cada vez es mayor la cantidad de enfermos que

son atendidos por un grupo de médicos y que ya son muchos los que atienden a un paciente y estos cambian de lugar, es necesario llevar un registro preciso y detallado donde se incluyan datos significativos de la historia clínica, exploración física, resultados de exámenes de laboratorio, dx y tx, pues de esta manera es posible una adecuada continuidad del paciente, un seguimiento de él como persona y como paciente.

Es recomendable utilizar este expediente clínico en forma sistemática e inmediata para no permitir el olvido de algún dato importante, o bien la alteración de información que pueda, en un momento dado, perjudicar al paciente.

### 3.3 SISTEMATIZACION DE LA CONSULTA EXTERNA E INFLUENCIA DE LA FORMACION DEL MEDICO

La enfermedad es un fenómeno biofísico, social, psicológico y cultural, de tal manera, que la relación médico - paciente, debe permitir a ambos esclarecer todos estos puntos, los cuales varían ampliamente según el tipo de enfermedad o padecimiento.

El médico trata de comprender y aliviar las molestias del paciente, de investigar los signos de su enfermedad aun cuando sean aparentes o descubrir anormalidades que pueden ser una amenaza para su salud, y mantenerlo así en condiciones óptimas. Para alcanzar estos objetivos se requiere una orientación muy amplia, pues la enfermedad nunca está limitada a un sólo sistema, o a una sólo patología, ya que el paciente no es un sistema

orgánico sino una persona.

"A la vez que adquiere conocimientos y habilidades técnicas suficientes para resolver los problemas del funcionamiento fisiológico de su paciente, debe aprender a infundir en el paciente un sentimiento humano de confianza y seguridad basados en la convicción de que se va a hacer todo lo que es posible. Dentro de esta atmosfera, se creará una relación personal satisfactoria. El paciente debe sentir que se reconoce y aprecia su individualidad única y que se toman en consideración todos los problemas que lo rodean." (29)

Es prácticamente imposible determinar un mecanismo específico y sistemático en el método de estudio del paciente. Algunas veces conviene iniciar con el interrogatorio a través de la historia clínica y otras haciéndolo paralelamente con la exploración física.

Por lo general, cuando un médico explora a un paciente lo hace orientado aunque sea con datos mínimos que recogió en un primer interrogatorio y en la observación general del paciente. Sin embargo a veces durante el examen físico, encontrará signos que lo orienten hacia aspectos no mencionados y pueden ser acelerados con unas pocas preguntas dirigidas durante el mismo.

En ocasiones el médico oírá primero la información de la familia, en otras, sólo podrá practicar el examen físico y ayudarse con la información de terceros.

A menudo dentro de la consulta externa se ven diferencias muy claras entre un médico experimentado y un médico no experimentado.

Mientras un médico principiante necesita realizar por lo general un interrogatorio muy amplio y bien estructurado,



cubriendo todas las áreas de información clínica de manera completa y sistemática con el fin de no pasar por alto lo relevante del padecimiento del paciente, el médico experimentado dirige su interrogatorio primeramente a las áreas relacionadas directamente con el problema, pasando por alto información que considera carente de relevancia y de esta manera economiza tiempo. Existe el peligro de que el médico principiante, al carecer de los conocimientos y experiencia necesarios, simplifique su entrevista hasta el punto en que la información obtenida resulte incompleta y no sea suficiente para determinar decisiones en cuanto al dx y tx. Por otro lado el médico experimentado puede caer en un error semejante bajo la presión de la limitante del tiempo dentro de la medicina institucionalizada y por ejemplo recomendar exámenes de laboratorio o tx con base en hipótesis primarias en forma rutinaria, sin tomar el tiempo necesario para dejar que sus hipótesis clínicas evolucionen a un grado de mayor claridad como resultado de un buen interrogatorio y examen físico.

El médico está capacitado casi únicamente con base en métodos de dx físico y de laboratorio, y es ahí donde concentra su desarrollo de habilidades que le permitan sentirse seguro frente al paciente. Sin embargo, el médico en muchas ocasiones está turbado ante su paciente por desconocer los problemas de éste, muchas veces muestra falta de interés por que el paciente no presenta ningún problema orgánico esperado, detectable y

siente irritación por la poca claridad que existe en la narración de su historia clínica, y hasta disgusto por que la enfermedad no responde al tx en la forma esperada.

Puede decirse que esto es debido en términos generales a que la enseñanza de la medicina ha estado orientada casi en forma exclusiva hacia la detección y curación de síntomas y signos, no se enseña a los estudiantes a entender al paciente como individuo con problemas, motivaciones, necesidades y una conducta hacia la salud, la enfermedad, la sociedad y la vida en general. El pensamiento científico es una condición necesaria, pero no suficiente para ser buen médico; se necesitan además, otras cualidades: sensibilidad, interés por el paciente, integridad, paciencia, humor, en fin, una serie de cualidades ante las que la ciencia permanece silenciosa.

" El médico debe ser entrenado para definir la naturaleza de los problemas del paciente, al ponerlos en condiciones que sean adecuadas para practicar sus habilidades y contribuir por tanto en su solución. Para cumplir con éste propósito, el médico necesita conocimientos, actitudes y habilidades para obtener información, aclarar problemas, otorgar consejos, aplicar técnicas médicas y evaluar resultados; estas habilidades, sobre todo las tres primeras, dependen fundamentalmente de la naturaleza y calidad de la comunicación entre médico-paciente." (30)

Un consultorio médico al cual acuden pacientes ambulatorios constituye el mayor desafío para el médico.

" Las limitaciones que impone el poco tiempo disponible y el hecho de que el paciente es libre de ir y venir si así lo desea, obligan a una utilización racional e inteligente del tiempo y proporcionan una medida objetiva al evaluar, en visitas subsiguientes, el grado de confianza desarrollada en el paciente al verificar el

cumplimiento de citas y prescripciones." (31)

Sin embargo, debido a la falta de formación del médico y la falta de educación para la salud que se ha dado al paciente para ser realista en situaciones de la práctica médica diaria,

" ni el médico, ni el paciente tienen el tiempo necesario para ceñirse a un sistema ideal de consulta con una entrevista clínica formal." (32)

Ante todo esto podemos concluir diciendo, que la consulta externa con un paciente debe reunir: historia clínica, exploración física, diagnóstico y tratamiento, sin establecer una sistematización rigurosa, para favorecer una mayor confiabilidad en el dx, pero sin embargo, éste está condicionado a un ambiente favorable, donde sea posible establecer una relación médico - paciente de confianza y respeto.

Por esta razón debe propiciarse en la formación del médico la adquisición de principios que normarán su actividad diaria, el amor al estudio y a la medicina, así como la consolidación de su práctica por el bien de sus pacientes.

" Recibir orientación social, conocer las carencias de los grupos mayoritarios, adentrarse con el medio socioeconómico y cultural de la comunidad a la que va a servir estudiar ciencias sociales como antropología, demografía, ciencias de la conducta y evaluar los recursos de que dispone el conglomerado para resolver esa problemática. Es entonces cuando debe convencerse de que su misión es atender a la salud, y no solo prestar atención médica, cuando debe adquirir sensibilidad e intolerancia a los males de muchos y no tanto cultivar ilusiones sobre procedimientos y equipos refinados y costosos que solo benefician a unos cuantos, cuando debe aprender que su misión no sólo es salvar la vida de los demás, sino hacerla más amable y gratificante." (33)

### 3.4 LA SOCIEDAD Y CULTURA PRESENTES EN LA RELACION MEDICO PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA

Es claro que la salud es una necesidad común y el esfuerzo para alcanzarla representa un impulso común tanto de la sociedad, como del médico y el paciente.

Sin embargo, la salud, es un concepto relativo, ya que su definición y su valor, varían según el lugar, costumbres, cultura, etc. Esto sucede aún en una misma sociedad. El grado de esfuerzo de una comunidad, dirigido a lograr la salud, guarda una relación estrecha con sus hábitos y costumbres. Es por esto que la organización de la salud en una comunidad no puede alejarse de las tradiciones y valores en los cuales vive el pueblo.

Sociedad es cualquier comunidad de individuos reunidos por el factor común de la proximidad y la interacción, o sea un grupo de personas que en general actúan juntos para lograr fines comunes. Una de las características de una sociedad es la cultura o forma en la cual el grupo como unidad tiende a pensar, sentir, creer, reaccionar a los estímulos, en otras palabras su base de conducta.

Kluckho, dice que:

" una cultura se refiere a las formas distintivas de vida de un grupo de personas...una cultura constituye un almacén de los conocimientos del grupo reunidos en el fondo común. Cada sociedad tiene su propia cultura distintiva, y como hay innumerables sociedades en cada país, hay innumerables culturas, cada una difiere en mayor o menor grado de las demás." (34)

Ante esto los programas de salud deben incluir necesariamente la introducción en la cultura de la sociedad. Es necesario utilizar la estructura social y la forma de vida cultural tradicional de la comunidad para las nuevas prácticas y cambios.

Se ha visto que las personas en mayor desventaja, son las que se adhieren con particular fuerza a sus tradiciones y creencias. Esto resulta lógico, pues las personas que durante largo tiempo se han acostumbrado a vivir en hacinamiento, pobreza y han cultivado sistemas que hacen soportable la vida en tales condiciones, consideran cualquier cambio con temor. Su miedo mayor es que las cosas pudieran empeorar para ellos, por lo que necesitan que se les demuestre en alguna forma que las innovaciones permitirán una verdadera mejoría de su nivel de vida, integrando estos cambios al resto de su patrón cultural.

Los programas de salud frecuentemente se encuentran obstruidos por la dificultad que presenta no conocer o no intentar comprender costumbres de los miembros del grupo afectado que ellos consideran importantes.

En México existen infinidad de barreras a este nivel que se interponen para el logro de un mejor nivel de salud.

Entre otras, una de las más significativas es el problema de la comunicación, pues se cae en un error muy frecuente considerando que sólo por que el médico comprende lo que está

pensando y diciendo, el paciente lo va a interpretar de igual manera.

Incluso cuando aparentemente se habla el mismo idioma, es fácil que haya diferencias de interpretación de lo que se está diciendo. Es necesario identificar y tener presente que existe en México el regionalismo y el provincianismo, y que muchas palabras y frases en nuestro lenguaje pueden tener sonidos y sentido muy diferentes en las distintas partes del país y por tanto diferentes connotaciones.

En este sentido el curandero opera con condiciones más favorables en su práctica que los médicos, pues conoce las tradiciones, las costumbres, valores y lenguaje de la comunidad y se comunican y realizan su actividad inmerso dentro de este contexto. Finalmente las técnicas diagnósticas del curandero no requieren preguntas complicadas y exhaustivas en cuanto a síntomas, historia clínica, laboratorio etc.

Foster nos habla de que el médico continuamente ignora y ridiculiza las ideas del paciente acerca de su enfermedad y las costumbres establecidas con ella, lo cual es un error, pues en la mayoría de los casos disminuye la eficacia del médico en cuanto a la determinación de un diagnóstico y tratamiento.

Nos dice Foster después de una serie de investigaciones que realiza en Chile, que varios pacientes reportan que el médico en la consulta les pregunta acerca de sus síntomas, lo cuál

demostraba que estos no eran tan vivos e inteligentes como se creía, pues si realmente sabían ellos de la enfermedad, debían conocer sus problemas y síntomas sin necesidad de preguntárselos, sino, porqué eran médicos.

Ante esto Foster hace una diferenciación y nos dice que los médicos modernos

" que escuchan con cuidado, las quejas de los pacientes y sus ideas sobre relaciones mágicas y luego brindan sugerencias para un tratamiento científico moderno de aquellas ideas familiares aceptadas, logran varios efectos, ya que pone al médico moderno un poco más alto en la estimación del paciente, ya no sólo no se burla de las ideas de éste y de las tradiciones del lugar, sino que en realidad demuestra cierto interés y comprensión por ellos. Partiendo de este punto, desarrolla un mejor entendimiento con respecto al paciente quien, entonces recibe mejor la medicina científica y a sus ejecutores. Esta es una de las maneras más importantes para lograr que prácticas populares erróneas acaben por abandonarse sustituyéndoles por prácticas más eficaces y científicas." (35)

La experiencia demuestra cada día más los fracasos de programas de atención médica, cuando carecen del conocimiento de la cultura local. El médico no puede dedicarse a resolver únicamente el problema de salud desde una realidad clínica, sino que debe conocer la realidad en la cual labora, tomando al paciente como parte de un contexto social y cultural. De otra manera la medicina se relativiza a un rango de " medicina de casos " que está lejos de la medicina comunitaria a favor del enfermo y su salud.

Drey y Hulka nos muestran cuatro tipos de interacción médico

paciente. De una manera muy general estos se pueden expresar así:

1) Relación: Problema - médico; El médico puede buscar la identificación del problema y estudiarlo desligado de los aspectos humanos de la persona. Esto sucede cuando el estudio del problema se hace en su mayoría con métodos de laboratorio y paraclínicos, los síntomas como manifestaciones subjetivas del problema, son ignorados o tomados muy poco en cuenta. El médico logra un conocimiento muy limitado del padecimiento y prácticamente nulo de la persona. Con esto el médico podrá diagnosticar determinado número de enfermedades y establecer planes terapéuticos precisos. Sin embargo, en muchos casos, la falta de confianza del paciente resultará en incumplimiento de las prescripciones y las manifestaciones psicósomáticas del padecimiento, continuarán en el mejor de los casos, inalteradas. (FIGURA 1)

2) Relación: Médico - Persona; El médico pone énfasis en sus relaciones con la persona y ya sea por la falta de conocimientos médicos o por considerar que el problema solamente existe en la cabeza del paciente, no consigue una comprensión adecuada del padecimiento del enfermo, y éste, aunque tal vez al principio atraído por la simpatía del médico, acabará por perderle la confianza al ver que su problema de salud queda sin resolver. (FIGURA 2)



FIGURA 1

RELACION: PROBLEMA-MEDICO

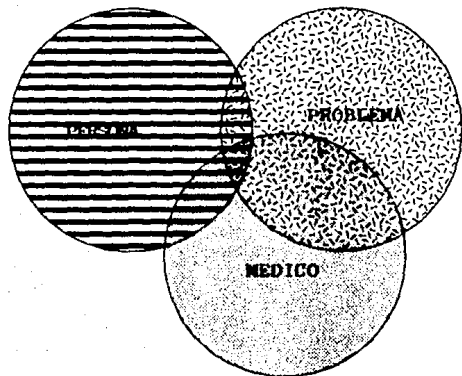
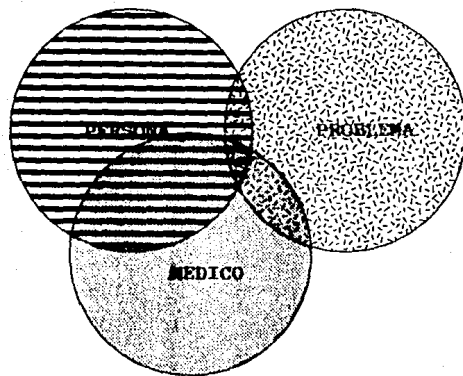


FIGURA 2

RELACION: MEDICO-PERSONA



3) Relación : Persona - Problema - Médico ; El médico entra en contacto con la persona y con el problema de forma equilibrada y a medida que la entrevista avanza, su contacto con ambas dimensiones aumenta, trayendo como consecuencia una mayor comprensión del paciente, de la persona y del problema. (FIGURA 3)

4) Relación : Persona - Comunicación - Nivel social y cultural - Características ambientales - Médico; La comunicación, la satisfacción del paciente y la obediencia a las prescripciones, son vistas como " dimensiones ", resultado de un

"proceso mutuamente dependiente, en el cual cada una de las dimensiones puede afectar las otras ". (36)

El proceso se esquematiza como algo dinámico, en el que cada elemento del sistema realimenta a los otros y en el que las características personales, sociales y ambientales contribuyen a cada uno de los niveles de interacción. (FIGURA 4)

FIGURA 3

RELACION: PERSONA-PROBLEMA-MEDICO

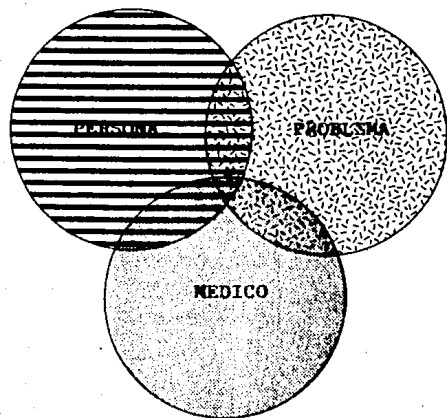
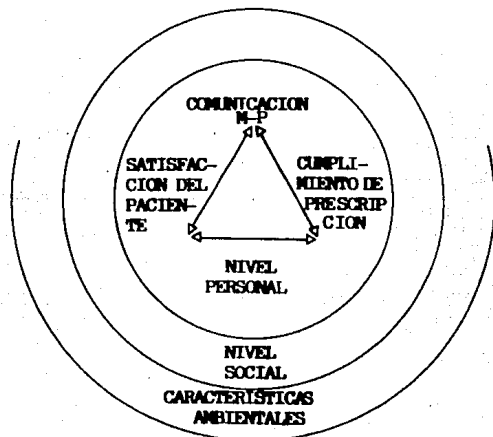


FIGURA 4

RELACION: PERSONA-COMUNICACION-NIVEL SOCIAL Y CULTURAL-CARACTERISTICAS AMBIENTALES-MEDICO.



MODELO IDEAL DE LA INTERACCION M-P

### CITAS CAPITULO III

- 1) Gaceta médica de México Vol 100 .- Ética Deontológica y Responsabilidad del médico contemporáneo.- 656 p.
- 2) Ibidem. 659
- 3) Ibidem. 657
- 4) Pauker S.J.; Kassirer J.P.-El Médico y el Paciente.- 3 p.
- 5) Gramsci.- Notras sobre Maquiavelo, sobre Política y sobre el Estado Moderno.- Cuadernos de la carcel.- 117 p.
- 6) Faucault.- La verdad y las Formas Jurídicas.- 133 p.
- 7) Faucault.- Vigilar y Castigar.- 224 p.
- 8) Faucault.- Historia de la Sexualidad.- 165 p.
- 9) Faucault.- El Nacimiento de la Clínica.- 157 p.
- 10) Faucault.- Historia de la Sexualidad.- 175 p.
- 11) Castillo Nava Javier; Cesarmon Vitis Eduardo. Et Al .- Fundamentos del Diagnóstico.- 12 p.
- 12) U.N.A.M.- Facultad de Medicina.-Unidad Didáctica . 5.-181 p.
- 13) U.N.A.M.- Facultad de Medicina:-Unidad Didáctica . 2.-283 p.
- 14) Pauker S. J. Kassirer. J.P.- Op. Cit.- 3p.
- 15) De la Fuente Muñoz Ramón.- Psicología Médica.- 354 p.
- 16) Ibidem. 360
- 17) Ibidem. 361
- 18) Castillo Nava Javier.- Op. Cit.- 19 p.
- 19) Kassier J.P.- Op. Cit.- 4 P
- 20) U.N.A.M.- Facultad de Medicina .- La Historia Clínica.-7 p.

- 21) Castillo Nava Javier.- Op. Cit.- 20 p.
- 22) Pauker S.J.;Kassier S.P.- Op. Cit.- 5 p.
- 23) Ibidem. 5
- 24) Gaceta Médica de México Vol 100.- Op. Cit.- 661 p.
- 25) Ibidem. 662
- 26) Gaceta Médica de México Vol 108 .- Responsabilidades Sociales en la enseñanza y en el ejercicio de la medicina.- 104 p.
- 27) U.N.A.M.- Unidad Didáctica # 2.- Op. Cit.- 384 p.
- 28) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.- El Médico informa adecuadamente a los pacientes.?- 30 p.
- 29) Pauker.S.J.;Kassier.S.P.- Op. Cit.- 3 p.
- 30) U.N.A.M.- Unidad didáctica # 2.- Op. Cit.- 385 p.
- 31) Castillo Nava Javier.- Op. Cit.- 27 p.
- 32) Ibidem. 23
- 33) Gaceta Médica de México Vol 108.- Op. Cit.- 97 p.
- 34) Ciencias Sociales y Salud Pública.- 65 p.
- 35) Ibidem. 79
- 36) Castillo Nava Javier.- Op. Cit.- 20 p.

## CAPITULO: IV      METODOLOGIA

Este capítulo estará compuesto por tres apartados en donde se pretende en primera instancia describir el proceso de observación que se llevó a cabo a lo largo del trabajo de campo, así como los criterios y requerimientos presentes dentro del mismo, posteriormente, se presenta la instrumentación requerida para dicho proceso de observación, y cuáles fueron los aspectos a considerar dentro de éste y que son expresados a través de: Descriptores, Indices e indicadores. Por último se presenta la determinación de la muestra y cuáles fueron los criterios y requerimientos estadísticos para su selección.

Cabe aclarar que dada la naturaleza del tema, esta investigación está planteada como un análisis descriptivo, donde tiene por fin obtener información cualitativa referente a la relación médico - paciente, y donde lo importante no será la cantidad sino la calidad de la consulta en cuanto a su transmisión educativa.

Es por esto que se buscará un primer acercamiento a la realidad, a través de la relación que guarden los fenómenos que componen el problema de estudio, lo cuál será por medio de interrelaciones entre indices e indicadores seleccionados para tal fin.

#### 4.1 PROCESO DE OBSERVACION

Para cumplir con los objetivos de la investigación se utilizó la técnica de observación, por considerarse la indicada para la recolección de una serie de datos referentes a actividades, conductas, diálogos, etc. en las circunstancias en que se presentan en la consulta diaria.

Dada la complejidad de la información a recopilar, se optó por hacer observaciones de registros completos con todos los datos posibles que se presentan en la consulta.

Al determinar esta técnica como la indicada para dicha investigación, fue necesaria la capacitación del observador, tanto en la técnica misma, como en algunos aspectos referentes a la consulta externa; familiarización con el lenguaje; tipo de interrogatorio; reconocimiento de instrumental; las técnicas de exploración; los posibles tratamientos y diagnósticos etc. lo cual favoreció una mayor confiabilidad del registro de datos. Así mismo, el hecho de que el observador tuviera una formación en el área de las Ciencias Sociales, de igual manera, favorecía el que no existiera la posibilidad de interpretar o evaluar lo que se veía, ya que no se contaba con los elementos teóricos ni metodológicos de la Medicina y de las Ciencias de la Salud en General.

La capacitación se llevó a cabo en dos momentos: Primero a través de la observación y registro de cintas en video cassetera,

referentes a casos clínicos, el segundo a través de la observación y registro de casos en el Centro de Salud: Beatriz Velazco de Alemán.

A lo largo de la etapa de capacitación se alcanzó el 80% de confiabilidad en relación al registro de datos.

Durante la capacitación se solicitó la cooperación de los Jefes de Jurisdicción del Estado de Oaxaca para realizar la parte correspondiente a la observación de consultas de 9 Centros de Salud, la cuál fue aprobada.

Al llegar al Estado de Oaxaca se realizaron los contactos necesarios para la ubicación exacta de los Centros de Salud, así como la elaboración de los oficios correspondientes para cada uno de los médicos que sería contemplado en la muestra de la investigación.

El proceso de observación que se llevó a cabo en los 9 centros fue el siguiente:

- Contacto con el médico responsable del centro para la explicación del objetivo general de la investigación; solicitando la posibilidad de estar presente en la consulta ofrecida a los próximos 10 pacientes de cada médico de la muestra así como la autorización para llevar a cabo un registro de datos de los hechos que se presentaban en dicha consulta.



- Observación y registro simultáneo de lo ocurrido a lo largo de la consulta, durante el tiempo que fuera necesario para la recolección de datos referentes a 10 pacientes, independientemente del motivo de consulta que se tuviera. (Esto podía suceder en una sola mañana, en un día, dos o tres.)
- Al terminar con la cuota asignada a cada Centro de Salud se le agradecía su colaboración, y el investigador se trasladaba a otra localidad correspondiente a la muestra, y así sucesivamente hasta terminar con la tarea asignada.

## 4.2 INSTRUMENTACION

### 4.2.1 DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS

Los instrumentos necesarios para la investigación son:

#### 1.- Guía de observación

Este tiene por objeto, el registro de lo ocurrido en consulta desde el momento en que el paciente entra hasta que sale de ella.

Este registro abarca: personas involucradas en la consulta, diálogo, preguntas, respuestas, indicaciones, tareas realizadas por el médico, actitudes y conductas observados a través del estudio de sombra. (ANEXO 11)

#### 2.- Cuestionario

Su objeto es la identificación de datos generales respecto al médico tales como: educación superior, institución, fecha de terminación de licenciatura, posgrado, educación continúa, experiencia profesional dentro y fuera de la Secretaría de Salubridad. (ANEXO 12)

#### 3.- Lista de cotejo de equipo e instrumental

Instrumento de apoyo que tiene como objeto el identificar el material con que cuenta el médico para dar el servicios en los Centros de Salud. (ANEXO 13)

#### 4.2.2 DESCRIPTORES - INDICES - INDICADORES

##### 4.2.2.1 INDICES E INDICADORES INSTRUMENTO 1 ( GUIA DE OBSERVACION )

###### IDENTIFICACION:

Reconocimiento de las características generales que proporcionan el marco de referencia del Centro de Salud y del sujeto que asiste a la consulta externa.

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| -Número de paciente                   | -001<br>-...<br>-168   |
| -Localidad                            | -Ciudad de Oaxaca<br>-Ixtlán de Juárez<br>-Guelatao<br>-Etila<br>-Tlacoachahuaya<br>-Mitla<br>-Zaachila<br>-Ocotlán<br>-Ejutla |
| -Tipo de unidad                       | -Centro de Salud "A"<br>-Centro de Salud "B"<br>-Centro de Salud "C"   |
| -Tipo de consulta                     | -1a. vez<br>-Subsecuente   |
| -Miembros involucrados en la consulta | -Paciente (sólo)<br>-Paciente (con mamá)<br>-Paciente (Esposo (A))<br>-Paciente (con hijos)<br>-Paciente (otro adulto)         |
| -Nombre de paciente                   | -Registro de nombre completo   |
| -Edad                                 | -Menor de 2 años<br>-3 a 6<br>-7 a 12<br>-13 a 18<br>-19 a 49<br>-Mayor de 50<br>-No   |

- |              |            |
|--------------|------------|
| -Sexo        | -Masculino |
|              | -Femenino  |
| -Escolaridad | -Si        |
|              | -No        |

#### HISTORIA CLINICA:

Conjunto de actividades síntomas y signos (presente y/o pasados) manifestados en la comunicación entre Médico-Paciente, para la obtención de datos que orienten el diagnóstico de un padecimiento cualquiera.

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| -Saludos                                       | -Si                                |
|  | -No                                |
| -Ubicación del paciente en el consultorio      | -Si                                |
|  | -No                                |
| -Forma de llamar al paciente en el consultorio | -Por su nombre                     |
|  | -Sr, Sra, Joven, etc.              |
|  | -Otros                             |
| -Motivo de la consulta                         | -Paciente lo dice                  |
|  | -Médico lo pregunta                |
| -Motivo clínico                                | -Control niño sano                 |
|  | -Planificación familiar            |
|  | -Examen médico (certificado)       |
|  | -Control del embarazo              |
|  | -Sintomatología Patológica         |
|  | -Accidentes, traumatismos          |
|  | -Control de enfermedades crónicas. |
|  | -Paludismo                         |
|  | -Chequeo ginecológico              |
| -Sintomatología expresada por el paciente      | -No                                |
|  | -Más de dos relacionados           |
|  | -Dos o más difuntos                |
|  | -Unico sintoma                     |
| -Tipo de interrogatorio                        | -Directo                           |
|  | -Indirecto                         |
|  | -Ambos                             |

-Conducción del interrogatorio

-Ficha de identificación

-Antecedentes heredo-familiar

-Antecedentes no patológicos

-Exposición a sustancias tóxicas

-Antecedente gineco-obtetas

-Terapéutica actual

-Libre tribuna

-Dirigido

-Ambos

-Estado civil

-Ocupación

-Lugar origen

-Lugar residencia

-Antecedentes paternos-maternos

-Diabetes

-Tuberculosis

-Sífilis

-Problemas cardiovasculares

-Tumores

-Transfusiones

-Alimentación

-Peso

-Talla

-Higiene personal

-Hábitos (tabaquismo, alcohol, farmacodependencia)

-Inmunización

-Vivienda

-Polvo, ácidos, químico smog.

-Menarca

-Características de los ciclos

-Fecha última menstruación

-Inicio vida sexual

-Fecha último parto

-Embarazos

-Gestaciones (cesareas, abortos)

-Citología exgoliativa

-Menopausia

-Nombre

-Dosis

-Desde cuando

-Anticonceptivos artificiales

-Si pregunta, no toma  
-Si toma, no se acuerda  
datos

-Padecimientos actuales

-Cuadros iguales anterior-  
mente  
-Cuándo empezó  
-Intensidad del dolor  
-Forma de aparición  
-Qué le precede  
-Qué le acompaña  
-Qué lo remite y/o quita  
-Frecuencia-periodicidad  
-Chequeo (seguimiento)

-Espontaneidad del paciente  
a lo largo de la consulta  
(familia, rancho, actividad,  
trabajo, preocupaciones, etc)

-Si  
-No

#### EXPLORACION FISICA:

Reconocimiento de "anormalidades" por medio de un examen de signos que el médico realiza a través de operaciones concretas en colaboración con su paciente.

-Se le indica al paciente que  
se le va a explorar

-Si  
-No  
-Bebé  
-No se explora

-Le indica el médico como debe  
colocarse

-Si  
-No  
-Bebé  
-No se explora

-Conversación durante la explora-  
ción

-De lo que va sintiendo el  
paciente  
-De lo que tiene que hacer  
el paciente mientras el  
médico explora  
-De los resultados que va  
obteniendo el médico.  
-De los síntomas del  
paciente.  
-De otras cosas.  
-Nada  
-No se explora

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| -Indicación del médico al paciente de su estado físico después de la exploración. | -Si<br>-No<br>-No se explora |
| -El paciente hace preguntas al médico   | -Si<br>-No                   |

**PROCESO DIAGNOSTICO:**

Organización y análisis de la totalidad de datos obtenidos a lo largo de la consulta necesariamente vinculados con conocimientos previos. Su conocimiento debe favorecer en el paciente la comprensión de su enfermedad, curación y dentro de lo posible prevención futura de la misma.

- |                      |  |
|----------------------|--|
| -Diagnóstico clínico | -Amenaza aborto<br>-Parasitosis<br>-Problemas vías respiratorias bajas<br>-Deshidratación<br>-Problema renal urinario<br>-Problemas vías respiratorias altas<br>-Hipertensión<br>-Problema genital<br>-Chequeo gineco-obstetra<br>-Abseso traumatismo<br>-Cardiovasculares<br>-Sano<br>-Desnutrición<br>-Niño maltratado<br>-Gastrointestinales<br>-Embarazo<br>-Problema dermatológico<br>-Diabetes<br>-Problema sistema nervioso<br>-Trastornos de la conducta<br>-Enfermedades de los dientes<br>-Otros |
|----------------------|--|

-Médico dá diagnóstico al paciente

- Por nombre clínico
- Nombre clínico y explicación
- Explica sin nombre clínico
- Nada
- Ambiguo
- Platica (Planificación familiar, certificado, otros)
- Canalización

-Causas sintomatológicas

- Si
- No
- No hay

-Relación sintomatológica diagnóstico

- Si
- No.
- No menciona otros

-Relación motivo consulta-diagnóstico

- Si
- No
- Paciente lo sabe

#### TRATAMIENTO:

Serie de indicaciones pertinentes, explicadas claramente con el propósito de garantizar un seguimiento terapéutico para mejorar, anular y prevenir si es posible la enfermedad.

-Prescripción

- Medicamentosa
- No medicamentosa
- Ambos
- No
- Planificación familiar

-Medicamentosa y no medicamentosa

- Nombre
- Dosis
- Duración
- Por qué
- Cómo
- Medidas higienico-dietéticas
- Complicación y contradicción
- Efectos positivos
- Canal: escrito  
oral  
oral- escrito
- Preguntas



- Certeza de que el paciente comprendió
- Referencia en la terapéutica por parte del paciente
- Canalización pláticas de salud
- Planificación familiar
- Laboratorio
  - Explicar dónde
  - Para qué
  - Cómo son
  - Canal: escrito
    - oral
    - oral-escrito
  - Explica resultados
- Canalización
  - Dónde
  - Para qué o por qué
  - Canal: escrito
    - oral
    - oral-escrito

**SEGUIMIENTO:**

Registro preciso y detallado de datos significativos presentados a lo largo de la consulta para poder garantizar una adecuada continuidad del paciente.

- Expediente clínico
  - Si
  - No
- Cita
  - Si
  - No
  - Abierta
- Despedida
  - Si
  - No
- Tiempo
  - Menos 5 minutos
  - 5 a 7 minutos
  - 8 a 10 minutos
  - 11 a 12 minutos
  - 13 a 15 minutos
  - 16 a 18 minutos
  - 19 a 20 minutos
  - 21 a 25 minutos
  - 26 a 30 minutos
  - 31 a 35 minutos
  - 36 a 40 minutos
  - Más de 40 minutos

4.2.2.2 INDICES E INDICADORES INSTRUMENTO 2  
( CUESTIONARIO )

IDENTIFICACION:

Reconocimiento de características generales que proporcionan un marco de referencia del médico que presta sus servicios en Centros de Salud.

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| -Clave del médico       | -01<br>-..<br>-..<br>-19                                      |
| -Rango                  | -Interno<br>-Servicio Social<br>-Base<br>-Residente<br>-Otros |
| -Nombre completo        | -Registro de nombre completo                                  |
| -Institución de Estudio | - Del Estado<br>- Privada<br>- Otros                          |
| -Estado                 | -Oaxaca   |

HISTORIA ACADEMICA:

Curriculum profesional del médico que labora en consulta externa en Centros de Salud.

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| -Terminación de Licenciatura | -Antes de 1984<br>-1941 - 1950<br>-1951 - 1960<br>-1961 - 1965<br>-1966 - 1970<br>-1971 - 1975<br>-1976 - 1980<br>-1981 - 1983<br>-1984 - 1985<br>-Después de 1985<br>-No hay información |
| -Posgrado                    | -Especialización<br>-Maestría<br>-Doctorado<br>-Otros<br>-Ninguno   |

## EDUCACION CONTINUA

Ubicación de cursos extra curriculares y/o curriculares en pro de la capacitación médica.

- Lectura de revistas especializadas -Si  
-No  
-No hay información
- Educación continua 5 últimos años -Si  
-No  
-No hay información
- Participación congresos -Ponente  
-Organizador  
-Asistente  
-Los 3 anteriores  
-Ninguno

## EXPERIENCIA PROFESIONAL

Ubicación de las tareas profesionales que realizan los médicos dentro y fuera de la SSA.

- Experiencia en la SSA -Más de 25 años  
-De 16 a 25 años  
-De 11 a 15 años  
-De 6 a 10 años  
-De 3 a 5 años  
-De 1 a 2 años  
-De 6 a 11 meses  
-De 0 a 5 meses
- Tiempo de trabajar C.S. -Más de 10 años  
-De 6 a 10 años  
-De 1 a 5 años  
-De 6 a 11 meses  
-De 1 a 5 meses  
-No hay información
- Antecedentes laborales -Consultorio particular  
-IMSS  
-ISSSTE  
-DIF  
-DDF  
-Clínica privada  
-Sanatorio y Hospital Priv.  
-Cruz Roja  
-SSA Centro de Salud

- |  |                         |
|--|-------------------------|
|  | -SSA Hospital           |
|  | -Paraestatales          |
|  | -Escuelas               |
|  | -Otros                  |
|  | -Ninguna                |
|  | -No hay información     |
| -Actividades del puesto                    | -Consulta externa       |
|  | -Visitas domiciliarias  |
|  | -Pláticas y cursos      |
|  | -Control de expedientes |
|  | -Planificación Familiar |
|  | -Vacunación             |
|  | -Atención de urgencias  |
|  | -Atención de Partos     |
|  | -Cirugía menor          |
|  | -Otros                  |
|  | -No hay información     |
| -Actividades Administrativas               | -Si                     |
|  | -No                     |
|  | -No hay información     |
| -Actividades Profesionales fuera de la SSA | -Si                     |
|  | -No                     |
|  | -No hay información     |

#### 4.2.2.3 INDICES E INDICADORES INSTRUMENTO 3 (LISTA DE COTEJO DE EQUIPO E INSTRUMENTAL)

##### EQUIPO:

Muebles indispensables para la obtención de orden, comodidad e higiene en la atención del paciente.

- Mesa de Exploración con pierneras
- Escritorio
- Sillas
- Estante para medicina y equipo
- Lavabo (s)
- Sanitario (s)
- Agua potable

## **INSTRUMENTAL:**

Herramientas, aparatos, utensilios y material en general para llevar a cabo la tarea de exploración y/o curación encomendadas al médico para la recolección de signos referentes al paciente.

- Báscula con medidor
- Báscula para bebés
- Estadiómetro
- Cinta métrica
- Lámpara
- Estuche de Diagnóstico
  - .Otoscopio
  - .Rinoscopio
  - .Oftalmoscopio
- Laringoscopio
- Estetoscopio
- Baumanómetro
- Espejo vaginal
- Pinard
- Lámpara de Cisne
- Cartilla de Snellen
- Martillo de reflejos
- Lupa
- Abatelenguas
- Alfileres

- Algodón
- Guantes
- Gasas
- Tela Adhesiva
- Agujas y Suturas

NOTA: Los indicadores para todos los índices de este instrumento son:  
-Existe  
-Funciona

#### 4.3 MUESTREO

Para realizar este estudio se tomó como base la información de la investigación :

" Calidad de la Prescripción Médica en la Atención Primaria." (1).

Aquella investigación buscaba relevar información representativa para cada una de las 10 Entidades Federativas que en ese momento habían ya descentralizado sus servicios de salud ( B.C.S, D.F, GRO, HGO, JAL, MOR, N.L, OAX, SON Y TLAX ). Así mismo aquella investigación incluyó entre otros, casi todos los aspectos que hemos explorado en este trabajo, si bien obviamente aquí le hemos dado al análisis de los mismos, el giro que nos interesa. Para tal efecto, la investigación antes mencionada trabajo sobre una muestra total de 164 Centros de Salud, 310 médicos y 2738 pacientes.

A partir de estas consideraciones determinamos que resultaba cabalmente viable utilizar la misma muestra que aquella investigación consideraba para el estado de Oaxaca.

En efecto, para determinar el tamaño de la muestra para el Estado de Oaxaca, se procedió a seleccionar aleatoriamente a las unidades de primer nivel que brindan atención primaria para la salud de la población ( C.S.A., C.S.B., C.S.C.)

Precisamente porque la heterogeneidad de los Centros de Salud incluyen a la cantidad existente de cada uno de ellos, resultaba mas conveniente aplicar una técnica de muestreo

estratificado que aseguraba así una selección aleatoria de cada uno de los tipos de Centros de Salud en cuestión.

En síntesis se trató de un muestreo estratificado, aleatorio simple, sin remplazo que aseguró la representatividad de la información para Centros de Salud y Médicos del Estado de Oaxaca.

El siguiente cuadro muestra el total de Centros de Salud: "A", "B" y "C" así como de médicos que laboran en ellos en el Estado de Oaxaca.

	UNIDADES	MEDICOS
C.S. " A "	2	41
C.S. " B "	16	75
C.S. " C "	130	118

La aplicación de la técnica de muestreo descrita anteriormente sobre este universo, tradujo los siguientes resultados:

- a) Del total de C.S.A., del Estado de Oaxaca, resultaron seleccionados; 1. (C.S.A.) 3. (C.S.B.) y 5. (C.S.C.).
- b) Del total de médicos del Estado de Oaxaca, resultaron seleccionados un total de 17, distribuidos de la siguiente manera:  
5 médicos del C.S.A.  
7 médicos de los 3 C.S.B. correspondientes, uno a un C.S.B. y tres a cada uno de los dos restantes.  
5 médicos correspondiendo uno a cada uno de los C.S.C.

c) 10 pacientes por cada médico en muestra, lo cual representa un total de 170. Sin embargo, dos casos fueron irrecuperables por lo que el tamaño de la muestra de pacientes estudiados resultó de 168.

El siguiente cuadro ofrece en síntesis la localización de las unidades seleccionadas, el tipo de Centros de Salud correspondiente y el número de médicos y pacientes observados.

LOCALIDAD	TIPO DE UNIDAD	MEDICOS	PACIENTES
- OAXACA	C.S.A	5	50
- EJUTLA	C.S.B	3	30
- IXTLAN DE JUAREZ	C.S.B	3	30
- OCOTLAN	C.S.B	1	10
- ETLA	C.S.C	1	10
- GUELATAO	C.S.C	1	10
- MITLA	C.S.C	1	10
- TLACOCOCHAHUÁYA	C.S.C	1	10
- ZAACHILA	C.S.C	1	10
<hr/>			
TOTALES	9	17	170
<hr/>			



#### CAPITULO IV

- 1) Duran.G.Lilia; Frenk Mora Julio.-Calidad de la Conducta Prescriptiva en Atención Primaria.-I.N.S.P...- S.S.A.

## CAPITULO V ANALISIS DE RESULTADOS

Es en este capítulo donde se intentará de forma sistemática informar y analizar los datos obtenidos en el trabajo de campo a través de la interrelación entre los mismos, para dar a conocer así los resultados que se manifestaron implícita y explícitamente dentro de la consulta externa en Centros de Salud de la SSA en lo referente a la relación M-P, haciendo énfasis en lo correspondiente a la transmisión educativa, ya que es éste el interés que está presente en la investigación.

Para efectos de análisis se pensó en primera instancia presentar los datos agrupados en 6 áreas donde quedarán comprendidos el total de indicadores que se presentan en el capítulo IV. Estas áreas están dadas por los índices presentados también con anterioridad, esto es:

- Area I: Identificación
- Area II: Historia Clínica
- Area III: Exploración Física
- Area IV: Proceso Diagnóstico
- Area V: Tratamiento
- Area VI: Seguimiento. (ANEXOS 14)

Los resultados para cada área estarán expresados por el porcentaje de pacientes que cumplen una condición (ANEXO 15,16). En algunos casos se vió la necesidad de hacer cruces entre indicadores que nos dieran a conocer la interrelación entre los datos obtenidos, ya que de esta forma podemos llegar a obtener

resultados más significativos debido a que la cuantificación y cualificación de un resultado puede tener una vinculación tal que su consecuencia o impacto se puede ver reflejada en otra condición no enmarcada en el mismo indicador o área (ANEXO 17).

Posteriormente se describirán los resultados de los datos obtenidos en relación a las semejanzas y diferencias presentadas en las características de los médicos prestadores de servicios en nuestro estudio de campo. (ANEXO 18)

Por último se presentará una descripción global de los recursos físicos y características generales que presentan los diferentes Centros de Salud del Estado de Oaxaca contemplados en éste estudio, con el fin de dar a conocer las condiciones físicas y materiales donde se desarrolla la relación M-P, interés de nuestro estudio. (ANEXO 19)

## 5.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

### 5.1.1 RELACION MEDICO PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA

#### AREA    I    "IDENTIFICACION"

Como se puede apreciar en los cuadros de resultados (ANEXOS 16 y 17) existe muy poca diferencia entre el número de pacientes observados que asisten por primera vez (51%) y los que asisten subsecuentemente (48%). Sin embargo, debe considerarse que sólo un médico tiene el 100% de sus pacientes observados de consulta subsecuente, mientras que para 5 médicos sólo el 20% de su consulta es subsecuente.

El 71% de las consultas es para mujeres y se encuentran ubicadas dentro del rango de edad de 19 a 49 años, de las cuales el 41% corresponde a consulta subsecuente.

El porcentaje de hombres que asiste a consulta es de 29% de los cuales el porcentaje mayor se encuentra en los rangos de edad 1, 2 y 3, esto es, en las edades correspondientes de los 0 a los 12 años y en seguida en el rango 4 equivalente a las edades de los 13 a 18 años, con un porcentaje del 12%, lo que nos indica que el sexo masculino de los 19 años en adelante ocasionalmente asiste al médico.

El porcentaje de niños que asiste a consulta también es considerable pues ocupa un 2o lugar en el total de la muestra.

Por otro lado en cuanto a la condición que proporciona información referente a si el médico pregunta a sus pacientes el grado de escolaridad alcanzado, encontramos que sólo al 9% de los pacientes adultos y al 1% de los niños se les preguntó al respecto.

Por último otro dato interesante que surge en esta primera área es con respecto a los miembros de la familia que asisten a la consulta, esto es, que el paciente asista solo, o acompañado y en este último caso, quién de la familia lo acompaña. Ante esto tenemos como datos significativos que el 58% asiste solo, el 32% asiste con la madre y el 2% asiste acompañado por el esposo o esposa, lo que nos indica una vez más que la mujer es quien realmente asiste a la consulta, ya sea para asistencia médica suya o de sus hijos.

## AREA II "HISTORIA CLINICA"

En esta área podemos encontrar como generalidad datos muy significativos en cuanto a los indicadores que se seleccionaron dentro de la misma, ya que podemos ver que estos alcanzan en su mayoría un porcentaje muy reducido, por no ser retomados en su totalidad por el médico.

Tenemos en cuanto al indicador saludo que sólo éste se presenta en un 25% : "Buenas tardes, pase" o "Pase, cómo ha estado" y que únicamente al 19% de los pacientes el médico asigna

un lugar dentro del consultorio: "tome asiento señora". Si correlacionamos estos datos encontramos que al 15% (aprox) de la población se le saluda y se le asigna un lugar, y que por el contrario, al 70% de la población no se le saluda ni se le ubica en un lugar específico dentro del consultorio. Este porcentaje en su gran mayoría está representado por casos como este: el médico esta sentado en su escritorio, el paciente entra al consultorio y el médico pregunta: "Qué tiene?" o "Qué le pasa?" el paciente en la mayoría de los casos se sienta, si llega a ver una silla y contesta la pregunta realizada por el médico.

La forma en que llama el médico a su paciente dentro de la consulta es diferente; sin embargo, en un 79% caen en una comunicación de médico a Señor, Señora, Joven, Srta., Niño y/o Niña, mientras que con un 16% la comunicación se establece de médico a Doña "Fulanita", Don "Fulanito", y en un 5% se dá de médico a apelativos tales como: Reina, Madrecita, Mamita, Muñeca, Chaparro etc.

Ahora bien, al relacionar la forma de llamar el médico al paciente, el saludo y la ubicación dentro del consultorio, nos dá como resultado lo siguiente: Le llama Doña o Don y su nombre, si lo saluda y si le ubica físicamente en el consultorio en un 7% de los casos; lo llama por Señor, Señora etc., lo saluda y lo ubica físicamente en un 6%, lo llama con algún apelativo, lo saluda, y lo ubica tan solo en 1% de las veces.

En relación a el Motivo Clínico de consulta que enuncian los pacientes tenemos como resultados una dispersión de los mismos en 10 indicadores, dándonos los siguientes porcentajes: Sintomatologías diversas 59%; Planificación Familiar 11%; Accidentes y Traumatismos 10%; Exámen Médico, Chequeo Ginecobstetra, Control de Embarazo 5% para cada uno; Control del Niño Sano 3%; Paludismo 1% y Control de Enfermedades Crónicas .5%

De estos motivos el 33% de la población los enuncia sin necesidad de que el médico lo indague y el 67% es enunciado después de que el médico lo pregunta de forma sistemática.

En cuanto al indicador Sintomatología diversa éste puede dividirse en una patología expresada en un síntoma: "Me ha molestado mucho un oído" ; dos o más síntomas diferentes, sin relación real o aparente por parte del paciente: "Me duele a ratos la espalda, y los pies."; o bien dos o mas síntomas relacionados aún por el mismo paciente: "La cabeza me duele a cada rato y me empiezan a llorar los ojos, entre más me duele la cabeza más me lloran...". Ante esta sintomatología encontramos que el 46% de los pacientes enuncian sólo un síntoma como motivo de su consulta, 17% expresan dos o mas síntomas relacionados, un 16% hace referencia a dos o más síntomas diferentes y un 21% no maneja ninguna sintomatología. Estos datos tal vez en este momento no sean del todo sustantivos, sin embargo, es importante mencionarlos ya que pueden llegar a presentar una significación

considerable al establecer correlaciones de indicadores con el área de Proceso Diagnóstico.

Por otro lado el tipo de interrogatorio que se maneja en el consultorio es dirigido, ya que este alcanza el 93% del total de la población:

- "Qué le pasa ? "
- "tuve un accidente"
- "es la primera vez que se atiende aquí ? "
- "sí"
- "cuándo fué el accidente ? "
- "el sabado"
- "qué les pasó ? "
- "nos chocaron en la camioneta"
- "usted venía adelante ? "
- "sí"
- "cuando respira le duele ? "
- "sí"
- "qué más le duele ? "
- "la espalda"
- "ha tomado medicamento ? "
- "no"
- "no ha pasado ha ver al médico"
- "no" ...

y sólo el 7% restante puede decirse que combina el interrogatorio dirigido con la tribuna libre:

- "Qué le pasa ? "
- "Pues mire usted doctor, yo trabajo en la forestal y trabajando me cayó un árbol, y no tengo seguro. Me duele mucho que hasta me llega el dolor a la mano y doblar el codo pues ya ni lo intento."
- "cuando pasó ésto ? "
- "pues desde ayer, pero yo no quise darle importancia, pero se puso ya muy morado."
- "Ya tomó algo para el dolor ? "
- "Aspirina"....

En cuanto a su conducción, también la directa alcanza el mayor porcentaje, siendo éste aplicado en el 63% de los casos; en



cuanto a conducción del interrogatorio indirecto encontramos un 28%:

- "Qué le pasa al niño señora ? "
- "Pues se queja mucho de la garganta y que le duelen los brazos y las piernas."
- "Desde cuándo ? "
- "pues ya tiene desde como los 9 años"
- "y no había estado viendo al médico ? "
- "pues algunas veces cuando el dolor le aumentaba..."

y la combinación dá ambos sólo en el 9%:

- "Vas a la escuela ? "
- "sí"
- "en qué año"
- "en tercero"
- "desde cuándo tiene las manchitas señora ? "
- "pues ya tiene días"
- "te dan comezón Juan ? "
- "sí"
- "y se rasca mucho, doctor..."

En relación a la conducción indirecta prácticamente está concentrada a los niños, ya que es a la madre a quién se dirigen las preguntas, o bien, también se presentan algunos casos con personas mayores que asisten con sus hijos, siendo éstos últimos quienes responden a las preguntas.

Los siguientes datos que se expresan específicamente corresponden a las preguntas de rigor que están contempladas dentro de la Historia Clínica; sin embargo, podemos observar en los resultados lo poco que éstas son exploradas a través del interrogatorio. Es así que en cuanto a ficha de identificación lo más comúnmente preguntado es el lugar de residencia, obteniendo un 19% del total; en segundo lugar encontramos la pregunta de

estado civil (10%), en seguida en un 8% la que investiga la ocupación, y por último, en un 6%, el lugar de origen del paciente.

Ante esto podemos detenernos y mencionar que aún el más indagado presenta muy bajo porcentaje en relación a la población.

Ahora bien, los antecedentes heredo-familiares presentan también porcentajes muy bajos de exploración, teniendo como los más explorados a los pacientes con problemas diabéticos (7%) y con un 6% aquellos que padecen problemas cardiovasculares y tumores. En los antecedentes patológicos el porcentaje más alto concierne a la detección de alergias y cirugías con un 7%.

En la búsqueda de antecedentes no patológicos, vemos que lo más preguntado es con respecto al tipo de alimentación, siendo éste del 12%, peso 9%, talla e inmunización en un 7% para cada uno, hábitos farmacodependientes 4%, higiene personal 3%, y tipo de vivienda 2%.

Lo correspondiente a exposición a sustancias tóxicas en el medio en que se desenvuelven, ya sea casa, trabajo, o comunidad, encontramos que a ningún paciente se le interrogó.

Los antecedentes gineco-obstetras, claro está, deberán estar considerados para una población única de mujeres y dentro de los rangos de edad de los 13 años en adelante, y más aún no todos los indicadores deben ser abarcados por toda esta población, por lo que para tal fin se harán porcentajes con el número de sujetos dentro de los diferentes rangos aquí mencionados.

Dados los resultados hasta ahora expresados dentro de esta area, podemos decir que es el índice mas explorado por el médico. Los resultados obtenidos del total de mujeres que caen dentro de estas condiciones en relación a menarca, se puede decir que al 16% les es preguntado, características de los ciclos al 25%, fecha de la última menstruación al 43%, inicio de vida sexual 10%, control natal 34%, fecha de último parto 9%, embarazos 20%, gestaciones, cesáreas y abortos 19%, citología exfoliativa 17%, resultados de citología exfoliativa 3% y menopausia al 36%.

Otro de los puntos que contempla la historia clínica es el referente a la búsqueda de información de la terapéutica que se ha aplicado hasta ese momento al paciente que acude a consulta y ante esto podemos mencionar como datos significativos que se pregunta y se dá el nombre del medicamento en un 4%, sí se pregunta pero no se toma en un 7%, y sí se pregunta pero no se acuerda del nombre o la dosis en un 4%.

En lo referente a los datos propios de la historia clínica, por ultimo, encontramos los relacionados al padecimiento actual, teniendo como resultados que de mayor a menor porcentaje, los datos explorados son: sí presenta dolor 71%, cuándo empezó con su padecimiento 48%, qué acompaña al padecimiento 36%, forma de aparición 34%, seguimiento de algún signo o síntoma ya manejado con anterioridad en consulta 26%, frecuencia y periodicidad del mal 22%, presencia de los mismos cuadros clínicos anteriormente

17%, qué precede al dolor o síntomas presentados 10%, a que remite el dolor 9%.

Dados estos resultados quedaría por hablar de la presencia o ausencia de espontaneidad que manifiesta el paciente a lo largo de la consulta, entendiéndola ésta como aquellos datos que lleguen al paciente a comentar sin que el médico haga necesariamente preguntas de los mismos. Estos comentarios pueden ser sobre su familia, comunidad, creencias, trabajo, etc. Dentro de lo que se reporta, un 33% sí comunica algún o algunos datos en relación a lo antes mencionado, y éstos principalmente son reportados por las personas mayores que acuden al médico:

- "Dónde estaba la niña cuando le mordió la rata ? "
- "Ella se había ido a dormir a casa de su abuelita, ya es una persona mayor y necesita de que la acompañen. Los nietos se la pasan jugando ahí muy contentos, porque su abuelita no los regaña, a ésta le gusta mucho y a cada rato se me va para allá"
- "Bueno pero qué estaba haciendo cuando la rata la mordió ? "
- "La niña se levantó en la noche a obscuras a tomar agua a la cocina y parece ser que la pisó..."

Después de haber presentado los datos referentes al Area II podemos ver que lo indagado por el médico es poco, ya que los porcentajes son siempre muy bajos en relación a aquello que debe ser realizado e investigado en una historia clínica.

### AREA III "EXPLORACION FISICA"

Esta área presenta menor amplitud que la anterior, mas no por eso dejan de ser relevantes los datos que nos arroja, ya que

aquí se presentan significados importantes dentro de la relación médico-paciente.

Como primer dato tenemos el de que el médico indica a su paciente que lo va a explorar en un 51% de los casos: "A ver Doña, acuéstese por favor, la voy a revisar para ver cómo va su bebé, primero voy a oír el corazón de su niño...", mientras que el otro 49% está distribuido entre los pacientes que no se les indica (4%):

- "alguna otra cosa ? "
- "no"  
(toma el doctor un abatelenguas y se acerca a la señora)
- "abra grande la boca, más"  
(toma el martillo de reflejos y golpea primero una rodilla y luego la otra).
- "Acuéstese y súbase un poco la blusa..."

los niños pequeños (14%) y a los que el médico no explora (31%).

Por otro lado encontramos que el médico indica al paciente cómo colocarse en un 43%: "Acuéstese, póngase derechita, suba la rodilla izquierda, ahora baje la pierna y suba la otra, despacio..." , y no lo hace en un 12%.

Ahora bien, durante la exploración se encuentra que en el 26% no hay conversación, y en los casos en los que sí se presenta, ésta es en relación a: 1) lo que va sintiendo el paciente mientras el médico explora (12%): "Le duele ?", "La lastimo ?" "Usted me dice cuando llegue a doler"; 2) a lo que tiene que hacer el paciente mientras el médico explora (10%): "Respire profundo cuando yo le indique", "Relájese, más, más, eso

es..." "Diga el número uno cada vez que yo le diga"; 3) a los resultados que va obteniendo el médico durante la exploración (11%): "Está bien, no se preocupe, es sólo un poco de inflamación", "Está un poco débil" "Tal vez vamos a tener que sacar una radiografía porque es así un poco difícil decirle exáctamente qué hay, en principio no detecto nada mal, pero más vale asegurar"; 4) a sus síntomas en general (24%): "Qué más dice que le pasa?. A ver señaleme dónde es que le duele. (El doctor palpa abdomen) Explíqueme otra vez cómo es el dolor" (el doctor sigue explorando); y, 5) a otras cosas en un 5% de los casos: "Cómo ha seguido su cuñado?", "Cuántos años tiene su hijo mayor ? " " Ya fué usted a ver cómo quedó lo del molino ? " .

Al terminar la exploración física al 40% de los pacientes se les dá información de su estado físico : "En general la encuentro muy bien, es posiblemente un poco de cansancio", "Mire, lo que Daniel tiene es un poco de calentura posiblemente debido a la misma infección de su garganta" "El DIU está bien colocado no se preocupe...", mientras que al 29% no, en tanto que, como se dijo antes, al 31% restante no se les exploró.

El paciente en un 23% hace preguntas al médico con respecto a su estado físico y un 77% se queda únicamente con la información que le fué proporcionada.

Tenemos entonces que a un 30% se le indica que se le va a explorar, cómo debe colocarse para llevar a cabo la exploración,

su estado físico después de terminar ésta y el paciente hace libremente preguntas al respecto. Un 35% que reciben indicaciones de que se le va a explorar y de su estado físico al terminar ésta. Mientras que existe un 5% al que no se le indica su estado físico al terminar y el paciente entonces, pregunta al médico.

#### AREA    IV    "PROCESO    DIAGNOSTICO"

En esta área daremos de igual manera que en las anteriores los porcentajes que obtuvimos como resultados al sistematizar los datos en la consulta externa.

Tenemos entonces que al 42% de los pacientes, los médicos les dan el diagnóstico de su mal, pero sin decirles el nombre clínico: "Tiene ud. muy inflamadas las anginas", "Presenta una infección en el estómago". A un 5% se le indica cuál es su diagnóstico con el nombre clínico: "Ud. presenta amibiasis", "Tiene un esguince en el hombro izquierdo". El porcentaje correspondiente a los pacientes que les fué dicho el nombre clínico y además se les dió una explicación de su enfermedad es del 5%: "Mire lo que tiene la niña es una infección en la garganta, las anginas están bien, a eso se le llama faringitis y es por eso que al pasar los alimentos le duele". Sin embargo, existen los casos contrarios en un 18% en donde no se les explica ni se les dice ningún nombre clínico acerca de su enfermedad.

Y a un 16% se le canaliza a pláticas relacionadas con su enfermedad con o sin explicación diagnóstica.

En cuanto a la explicación o no acerca de sus males, síntomas y/o dolores, se encuentra que a un 66% no se le indica nada y a un 20% sí: "Mire las ronchas son debido a algún alimento que el niño tomó, pero después éste ha estado rascándose con las manos sucias, lo que le produjo esta aguita que se llama pus...".

Si correlacionamos estos dos últimos indicadores encontramos que el médico dá la explicación de su diagnóstico, pero explicando a su paciente los síntomas y/o dolores que presenta su enfermedad en un 14%. No da diagnóstico, pero sí explica sus síntomas en un 2%.

Tenemos una serie de diagnósticos clínicos con diferentes frecuencias y los de más alto porcentaje son los siguientes: Problemas renales y/o urinarios (16%), problemas genitales (16%), traumatismos (12%), problemas gastrointestinales (12%), problemas en los ojos y/o anemias (11%) y parasitosis (8%). Estos diagnósticos clínicos, como ya se indicó son los de mayor porcentaje, mientras que el resto de ellos únicamente alcanzan valores iguales o por debajo del 5%.

En relación a si el médico realiza algún tipo de conexión al paciente en los casos en que éste último menciona dos o más síntomas como motivo de consulta, sin relación real o aparente, con el diagnóstico a que llega el médico después de una serie de



observaciones a lo largo de la consulta, tenemos por resultado un 12%. Esto es:

- "Me duele el pecho de a diario doctor"
- "Otra molestia"
- "Abajo del cerebro también"
- "A ver señaleme dónde le duele"  
(el paciente señala la nuca y la articulación del hombro izq. El doctor sigue interrogando a la paciente, y unos minutos más tarde la explora)
- "Mire Doña Alejandra, lo que pasa es que usted tiene mala posición al caminar, usted va caminando con el hombro caído y además está un poco pasada de peso y si a eso le juntamos que ya viene el frío y estos dolores aumentan por que son de tipo reumático. El dolor del cuello que me dijo, tiene que ver con lo mismo. Venga le voy a hacer un dibujo para que me entienda mejor..."

Para terminar con esta área, podemos ver que el porcentaje de los datos que reportan el hecho de que: el médico relaciona al paciente su motivo de consulta, (que éste expresó al comienzo de la consulta), y el diagnóstico (a que llega el médico al finalizar la consulta) se presenta en un 37% de los casos, y en un 29% no. Este hecho puede llegarse a ver en un caso extremo como el siguiente:

- "Qué le pasa señora ? "
- "Me ha venido doliendo la garganta desde hace unos días".....  
(Al término de la consulta, después de un interrogatorio y exploración de varios aparatos y sistemas, el médico expone su diagnóstico al paciente)
- "Tiene Laringoamigdalitis, y se va a tomar esto....."  
(La paciente ya por irse pregunta al médico)
- "Doctor y para lo de mi garganta qué me tomo ?"  
(El médico con voz fuerte le indica:)
- "El medicamento que le estoy dando es precisamente para su garganta, porque tiene usted una inflamación"
- "Ah ! está bien, cuánto le debo ? "

## AREA V "TRATAMIENTO"

Esta área, al igual que la anteriormente descrita, cobra un interés mayor para esta investigación, ya que es en éstas donde el médico explícitamente puede llegar a educar a su paciente en cuanto a el Proceso Salud-Enfermedad a través de una serie de indicaciones medicamentosas y no medicamentosas que favorezcan tanto el conocimiento de la enfermedad que presentan, como las posibilidades de mejorar y/o prevenir la misma para el futuro; sin embargo, vemos una vez más en los resultados que esta taréa del médico es poco abarcada en la consulta en la mayoría de los casos.

Tenemos que en el 45% de los casos se les dá una prescripción medicamentosa, en un 25% no medicamentosa, en un 22% ambas, y a un 4% se les da métodos de Planificación Familiar únicamente.

Existen una serie de indicaciones a considerar dentro de la prescripción tanto medicamentosa como no medicamentosa, por lo que se describirán los resultados obtenidos dentro de cada una.

En cuanto a la prescripción medicamentosa encontramos que a un 4.5% se les da un medicamento, indicándoles el nombre de forma oral, a un 23% de forma escrita y únicamente a un 40% la indicación del mismo es oral y escrita.

La dosis y duración está dada en un 67% ya sea de forma oral, escrita o ambas.

Ahora bien, en cuanto a las indicaciones complementarias de

la toma de los mismos, se encuentra que a un porcentaje de 1.5% se le explica con qué alimentos debe o no tomar tal prescripción, a un 4% se les comenta cuáles pueden llegar a ser las complicaciones o bien contraindicaciones durante la toma de éstos: "No ingiera alcohol", a un 4.5% se le mencionan los posibles efectos positivos durante la toma: "Después de tres días va a sentir usted mejoría, pero sígalo tomando hasta terminar el frasco".

En relación a si el médico, por algún medio llega a asegurarse de que realmente su paciente comprendió la prescripción dada, podemos ver que sólo se presenta en un 4.5%: "A ver Doña Ernestina cada cuándo va a dar los sobres a Manuel?", "Cuándo debe empezar a ponerse las inyecciones ? ", "Usted para qué me entendió que son las gotas ? ", "en cuánta agua va ha disolver el sobre ? ".

Sólo el 5% de los pacientes llegan a formular alguna pregunta en relación a la toma, dosis, nombre o algún otro dato correspondiente a la prescripción dada.

En lo correspondiente a la no medicamentosa, vemos que ésta es menor a la anterior y que prácticamente está referida a indicaciones higiénico-dietéticas (23%): "Debe lavar los alimentos", "Tiene que bajar de peso", "No deje que los niños juegen en la tierra y luego se metan las manos a la boca". A un 8% se le da información del por qué de la prescripción : "Si usted no baja de peso siempre va a sentir esos bochornos y se va

a sentir más cansado", "Tiene que hacer diario estos ejercicios, durante el día, para que en la noche no sienta esos calambres que me dice, estos ejercicios le van a ayudar a la circulación." Tenemos que a un 12% se le explica cómo debe llevar a cabo el tratamiento : "Untele la cremita extendiéndosela bien en la carita y piernas, tres veces al día, después de bañarlo por la mañana, en la tardecita y por las noches, lave otra vez la cara con agua y jabón y le pone la crema". Sólo a un 2% se le indica explícitamente hasta cuándo debe llevar a cabo el tratamiento: "Durante un mes", "Por tres días", "Hasta la próxima vez que venga".

El canal de comunicación, en este tipo de prescripción, para el 26% de los casos es oral y es éste el más común, ya que sólo en un 2% se da de forma escrita y oral.

Al igual que la prescripción medicamentosa, sólo en un 5% el médico se asegura de que el paciente haya comprendido ésta, ya sea a través de preguntas directas o indirectas y un 4% hace preguntas al médico en relación a ésta.

Vemos que en cuanto a indicaciones relacionadas con canalización y pruebas de laboratorio, a un 7% se les explica dónde deben ser realizadas éstas, y tan sólo a un 8% se le informa el para qué o qué se va a obtener a través de las mismas, y en un 4% se explica cómo son, y/o qué debe hacer antes y después. Un ejemplo de estos tres aspectos lo podemos ver reflejado en el siguiente caso: "Necesitamos sacar un exámen de

orina para ver cómo está su azúcar. Va a ir con este papel al Hospital Civil, a la unidad de laboratorio. Tiene que poner en un frasquito, la primera orina del día, y la entrega. Ahí le van a pedir algunos datos..."

Se tiene por otro lado que sólo a un 3% de los pacientes que asisten a consulta con el propósito de entregar al médico sus exámenes de laboratorio, el médico, les explica cuáles fueron los resultados obtenidos en el estudio.

Después de la presentación de estos resultados, podemos encontrar que son pocas las indicaciones que se les da a los pacientes respecto del Proceso Salud-Enfermedad.

#### AREA VI "SEGUIMIENTO"

Por último esta área tiene algunos datos que pueden arrojar información interesante dentro de la consulta externa. Así tenemos que el tiempo mayor asignado a la consulta es de 30 min. (aprox) en un 2.5%; el tiempo menor es de 5 min. (aprox) con un 2%. El rango de tiempo entre los 5 min. y 20 min. ocupa un 70% de los casos, siendo dentro de éste el más común de 10 a 18 min. con un 23%.

En relación directa al seguimiento del paciente se encuentra que a un 42% se les da cita subsecuente, mientras que a un 36% no. En un 22% sí se les indica que asistan al médico, pero no se les da fecha: "Al terminar la medicina", "Sí se siente mal otra vez" "Venga como dentro de un mes".

En un 20% el médico durante o después de la consulta hace el registro de datos obtenidos a lo largo de ésta, a través de un expediente clínico, y estos prácticamente están concentrados en los casos de consulta de Planificación Familiar y Control del Niño Sano. Tenemos entonces que en el 80% restante no existe ningún tipo de registro del proceso Salud-Enfermedad de los pacientes.

Por último un dato más que se percibe en la relación Médico-Paciente dentro de la consulta, es el caso de la despedida entre estos dos sujetos, teniendo que sólo en el 14% de los casos se presenta: "Que le vaya bién", "Nos vemos la próxima semana" "Hasta luego", mientras que el 86% no. Es así que el último momento de la consulta termina con frases como estas: "Gracias Doctor", "Tómese los medicamentos", "Aquí tiene la receta" "Cuanto le debo ?".

#### 5.1.2 EL MEDICO PRESTADOR DE SERVICIOS EN LA SSA

Para hacer la descripción de las características principales que tenían los médicos (recolectadas a través del instrumento 2) se agruparon una vez más en porcentajes, pudiendo de esta forma representarlos en los índices e indicadores seleccionados para éste fin.

Los médicos contemplados en el estudio fueron: sexo masculino; 41% y sexo femenino; 59%.

El 47% de los médicos de la muestra presentaban Servicio

Social y 41% eran Médicos de Base.

En cuanto a la historia académica que tenían, se puede decir que la fecha de terminación de la licenciatura era muy variada. El porcentaje mayor se ubica en la generación 1984-1985 (29%), en seguida en un periodo generacional de 1976-1980 (23%), posteriormente en un porcentaje de 18% se ubican en el periodo de 1971-1975. El otro 30% de los médicos se encuentra disperso en cinco periodos más, por lo que no representa un porcentaje significativo a describir.

Los médicos contemplados en la muestra no han cursado posgrado (94%), y sólo el 6% de éstos tiene especialización en el área clínica.

El porcentaje de médicos que reportan leer periódicamente revistas especializadas en el área clínica es del 88% y el 12% reportaron que esto no era posible ya que tenían poco acceso a los medios de comunicación.

El 65% de los médicos mencionaron que en los últimos 5 años han tomado algún o algunos cursos de Educación Continua en diferentes áreas de la medicina. Así mismo reportaron que han asistido a congresos (35%) y como ponentes (12%).

En cuanto a la experiencia profesional que tenían los médicos se puede hablar primeramente de antecedentes laborales: se tiene que el 58% de los médicos ha trabajado en Hospitales de la SSA, un 6% en Centros de Salud de la SSA, a diferencia de un 18% en Clínicas, Sanatorios u Hospitales privados, un 12% como

médicos escolares y un 6% no presenta experiencia anterior, es decir, el actual es el primer trabajo.

Ahora bien, en lo correspondiente a la experiencia laboral dentro de la SSA, se tiene como porcentaje mayor un 29% en los rangos extremos de: 6 a 10 años y de 0 a 5 meses para cada uno. El porcentaje subsiguiente corresponde al rango de 1 a 2 años (18%), en seguida el de 3 a 5 Años (12%) y por último también con extremos de 16 a 25 años y de 6 a 11 meses con un porcentaje de 6% para cada uno. Y en cuanto a la experiencia que se tenía en trabajar en el Centro de Salud se obtuvo lo siguiente: Más de 10 años 6%; de 6 a 10 años 12%; de 1 a 5 años 29%; de 6 a 11 meses 12% y de 1 a 5 meses 41%.

Las actividades que realizan los médicos en su puesto varían de la forma siguiente: Consulta Externa (100%), Visitas Domiciliarias (18%), Pláticas y cursos (12%), Planificación Familiar (41%), Vacunación (6%), Atención de Urgencias (18%), Atención de Partos (6%), Cirugía Menor (29%), otros (6%). Asimismo, 59% de los médicos reportaron que realizan muchas actividades administrativas, tales como: solicitud de materiales y medicamentos, reportes etc., las cuales son principalmente abarcadas por las tardes y noches.

Por último un 35% de los médicos reportan realizar actividades profesionales fuera de la SSA, mientras que un 65% trabaja exclusivamente para esta institución.



### 5.1.3 DESCRIPCION GENERAL DE LOS RECURSOS MATERIALES EN LOS CENTROS DE SALUD

Como ya se mencionaron en el capítulo II las características generales de los diferentes Centros de Salud, este punto estará dedicado específicamente a mencionar las características más que nada materiales con que contaban los Centros de Salud contemplados en la muestra de esta investigación, esto es, el equipo e instrumental con que contaban los médicos para llevar a cabo sus tareas dentro de la consulta (ANEXO 16).

#### EQUIPO:

En cuanto a los indicadores contemplados en este índice, podemos decir que todos los centros de salud cuentan con: mesa de exploración con pierneras, escritorio, sillas, estante para medicinas, lavabo(s), sanitario(s) y agua. Sin embargo, en algunos casos estos están en malas condiciones, como vidrios rotos, sillas "cojas", pierneras con falta de tornillos, etc. En algunos casos el número de sillas no alcanza para la proporción de demanda que tiene de consulta en espera, por lo que las personas en ocasiones tienen que esperar su turno de pie. Por último en lo referente al agua, en tres centros de salud, se reportó que el agua era potable, en cinco, entubada, lo que no garantiza el que no esté contaminada, y un centro de salud

reportó que el agua debía ser hervida todos los días ya que salía muy sucia de la llave.

INSTRUMENTAL:

En la mayoría de los centros de salud, el instrumental con el que se cuenta es propiedad de los médicos, sobre todo en los casos del estuche de diagnóstico. Los médicos reportaron que el instrumental debía estar siempre en el centro de salud, pero que debido a que esto no ocurría, o bien se encontraba en malas condiciones para el trabajo, ellos tenían que buscar por otros medios la adquisición o préstamo del mismo.

Sólo en el caso de la cartilla de Sneller, se reporta que en ningún centro de salud se cuenta con ella, y que en los casos en que hay que hacer algún estudio de la vista se realiza con objetos del mismo consultorio.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Para lograr la integración del material que presenta este trabajo, es necesario establecer algunas correlaciones que favorezcan el confrontar tanto los argumentos teóricos que se enmarcan en éste, como los resultados obtenidos a través del estudio de la realidad en la relación Médico-Paciente que se presenta en los centros de salud A, B, C. en el Estado de Oaxaca.

Cabe aclarar que este estudio es limitado, y por lo mismo se considera necesario proseguir en la búsqueda tanto de material de estudio trabajado por otras ciencias, como en la sucesiva exploración de la realidad que se presenta en dicha relación, con el fin de ir estableciendo cada vez más un acercamiento en el campo de la educación para la salud, desde una perspectiva pedagógica.

Con este trabajo, como ya se ha mencionado, no se pretende llegar a establecer generalizaciones, ya que aunque la muestra abarcada por el mismo es representativa, no necesariamente es generalizable. De ahí una vez más la necesidad de seguir en búsqueda de nuevos elementos que ayuden a conocer y establecer esta relación para así favorecer los elementos educativos y de formación para los sujetos involucrados en este proceso.

Tomando algunas de las ideas centrales (entre otras), se puede decir, que la formación, capacitación y desarrollo de los médicos es una responsabilidad conjunta tanto de las

instituciones educativas, como de las instituciones prestadoras de servicios. Sin embargo, pareciera ser que la coordinación entre estas instituciones no se ha dado en forma adecuada (en la mayoría de los casos), lo cual ha provocado que la serie de acciones y estrategias que se implementaron no correspondan o den una respuesta efectiva a las necesidades concretas que requiere la población, tal como aquello que comprende su formación en su proceso salud-enfermedad.

Dicha reflexión puede ser corroborada al revisar el análisis de resultados, en donde se pueden encontrar diferentes constantes, entre las cuales se puede observar de manera evidente que son pocos los médicos que centran su atención en la formación de la población, a pesar de ser ésta una necesidad imperante de la misma.

Lo anterior puede justificarse tomando en cuenta que la formación del médico se ubica predominantemente en el aprendizaje para un dictámen diagnóstico y en una serie de prescripciones que den solución parcial o total a la enfermedad en un momento concreto, lo cual se refleja continuamente dentro de su práctica, ya que se dá poca o nula importancia al hecho de informar y educar al paciente con respecto a su enfermedad.

Asímismo el médico predominantemente, a lo largo de su formación, está dedicado al conocimiento de la ciencia y a la utilización de estos conocimientos en pacientes con padecimientos específicos. Sin embargo, se encuentra poco o

insuficientemente habilitado para la transmisión de los conocimientos concretos que han sido detectados, elucubrados y llevados a la práctica a lo largo de la consulta para la determinación del diagnóstico que pudiera servir de información y formación a quien padece la enfermedad.

El médico se centra únicamente en la enfermedad, es a ésta a quien atiende, lo cual condiciona un divorcio abismal entre la realidad médico y la del paciente. El médico, interroga, explora, determina un diagnóstico y prescribe, sin involucrar en forma profunda al paciente dentro de este proceso, pero entonces quién si no el paciente es el portador de la enfermedad, quién llevará o no a cabo la prescripción determinada por el médico, los cuidados o recomendaciones que él le haga para pasar a un "estado de salud" ?

Si el médico no involucra al paciente en este proceso, si no le transmite sus conocimientos, poco será lo que logre.

El médico en principio debe ser formado para favorecer la salud, pero es imposible lograr éste reto si no es capaz de transmitir sus conocimientos, si no es capaz de hacer consciente y responsable al paciente de su enfermedad, y si no es capaz de hacer al paciente su aliado para favorecer un mejor estado de salud individual y/o grupal.

El médico adquiere a través de su formación una estructura hegemónica, la cual reproduce en su práctica médica ante su paciente.

Este hecho es palpable en el análisis de aquellos aspectos que fueron contemplados en la observación de la consulta externa, obteniéndose resultados tales como: el médico no saluda; no ubica a su paciente dentro del consultorio; lo aborda con preguntas dando poca oportunidad a que él sea quien explique la historia de su proceso salud-enfermedad; lo explora sin siquiera consultarlo y sin responder a la expectativa que el paciente pueda tener acerca de su mal; le dá un tratamiento sin tomar en cuenta si lo podrá llevar a cabo o no; con un diagnóstico que en la mayoría de las ocasiones queda fuera del alcance de su comprensión. El médico actúa sin establecer canales horizontales de comunicación, que favorezcan el diálogo como fuente de formación y educación para una mejor relación médico-paciente y en donde es posible establecer vínculos de conocimiento mutuo.

Todo esto nos evidencia el hecho de que el modelo predominante en la "Relación Médico - Paciente" es el presentado en la figura número 1 del capítulo III, en donde se encuentra según Drey y Hulka, que el médico busca la identificación del problema estudiando este desligado del paciente mismo. El médico logra un conocimiento limitado del padecimiento y prácticamente nulo de la persona. Por lo que consecuentemente se puede hablar entonces de que en vez de establecerse una relación médico-paciente en consulta externa, se establece ( en la mayoría de los casos ) una RELACION : MEDICO - PROBLEMA, en la cual, y por lo mismo, no hay transmisión educativa que forme en el

proceso : SALUD - ENFERMEDAD y en donde se involucre al sujeto en consulta de manera activa.

Se puede entonces concluir que: LA VERDADERA NATURALEZA DE LA RELACION E INTERRELACION QUE SE ESTABLECE EN EL ACTO CLINICO ES DE MEDICO A PROBLEMA.

Sería necesario que el médico aprendiera la mejor manera de transmitir sus mensajes, de acuerdo a la realidad que reporta su paciente, y que éste a su vez, aprendiera a conocer dicho proceso favoreciéndose así una reciprocidad y retroalimentación que al fin y al cabo tendrá repercusiones tanto en el proceso salud-enfermedad del paciente en consulta, como de una comunidad concreta. Es entonces ahí y sólo ahí como se puede hablar de una RELACION MEDICO-PACIENTE.

Otro hecho que se presenta como evidencia en algunos casos es que la medicina que aprende el médico en las Instituciones Educativas, y que es reforzada aún más en las Instituciones Hospitalarias no parece ser relevante para nuestra realidad, ya que ésta puede ser poco aplicada a las enfermedades comúnmente presentadas, como son las de primer nivel de atención a la salud.

Si al médico no se le forma en la atención de población de primer nivel, la cual involucra necesariamente un conocimiento de la realidad de la población ( con sus creencias, vocabulario, entendimiento, costumbres padecimientos, dinámicas etc.) cómo podrá proporcionar un verdadero servicio para población que acude a consulta externa en los centros de salud ?. El médico por lo

general está alejado de esta práctica, no se le incita al conocimiento de la misma, no se le concientiza, ni se le presenta como una necesidad real de las comunidades y que debe ser abordada por el campo de la medicina, es por esto que al presenciarla en el consultorio no la asumen pues no han sido informados, ni formado para poder realmente acercarse y propiciar una vinculación pertinente entre sus conocimientos adquiridos y la práctica de los mismos en una comunidad que como cualquiera otra presenta fuertes deficiencias y necesidades dentro del campo de la salud.

Es por esto que podemos decir una vez más que el médico actual es protagonista, testimonio y víctima de la realidad sanitaria en la que nos encontramos en la actualidad.

La práctica médica observada en el campo es reflejo de la formación del médico, en donde sus conocimientos son siempre referidos a parcializar a sus pacientes como si pareciera que lo hacen con modelos especialistas por aparatos, sistemas y síntomas, sin interrelacionar éstos con las condiciones que el paciente vive y expresa (implícita o explícitamente) en la consulta.

Los formadores de médicos y el médico mismo debe contemplar que nuestra medicina debe corresponder a nuestros recursos como país, que si somos pobres, nuestra medicina es pobre y que a pesar de ello hay que satisfacer a toda la población con nuestros propios recursos, ya que la implementación e



implantación de modelos extranjeros, sólo lleva beneficios a unos cuantos, estando lejos de proporcionar una atención y servicio a las necesidades reales de nuestra población como mayoría.

El médico debe colocar su técnica cada vez más perfeccionada, no sólo para resolver problemas únicos, sino para lograr que la colectividad tome conciencia de sus problemas, y aprenda a solucionarlos y aún mejor a prevenirlos.

Hay un gran número de padecimientos prevenibles o cuando menos reductibles a través de las intervenciones de formación y educación a los pacientes por medio de explicaciones sencillas pero consistentes y factibles de ser transmitidas en la consulta.

Es necesario que el médico asuma el rol de promotor de la salud, de educador para la salud a través de la sensibilización a la población, por medio de las relaciones cotidianas de atención en las que pueda éste ser supervisor, asesor y capacitador del proceso salud-enfermedad que conlleven sus pacientes de la comunidad a la que prestan sus servicios.

Para ésto es necesario en primera instancia la propia motivación del médico a dicha actitud y conducta.

El médico, mediante un adiestramiento adicional no más difícil o prolongado que aquellos que continuamente tiene para mantener al día sus conocimientos, puede lograr la aptitud y destreza necesaria para transmitir con habilidad didáctica, aquella información útil para cada uno de sus pacientes y así

favorecer un descenso en la morbi-mortalidad general de la población.

La educación para la salud se plantea como una alternativa viable para alcanzar este objetivo ya que desarrolla los procesos de transmisión de conocimiento, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos, conductas favorables que ayuden a mejorar y preservar la salud.

Esta educación se fundamenta en la creación de hábitos, costumbres y valores del individuo, promoviendo a la vez la formación de una conciencia sobre la importancia de la salud y la forma de preservarla a través de su participación individual, familiar y social. Es común encontrar una serie de patologías asociadas a las malas condiciones de saneamiento y de higiene personal que pueden ser abatidas en la medida en que la propia población las identifique y conozca.

Para ello es necesario olvidar, el concepto clásico de enseñanza como el otorgamiento frío de conocimiento y por el contrario promover la motivación para la adquisición de una actitud nueva frente a la vida, para hacer posible una integración de conocimientos a través de una práctica en donde se involucren éstos con la tecnología y con sus mismos para beneficio de todos.

Este cambio de actitud crea y fomenta una necesidad de saber y de servir, y dependerá por un lado del conocimiento de la problemática de salud en que vive el país, así como de la

implementación de técnicas y transmisión de conocimientos que haga posible una práctica médica acorde a nuestra realidad.

El médico en la actualidad vive de la enfermedad, no de la salud, y está cointeresado en la morbilidad, más no en la prevención de la misma. Trabaja en constante conflicto entre "Su Misión " y "Su Interés Científico".

La solución al conflicto no puede seguir confiada al crecimiento de la ciencia, a la tradición médica, al seguro prevalecer del interés científico sobre otros. Debe hallar una armónica vinculación. Sólo una organización sanitaria y social basada en la prevención y no en la curación, que comprometa y que valore la obra del médico sobre nuevos criterios, de aceptación y conocimiento de la realidad, puede llevar a una conciliación superior entre ciencia e interés social que beneficie a la civilización decadente, de la cual saldrá mejorada, si prevalecen criterios inteligentes, donde sea posible la ciencia y el humanismo.

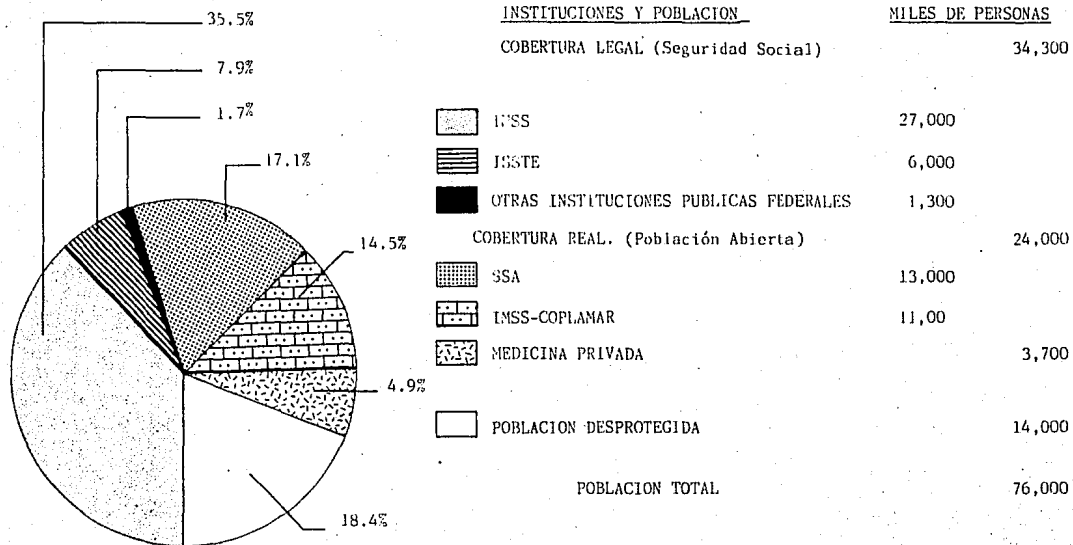
La medicina cuyo objetivo es el hombre, debe de contribuir al beneficio colectivo. Es derecho de todo ser humano la salud, y de ahí la necesidad de hacer llegar los beneficios de la medicina a la población, no como dádiva, sino como derecho.

## ANEXOS

- 1.- SECTOR SALUD COBERTURA INSTITUCIONAL 1984.
- 2.- RECURSOS FISICOS Y HUMANOS POR DERECHOHABIENTE Y POBLACION ABIERTA POR INSTITUCION SECTORIAL 1984.
- 3.- INSTANCIAS Y VERTIENTES DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD Y DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
- 4.- DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN LA REPUBLICA MEXICANA.
- 5.- MODELO DE SERVICIO. SECRETARIA DE SALUD. PRIMER NIVEL DE ATENCION.
- 6.- MODELO DE SERVICIO. SECRETARIA DE SALUD. 2o NIVEL DE ATENCION.
- 7.- MODELO DE SERVICIO. SECRETARIA DE SALUD. 3er NIVEL DE ATENCION.
- 8.- REPUBLICA MEXICANA. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 1970-1981.
- 9.- ORGANIZACION DE LA INFORMACION PARA LA HISTORIA CLINICA.
- 10.- METODOS UTILIZADOS PARA LA EXPLORACION FISICA.
- 11.- INSTRUMENTO 1: GUIA DE OBSERVACION.
- 12.- INSTRUMENTO 2: CUESTIONARIO.
- 13.- INSTRUMENTO 3: LISTA DE COTEJO DE EQUIPO E INSTRUMENTAL.
- 14.- A) No. DE CODIGO CORRESPONDIENTE AL INDICADOR.  
B) No. DE CODIGO CORRESPONDIENTE A LA IDENTIFICACION DEL MEDICO.
- 15.- VACIADO DE DATOS.
- 16.- PRESENTACION DE RESULTADOS EN PORCENTAJES. (INDICES E INDICADORES) PACIENTES.
- 17.- PRESENTACION DE RESULTADOS (CRUCES DE INDICES E INDICADORES) PACIENTES.
- 18.- PRESENTACION DE RESULTADOS. MEDICOS.
- 19.- PRESENTACION DE RESULTADOS. EQUIPO E INSTRUMENTAL.

SECTOR SALUD  
COBERTURA INSTITUCIONAL 1984

ANEXO 2



FUENTE: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984 - 1988

RECURSOS FISICOS Y HUMANOS POR DERECHOHABIENTE Y  
POBLACION ABIERTA POR INSTITUCION Y SECTORIAL  
1984

INSTITUCIONES	Pob. Amparada % en rela- ción al - total (1)	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS FISICOS			RECURSOS HUMANOS		
		Presupuesto en salud en relación a prob. amparada	Consultorios x 1000 hab.	Cams x 1000 hab.	Quirófanos x 100000 hab.	Médicos x 1000 hab.	Enfermeras x médico	Habitantes x Enfermera
INSS	35.5	9,457.14	0.35	1.09	2.15	1.04	1.58	607.93
ISSSTE	7.9	9,362.12	0.34	0.93	2.57	1.36	1.41	518.98
Subtotal de Inst.	45.1 <sup>2</sup>	9,440.21	0.35	1.06	2.22	1.09	1.54	589.92
Seg. Social S.S.A.	35.5	3,400.07	0.31	0.79	2.33	0.55	1.11	1,627.72
INSS-COPLAMAR	14.5	1,090.90	0.32	0.14	0.45	0.33	1.22	2,414.92
Subtotal Inst. para Pob. Abierta	50.0	2,722.18	0.31	0.60	1.78	0.49	1.12	1,799.97
TOTAL SECTORIAL	95.1 <sup>3</sup>	5,856.43	0.33	0.81	1.99	0.77	1.40	919.78

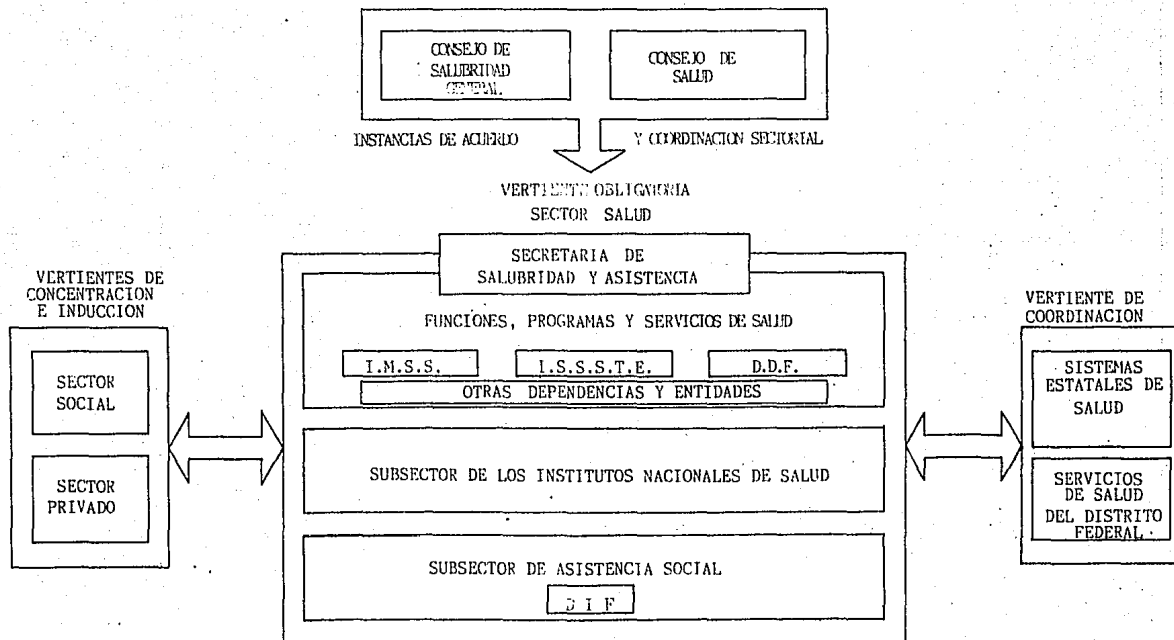
1 Población estimada al 31 de diciembre de 1983. No se considera la población atendida por los servicios estatales de salud.

2 Incluye el porcentaje que corresponde a la población atendida por otras instituciones federales.

3 Excluye el porcentaje correspondiente a la medicina privada

FUENTE: INFORMACION PROPORCIONADA POR LAS INSTITUCIONES ARRIBA DESCRITAS.

INSTANCIAS Y VERTIENTES DEL PROGRAMA  
NACIONAL DE SALUD Y DEL SISTEMA  
NACIONAL DE SALUD



## DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN LA REPUBLICA MEXICANA

ANEXO 4

RANGO DE POBLACION	NO. DE LOCALIDADES	POBLACION	%
POBLACION RURAL DISPERSA 0-2499 habs.	123169	22547	33.7
POBLACION RURAL CONCENTRADA 2500 - 4999 5000 - 9999 10000 -14999	1147 513 171	4092 3527 2076	6.1 5.3 3.1
POBLACION URBANA 15000 y más	300	34605	51.8
POBLACION TOTAL	125300	66847	100.

FUENTE: Modelo de atención a la Salud de la Población abierta. Secretaría de Salud abril de 1986.



MODELO DE SERVICIO  
SECRETARIA DE SALUD  
PRIMER NIVEL DE ATENCION

ANEXO 5

RANGO POBLACIONAL (HABITANTES)	TAMAÑO LOCALIDAD A UBICAR UNIDAD (HABITANTES)	RANGO DE COBERTURA ( HABITANTES) MIN. MAX.	TIPO DE UNIDAD	RECURSOS HUMANOS
HASTA 99	-	50 - 100 POR PROMOTOR	-	PROMOTOR VOLUNTARIO
100-499	-	50 - 100 POR PROMOTOR	-	PROMOTOR VOLUNTARIO
500-999	500 - 1000 500 - 1000	500 - 1000 POR AUXILIAR 1000 - 2500 POR TECNICO O MEDICO.	CASA DE SALUD UNIDAD AUXILIAR DE SALUD	AUXILIAR DE SALUD TECNICO EN SALUD O MEDICO.
1000-1999	1000 - 2500	5000-8000	CENTRO DE SALUD RURAL.	MEDICO, AUXILIAR DE ENFERMERIA
2000-2499		POR MODULO	(UNIDAD MOVIL)	MEDICO, AUXILIAR DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGO.
2500-4999 5000-9999 10,000-14,999	2500 - 15000	3000-5000 POR MODULO	CENTRO DE SALUD RURAL	MEDICO, AUXILIAR DE ENFERMERIA Y PROMOTOR ODONTOLOGO.
15,000 Y MAS	MAS DE 15,000	3,000 POR MODULO	CENTRO DE SALUD URBANO	MEDICO, AUXILIAR DE ENFERMERIA Y PROMOTOR, ODONTOLOGO, TECNI- COS EN LABORATORIO Y RAYOS "X".

FUENTE: Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta. Secretaria de Salud abril 1986.

MODELO DE SERVICIO  
SECRETARIA DE SALUD

ANEXO 6

## 2o. NIVEL

TIPO DE UNIDAD	TIPO DE POBLACION ( NO. DE HAB.)	COBERTURA DE HAB.	RECURSOS HUMANOS			
			MED. GENERALES	MED. ESPECIALIDAD. BASICAS.	MED. OTRAS ESP.	ENFERMERAS.
HOSPITAL GENERAL DE 30 CAMAS.	20,000 A 50,000	30,000	-	6	4	40
HOSPITAL GENERAL 60 CAMAS	20,000	60,000	-	6	8	101
HOSPITAL GENERAL 120 CAMAS	50,000 A 100,000	120,000	-	16	22	173
HOSPITAL GENERAL 144 CAMAS	50,000 A	100,000	-	20	23	210
HOSPITAL GENERAL 180 CAMAS	TDE 100,000	200,000	-	22	34	275

FUENTE: Dirección General de Regulación de Servicios de Salud Dirección de Normas de Atención Hospitalaria Octubre de 1986. Modelo de Atención Hospitalaria (Documento de Trabajo).

MODELO DE SERVICIO  
SECRETARIA DE SALUD

## 3er. NIVEL

TIPO DE UNIDAD	TIPO DE POBLACION (NO. DE HABITANTES)	COBERTURA	RECURSOS HUMANOS			
			MED. GRAL.	MED. ESPEC. BASICAS	MED. OTRAS ESPECIALID.	ENFERMERAS.
HOSPITAL 240 CAMAS	750.000	1,000.000	-	31	90	361
HOSPITAL 350 CAMAS	1,000.000	1,300.000	-	48	96	583

FUENTE: Dirección General de Regulación de Servicios de Salud Dirección de Normas de Atención Hospitalaria Octubre de 1986. Modelo de Atención Hospitalaria (Documento de Trabajo).

REPUBLICA MEXICANA  
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD  
1970 Y 1981

ANEXO B

175

CAUSAS	1970				1981			
	NO. DE ORDEN	DEFUNCIONES	TASA <sup>1</sup>	%	NO. DE ORDEN	DEFUNCIONES	TASA <sup>1</sup>	%
TOTAL		485,656	9.9	100.0		424,274	5.9	100.0
Influenza y neumonías	1	83,676	170.8	17.2	3	33,919	47.1	8.0
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	2	69,410	141.7	14.3	4	32,392	45.0	7.6
Accidentes, envenenamientos y violencias	3	34,784	71.0	7.2	1	69,566	96.6	16.3
Enfermedades del corazón	4	33,488	68.3	6.9	2	51,772	70.5	12.2
Causas de Mrb. y Mort. Perinatales	5	25,222	51.5	5.2	6	26,310	36.5	6.2
Tumores Malignos	6	18,415	37.6	3.8	5	28,000	38.9	6.6
Enfermedades Cerebrovasculares	7	12,107	24.7	2.5	7	15,637	21.7	3.7
Sarampión	8	11,891	24.3	2.4	-	824	1.1	0.2
Cirrosis Hepática	9	11,182	22.8	2.3	9	14,902	20.7	3.5
Tuberculosis todas formas	10	9,737	19.9	2.0	10	6,721	9.3	1.6
Diabetes Mellitus					8	15,430	21.4	3.6
Las demás causas		175,744	36.2	36.2	-	128,801	178.8	30.5

<sup>1</sup> Por 100,000 habitantes

NOTA: Para 1970 se tomó como base la Octava Clasificación Internacional de las Enfermedades y en 1981 la Novena, habiendo sido necesario establecer las equivalencias correspondientes para su comparación

FUENTE: ESTADÍSTICA VITALES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1970  
SSA. MEXICO 1972.

BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA, SPP Y SSA No. 1 MARZO 1983.

ORGANIZACION DE LA INFORMACION PARA LA  
HISTORIA CLINICA

1.- Ficha de identificación: comprende; sexo, edad, estado civil, ocupación, lugar de origen, lugar de residencia (tiempo que lleva habitando en ese lugar).

2.- Antecedentes heredo-familiares (AHF): Comprende; antecedentes paternos y maternos hasta la tercera generación. Se refiere a enfermedades tales como: diabetes, tuberculosis, sífilis, problemas cardiovasculares, cerebro-vasculares, tumores, problemas neuro-psiquiátricos.

3.- Antecedentes personales patológicos: comprende; enfermedades infantiles (incluyen las llamadas eruptivas contagiosas), hospitalizaciones, antecedentes quirúrgicos, alergias, traumatismos, transfuncionales, contacto con enfermos contagiosos, AHF personales.

En esta área de la historia clínica el médico debe buscar conocer, con la mayor especificidad posible, el tiempo de duración, el porqué se ocasionó, y cómo fue su curso.

4.- Antecedentes personales no patológicos: Se refiere a; alimentación (calidad y cantidad), peso, talla, higiene personal, grado de escolaridad, hábitos (tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia), inmunización (vacunación básica infantil) y tipo de vivienda (material de construcción, servicios públicos con que cuenta, número de miembros que habitan ahí, y número de cuartos).

5.- Exposición a sustancias tóxicas: este comprende; el contacto constante con polvo, químicos, smog, ácidos en el lugar donde trabaja o vive.

6.- Antecedentes gineco-obstetricos: este apartado de la historia clínica es exclusivamente referido a las mujeres y comprende; menarca, características de los ciclos menstruales (duración, regularidad, cantidad, si son dolorosos), fecha última menstruación, inicio vida sexual activa, control natal (qué tipo, cuánto tiempo), fecha último parto, embarazo (gestaciones, partos, abortos, cesáreas), citología exfoliativa (prueba de papanicolao: lugar, fecha, resultado), menopausia (edad, como se presentó, duración)

7.- Terapéutica actual: se refiere a la toma de medicamentos actuales (nombre, dosis, desde cuando)

8.- Procedimientos actuales: este aspecto esta considerado como el motivo de la consulta, por lo que al médico le toca investigar; que llevó al paciente a la consulta, si el mal que reporta ha presentado cuadros iguales anteriormente, cuando empezó, dolor (en dónde, tipo, intensidad, forma de aparición, qué lo aumenta, qué lo disminuye, qué le precede, qué lo acompaña, qué lo quita o remite, frecuencias, periodisidad, duración).

9.- Inspección: este apartado se refiere a lo que el médico ve aparentemente del paciente; sexo, raza, edad, fasiae, constitución (delgado, obeso, atlético), conformación, movimientos "anormales", olores "anormales", ruidos "anormales", marcha (cómo camina), aditamentos (lentes, marcapasos, dentadura postiza, etc.), cooperación del paciente, estado de ánimo del paciente (optimista, pesimista, realista).

10.- Signos vitales: estos son parte del interrogatorio, aunque exista intervención de aparatos. Esto incluye; frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial.

(ANEXO 10)

## METODOS UTILIZADOS PARA LA EXPLORACION FISICA

**INSPECCION** ; la cual se lleva a cabo, a través del sentido de la vista Puede ser directa o instrumental, es decir por medio de aparatos tales como lentes de aumento, oftalmoscopio, retroscopio o fluoroscopio.

La inspección da la noción de movimiento, simetría, forma, volúmen, estado de la superficie,color, situación, actitud, postura, marcha,integridad y conformación.

**PALPACION** ; Permite al médico confirmar datos suministrados por la inspección y otros más de su dominio exclusivo, como son temperatura, sensibilidad, movilidad, consistencia y calidad de los tejidos.

**AUSULTACION** ; Esté método se realiza por medio del oído. Puede ser directo, si se apoya la oreja sobre la región a explorar o indirecta si se utiliza un instrumento para tal efecto (estetoscopio). Se aplica para los órganos dinámicos y su utilidad principal es durante la exploración de los aparatos respiratorio y circulatorio y en algunos casos, del tubo digestivo.

**PERCUSION** ; Este método de exploración, es la combinación de la palpación, inspección y la auscultación. Al golpear una región determinada se obtienen fenómenos acústicos, se produce movimiento, el cual es palpado y se observan y localizan puntos de sensibilidad dolorosa. Puede ser directa o indirecta.

(ANEXO 11)

INSTRUMENTO 1: GUIA DE OBSERVACION

FORMATO DE RECOLECCION DE INFORMACION

Tipo de unidad \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Clave del médico \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Clave del paciente \_\_\_\_\_

Tipo de consulta: Primera vez \_\_\_\_\_ Subsecuente \_\_\_\_\_

Motivo de consulta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Descripción de la información

Resultado o diagnóstico \_\_\_\_\_

Material utilizado \_\_\_\_\_

Equipo \_\_\_\_\_

Cita \_\_\_\_\_



INSTRUMENTO 2: CUESTIONARIO

FICHA DE DATOS GENERALES DEL MEDICO

CLAVE DEL MEDICO \_\_\_\_\_

RANGO: INTERNO \_\_\_\_\_ SERVICIO SOCIAL \_\_\_\_\_ BASE \_\_\_\_\_  
RESIDENTE \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

1. Datos personales.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Escuela donde curso estudios de medicina \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

2. Historia Académica

Fecha de terminación licenciatura \_\_\_\_\_

Estudios de posgrado:

Especialización:	_____ Area _____	Lugar _____	Fecha _____
Maestría	_____ Area _____	Lugar _____	Fecha _____
Doctorado	_____ Area _____	Lugar _____	Fecha _____
Otros	_____ Area _____	Lugar _____	Fecha _____

Lee periódicamente revistas especializadas? Cuales?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombrar los tres últimos cursos de educación continua a los que hayan asistido:

Curso _____	Lugar _____	Fecha _____
Curso _____	Lugar _____	Fecha _____
Curso _____	Lugar _____	Fecha _____

Participación en congresos, simposios, etc.

Tipo de reunión Participación (Ponente, Asistente, Organizador) Fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Experiencia

Tiempo de trabajar en la Secretaría de Salud \_\_\_\_\_

Tiempo de trabajar en el Centro de Salud \_\_\_\_\_

Experiencia anterior \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Actividades del puesto: \_\_\_\_\_

5. Actividades administrativas: \_\_\_\_\_

6. Otras actividades profesionales: \_\_\_\_\_



## A) NUMERO DE CODIGO CORRESPONDIENTE AL INDICADOR

## IDENTIFICACION

-Localidad	-Ciudad de Oaxaca	1
	-Ixtlán de Juárez	2
	-Guelatao	3
	-Etlá	4
	-Tlacoachahuaya	5
	-Mitla	6
	-Zaachila	7
	-Ocotlán	8
	-Ejutla	9
-Tipo de unidad	-Centro de Salud "A"	1
	-Centro de Salud "B"	2
	-Centro de Salud "C"	3
-Tipo de consulta	-1a. vez	1
	-Subsecuente	2
-Miembros involucrados en la consulta	-Paciente (sólo)	1
	-Paciente (con mamá)	2
	-Paciente (esposo - a)	3
	-Paciente (con hijos)	4
	-Paciente (otro adulto)	5
-Edad	-Menor de 2 años	1
	-3 a 6	2
	-7 a 12	3
	-13 a 18	4
	-19 a 49	5
	-Mayor de 50	6
	-No	7
-Sexo	-Femenino	1
	-Masculino	2
-Escolaridad	-Si	1
	-No	2

## HISTORIA CLINICA:

-Saludo.	-Si	1
	-No	2

-Ubicación del paciente en el consultorio	-Si	1
	-No	2
-Forma de llamar al paciente en el consultorio	-Por su nombre	1
	-Sr, Sra, Joven, etc.	2
	-Otros	3
-Motivo de la consulta	-Paciente los dice	1
	-Médico lo pregunta	2
-Motivo clínico	-Control niño sano	01
	-Planificación familiar	02
	-Examen médico (certificado)	03
	-Control del embarazo	04
	-Sintología Patológica	05
	-Accidentes, traumatismos	06
	-Control de enfermedades crónicas.	07
	-Paludismo	08
	-Chequeo ginecológico	09
-Sintomatología expresada por el paciente	-No	1
	-Más de dos relacionados	2
	-Dos o más difuntos	3
	-Unico sintoma	4
-Tipo de interrogatorio	-Directo	1
	-Indirecto	2
	-Ambos	3
-Conducción del interrogatorio	-Libre tribuna	1
	-Dirigido	2
	-Ambos	3
-Ficha de identificación	-Estado civil	A
	-Ocupación	B
	-Lugar origen	C
	-Lugar residencia	D
-Antecedentes heredo-familiar	-Antecedentes paternos- maternos	A
	-Diabetes	B
	-Tuberculosis	C
	-Sífilis	D
	-Problemas cardiovasculares	E
	-Cerebro-vasculares	F
	-Tumores	G

-Ubicación del paciente en el consultorio	-Si	1
	-No	2
-Forma de llamar al paciente en el consultorio	-Por su nombre	1
	-Sr, Sra, Joven, etc.	2
	-Otros	3
-Motivo de la consulta	-Paciente los dice	1
	-Médico lo pregunta	2
-Motivo clínico	-Control niño sano	01
	-Planificación familiar	02
	-Examen médico (certificado)	03
	-Control del embarazo	04
	-Sintología Patológica	05
	-Accidentes, traumatismos	06
	-Control de enfermedades crónicas.	07
	-Paludismo	08
	-Chequeo ginecológico	09
-Sintomatología expresada por el paciente	-No	1
	-Más de dos relacionados	2
	-Dos o más difuntos	3
	-Unico sintoma	4
-Tipo de interrogatorio	-Directo	1
	-Indirecto	2
	-Ambos	3
-Conducción del interrogatorio	-Libre tribuna	1
	-Dirigido	2
	-Ambos	3
-Ficha de identificación	-Estado civil	A
	-Ocupación	B
	-Lugar origen	C
	-Lugar residencia	D
-Antecedentes heredo-familiar	-Antecedentes paternos- maternos	A
	-Diabetes	B
	-Tuberculosis	C
	-Sífilis	D
	-Problemas cardiovasculares	E
	-Cerebro-vasculares	F
	-Tumores	G

-Antecedentes no patológicos	-Alimentación	A
	-Peso	B
	-Talla	C
	-Higiene personal	D
	-Hábitos (tabaquismo, alcohol, farmacodependencia)	E
	-Inmunización	F
	-Vivienda	G
-Exposición a sustancias tóxicas	-Polvo, ácidos, químico smog.	A
-Antecedente gineco-obtetas	-Menarca	A
	-Características de los ciclos	B
	-Fecha última menstruación	C
	-Inicio vida sexual	D
	-Control natal	E
	-Fecha último parto	F
	-Embarazos	G
	-Gestaciones (cesarias, abortos)	H
	-Citología exgoliativa	I
	-Lugar, fecha, resultados	J
	-Menopausia	K
-Terapeutica actual	-Nombre	A
	-Dosis	B
	-Desde cuando	C
	-Anticonceptivos artificiales	D
	-Si pregunta, no toma	E
	-Si toma, no se acuerda datos	F
-Procedimientos actuales	-Cuadros iguales anteriormente	A
	-Cuando empezó	B
	-Intensidad del dolor	C
	-Forma de aparición	D
	-Que le precede	E
	-Que le acompaña	F
	-Que lo remite y/o quita	G
	-Frecuencia-periodicidad	H
	-Chequeo (seguimiento)	I
-Espontaneidad del paciente a lo largo de la consulta (familia, rancho, actividad, trabajo, preocupaciones, etc)	-Si	1
	-No	2

### EXPLORACION FISICA:

-Se le indica al paciente que se le va a explorar	-Si	1
	-No	2
	-Bebe	3
	-No explora	4
-Le indica el médico como debe colocarse	-Si	1
	-No	2
	-No se explora	3
	-Bebe	4
-Conversación durante la exploración	-De lo que va sintiendo el paciente	1
	-De lo que tiene que hacer el paciente mientras el médico explora	2
	-De los resultados que va obteniendo el médico.	3
	-De los síntomas del paciente.	4
	-De otras cosas.	5
	-Nada	6
	-No se explora	7
-Indicación del médico al paciente de su estado físico después de la exploración.	-Si	1
	-No	2
	-No se explora	3
-El paciente hace preguntas al médico	-Si	1
	-No	2

### PROCESO DIAGNOSTICO:

-Diagnóstico clínico	-Amenaza aborto	01
	-Parasitosis	02
	-Problemas vías respiratorias bajas	03
	-Deshidratación	04
	-Problema renal urinario	05
	-Problemas vías respiratorias altas	06
	-Hipertensión	07
	-Problema genital	08
	-Chequeo gineco-obstetra	09

	-Absceso traumatismo	10
	-Cardiovasculares	12
	-Sano	13
	-Desnutrición	14
	-Niño maltratado	15
	-Gastrointestinales	16
	-Embarazo	17
	-Problema dermatológico	18
	-Diabetes	19
	-Problema sistema nervioso	20
	-Trastornos de la conducta	21
	-Traumatismos	22
	-Enfermedades de los dientes	23
-Médico da diagnóstico al paciente	-Por nombre clínico	1
	-Nombre clínico y explicación	2
	-Exp. sin nombre clínico	3
	-Nada	4
	-Ambiguo	5
	-Plática; Planificación familiar, examen med, otros	6
	-Canalización	7
-Causas sintomatológicas	-Si	1
	-No	2
	-No hay	3
-Relación sintomatológica diagnóstico	-Si	1
	-No	2
	-No menciona otros	3
-Relación motivo consulta-diagnóstico	-Si	1
	-No	2
	-Paciente lo sabe	3
<b>TRATAMIENTO:</b>		
-Prescripción	-Medicamentosa	1
	-No medicamentosa	2
	-Ambos	3
	-No	4
	-Planificación familiar	5



-Medicamentosa	-Nombre	A
	-Dosis	B
	-Hasta cuando	C
	-Con que alimentos	D
	-Complicacion y contradiccion	E
	-Efectos positivos	F
	-Canal:escrito	G1
	oral	G2
	oral-escrito	G3
	-Paciente hace preguntas	H
	-Medico responde	I
	-Medico se cerciora de que el paciente entienda	J
-No medicamentosa	-Explica por que	A
	-Da medida higienico-dieteticas	B
	-Explica el cómo	C
	-Cada cuando	D
	-Hasta cuando	E
	-Canal:Escrito	F1
	Oral	F2
	Oral-Escrito	F3
	-Paciente pregunta	G
	-Medico responde	H
	-Medico se cerciora de el paciente entendió	I
-Laboratorio	-Explicar donde	B
	-Para que	C
	-Como son	D
	-Canal: escrito	E1
	oral	E2
	oral-escrito	E3
	-Explica resultados	F
-Canalización	-Donde	B
	-Para qué o por qué	C
	-Canal: escrito	E1
	oral	E2
	oral-escrito	E3
<b>SEGUIMIENTO:</b>		
-Expediente clínico	-Si	1
	-No	2

-Cita	-Si	1
	-No	2
	-Abierta	3
-Despedida	-Si	1
	-No	2
-Tiempo	-Menos 5 minutos	01
	-5 a 7 minutos	02
	-8 a 10 minutos	03
	-11 a 12 minutos	04
	-13 a 15 minutos	05
	-16 a 18 minutos	06
	-19 a 20 minutos	07
	-21 a 25 minutos	08
	-26 a 30 minutos	09
	-31 a 35 minutos	10
	-36 a 40 minutos	11
	-Más de 40 minutos	12

B) NUMERO DE CODIGO CORRESPONDIENTE A LA IDENTIFICACION DEL MEDICO

IDENTIFICACION:

-Clave del médico	-01	
	-..	
	-..	
	-19	
-Rango	-Interno	1
	-Servicio Social	2
	-Base	3
	-Residente	4
	-Otros	5
-Institucion de Estudio	- Del Estado	1
	- Privada	2
	- Otros	3

## HISTORIA ACADEMICA:

-Terminación de Licenciatura	-Antes de 1984	01
	-1941 - 1950	02
	-1951 - 1960	03
	-1961 - 1965	04
	-1966 - 1970	05
	-1971 - 1975	06
	-1976 - 1980	07
	-1981 - 1983	08
	-1984 - 1985	09
	-Después de 1985	10
	-No hay información	11
-Posgrado	-Especialización	1
	-Maestría	2
	-Doctorado	3
	-Otros	4
	-Ninguno	5

## EDUCACION CONTINUA

-Lectura de revistas esp.	-Si	1
	-No	2
	-No hay información	3
-Educación continua 5 últimos años	-Si	1
	-No	2
	-No hay información	3
-Participación congresos	-Ponente	1
	-Organizador	2
	-Asistente	3
	-Los 3 anteriores	4
	-Ninguno	5

## EXPERIENCIA PROFESIONAL

-Experiencia en la SSA	-Más de 25 años	1
	-De 16 a 25 años	2
	-De 11 a 15 años	3
	-De 6 a 10 años	4
	-De 3 a 5 años	5
	-De 1 a 2 años	6
	-De 6 a 11 meses	7
	-De 0 a 5 meses	8

-Tiempo de trabajar C.S.	-Más de 10 años	1
	-De 6 a 10 años	2
	-De 1 a 5 años	3
	-De 6 a 11 meses	4
	-De 1 a 5 meses	5
	-No hay información	6
-Antecedentes laborales	-Consultorio particular	01
	-IMSS	02
	-ISSSTE	03
	-DIF	04
	-DDF	05
	-Clínica privada	06
	-Sana. y Hospital Priv.	07
	-Cruz Roja	08
	-SSA Centro de Salud	09
	-SSA Hospital	10
	-Paraestatales	11
	-Escuela	12
	-Otros	13
	-Ninguna	14
	-No hay información	15
-Actividades del puesto	-Consulta externa	01
	-Visitas domiciliarias	02
	-Pláticas y cursos	03
	-Control de expedientes	04
	-Planificación Familiar	05
	-Vacunación	06
	-Atención de urgencias	07
	-Atención de Partos	08
	-Cirugía menor	09
	-Otros	10
	-No hay información	11
-Actividades Administrativas	-Si	1
	-No	2
	-No hay información	3
-Actividades Profesionales fuera de la SSA	-Si	1
	-No	2
	-No hay información	3

ANEXO 15

V A C I A D O   D E   D A T O S

(PACIENTES Y MEDICOS)

NOTA EXPLICATIVA:

El vaciado de datos se presenta de la siguiente manera:

Como ya se dijo la muestra de pacientes correspondiente a la investigación es de 168, por lo que está estará presentada en cuatro partes. Del paciente número 1 al 48; del paciente 49 al 96; del paciente 97 al 144 y del paciente 145 al 168.

Cada grupo de pacientes contiene la información de todo el vaciado de datos, el cuál al fin y al cabo no es más que la codificación (ANEXO 14) de los índices e indicadores presentados.

La presentación de los mismos, para cada grupo, se da en tres hojas. La página 1 (que se repite tres veces), siempre corresponderá al 1er grupo de pacientes, la página 2 (que se repite también tres veces), siempre corresponderá al 2o grupo de pacientes y así sucesivamente hasta la página 4.

NUMERO DEL PACIENTE	LO DEL CA	TIPO DE UNIDAD	TIPO DE CONSULTA	MIEMBROS DE INVOLUCRADOS	SA LU DO	ESCO- CIOM--	FORMA DE LLAMARLO	MOTIVO DE CONSULTA	MOTIVO CLINICO	SINTO- MATO-	TIPO DE INTERROGATORIO	CONDUCCION INTERROGATORIO	FICHA IDE- TIF,	HEREDO FAMILIAR	NO PATO- LOGICO	FATO- LOGICO
1	3	3	2	1	1	1	2	151	1	5	3	2	1			BE
2	3	3	2	1	2	2	2	151	2	5	3	3	1	B		
3	3	3	2	2	2	1	1	122	2	5	4	2	3	A		BCD
4	3	3	2	1	1	1	2	151	2	4	2	2	1			
5	3	3	2	2	2	1	2	112	2	5	4	2	2			BCDEG
6	3	3	2	4	1	1	2	151	2	4	4	2	1			E
7	3	3	2	2	2	2	2	122	2	1	4	2	2			ABDE
8	3	3	2	1	1	1	2	161	2	8	4	2	1			A
9	3	3	2	1	1	1	-2	151	1	2	1	2	1			
10	3	3	2	2	1	1	1	121	2	1	4	2	2			ABCF
11	2	2	1	1	1	1	1	251	2	2	4	2	1	A		
12	2	2	1	5	2	1	2	252	2	6	4	2	3			
13	2	2	2	5	1	1	2	361	1	5	2	3	3			
14	2	2	2	1	1	2	2	262	2	6	4	2	1	B		
15	2	2	2	1	2	2	1	252	2	3	1	2	1	BC		
16	5	3	2	1	1	2	2	251	2	2	1	2	1			
17	2	2	1	1	2	2	2	251	1	6	4	2	1			
18	2	2	2	1	2	2	2	252	2	6	4	2	1			
19	2	2	1	1	2	2	2	251	2	5	4	2	1			
20	2	2	2	1	2	1	2	361	1	2	1	2	1			
21	4	3	2	2	2	2	2	251	2	5	4	2	1			
22	4	3	2	1	1	1	2	251	2	6	4	2	1			
23	4	3	1	1	2	2	2	251	1	5	2	2	1			
24	4	3	2	1	2	2	2	251	1	2	2	2	1			
25	4	3	2	1	2	2	2	252	1	5	2	2	1	BCD	CG	DFEDA FE
26	4	3	1	1	2	2	2	251	1	3	1	2	1	ABCD		
27	4	3	2	2	2	2	2	211	1	5	2	2	2	D		
28	4	3	1	1	2	2	2	252	2	3	1	2	1			
29	4	3	1	1	1	1	2	242	2	3	1	2	1			
30	4	3	1	1	2	2	2	241	2	3	1	2	1	A		
31	5	4	2	1	2	2	2	251	2	5	4	2	1			
32	5	3	1	1	2	2	2	252	1	6	4	2	1	DC		
33	5	3	1	2	1	2	2	232	1	6	4	2	2	CD		
34	5	3	1	1	2	2	2	251	1	5	3	2	1			
35	5	3	2	1	1	1	2	152	1	6	1	2	1	C		
36	5	3	2	2	2	2	2	212	1	5	4	2	2			A
37	5	3	2	1	2	2	2	251	1	5	2	2	1	B		
38	5	3	2	1	1	1	2	152	2	5	4	2	1			
39	5	3	2	1	2	2	2	251	2	9	2	2	1	BC		C
40	5	3	1	2	2	2	2	242	1	6	4	3	3			
41	4	3	1	2	1	2	2	212	2	5	2	2	2	D		
42	6	3	1	2	2	2	2	221	2	5	2	2	2	D		
43	6	3	2	1	2	2	2	151	2	5	4	2	1	D		
44	6	3	1	2	2	2	2	221	2	5	2	2	2			
45	6	3	1	2	2	2	2	231	2	5	4	2	2	D		
46	6	3	2	2	2	2	2	211	2	5	2	2	2	D		
47	6	3	1	2	2	2	2	222	2	5	4	2	2			
48	6	3	1	2	2	2	2	241	2	5	4	2	1	D		



EXP PLA		DES		POS RE- EDUC CON				TIEM		ACTIVIDADES		ACT ACT							
DAT	CLI	TI	CI	PI	CLAVE	RAN	FECHA	GRA	VIS	CONT	GRE	EXPER	CENT	EXPER	PIESTO	AD- PRO	SEX		
TIEMPO	PAC	MIC	CAS	TA	DO	MEXICO	GO	TERM:	DO	TAS	UMBA	SO	SSA	SAL-	ANTER	ACTUAL	MON	FES	MED
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
7	1	2	1	1	1	3261	2	9	5	1	1	3	8	5	10	010502060708	1	2	2
11	2	2	1	3	1	3261	2	9	5	1	1	3	8	5	10	010502060708	1	2	2
9	1	2	2	2	2	3261	2	9	5	1	1	3	8	5	10	010502060708	1	2	2
8	2	1	2	1	1	3261	2	9	5	1	1	3	8	5	10	010502060708	1	2	2
6	2	2	1	1	2	3261	2	9	5	1	1	3	8	5	10	010502060708	1	2	2
6	2	1	1	1	2	3261	2	9	5	1	1	3	8	5	10	010502060708	1	2	2
6	2	2	2	3	1	3261	2	9	5	1	1	3	8	5	10	010502060708	1	2	2
3	2	2	2	1	1	3261	2	9	5	1	1	3	8	5	10	010502060708	1	2	2
3	1	1	1	1	1	3261	2	9	5	1	1	3	8	5	10	010502060708	1	2	2
3	2	2	2	1	1	3261	2	9	5	1	1	3	8	5	10	010502060708	1	2	2
7	1	1	2	1	1	2251	2	7	5	1	2	5	6	4	6	0102100907	1	2	2
8	2	2	2	1	1	2251	2	7	5	1	2	5	6	4	6	0102100907	1	2	2
10	2	2	2	1	1	2251	2	7	5	1	2	5	6	4	6	0102100907	1	2	2
2	2	2	2	1	2	2251	2	7	5	1	2	5	6	4	6	0102100907	1	2	2
6	7	2	2	1	2	2251	2	7	5	1	2	5	6	4	6	0102100907	1	2	2
3	2	1	2	1	2	2251	2	7	5	1	2	5	6	4	6	0102100907	1	2	2
4	2	2	2	3	2	2251	2	7	5	1	2	5	6	4	6	0102100907	1	2	2
3	2	2	2	2	2	2251	2	7	5	1	2	5	6	4	6	0102100907	1	2	2
3	2	2	2	3	2	2251	2	7	5	1	2	5	6	4	6	0102100907	1	2	2
4	2	1	2	3	2	2251	2	7	5	1	2	5	6	4	6	0102100907	1	2	2
6	2	2	2	1	2	4271	2	9	5	1	2	5	8	5	10	01050903	1	2	2
5	2	2	2	1	2	4271	2	9	5	1	2	5	8	5	10	01050903	1	2	2
5	7	2	2	3	2	4271	2	9	5	1	2	5	8	5	10	01050903	1	2	2
6	2	1	2	3	2	4271	2	9	5	1	2	5	8	5	10	01050903	1	2	2
8	2	2	2	1	2	4271	2	9	5	1	2	5	8	5	10	01050903	1	2	2
3	2	2	2	2	1	4271	2	9	5	1	2	5	8	5	10	01050903	1	2	2
3	2	2	2	2	2	4271	2	9	5	1	2	5	8	5	10	01050903	1	2	2
2	2	2	2	2	2	4271	2	9	5	1	2	5	8	5	10	01050903	1	2	2
1	7	2	2	2	2	4271	2	9	5	1	2	5	8	5	10	01050903	1	2	2
2	2	2	2	2	2	4271	2	9	5	1	2	5	8	5	10	01050903	1	2	2
3	2	2	2	1	2	5281	2	9	5	2	2	5	9	5	10	0105090302	1	2	1
5	2	2	2	2	1	5281	2	9	5	2	2	5	8	5	10	0105090302	1	2	1
3	7	2	2	2	2	5281	2	9	5	2	2	5	8	5	10	0105090302	1	2	1
6	2	2	2	1	2	5281	2	9	5	2	2	5	8	5	10	0105090302	1	2	1
6	2	2	2	1	2	5281	2	9	5	2	2	5	8	5	10	0105090302	1	2	1
3	2	2	2	2	2	5281	2	9	5	2	2	5	8	5	10	0105090302	1	2	1
3	2	2	2	2	2	5281	2	9	5	2	2	5	8	5	10	0105090302	1	2	1
5	2	2	2	1	2	5281	2	9	5	2	2	5	8	5	10	0105090302	1	2	1
4	2	1	2	3	2	5281	2	9	5	2	2	5	8	5	10	0105090302	1	2	1
5	1	1	2	3	2	5281	2	9	5	2	2	5	8	5	10	0105090302	1	2	1
5	2	2	2	2	2	6291	2	9	5	1	2	3	8	5	10	010509	1	2	1
4	2	2	2	1	2	6291	2	9	5	1	2	3	8	5	10	010509	1	2	1
4	7	2	2	1	2	6291	2	9	5	1	2	3	8	5	10	010509	1	2	1
5	2	2	2	1	2	6291	2	9	5	1	2	3	8	5	10	010509	1	2	1
6	2	2	2	1	2	6291	2	9	5	1	2	3	8	5	10	010509	1	2	1
7	2	2	2	3	2	6291	2	9	5	1	2	3	8	5	10	010509	1	2	1
4	2	2	2	1	2	6291	2	9	5	1	2	3	8	5	10	010509	1	2	1
4	2	2	2	2	2	6291	2	9	5	1	2	3	8	5	10	010509	1	2	1



NUMERO DE PACIENTE	LO CA UNIDAD	TIPO DE CONSULTA	TIPO DE MIEMBROS INVOLUCRADOS	SA UBICACION	ESCOLARIDAD	FORMA DE LLAMARLO	ES DE A X	MOTIVO DE CONSULTA	MOTIVO CLINICO	SINTOMATOLOGIA	TIPO DE INTERROGATORIO	TIPO DE INTERROGATORIO	CONSTRUCCION IDENTIFICACION	FICHA IDENTIFICACION FAMILIAR	HEREDO PATOLOGICO	NO PATOLOGICO
49	6	3	1	1 2	2 2	251	2	5	3	2	1 D					
50	6	3	1	1 1	2 2	252	2	5	4	2	1 D					A
51	7	3	2	1 1	2 2	251	2	5	2	2	1	MCEG	BCDE	BC		
52	7	3	1	1 2	2 2	251	1	9	1	2	1					
53	7	3	1	2 2	2 2	221	2	5	1	2	2 D	ABCES	DE			
54	7	3	1	2 2	2 2	211	2	5	4	2	2 D					
55	7	3	2	1 1	2 2	261	1	5	4	2	1					
56	7	3	2	3 1	2 2	251	2	4	1	2	1					
57	7	3	1	2 2	2 2	222	2	5	4	2	2 D	MCEG	BCDEF	AF		
58	7	3	2	1 2	2 2	261	2	5	3	2	1 D					
59	7	3	2	1 1	2 2	152	1	3	1	3	1 D					
60	7	3	1	1 2	2 2	251	2	5	4	2	1 D					
61	8	2	1	1 2	2 2	251	2	5	3	2	1					
62	8	2	1	2 2	2 2	321	2	5	2	2	2					
63	8	2	2	1 1	1 2	162	2	5	2	2	1					
64	8	2	2	2 2	2 2	311	2	5	3	2	2					
65	8	2	2	1 1	1 2	241	1	10	1	2	1					
66	8	2	2	1 1	1 2	141	1	10	1	2	1					
67	8	2	2	1 1	1 2	141	1	10	1	2	1					
68	8	2	2	1 1	1 2	141	1	10	1	2	1					
69	8	2	1	1 1	2 2	151	2	5	3	2	1			E	A	
70	8	2	1	1 2	2 2	142	1	5	4	2	1 D					
71	8	2	2	1 2	2 2	251	2	5	3	2	1					
72	8	2	2	2 2	2 2	211	2	1	2	2	2				ABC	
73	8	2	2	2 2	2 2	222	2	1	1	2	2				ABC	
74	8	2	1	5 2	2 2	251	1	4	4	2	3 CD				A	
75	8	2	2	1 2	2 2	251	2	5	4	2	1					
76	8	2	2	1 2	2 2	261	2	2	1	2	1					
77	8	2	2	4 1	2 2	251	2	2	1	2	1					
78	8	2	2	1 2	2 2	251	2	2	3	2	1					
79	8	2	2	1 2	2 2	251	2	5	4	2	1					
80	8	2	2	1 2	2 2	251	2	10	1	2	1					
81	8	2	1	2 2	2 2	212	2	5	2	2	2					
82	8	2	2	1 2	2 2	251	2	5	4	2	1 AB					
83	8	2	1	1 2	2 2	251	1	5	4	2	1 D					
84	8	2	1	1 2	2 2	261	2	5	4	2	1 A			C		
85	8	2	1	5 2	2 1	241	2	4	1	2	3 AB					
86	8	2	2	1 2	2 2	242	2	5	2	2	1 D					
87	8	2	2	1 2	2 2	251	1	4	4	2	1					
88	8	2	1	1 2	2 2	261	1	6	4	2	1 D					
89	8	2	1	3 2	2 2	251	2	5	4	2	1 A			DE	E	
90	8	2	1	1 2	2 2	252	2	5	4	2	1 D					
91	9	2	1	1 2	2 2	251	2	4	4	2	1					
92	9	2	1	2 2	2 2	242	2	5	4	2	2			D		
93	9	2	1	2 2	2 2	222	2	5	4	2	2			D	A	
94	9	2	1	1 2	2 2	262	1	5	4	2	1					
95	9	2	2	2 2	2 2	141	2	5	3	2	2					
96	9	2	1	2 2	2 2	211	2	5	4	2	2					

TO	TERA-	PAIFCI--	EXP-	COAG	CON-	EST-	FRE-	MEDICO	CAUSAS	DX	PREG			CAHA-	REL	
XI	GINECO--	PEU--	MIENTO	ONT-	EXP	COLO-	VER-	ARO	QUN--	DA	SINTO-	CLIMI-	CRIP	NO	LABORA--	REL
CO	DIAGNOSTICA	TICA	ACTUAL	ANE-	FIS	CARSE	SAC-	FIS-	TAS	DIAG.	MATO--	CO	CION	MEDICAMENTOSA	MEDICAMENTOSA	TORTO
5	*****	ACTUAL	*****	IDAD	***	****	ICH	ICO	***	*****	LOGICA	*****	*****	*****	*****	*****
																DX
SCD		ABCEFGH	2 2	2 4	2 2	5	2	1618	1			ABCG1				1 1
		BC	2 1	1 6	1 2	2	1	22	4							3 3
ACD1FGH	E	BCDFH	2 1	1 14	1 1	37	2	8	4						BCDG1	1 1
			2 4	0 0	0 2	67	2	9	4							2 2
	E	BCDF	2 2	2 4	2 2	4	2	11	1			ABCG1				3 2
		BCD	2 1	1 4	2 1	3	2	6	1			ABCG3				3 1
	A	CHI	2 1	2 4	2 1	2	2	11	1			ABCG3				3 2
GEN		I	1 1	1 45	1 1	6	2	8	51	ANICDEG2		ABCH1G3				3 3
		C	2 3	2 4	1 1	3	1	8	1			ABCG3				3 3
	ABC	BCDEF	1 1	1 4	1 1	37	2	16	1			ABG3				1 1
			2 4	0 0	0 2	6	3	13	4							3 3
	E	BCD	2 1	2 6	2 2	5	2	9	4					ABE3		2 2
		BCDFH	1 2	1 4	2 1	5	2	2	3	BF2		ABCG3				2 2
		BEFH	2 4	0 0	0 2	3	2	4	1			ABCG3				3 1
		BCDEF	1 4	0 0	0 2	4	2	16	3	BF2		ABCG3				2 2
		ABDFH	1 3	2 4	2 1	3	2	16	3	BF2		ABCG3				1 2
CI		I	1 1	1 6	2 2	6	2	13	4							3 3
		I	1 1	1 6	2 2	6	2	13	4							3 3
		I	1 1	1 6	2 2	6	2	13	4							3 3
		I	1 1	1 6	2 2	6	2	13	4							3 3
		ABCEGFH	1 1	1 45	2 1	5	2	8	3	BF2		ABCG3				2 2
		BCDFH	1 1	1 6	1 1	3	1	895	3	ACF2		ABCF3			BCDEG	3 1
EDE		BCDFH	2 1	1 14	2 2	3	1	2	3	ACF2		ABG3		AE3		1 1
		BEF	2 3	4 4	1 1	3	1	1411	3	BCF2		ABG3				1 1
		I	2 3	4 6	2 2	5	3	1411	3	BCF2		ABCG1				3 2
CGEH	F	CI	2 1	1 6	1 2	3	1	17	3	BF2		ABCG1				3 3
D	CI	2 4	0 0	0 2	6	3	13	4								3 3
CE	D	I	1 1	1 6	1 2	3	3	13	4					ABCEG3		3 3
CE	D	I	2 1	1 6	1 2	3	3	13	4					ABCEG3		3 3
CE	D	CEFIH	2 1	1 4	1 2	3	2	21	1			ABCG1		ACE3		1 1
CE	D	EFI	2 1	1 6	1 2	3	1	9	1			ABCG1				3 1
CE	D	I	2 1	1 6	1 2	3	3	8	1			ABCG1				3 3
		BCDFH	2 4	0 0	0 2	3	2	1602	1			ABCG3				2 2
	F	ABCDGH	2 1	1 2	2 2	4	2	11	1			ABCG3				3 2
CG	A	ABCDG	2 2	2 4	1 2	3	1	18	3	CGF2		ABCG1				3 3
		ABD	2 2	2 6	2 2	4	2	1111	1			ABCG3				3 3
ACG		I	2 1	1 3	1 2	3	2	17	4							3 3
		CEG1	2 4	0 0	0 1	5	2	1611	2	WF2						2 1
CGH		CI	2 1	1 1	1 2	3	2	17	1			ABCG3				3 3
	F	ECI	2 4	0 0	0 2	4	2	22	4							3 3
ANFE		I	2 1	2 3	1 2	3	3	17	1			ABCG3				3 3
		BCDF	2 1	1 2	2 2	5	2	22	1			ABCG3				3 3
CFGH		BCDI	2 1	1 6	2 1	3	2	17	1			ABCH1G3				3 3
		BCF	2 3	4 4	2 2	4	2	6	3	BF2		ABCG3				3 3
		BCF	2 3	4 4	2 2	4	2	6	1			ABCG3				3 3
		EC	2 1	1 173	1 1	37	2	22	1			ABG3		AF1		3 3
ABC		BCDF	2 4	0 0	0 2	1	2	2	3	CGF2		ABG1		ACE3		2 2
	ABC	ABC	2 3	4 6	2 2	5	2	6	1			ABG1				3 2

EXP PIA		DCS		POS RE-EDUC COM		TIEM		ACTIVIDADES		ACT ACT								
DAT	LI	CI	PI	CLAVE	RAN	FECHA	GRA	VIS	CONT	GRE	EXPER	SSA	SAL-	EXPER	PUESTO	AD-	PRO	SEX
TIEMPO	FAC	MTC	CNS	TA	GO	TERM.	DO	TAS	INVA	SO	SSA	UD	ANTER	ACTUAL	NON	FES	RED	
5	2	2	2	3	2	6291	2	9	5	1	2	3	8	5	10 010509	1	2	1
2	2	2	2	2	2	6291	2	9	5	1	2	3	8	5	10 010509	1	2	1
9	1	1	2	3	1	7301	3	7	5	1	1	5	4	3	12 01	1	1	2
2	2	2	2	2	2	7301	3	7	5	1	1	5	4	3	12 01	1	1	2
2	2	2	2	1	2	7301	3	7	5	1	1	5	4	3	12 01	1	1	2
2	2	2	2	1	2	7301	3	7	5	1	1	5	4	3	12 01	1	1	2
2	2	2	2	1	2	7301	3	7	5	1	1	5	4	3	12 01	1	1	2
8	1	2	1	1	2	7301	3	7	5	1	1	5	4	3	12 01	1	1	2
5	2	2	1	1	2	7301	3	7	5	1	1	5	4	3	12 01	1	1	2
6	1	2	2	1	2	7301	3	7	5	1	1	5	4	3	12 01	1	1	2
2	2	2	2	2	2	7301	3	7	5	1	1	5	4	3	12 01	1	1	2
2	2	2	2	2	2	7301	3	7	5	1	1	5	4	3	12 01	1	1	2
5	2	2	2	2	2	8311	3	6	5	1	1	5	4	3	6 01	1	1	2
4	1	2	2	3	2	8311	3	6	5	1	1	5	4	3	6 01	1	1	2
2	2	2	2	2	2	8311	3	6	5	1	1	5	4	3	6 01	1	1	2
6	2	2	2	2	2	8311	3	6	5	1	1	5	4	3	6 01	1	1	2
2	2	2	2	1	1	8311	3	6	5	1	1	5	4	3	6 01	1	1	2
2	2	2	2	1	1	8311	3	6	5	1	1	5	4	3	6 01	1	1	2
2	2	2	2	1	1	8311	3	6	5	1	1	5	4	3	6 01	1	1	2
2	2	2	2	1	1	8311	3	6	5	1	1	5	4	3	6 01	1	1	2
4	1	2	3	3	1	8311	3	6	5	1	1	5	4	3	6 01	1	1	2
6	1	2	2	3	1	8311	3	6	5	1	1	5	4	3	6 01	1	1	2
4	2	2	2	3	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
4	2	2	2	2	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
5	1	2	2	1	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
5	1	1	2	3	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
3	2	1	2	1	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
4	2	1	2	1	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
3	2	1	2	1	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
5	1	1	2	3	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
3	2	1	2	1	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
4	2	1	2	1	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
4	2	1	2	1	2	8312	3	7	5	1	1	5	4	2	10 01-05	1	1	1
4	2	2	2	1	2	8313	2	10	5	1	1	5	6	5	10 01	2	2	2
4	2	2	2	1	2	8313	2	10	5	1	1	5	6	5	10 01	2	2	2
4	2	2	2	1	2	8313	2	10	5	1	1	5	6	5	10 01	2	2	2
4	2	1	2	2	2	8313	2	10	5	1	1	5	6	5	10 01	2	2	2
5	1	2	2	1	2	8313	2	10	5	1	1	5	6	5	10 01	2	2	2
4	2	1	2	1	2	8313	2	10	5	1	1	5	6	5	10 01	2	2	2
4	2	2	2	2	2	8313	2	10	5	1	1	5	6	5	10 01	2	2	2
3	2	2	2	2	2	8313	2	10	5	1	1	5	6	5	10 01	2	2	2
3	2	2	2	1	2	9321	2	8	5	1	2	3	7	4	9 01-05	2	2	2
3	2	2	2	2	2	9321	2	8	5	1	2	3	7	4	9 01-05	2	2	2
3	2	2	2	2	2	9321	2	8	5	1	2	3	7	4	9 01-05	2	2	2
3	2	2	2	2	2	9321	2	8	5	1	2	3	7	4	9 01-05	2	2	2
2	2	2	2	2	2	9321	2	8	5	1	2	3	7	4	9 01-05	2	2	2





EXP PLA		ICS		POS RE- EDUC CON										TIEN		ACTIVIDADES		ACT ACT	
INT	CLI	TI-	CI	PI-	CLAVE	RAM	FECHA	DRA	VIS	CONT	PRE	EXPER	CENT	EXPER	PUESTO	AD-	PRO	SEX	
TIENP/O	PAC	NIC	CAS	TA	IO	MEDICO	GO	TERR.	DO.	TAS	INNA	SO	SSA	SAL-	ANTER	ACTUAL	MON	FES	MED
*****	***	***	**	**	**	*****	***	*****	***	*****	***	*****	***	*****	*****	*****	***	*****	***
4	2	2	2	3	2	9321	2	8	5	1	2	3	7	4	9 01-05		2	2	2
3	2	2	2	3	2	9321	2	8	5	1	2	3	7	4	9 01-05		2	2	2
3	2	2	2	2	2	9321	2	8	5	1	2	3	7	4	9 01-05		2	2	2
4	2	2	2	2	2	9321	2	8	5	1	2	3	7	4	9 01-05		2	2	2
3	7	2	2	1	2	9322	2	9	5	2	2	1	8	5	10 01		2	2	2
2	2	2	2	3	2	9322	2	9	5	2	2	1	8	5	10 01		2	2	2
4	2	2	2	2	2	9322	2	9	5	2	2	1	8	5	10 01		2	2	2
4	2	2	2	2	2	9322	2	9	5	2	2	1	8	5	10 01		2	2	2
7	7	1	2	2	2	9322	2	9	5	2	2	1	8	5	10 01		2	2	2
2	2	2	2	2	2	9322	2	9	5	2	2	1	8	5	10 01		2	2	2
2	2	2	2	2	2	9322	2	9	5	2	2	1	8	5	10 01		2	2	2
3	2	2	2	2	2	9322	2	9	5	2	2	1	8	5	10 01		2	2	2
5	7	1	2	1	2	9322	2	9	5	2	2	1	8	5	10 01		2	2	2
5	2	2	2	2	2	9322	2	9	5	2	2	1	8	5	10 01		2	2	2
2	2	2	1	2	2	9323	3	6	5	1	1	1	4	2	10 010709		1	1	2
4	2	2	2	3	2	9323	3	6	5	1	1	1	4	2	10 010709		1	1	2
4	2	2	2	1	2	9323	3	6	5	1	1	1	4	2	10 010709		1	1	2
4	2	2	2	3	2	9323	3	6	5	1	1	1	4	2	10 010709		1	1	2
3	2	2	1	2	2	9323	3	6	5	1	1	1	4	2	10 010709		1	1	2
3	2	2	2	2	2	9323	3	6	5	1	1	1	4	2	10 010709		1	1	2
3	2	2	2	2	2	9323	3	6	5	1	1	1	4	2	10 010709		1	1	2
4	2	2	2	2	2	9323	3	6	5	1	1	1	4	2	10 010709		1	1	2
3	2	2	2	2	2	9323	3	6	5	1	1	1	4	2	10 010709		1	1	2
1	2	2	2	3	2	1241	3	7	5	1	1	1	5	3	7 01		2	1	1
2	2	2	2	3	2	1241	3	7	5	1	1	1	5	3	7 01		2	1	1
2	2	2	2	3	2	1241	3	7	5	1	1	1	5	3	7 01		2	1	1
2	2	2	2	2	2	1241	3	7	5	1	1	1	5	3	7 01		2	1	1
4	2	2	2	2	2	1241	3	7	5	1	1	1	5	3	7 01		2	1	1
3	1	2	2	2	2	1241	3	7	5	1	1	1	5	3	7 01		2	1	1
2	7	2	2	3	2	1241	3	7	5	1	1	1	5	3	7 01		2	1	1
5	2	2	2	2	2	1241	3	7	5	1	1	1	5	3	7 01		2	1	1
4	2	2	2	1	2	1242	3	2	5	1	1	3	2	1	10 01		2	2	1
8	2	1	2	1	2	1242	3	2	5	1	1	3	2	1	10 01		2	2	1
6	7	1	2	3	2	1242	3	2	5	1	1	3	2	1	10 01		2	2	1
2	2	2	2	2	2	1242	3	2	5	1	1	3	2	1	10 01		2	2	1
5	2	1	2	3	2	1242	3	2	5	1	1	3	2	1	10 01		2	2	1
3	7	2	2	2	2	1242	3	2	5	1	1	3	2	1	10 01		2	2	1
8	2	2	2	3	2	1242	3	2	5	1	1	3	2	1	10 01		2	2	1
3	2	2	2	2	2	1242	3	2	5	1	1	3	2	1	10 01		2	2	1
6	2	2	2	3	2	1242	3	2	5	1	1	3	2	1	10 01		2	2	1
4	7	2	2	2	2	1242	3	2	5	1	1	3	2	1	10 01		2	2	1
5	2	1	2	1	2	1243	5	8	5	1	1	5	6	5	10 01		2	2	1
6	7	2	2	1	2	1243	5	8	5	1	1	5	6	5	10 01		2	2	1
5	2	1	2	1	2	1243	5	8	5	1	1	5	6	5	10 01		2	2	1
6	2	1	2	2	2	1243	5	8	5	1	1	5	6	5	10 01		2	2	1
2	2	2	2	2	2	1243	5	8	5	1	1	5	6	5	10 01		2	2	1
4	7	1	2	2	2	1243	5	8	5	1	1	5	6	5	10 01		2	2	1

NÚMERO DEL PACIENTE	LO DE LA UNIDAD	TIPO DE CONSULTA	TIPO DE INVOLOCERADOS	TIPO DE MIEMBROS DE INVOLUCERADOS	SA LU UBICA-- DO CION--	ESCO-- LARI-- DND--	FORMA DE LLAMARLO A X	DE E DE CONSULTA	MOTIVO DE CONSULTA	MOTIVO SI-- CLINICO	TIPO DE PATO-- INTERRO GATORIO	TIPO DE INTERRO GATORIO	CONDUCCION INTERRO GATORIO	FICHA IDENTIFICACION	HESEDO FAMILIAR	NO PATO-- LOGICO	PATO-- LOGICO	
145	1	1	1	2	2	2	2 5 1	1	5	4	2	1						
146	1	1	2	1	2	2	2 5 1	1	5	2	2	1						
147	1	1	2	1	2	2	2 5 1	2	5	3	2	1						
148	1	1	2	1	2	2	2 5 1	1	5	4	2	1						
149	1	1	2	4	1	2	3 5 1	1	5	2	2	1						
150	1	1	1	1	2	2	2 5 2	1	3	1	2	1						
151	1	1	1	1	1	2	2 5 2	1	3	1	2	1						
152	1	1	1	1	1	2	3 5 1	1	3	1	2	1	1	ABD	EPG	AC	GDA	
153	1	1	2	1	2	2	2 5 1	2	10	2	2	1						
154	1	1	2	3	1	1	1 6 2	2	5	2	2	1						
155	1	1	2	3	1	2	3 6 2	1	5	3	2	3						
156	1	1	1	2	2	2	3 3 1	2	5	3	2	3						
157	1	1	1	2	1	1	2 1 3	1	5	4	2	3					F	
158	1	1	2	2	1	2	1 3 2	2	5	1	1	3						
159	1	1	1	1	1	1	2 5 1	2	2	1	2	1	FD	B/G			BCE	
160	1	1	1	4	2	2	2 5 1	1	5	4	2	1						
161	1	1	1	1	2	2	2 5 1	2	2	1	2	1						
162	1	1	1	1	2	2	2 5 1	1	2	1	2	1	FD	B/G			BC	
163	1	1	2	1	1	1	2 5 1	2	2	4	2	1					BC	
164	1	1	2	1	1	1	2 5 1	2	2	1	2	1	AC	B/G			BC	
165	1	1	2	4	1	1	2 5 1	2	2	1	2	1	AD	B			BC	
166	1	1	2	1	1	1	2 5 1	2	2	4	2	1						
167	1	1	1	1	2	1	2 5 1	1	4	1	2	1						
168	1	1	2	1	2	1	2 5 1	2	5	4	2	1						
*** Total ***																		
14196	**	340	250	266	**	304	319	319	**	261	895	482	347	245				

TO	TERRA	PAISFC--	CON-	CONG	CON-	EST-	PRE-	MOTIVO	CAMPA	BY	PRD		CAVA-	REL	SEL						
SI	GINCO--	PEU--	MIENTO	ONT-	EXP	COLO-	VER-	ADD	QU-	DA	SINTO-	CLINI-	CRIP	NO	LABORA--	LIZA-	SIAT	NOT			
OP	DE	STRETA	TEN	ACRIM-	ARE-	FID	CARSE	30-	FIS-	TAS	ETAG.	HATO--	CG	CION	MEDICAMENTOSA	MEDICAMENTOSA	IGFID	CION	Y	CON	
	*****	ACTUAL	*****	IGAD	***	*****	ION	ICD	***	*****	LOGICA	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
CIJ	E	C		1	4	0	0	0	2	5	2	8	7	DF2	ABC51						
J1	E	ABCEGH		1	4	0	0	0	2	3	2	13	4			A1F1E3					
	F	C		1	1	1	6	2	2	5	2	8	4		ABC61	A2					
	E	C		2	4	0	0	0	2	3	2	8	4		ABC61	A2					
		BCDEFGH		1	1	1	274	1	2	3	2	12	2	DF2		A2					
		C		2	4	0	0	0	2	6	3	13	4			A2					
		C		1	4	0	0	0	2	6	3	13	4			A2					
ABC61	E	C		2	1	1	234	1	2	3	3	13	4			A2					
C	F	C		2	4	0	0	0	2	2	1	17	4			A2					
		BCDF		1	1	1	4	1	2	3	1	16	1		ABC63	A1B1C1E1					
		BCDF		1	1	1	4	1	1	1	2	1411	1		ABC61	A2					
		ABCDF		1	1	1	234	1	1	1	2	11	1		ABC61	A2					
		C		1	1	1	4	1	2	1	2	11	1	DF2	ABC61	A2					
		C		2	1	1	6	1	2	3	3	13	1	DF2		A1E1					
ABCDEFGH				1	1	1	6	1	2	6	3	17	5	Z1		A2					
CGHE		ABCDF		1	1	1	6	1	2	3	1	11	3	ABCDF2	ABC61	A2					
ABCDEFGHI				2	1	1	6	1	2	6	3	13	5	Z1		A2					
ABCDEFGHI F				2	1	1	6	1	2	6	3	11	5	Z1		A2					
	D	CS		1	1	1	6	1	2	3	2	8	1		ABC63	A2					
ABCDE		CI		1	1	1	1	1	2	3	3	8	5	Z1		A2					
ABC	D	I		1	1	1	6	1	2	3	2	6	1		ABC63	A2					
BC	D	CI		1	1	1	1	1	2	3	2	8	3	DF2	ABC61	A2					
BC		C		1	1	1	1	1	2	3	3	17	4			A1BCDE1					
C		C		1	4	0	0	0	1	3	1	8	1		ABC63	A1F1					



EXP PLA		ICS		PDS RE- EDUC COM		TIEM		ACTIVIDADES		ACT ACT									
DAT	CLI	TI-	CI	PI-	CLAVE	RAN	FECHA	GRA	VIS	CONT	GRE	EXFER	CENT	EXPER	PUESTO	AD-	PRO	SEX	
TIEMPO	PAC	NIC	CAS	TA	DO	MEDICO	DO	TERM.	DO	TAS	INMA	SO	SSA	SAL-	ANTER	ACTUAL	NON	FES	MED
=====	====	====	====	====	=====	====	=====	====	=====	====	=====	====	=====	====	=====	====	=====	====	=====
2	1	2	2	1	2	1243	5	8	5	1	1	5	6	5	10 01		2	2	1
2	1	1	2	2	2	1243	5	8	5	1	1	5	6	5	10 01		2	2	1
3	2	2	2	3	2	1243	5	8	5	1	1	5	6	5	10 01		2	2	1
3	2	2	2	1	2	1243	5	8	5	1	1	5	6	5	10 01		2	2	1
6	2	2	2	1	2	1244	3	6	1	1	1	5	4	3	12 01		2	1	2
2	2	2	2	2	2	1244	3	6	1	1	1	5	4	3	12 01		2	1	2
2	2	2	2	2	2	1244	3	6	1	1	1	5	4	3	12 01		2	1	2
10	2	2	2	2	1	1244	3	6	1	1	1	5	4	3	12 01		2	1	2
2	2	1	2	3	1	1244	3	6	1	1	1	5	4	3	12 01		2	1	2
7	2	2	2	3	2	1244	3	6	1	1	1	5	4	3	12 01		2	1	2
3	2	2	2	3	1	1244	3	6	1	1	1	5	4	3	12 01		2	1	2
5	1	2	2	1	2	1244	3	6	1	1	1	5	4	3	12 01		2	1	2
3	2	2	2	2	2	1244	3	6	1	1	1	5	4	3	12 01		2	1	2
2	2	2	2	1	2	1244	3	6	1	1	1	5	4	3	12 01		2	1	2
8	1	1	2	1	2	1245	5	5	5	1	1	3	5	3	14 01-05		1	2	1
5	1	2	2	2	2	1245	5	5	5	1	1	3	5	3	14 01-05		1	2	1
7	1	1	2	1	2	1245	5	5	5	1	1	3	5	3	14 01-05		1	2	1
8	1	1	2	1	2	1245	5	5	5	1	1	3	5	3	14 01-05		1	2	1
5	2	1	2	1	2	1245	5	5	5	1	1	3	5	3	14 01-05		1	2	1
7	2	1	2	1	2	1245	5	5	5	1	1	3	5	3	14 01-05		1	2	1
6	2	1	2	1	2	1245	5	5	5	1	1	3	5	3	14 01-05		1	2	1
3	2	1	2	1	2	1245	5	5	5	1	1	3	5	3	14 01-05		1	2	1
3	2	2	2	3	2	1245	5	5	5	1	1	3	5	3	14 01-05		1	2	1
2	2	1	2	1	2	1245	5	5	5	1	1	3	5	3	14 01-05		1	2	1

(ANEXO 16)

PRESENTACION DE RESULTADOS EN PORCENTAJES  
(INDICES E INDICADORES)  
PACIENTES

AREA: 1 IDENTIFICACION

## TIPO DE CONSULTA

T.U	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	10	6	5	6	2	5	6	9	3	2	5	2	2	2	7	5	5	TOTAL 49% 82
B	-	4	5	4	8	5	4	1	7	8	5	8	6	8	3	5	5	TOTAL 51% 86

.A= SUBSIGUIENTE .B= 1a. VEZ

## MIEMBROS INVOLUCRADOS

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	5	8	8	6	3	6	8	6	7	3	7	3	2	4	10	4	8	TOTAL 58% 98
B	4	-	2	4	7	3	2	2	1	7	3	7	6	4	-	3	-	TOTAL 33% 55
C	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2	-	TOTAL 3% 5
D	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	2	TOTAL 4% 6
E	-	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 2% 4

.A= PACIENTE SOLO  
.B= PACIENTE (MAMA)  
.C= PACIENTE (ESPOSO (A))  
.D= PACIENTE (HIJOS)  
.E= PACIENTE (OTROS)

### EDAD

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	1	-	2	1	2	1	1	1	1	2	1	4	3	-	-	-	-	TOTAL 12% 20
B	3	-	-	-	3	2	1	1	-	3	2	1	1	1	-	-	-	TOTAL 11% 18
C	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	3	-	TOTAL 5% 9
D	-	-	2	1	1	-	5	-	2	2	-	-	1	2	-	-	-	TOTAL 9% 16
E	5	7	6	7	3	5	2	7	5	2	5	2	1	5	10	5	10	TOTAL 52% 87
F	1	3	-	-	-	2	1	1	2	1	2	1	1	1	-	2	-	TOTAL 11% 18

.A= MESES-2 ANOS

.B= 3 - 6 ANOS

.C= 7 - 12 ANOS

.D= 13 - 18 ANOS

.E= 19 - 49 ANOS

.F= MAYOR 50 ANOS

### SEXO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	7	6	6	4	7	8	8	9	7	6	8	8	4	6	10	5	10	TOTAL 71% 119
B	3	4	4	6	3	2	2	1	3	4	2	2	4	4	-	5	-	TOTAL 19% 49

.A= FEMENINO

.B= MASCULINO

### ESCOLARIDAD

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	8	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	2	-	3	4	TOTAL 10% 16
B	8	8	10	10	10	10	10	9	10	9	10	9	7	8	10	7	6	TOTAL 90% 152

.A= SI

.B= NO

AREA: II HISTORIA CLINICA

SALUDO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	6	4	2	3	2	4	6	1	-	-	-	-	-	-	2	7	5	TOTAL 25% 42
B	4	6	8	7	8	6	4	9	10	10	10	10	8	10	8	3	5	TOTAL 75% 126

.A= SI .B= NO

UBICACION DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	8	4	2	2	-	-	5	-	-	1	-	-	-	-	1	2	7	TOTAL 19% 32
B	2	6	8	8	10	10	5	10	10	9	10	10	8	10	9	8	3	TOTAL 81% 136

.A= SI .B= NO

FORMA DE LLAMAR AL PACIENTE EN EL CONSULTORIO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	10	-	-	2	1	1	6	-	-	1	1	-	-	-	2	3	-	TOTAL 16% 27
B	-	8	10	8	9	9	2	10	10	9	9	10	7	10	8	3	10	TOTAL 79% 132
C	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	4	-	TOTAL 5% 9

.A= POR SU NOMBRE  
 .B= SR., SRA., JOVEN, ETC.  
 .C= OTROS

MOTIVO DE LA CONSULTA

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A		
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	2	3	5	7	-	3	5	1	3	1	3	2	4	2	5	6	3	TOTAL	33% 55
B	8	7	5	3	10	7	5	9	7	9	7	8	4	8	5	4	7	TOTAL	67% 113

.A= PACIENTE LO DICE .B= MEDICO LO PREGUNTA

MOTIVO CLINICO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A		
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	TOTAL	3% 5
B	1	3	1	-	-	-	-	3	-	-	2	1	-	-	1	-	7	TOTAL	11% 19
C	-	1	4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	TOTAL	5% 9
D	2	-	-	-	-	1	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-	1	TOTAL	5% 8
E	4	2	4	6	10	7	6	3	7	9	8	8	5	3	9	6	2	TOTAL	59% 99
F	-	4	1	4	-	-	-	-	1	-	-	1	-	6	-	-	-	TOTAL	10% 17
G	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL	.5% 1
H	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	TOTAL	1% 2
I	-	-	-	-	-	-	4	1	-	-	-	-	2	-	-	1	-	TOTAL	5% 8

.A= CONTROL DEL NIÑO SANO .F= ACCIDENTES, URGENCIAS  
 .B= PLANIFICACION FAMILIAR .G= ENFERMEDADES CRONICAS  
 .C= EXAMEN MEDICO .H= PALUDISMO  
 .D= CONTROL DE EMBARAZO .I= CHEQUEO GINECOBISTETRA  
 .E= SINTOMATOLOGIA PATOLOGICA

SINTOMATOLOGIA EXPRESADA POR EL PACIENTE

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A		
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	1	3	4	1	-	4	4	4	1	-	1	1	1	-	-	4	6	TOTAL	21% 35
B	1	1	5	2	4	1	2	1	2	-	1	3	2	-	1	3	-	TOTAL	17% 29
C	2	-	-	1	1	1	3	2	-	1	4	5	2	1	2	2	-	TOTAL	16% 27
D	6	6	1	6	5	4	1	3	7	9	4	1	3	9	7	1	4	TOTAL	46% 77

.A= NO .C= DOS O MAS DIFERENTES  
 .B= MAS DE DOS RELACIONADOS .D= UNICO SINTOMA

TIPO DE INTERROGATORIO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A			
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL	---	---
B	9	9	10	9	10	9	10	10	10	8	8	10	8	5	10	10	10	TOTAL	93%	157
C	1	1	-	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-	5	-	-	-	TOTAL	7%	11

.A= LIBRE TRIBUNA  
.B= DIRIGIDO  
.C= AMBOS

CONDUCCION DEL INTERROGATORIO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A			
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
A	6	8	8	7	4	7	8	7	8	3	7	3	2	2	10	6	10	TOTAL	63%	106
B	3	-	2	2	6	3	2	2	1	7	3	7	5	4	-	-	-	TOTAL	28%	47
C	1	2	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	4	-	4	-	TOTAL	9%	15

.A= DIRECTO  
.B= INDIRECTO  
.C= AMBOS

FICHA DE IDENTIFICACION

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A			
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
A	-	1	2	-	-	-	-	4	1	-	-	-	-	2	-	1	5	TOTAL	10%	16
B	1	2	2	2	-	-	-	3	-	1	-	-	-	2	-	1	-	TOTAL	8%	14
C	-	1	2	4	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	TOTAL	6%	10
D	-	-	3	2	8	5	-	1	3	-	1	1	1	1	-	1	5	TOTAL	19%	32

.A= ESTADO CIVIL  
.B= OCUPACION  
.C= LUGAR DE ORIGEN  
.D= LUGAR DE RESIDENCIA

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A			
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
A	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL	.5%	1
B	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	2	1	-	-	-	1	5	TOTAL	7%	12
C	-	-	1	-	-	3	-	-	1	-	3	-	-	-	-	1	-	TOTAL	5%	9
D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	TOTAL	1%	2
E	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	4	TOTAL	6%	10
F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	TOTAL	.5%	1
G	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	4	TOTAL	6%	10

.A= ANTECEDENTES PATERNO-MATERNO      .E= P. CARDIOVASCULARES  
 .B= DIABETES      .F= P. CEREBRO-VASCULAR  
 .C= TUBERCULOSIS      .G= TUMORES  
 .D= SIFILIS

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A			
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			
A	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	TOTAL	2%	3
B	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	TOTAL	3%	5
C	1	-	1	1	-	2	-	-	-	-	2	1	1	-	1	1	-	TOTAL	7%	11
D	-	-	1	-	-	3	-	-	1	3	2	3	-	-	-	-	-	TOTAL	8%	13
E	-	-	1	-	-	3	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	TOTAL	5%	8
F	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL	1%	2

.A= ENF. INFANTILES      .D= ALERGIAS  
 .B= HOSPITALIZACION      .E= TRAUMATISMOS  
 .C= CIRUGIAS      .F= TRANSFUCIONES

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	3	-	1	1	1	1	1	3	-	2	1	3	1	1	-	1	-	TOTAL 12% 20
B	5	-	-	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	5 TOTAL 9% 15
C	3	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	5 TOTAL 7% 12
D	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	TOTAL 3% 5
E	3	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1 TOTAL 4% 7
F	1	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1	3	1	2	-	1	-	TOTAL 7% 12
G	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	TOTAL 2% 3

.A= ALIMENTACION  
 .B= PESO  
 .C= TALLA  
 .D= HIGIENE PERSONAL

.E= HABITOS (TAB, AL)  
 .F= INMUNIZACION  
 .G= VIVIENDA

EXPOSICION A SUSTANCIAS TOXICAS

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 00% 0

.A= POLVO, QUIMICOS, SMOG, ACIDOS.



ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRAS

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	1	-	-	-	-	1	-	-	2	1	3	1	-	-	-	1	5	TOTAL 16% 15
B	1	1	1	1	1	1	-	1	-	1	3	1	1	-	3	1	6	TOTAL 25% 23
C	-	2	1	2	1	1	1	7	3	2	3	-	2	-	5	2	8	TOTAL 43% 40
D	-	-	-	1	-	1	-	-	2	-	1	-	-	-	-	1	4	TOTAL 10% 10
E	1	3	1	2	-	1	-	7	1	1	3	-	1	-	5	-	6	TOTAL 34% 32
F	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	2	-	-	-	-	-	3	TOTAL 9% 8
G	1	1	1	-	-	2	-	1	3	1	2	1	-	-	2	-	4	TOTAL 20% 19
H	1	1	1	-	-	2	-	1	2	2	2	1	-	1	1	-	3	TOTAL 19% 18
I	1	-	-	-	-	1	1	-	-	1	3	1	1	-	7	-	-	TOTAL 17% 16
J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	-	-	TOTAL 3% 5
K	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	-	-	TOTAL 36% 4

- .A= MENARCA
- .B= CARACT. CICLOS
- .C= FECHA ULTIMA
- .D= INICIO VIDA SEXUAL
- .E= CONTROL NATAL
- .F= FECHA ULTIMO PARTO
- .G= EMBARAZO
- .H= GESTACION, CESAREA, ABORTO
- .I= CITOLOGIA EXPOLIATIVA
- .J= CITOLOGIA RESULTADOS
- .K= MENOPAUSIA

TERAPEUTICA ACTUAL

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	3	-	-	1	-	2	-	-	1	2	1	-	1	-	-	-	-	TOTAL 7% 11
B	1	-	-	-	-	1	-	-	-	2	1	-	1	-	-	-	-	TOTAL 4% 6
C	2	-	-	1	-	1	-	-	-	2	1	-	1	-	-	-	-	TOTAL 5% 8
D	1	1	-	-	-	-	-	6	-	-	1	-	-	-	2	-	3	TOTAL 8% 14
E	-	1	-	-	-	2	1	-	-	-	-	1	-	-	5	1	-	TOTAL 7% 11
F	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	1	-	-	-	1	1	1	TOTAL 4% 7

- .A= SI PREGUNTA, PERO NO TOMA
- .B= NOMBRE
- .C= DOSIS
- .D= DESDE CUANDO
- .E= ANTICONCEPTIVOS, DIU.
- .F= NO SE ACUERDA

PADECIMIENTO ACTUAL

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A			
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	1	1	1	3	1	-	3	-	3	2	1	5	2	1	2	1	1	TOTAL	17% 28
B	3	3	4	7	9	5	6	1	6	9	6	7	4	2	4	4	1	TOTAL	48% 81
C	5	6	6	8	9	7	4	4	7	10	8	9	6	5	10	10	6	TOTAL	71% 120
D	3	4	3	5	7	5	6	3	5	2	4	6	-	1	-	3	-	TOTAL	34% 57
E	1	1	2	1	1	2	3	1	-	-	-	-	-	-	3	2	-	TOTAL	10% 17
F	3	-	3	3	4	3	5	4	5	5	5	6	3	2	3	4	1	TOTAL	36% 59
G	2	-	1	1	4	-	-	-	2	-	3	1	-	-	1	1	-	TOTAL	9% 16
H	2	2	2	4	7	2	4	2	2	1	2	3	1	-	2	1	-	TOTAL	22% 37
I	6	-	3	2	-	2	4	9	5	2	1	-	-	1	4	-	4	TOTAL	26% 43

- .A= CUADROS IGUALES ANTES
- .B= CUANDO EMPEZO
- .C= DOLOR
- .D= FORMA DE APARICION
- .F= QUE LE PRECEDE

- .G= QUE LO ACOMPARA
- .H= QUE LO REMITE
- .I= FRECUENCIA PERIODICIDAD
- .J= CHEQUEO/SEGUIMIENTO

ESPONTANEIDAD DEL PACIENTE

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A			
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	7	2	-	1	-	2	9	1	-	-	4	1	1	8	7	6	7	TOTAL	33% 56
B	3	8	10	9	10	8	1	9	10	10	6	9	7	2	3	4	3	TOTAL	67% 112

- .A= SI
- .B= NO

AREA: III EXPLORACION FISICA

SE LE INDICA AL PACIENTE QUE SE LE VA A EXPLORAR

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A			
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	6	6	4	8	5	6	6	7	5	3	2	2	2	2	5	7	9	TOTAL	51% 85
B	-	1	-	-	2	1	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL	4% 7
C	1	-	1	-	3	1	1	2	-	5	3	7	-	-	-	-	-	TOTAL	14% 24
D	3	3	5	2	-	2	2	1	3	2	5	1	6	8	5	3	1	TOTAL	31% 52

- .A= SI
- .B= NO
- .C= BEBE
- .D= NO EXPLORA

## INDICA COMO DEBE COLOCARSE

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A		
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	7	5	1	4	3	4	7	7	4	3	-	2	2	2	5	7	9	TOTAL 43%	72
B	-	2	-	4	5	4	1	-	3	-	2	-	-	-	-	-	-	TOTAL 12%	21
C	3	3	7	2	-	2	2	1	3	2	5	1	6	8	5	3	1	TOTAL 31%	52
D	-	-	2	-	2	-	-	2	-	5	3	7	-	-	-	-	-	TOTAL 14%	24

.A= SI  
.B= NO  
.C= NO EXPLORA  
.D= BEBE

## CONVERSACION DURANTE LA EXPLORACION

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A		
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	4	4	1	4	-	1	-	1	1	1	-	-	-	-	1	-	3	TOTAL 12%	21
B	3	3	2	1	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	1	3	-	TOTAL 10%	17
C	4	1	1	2	1	-	-	2	1	-	2	-	-	-	1	3	-	TOTAL 11%	18
D	3	1	1	2	6	7	3	3	1	3	1	1	-	2	-	6	-	TOTAL 24%	40
E	4	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 5%	8
F	1	2	-	3	-	1	5	6	1	4	3	6	2	-	3	1	6	TOTAL 26%	44
G	3	3	5	2	-	2	2	1	3	2	5	1	6	8	5	3	1	TOTAL 31%	52

.A= DE LO QUE SIENTE  
.B= DE LO QUE TIENE QUE HACER EL PACIENTE  
.C= DE LO QUE VA OBTENIENDO POR RESULTADOS  
.D= DE SUS SINTOMAS  
.E= DE OTRAS COSAS  
.F= NADA  
.G= NO EXPLORA

## INDICA ESTADO FISICO DESPUES DE LA EXPLORACION

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A		
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	3	3	5	2	-	2	2	1	3	2	5	1	6	8	5	3	1	TOTAL 31%	52
B	7	4	1	6	2	4	1	7	4	1	1	4	2	2	4	7	9	TOTAL 40%	66
C	-	3	4	2	8	4	7	2	3	7	4	5	-	-	1	-	-	TOTAL 29%	50

.A= NO EXPLORA  
.B= SI  
.C= NO

EL PACIENTE HACE PREGUNTAS AL MEDICO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	6	4	-	5	1	6	4	1	1	2	1	1	2	2	-	2	1	TOTAL 23% 39
B	4	6	10	5	9	4	6	9	9	8	9	9	6	8	10	8	9	TOTAL 77% 129

.A= SI

.B= NO

AREA: IV PROCESO DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO CLINICO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 00 000
B	2	-	-	2	-	-	1	1	1	1	3	1	1	1	-	-	-	TOTAL 8% 14
C	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL .5% 1
D	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 1% 2
E	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	TOTAL 2% 4
F	2	1	1	-	5	1	1	-	-	5	2	5	3	1	-	-	-	TOTAL 16% 27
G	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL .5% 1
H	-	-	-	1	-	3	2	1	-	1	2	1	2	1	8	-	5	TOTAL 16% 27
I	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOT. 1.5% 3
J	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 1% 2
K	1	-	-	-	1	2	-	2	4	-	1	1	2	-	-	3	2	TOTAL 11% 19
L	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	TOTAL 1% 2
M	2	4	6	-	-	1	4	3	-	-	1	-	1	-	1	4	2	TOTAL 17% 29
N	2	1	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 3% 6
O	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL .5% 1
P	-	1	1	2	5	1	2	-	2	-	1	3	-	-	-	2	-	TOTAL 12% 20
Q	2	-	-	-	-	-	-	1	3	1	-	-	-	-	-	1	1	TOTAL 5% 9
R	1	-	1	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	TOT. 2.5% 5
S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 00 000
T	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 00 000
U	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL .5% 1
V	1	4	-	5	1	-	-	-	2	1	-	-	-	6	-	-	-	TOTAL 12% 20
W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	TOTAL 1% 2
X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 00 000

- .A= AMENAZA DE ABORTO
- .B= PARASITOSIS
- .C= PROB.VIAS RESPIRATORIAS BAJAS
- .D= DESHIDRATAACION
- .E= PROB.RENAL URINARIO
- .F= PROB.VIAS RESPIRATORIAS ALTAS
- .G= HIPERTENCION
- .H= PROB.GENITAL
- .I= NO HAY DX.
- .J= ABSESOS,TUMORES
- .K= ANEMIA
- .L= PROB.CARDIO-VASCULARES
- .M= SANO
- .N= DESNUTRICION
- .O= NINO MALTRATADO
- .P= PROB.GASTRO-INTESTINAL
- .Q= EMBARAZO
- .R= PROB.DERMATOLOGICO
- .S= DIABETES
- .T= PROB.SISTEMA NERVIOSO
- .U= TRANSTORNOS CONDUCTUALES
- .V= TRAUMATISMOS
- .W= ENF. DE LOS DIENTES
- .X= OTROS

EL MEDICO DA DIAGNOSTICO AL PACIENTE

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	-	1	1	2	-	-	-	-	-	1	1	1	2	-	-	3	-	TOTAL 7% 12
B	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	1	-	TOTAL 5% 9
C	8	2	-	4	8	4	3	8	5	2	1	3	-	6	6	4	7	TOTAL 42% 71
D	-	3	3	-	-	1	1	-	3	5	7	3	4	1	-	-	-	TOTAL 18% 31
E	-	-	-	4	1	1	2	1	2	2	-	1	-	-	4	-	-	TOTAL 11% 18
F	-	3	5	-	-	3	4	1	-	-	1	-	1	4	-	2	3	TOTAL 16% 27
G	-	1	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	TOTAL 3% 5

- .A= NOMBRE CLINICO
- .B= EXPLICA Y DA NOMBRE CLINICO
- .C= EXPLICA SIN NOMBRE CLINICO
- .D= NADA
- .E= AMBIGUO
- .F= PLATICA
- .G= CANALIZA

CAUSAS SINTOMATOLOGICAS

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	9	-	-	3	1	1	1	4	1	-	-	2	4	4	-	2	2	TOTAL 20% 34
B	1	9	10	7	9	8	9	1	8	10	9	8	3	2	10	4	3	TOTAL 66% 111
C	-	1	-	-	-	1	-	5	1	-	1	-	1	4	-	4	5	TOTAL 14% 23

.A= SI .B= NO .C= NO HAY

RELACION SINTOMATOLOGICA-DIAGNOSTICO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	3	1	-	-	1	2	1	3	-	-	-	4	-	1	-	5	-	TOT.12.5% 21
B	-	-	-	3	4	2	3	-	2	1	5	4	-	-	4	-	-	TOTAL 17% 28
C	7	9	10	7	5	6	6	7	8	9	5	2	8	9	6	5	10	TOTAL 71% 119

.A= SI .B= NO .C= NO MENCIONA OTROS

RELACION MÓTIVO CONSULTA-DIAGNOSTICO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	10	2	2	2	9	3	2	4	1	-	1	5	3	5	3	5	5	TOTAL 37% 62
B	-	4	1	2	-	4	4	1	2	6	8	5	4	-	6	2	-	TOTAL 29% 49
C	-	4	7	6	1	3	4	5	7	4	1	-	1	5	1	3	5	TOTAL 34% 57

.A= SI .B= NO .C= PACIENTE SABE

AREA: V TRATAMIENTO

PRESCRIPCION

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A		
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	1	6	4	4	7	6	1	3	6	7	7	8	3	-	5	5	3	TOTAL 45%	76
B	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	TOT. 2.5%	4
C	7	-	1	4	2	-	5	4	1	3	2	2	1	2	1	-	2	TOTAL 22%	37
D	2	4	5	-	1	4	4	3	2	-	-	-	4	8	4	4	1	TOTAL 27%	46
E	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	4	TOTAL 4%	6

.A= MEDICAMENTOSA

.D= NO

.B= NO MEDICAMENTOSA

.E= METODOS PLANIFICACION FAM.

.C= AMBAS

UNICAMENTE

MEDICAMENTOSA

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A		
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
A	8	4	5	8	9	6	6	7	7	10	9	10	4	2	8	4	5	TOTAL 67%	112
B	6	2	2	5	8	5	6	5	7	3	9	10	3	2	8	4	5	TOTAL 54%	90
C	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOT. 1.5%	2
D	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 4%	6
E	4	-	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	TOT. 8.5%	8
F	-	-	1	3	6	-	-	5	1	4	3	5	1	1	4	3	2	TOTAL 23%	39
G	2	3	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	TOT. 4.5%	8
H	7	2	3	5	3	6	6	2	6	6	5	5	3	1	4	1	3	TOTAL 40%	68
I	3	2	-	-	-	1	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	TOTAL 5%	9
J	7	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOT. 4.5%	8

.A= DOSIS, DURACION

.B= HASTA CUANDO

.C= CON QUE ALIMENTOS

.D= COMPLICACIONES, CONTRAINDICACIONES

.E= EFECTOS POSITIVOS

.F= CANAL ESCRITO

ORAL

ESCRITO-ORAL

.G= PACIENTE PREGUNTA

.H= MEDICO SE CERSIORA DE QUE EL PACIENTE ENTENDIO

NO MEDICAMENTOSA

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	6	-	-	2	-	1	1	1	-	-	-	1	-	1	-	-	1	TOTAL 8% 14
B	6	-	1	3	2	-	4	4	1	4	2	3	1	2	1	3	2	TOTAL 23% 39
C	5	-	-	4	2	1	1	3	1	-	-	1	-	1	-	-	1	TOTAL 12% 20
D	3	-	-	2	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	TOTAL 5% 9
E	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 2% 3
F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 00 000
	5	-	1	6	2	1	5	4	2	4	2	3	1	2	1	3	2	TOTAL 26% 44
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOT. 1.5% 2
G	3	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 4% 6
H	6	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	TOTAL 5% 9
I	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	4	TOTAL 4% 6

- .A= EXPLICA POR QUE .B= HIGIENICO-DIETETICA  
 .C= EXPLICA COMO .D= CADA CUANDO  
 .E= HASTA CUANDO .F= CANAL ESCRITO  
 .G= PACIENTE HACE PREGUNTAS ORAL  
 ORAL-ESCRITO  
 .H= EL MEDICO SE CERSIORA DE QUE EL PACIENTE ENTENDIO  
 .I= PLATICA DE PLANIFICACION FAMILIAR UNICAMENTE

LABORATORIO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A		
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	-	1	-	-	-	1	-	4	-	4	3	4	2	2	3	2	2	TOTAL 17% 28
B	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	2	2	2	1	1	1	TOTAL 7% 12
C	-	1	-	-	-	-	-	3	-	2	2	2	-	2	-	1	1	TOTAL 8% 14
D	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	1	1	-	1	TOTAL 4% 7
E	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	2	2	-	2	2	TOTAL 8% 14
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	TOTAL 5% 1
F	-	-	-	-	-	1	-	4	-	2	2	1	-	-	3	-	-	TOT. 7.5% 13
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	-	1	TOTAL 3% 5

- .A= SI .E= CANAL E SPLICA-ESCRIBE  
 .B= EXPLICA DONDE ESCRIBE  
 .C= QUE SE VA A OBTENER EXPLICA  
 .D= COMO SON, QUE DEBE HACER ANTES Y/O DESPUES .F= EXPLICA RESULTADOS



CANALIZACION

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	-	1	-	1	-	1	1	-	-	1	3	-	1	1	-	-	-	TOTAL 6% 10
B	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	TOTAL 4% 6
C	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	TOTAL 2% 4
D	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	TOTAL 2% 4
E	-	2	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 3% 5
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TOTAL 00 000
	-	-	-	3	-	-	-	-	-	3	-	-	1	1	-	-	-	TOT. 4.5% 8

.A= SI  
 .B= EXPLICA DONDE  
 .C= QUE SE VA A OBTENER

.D= INDICA POR QUE  
 .E= CANAL EXPLICA-ESCRIBE  
 ESCRIBE  
 EXPLICA

AREA: VI SEGUIMIENTO

EXPEDIENTE CLINICO

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	3	3	1	2	-	1	-	7	2	-	2	1	-	3	5	1	2	TOTAL 20% 33
B	7	7	9	8	10	9	10	3	8	10	8	9	8	7	5	9	8	TOTAL 80% 135

.A= SI .B= NO

CITA

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A	
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
A	7	5	3	4	5	6	4	6	7	1	2	2	-	2	5	3	8	TOTAL 42% 70
B	1	2	5	4	3	3	3	1	3	6	7	6	4	4	4	4	1	TOTAL 36% 61
C	2	3	2	2	2	1	3	3	-	3	1	2	4	4	1	3	1	TOTAL 22% 37

.A= SI .B= NO .C= ABIERTA

DESPEDIDA

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A	7	4	1	1	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
B	3	6	9	9	10	9	3	10	10	10	10	10	8	10	10	7	10
-----																	
.A= SI                      .B= NO																	

T.U.	C	C	C	C	C	B	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A	A
MED.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
B	-	1	2	-	-	6	5	-	-	1	3	1	4	1	3	4	1
C	3	3	2	4	-	-	3	1	7	2	4	4	1	2	2	2	2
D	-	2	-	1	4	-	2	4	7	2	2	4	1	2	1	-	-
E	-	-	2	3	3	1	1	2	2	-	2	-	1	1	2	1	2
F	3	1	2	2	1	-	2	1	-	-	-	1	-	2	2	1	1
G	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2
H	1	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
I	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
K	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-----																	
.A= MENOS 5 MIN.                      .G= 19 a 20 MIN.																	
.B= 5 a 7 MIN.                          .H= 21 a 25 MIN.																	
.C= 8 a 10 MIN.                        .I= 26 a 30 MIN.																	
.D= 11 a 12 MIN.                       .J= 31 a 35 MIN.																	
.E= 13 a 15 MIN.                       .K= 36 a 40 MIN.																	
.F= 16 a 18 MIN.                       .L= MAS DE 40 MIN.																	

PRESENTACION DE RESULTADOS  
(CRUCES DE INDICES E INDICADORES)

AREA I IDENTIFICACION

1)	TIPO DE UNIDAD = 1 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 28.57%
2)	TIPO DE UNIDAD = 2 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 41.07%
3)	TIPO DE UNIDAD = 3 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 29.76%
4)	TIPO DE CONSULTA = 1 Y SEXO = 1 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 33.93%
5)	TIPO DE CONSULTA = 1 Y SEXO = 2 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 16.67%
6)	TIPO DE CONSULTA = 2 Y SEXO = 1 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 36.31%
7)	TIPO DE CONSULTA = 2 Y SEXO = 2 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 12.50%
8)	TIPO DE CONSULTA = 1, SEXO = 2 Y EDAD = 4 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 3.57%
9)	TIPO DE CONSULTA = 2, SEXO = 2 Y EDAD = 4 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 0.60%
10)	SEXO = 1 Y EDAD = 1 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 5.36%
11)	SEXO = 1 Y EDAD = 2 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 7.14%
12)	SEXO = 1 Y EDAD = 3 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 2.98%

13)	SEXO = 1 Y EDAD = 4 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 5.36%
14)	SEXO = 1 Y EDAD = 5 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 42.86%
15)	SEXO = 1 Y EDAD = 6 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 6.55%
16)	SEXO = 2 Y EDAD = 6 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 4.17%
17)	SEXO = 2 Y EDAD = 5 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 8.93%
18)	SEXO = 2 Y EDAD = 4 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 4.17%
19)	TIPO DE CONSULTA = 1 Y ESCOLARIDAD = 1 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 6.55%
20)	TIPO DE CONSULTA = 1 Y ESCOLARIDAD = 2 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 44.64%
21)	TIPO DE CONSULTA = 2 Y ESCOLARIDAD = 1 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 3.57%
22)	TIPO DE CONSULTA = 2 Y ESCOLARIDAD = 2 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 45.24%
23)	TIPO DE CONSULTA = 1, SEXO = 2 Y EDAD = 5 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 4.76%
24)	TIPO DE CONSULTA = 2, SEXO = 2 Y EDAD = 5 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 4.17%
25)	TIPO DE CONSULTA = 1, SEXO = 2 Y EDAD = 6 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 1.79%
26)	TIPO DE CONSULTA = 2, SEXO = 2 Y EDAD = 6 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 2.38%
27)	TIPO DE CONSULTA = 1, SEXO = 2 Y EDAD = 4 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 3.57%
28)	TIPO DE CONSULTA = 2, SEXO = 2 Y EDAD = 4 PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION	---- 0.60%

- 29) TIPO DE CONSULTA = 2, SEXO = 1 Y EDAD = 4  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 2.98%
- 30) TIPO DE CONSULTA = 2, SEXO = 1 Y EDAD = 5  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 25.%
- 31) TIPO DE CONSULTA = 2, SEXO = 1 Y EDAD = 6  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 4.76%
- 32) ESCOLARIDAD = 2, SEXO = 1 Y EDAD = 6  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 6.55%
- 33) ESCOLARIDAD = 2, SEXO = 1 Y EDAD = 5  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 38.69%
- 34) ESCOLARIDAD = 2, SEXO = 1 Y EDAD = 4  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 4.76%
- 35) ESCOLARIDAD = 2, SEXO = 2 Y EDAD = 4  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 4.17%
- 36) ESCOLARIDAD = 2, SEXO = 2 Y EDAD = 5  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 6.55%
- 37) ESCOLARIDAD = 2, SEXO = 2 Y EDAD = 6  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 4.17%

#### AREA II HISTORIA CLINICA

- 38) UBICACION DEL PACIENTE = 1 Y SALUDO = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 14.88%
- 39) UBICACION DEL PACIENTE = 1 Y SALUDO = 2  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 4.17%
- 40) UBICACION DEL PACIENTE = 2 Y SALUDO = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 10.12%
- 41) UBICACION DEL PACIENTE = 2 Y SALUDO = 2  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 70.83%
- 42) FORMA DE LLAMARLO = 1, SALUDO = 1 Y UBICACION = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 7.74%

- 43) FORMA DE LLAMARLO = 2, SALUDO = 1 Y UBICACION = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 6.55%
- 44) FORMA DE LLAMARLO = 3, SALUDO = 1 Y UBICACION = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 0.60%
- 45) CONDUCCION DEL INTERROGATORIO = 2 Y TIPO = 2  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 27.98%
- 46) SALUDA = 1, UBICA = 1, CONDUCCION = 1, TIPO = 2 Y FORMA  
DE LLAMARLO = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 7.14%
- 47) SALUDA = 1, UBICA = 1, CONDUCCION = 1, TIPO = 2 Y FORMA  
DE LLAMARLO = 2  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 5.95%
- 48) EDAD = 4, 5 Y 6, TIPO DE CONSULTA = 2 Y SEXO = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 36.31%
- 49) EDAD = 4, 5 Y 6, TIPO DE CONSULTA = 1 Y SEXO = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 33.93%
- 50) PADECIMIENTO ACTUAL = I Y TIPO DE CONSULTA = 2  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 9.52%
- 51) PADECIMIENTO ACTUAL = I Y TIPO DE CONSULTA = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 1.19%

#### AREA III EXPLORACION FISICA

- 52) INDICA EXPLORACION = 1, COLOCARSE = 1, ESTADO FISICO = 1 Y  
PAC. HACE PREGUNTAS  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 30.95%
- 53) INDICA EXPLORACION = 1 Y ESTADO FISICO = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 35.12%
- 54) INDICA ESTADO FISICO = 2 Y HACE PREGUNTAS = 1  
PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ---- 5.36%

AREA IV. PROCESO DIAGNOSTICO

55)	EL MEDICO DA DX. = 3 Y EXPLICA SINTOMAS = 1	
	PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ----	14.29%
56)	EL MEDICO DA DX. = 4 Y EXPLICA SINTOMAS = 1	
	PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ----	1.79%
57)	EL MEDICO DA DX. = 4 Y EXPLICA SINTOMAS = 2	
	PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ----	15.48%
58)	RELACIONA EL MED. SINTOMAS - DX. AL PAC. = 1	
	PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ----	12.50%
59)	RELACIONA EL MED. SINTOMAS - DX. AL PAC. = 2	
	PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ----	16.67%
60)	RELACIONA EL MED. SINTOMAS - DX. AL PAC. = 3	
	PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ----	70.83%
61)	RELACIONA EL MED. MOTIVO CONSULTA - DX. AL PAC. = 1	
	PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ----	36.90%
62)	RELACIONA EL MED. MOTIVO CONSULTA - DX. AL PAC. = 2	
	PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ----	29.17%
63)	RELACIONA EL MED. MOTIVO CONSULTA - DX. AL PAC. = 3	
	PORCENTAJE EN RELACION A ESTA CONDICION ----	33.93%

( ANEXO 18 )

PRESENTACION DE RESULTADOS  
( MEDICOS )

RANGO	TERMINACION DE LICENCIATURA
SERVICIO SOCIAL ---47%	1941-1950 ----- 6%
MEDICO DE BASE ----41%	1966-1970 ----- 6%
OTROS -----12%	1971-1975 -----18%
POSGRADO	1976-1980 -----23%
ESPECIALIZACION --- 6%	1981-1893 -----12%
NINGUNO -----94%	1984-1985 -----29%
	DESPUES 1985----- 6%
LECTURA REVISTAS ESPECIALIZADAS	EDUCACION CONTINUA 5 ULTIMOS ANOS
SI -----88%	SI ----- 65%
NO -----12%	NO ----- 35%
PARTICIPACION CONGRESOS	EXPERIENCIA EN LA SSA
PONENTE -----12%	DE 16 A 25 ANOS -- 6%
ASISTENTE -----35%	DE 6 A 10 ANOS ---29%
NINGUNO -----53%	DE 3 A 5 ANOS ----12%
	DE 1 A 2 ANOS ----18%
	DE 6 A 11 MESES -- 6%
	DE 0 A 5 MESES ---29%
TIEMPO DE TRABAJAR C.S.	ANTECEDENTES LABORALES
MAS DE 10 ANOS ---- 6%	CLINICA PRIV. -----12%
DE 6 A 10 ANOS ----12%	SANATORIO Y HOSPITAL
DE 1 A 5 ANOS ----29%	PRIVADO -----6%
DE 6 A 11 MESES ---12%	CRUZ ROJA ----- 6%
DE 1 A 5 MESES ----41%	SSA HOSPITAL -----58%
	ESCUELAS -----12%
	NINGUNA ----- 6%



**ACTIVIDADES DEL PUESTO**

CONSULTA EXTERNA -----100%  
VISITAS DOMICILIARIAS--- 18%  
PLKATICAS Y CURSOS ----- 12%  
PLANIFICACION FAM. ----- 41%  
VACUNACION ----- 6%  
ATENCION URGENCIAS ----- 18%  
ATENCION DE PARTOS ----- 6%  
CIRUGIA MENOR ----- 29%

**SEXO**

MASCULINO -----59%  
FEMENINO -----41%

**ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS**

SI -----59%  
NO -----41%

**ACTIVIDADES PROFESIONALES  
FUERA DE LA SSA**

SI -----35%  
NO -----65%

(ANEXO 19)

PRESENTACION DE RESULTADOS  
(EQUIPO Y MATERIAL)

CEN TOOS DE SALUD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
-Mesa de Exploración con pierneras	11	11	12	11	11	12	11	11	11
-Escritorio	11	11	11	12	11	11	11	11	11
-Sillas	11	2	11	11	11	11	11	11	11
-Estante para med.y equipo	11	11	11	12	11	11	11	11	11
-Lavabo (s)	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-Sanitario (s)	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-Agua potable	11	41	41	41	42	41	41	11	11
-Báscula con medidor	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-Báscula para bebés	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-Estadiómetro	11	3	11	3	11	11	11	11	11
-Cinta métrica	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-Lámpara	11	11	3	11	11	11	3	3	11
-Estuche de Dx.	11	11	3	11	11	11	3	3	11
.Otoscopio	11	11	3	11	11	11	3	3	11
.Rinoscopio	11	11	3	3	11	11	3	3	11
.Oftalmoscopio	11	11	3	11	3	11	11	3	11
-Laringoscopio	11	11	11	11	11	3	11	3	11
-Estetoscopio	11	11	11	11	3	11	11	11	11
-Baumanómetro	11	11	11	3	11	11	11	11	11
-Espejo vaginal	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-Pinard	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-Lámpara de Cisne	11	11	11	3	11	11	11	11	11
-Cartilla de Snellen	3	3	3	3	3	11	3	3	3
-Martillo de reflejo	11	11	3	3	3	3	11	11	3
-Lupa	11	3	3	3	3	11	3	3	3
-Abatelenguas	11	11	11	3	11	3	11	11	11
-Alfileres	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-Algodón	11	11	11	3	11	11	11	11	11
-Guantes	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-Gasas	11	11	11	11	11	11	11	11	11
-Tela adhesiva	11	11	11	3	11	11	11	11	11
-Agujas y Suturas	11	11	11	11	11	11	11	11	11

NOTA: 11= SI EXISTE, SI FUNCIONA  
12= SI EXISTE, NO FUNCIONA  
3= NO EXISTE  
41= AGUA ENTUBADA  
42= AGUA HERVIDA

## BIBLIOGRAFIA

- Acuña, Héctor, "Participación de la Comunidad en la Salud", en Crónicas del 75 Aniversario de la O.P.S., O.P.S., 1977.
- Alvarez Bravo, Alfonso, Discurso pronunciado en la inauguración de las Jornadas Médicas, en Gaceta Médica de México, tomo XCIII, No. 3, Marzo de 1963, México.
- Anónimo, "Cost-benefit Analysis for Newborn: Screening for metabolic disorders", en N. Engl. J. Med., 291: 1414, 1974.
- Anónimo, "La Atención a la Salud Significa Algo más que Médicos", en Crónicas del 75 Aniversario de la O.P.S., O.P.S., 1977.
- A.N.U.I.E.S., Planes de Estudio de la Carrera de Medicina en México, A.N.U.I.E.S., México, 1983.
- Arce G., Fco, et.al., Historia de las Profesiones en México, El Colegio de México, México, 1982.
- Berlinguer, Giovanni, Medicina y Política. Papel Social del Médico. El Conflicto entre Ciencia, Conciencia e Interés, ed. Cuarto Mundo, Buenos Aires, 1975.
- Bustamante, Miguel, Discurso Inaugural de las VIII Jornadas Médicas, en Gaceta Médica de México, tomo XCIII, No. 3; Marzo de 1963, México.
- Bustamante, Miguel E, "El médico como educador en una sociedad en crisis", Gaceta Médica de México, vol.105, No:2, Feb., México.
- Castelazo Ayala, Luis, "Responsabilidades Sociales en la Enseñanza y en el ejercicio de la medicina", en Gaceta Médica de México, vol.108, No:2, Agosto de 1974, México.
- Castillo Nava, J., Fundamentos del Diagnóstico, Edit. Francisco Méndez Cervantes, México 1980.
- Córdova, A., et.al., "El Discurso Académico de la salud en México", en La Cultura en México, suplemento cultural de la revista "Siempre", 26 de marzo de 1986, México.
- Chávez, Ignacio, "Ética. Deontología y responsabilidades del Médico Contemporáneo" en Gaceta Médica de México, vol.100, Julio de 1970, México.

- De la Fuente M., Ramón, Psicología Médica, F.C.E., México, 1964.
- Dirección General de Educación para la Salud, Guía para el Educador de la Salud, Subsecretaría de Salubridad, SSA, México, S/F.
- Dirección General de Orientación Vocacional, Organización Académica 1979-1980 de la Facultad de Medicina, Secretaría de la Rectoría, UNAM, México. S/F.
- Durán, L., et. al., Calidad de la Conducta Prescriptiva en Atención Primaria, CISP - INSP, SSA, México, mimeo, 1986.
- Facultad de Medicina, Hacia un Sistema Nacional de Salud, Coordinación de los Servicios de Salud, Fac. de Medicina, UNAM, México, 1983.
- Facultad de Medicina, Memoria del Segundo Seminario Internacional de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud, Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1985.
- Facultad de Medicina, Tercer Seminario Interinstitucional de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud, Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1986.
- Facultad de Medicina, Unidad Didáctica No.2, ciclos IX y X, Depto. de Internado, UNAM, México, 1982.
- Facultad de Medicina, Unidad Didáctica No.5, ciclos IX y X, Depto. de Internado, UNAM, México, 1982.
- Facultad de Medicina, Unidad Didáctica No.9, ciclo IX y X, Depto. de Internado, UNAM, México, 1982.
- Facultad de Medicina, Unidad Didáctica No.11, ciclo IX y X, Depto. de Internado, UNAM, México, 1982.
- Foucault, M., La Verdad y las Formas Jurídicas, Colección Hombre y Sociedad No.1, GEDISA, México, 1984.
- Foucault, M., Vigilar y Castigar, Ed. Siglo XXI, México, 1981.
- Foucault, M., Historia de la Sexualidad, vol. 1: La Voluntad de Saber, Ed. Siglo XXI, México, 1985.
- Foucault, M., El Nacimiento de la Clínica, Ed. Siglo XXI, México, 1983.

Frenk, Julio., et. al., "El Mercado de Trabajo Médico: Evolución Histórica en México", en Gaceta Médica de México, vol.116, No.6, Junio de 1980, México.

Frenk, Julio., et. al., "Medicina Liberal y Medicina Institucional en México", en Salud Pública de México, Época V; vol.XVIII, No.3, Mayo-Junio 1976, México.

Gramsci, A., Los Intelectuales y la Organización de la Cultura, Cuadernos de la Cárcel No.2, Juan Pablos Editor, México, 1975.

Gramsci, A., Notas Sobre Maquiavelo, sobre Política y sobre el Estado Moderno, Cuadernos de la Cárcel, No.1, Juan Pablos Editor, México, 1975.

Hernández Chávez H., "Historia de la participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México", en Ortiz Quesada, F., (Ed) Vida y Muerte del Mexicano, Folios Ediciones, México, 1980.

Izquierdo, José Joaquín, "Investigación Científica y Especialización para la Educación y la Enseñanza de médicos y Biólogos: Antecedentes Próximos y Remotos. Presente y Futuro", en Gaceta Médica de México, vol.102, No. 1, Julio de 1971, México.

Laurell, A.C., Tendencia de la Investigación Social en la Salud del Trabajador, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, S/F.

López Acuña, D, et. al., "El Huevo de la Serpiente: Panorama de la Salud en México", en revista Nexos, S/N, S/F.

Lozoya, X., "Visión Histórica de la Medicina Tradicional", en Ortiz Quesada, F.,(ed) Vida y Muerte del Mexicano, Foros Edicionales, México, 1980.

Mercer, H., "Investigación Social Aplicada al Campo de la Salud", en Educación Médica y Salud, vol.9, No.4, UAM-X, México, 1975.

Menéndez L., Eduardo, "Hacia una Práctica Médica Alternativa: Hegemonía y Auto-Atención (gestión) en Salud" en Cuadernos de la Casa Chata No. 86, México, 1983.

Menéndez, Eduardo, "Centralización o Autonomía: La Nueva Política del Sector Salud en México", en Boletín de Antropología Americana, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, No.10, Dic. 1984, México.

- Menéndez, E., "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores" en Baraglia, F., et. al., La Salud de los Trabajadores, ed. Nueva Imágen, México, 1978.
- Menéndez, E., "Aproximación Crítica al Desarrollo de la Antropología Médica en América Latina", en Nueva Antropología, vol.VII, No.28, México, 1985.
- Moya Juan Carlos, et. al., "El Médico Informa Adecuadamente a los Pacientes ?" en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 97(1), Julio de 1984.
- Nethol, Ana Ma., et. al., Introducción a la Pedagogía de la Comunicación, ed. Terra Nova, UAM-X, México, 1984.
- Oficina de Enseñanza, La Historia Clínica, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1965.
- Pau Ker, S.J., y Kassirer, J.P., "Therapeutic Decision-Making: a Cost-Benefit Analysis", en N.Engl.J.Med. 293:229-234, 1975.
- Salazar Holguin, H.D., Práctica Médica y Política Sanitaria, UAM-X, México, 1984.
- Salomón, M., "Gramsci: Apuntes para una Propuesta Educativa", en Perfiles Educativos, (Enero-Marzo), 1982, México.
- SSA, Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta, documento interno No.1, México, Abril 1985.
- SSA, Programa Nacional de Salud 1984-1988, Cuadernos Técnicos de Planeación No.6, Subsecretaría de Planeación, SSA, México, 1984.
- Torre, José Miguel, "La Enseñanza de la Medicina en México", Tomo XCIII, No.3, Marzo de 1963, México.
- Uribe Elias, Roberto, "Métodos de Apoyo a la Enseñanza Curricular en Medicina", en Revista Educación Médica, Facultad de Medicina de México, S/N, S/F.
- Vargas T., F., "Integrando a la Comunidad en la Sociedad", en Crónicas del 75 Aniversario de la OPS, OPS, 1977.
- Vasconcelos, Rubén, "La Función Educativa del Médico", en Gaceta Médica de México, vol.101, No.3, Marzo de 1971, México.