

N-13  
25f

ESTADO DE GUERRERO  
SECRETARIA DE SALUD  
SECRETARIA DE EDUCACION



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**DELEGACION No. 4**

**I.M.S.S.**

ESTADISTICA  
MAYO 31 1994  
SERVICIOS  
ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO  
MDM

**LA RELACION MEDICO PACIENTE EN  
UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**DR. ARMANDO HERNANDEZ MIRANDA**



MEXICO, D. F.

**FALTA DE ORIGEN  
TESIS CON**

1994



## **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.

DR. SERGIO PASTRANA GONZALEZ  
JEFE DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA UMF No. 21  
IMSS VALLE DE MEXICO D.F.

DR. JORGE MENESES GARDUÑO  
ASESOR MEDICO FAMILIAR  
PROFESOR ADJUNTO DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA  
FAMILIAR. UMF No. 21 I.M.S.S.

DR. PEDRO CAMACHO CERÓN  
ASESOR: MEDICO PSICQUIATRA DEL HOSPITAL GENERAL  
DE ZONA No. 30 I.M.S.S.



**Con cariño**

**A Mis Padres**

**Salvador Hernández García**

**Margarita Miranda de H.**

Por su apoyo, cariño, estímulo y comprensión en todo momento de mi vida

**A Mis Hermanos y sobrinos**

Por todo su cariño y apoyo en mi carrera

**A Mis Profesores**

Con agradecimiento, respeto y admiración por orientarme en mi formación

**A Mis Amigos y Compañeros**

Por brindarme su amistad en todo momento

## INDICE

TITULO .....	1
INTRODUCCION .....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
HIPOTESIS .....	6
OBJETIVOS .....	7
MATERIAL Y METODOS .....	8
RESULTADOS .....	10
GRAFICAS .....	12
DISCUSION Y ANALISIS .....	26
CONCLUSIONES .....	28
SUGERENCIAS .....	29
ANEXOS .....	30
BIBLIOGRAFIA .....	33

LA RELACION MEDICO PACIENTE DE UN HOSPITAL.

DE 2do. NIVEL.

## INTRODUCCION

Desde la antigüedad se ha reconocido que una adecuada relación médico paciente es un factor de enorme importancia para la recuperación de los enfermos. Sin embargo a pesar de ocupar esta posición relevante, la adquisición de destrezas por parte del médico para conducir esta relación se ha basado en un aprendizaje intuitivo, generalmente a través de la experiencia.(2).

Ersenberg ha hecho notar que en la historia médica que aborda la relación médico paciente existe una excesiva cantidad de opiniones y una escasa de evidencias científicas, parte de ese desequilibrio ha sido debido a la aún insuficiente investigación científica existente sobre este acto tan complejo -. Durante muchos años la relación médico paciente ha sido objeto de estudios de diversas disciplinas sociales, entre las que destacan la psicología, sociología y la antropología médica. Apesar que existe literatura en torno a la naturaleza de la relación social que se establece entre médico y paciente, siguen sin explorarse cuales son las características fundamentales del proceso educativo que vinculan a estos dos sujetos. (1,2,4,6).

La buena atención médica requerida tanto de la cooperación de los pacientes como de la eficacia de los médicos; ademas es indispensable que el paciente sea visto como persona, miembro de una familia específica que vive en un medio ambiente determinado para llevar una relación personal cercana y continua entre médico y paciente. (3).

En los últimos años la autonomía a desplazado a la beneficencia como primer principio de la ética medica, la relación entre el médico y el paciente es ahora mas franca y abierta en ella se respeta la dignidad de los pacientes, es decir que los médicos y pacientes mantengan en confianza la meta de actuar en pro de los mejores intereses mutuos. (7,10).

La consulta externa constituye, por lo menos teóricamente, un ambito por excelencia para la transmisión educativa y que la interacción médico paciente debe redundar en un incremento de los conocimientos que tiene el paciente sobre su cuerpo y su salud a partir de la ayuda del médico, quien no solo debe buscar diagnosticar problemas de salud y curarlos, sino que también contribuir a la educación del paciente al respecto. (4).

La evaluación de la calidad de la atención médica es la relación médico paciente presenta características muy particulares que hacen necesario un sistema de evaluación congruente con ella, que en forma ágil permite la transformación de los datos obtenidos en información útil para la toma de decisiones- (5).

Para entender el tipo de relación que se establece entre médico y paciente se buscó caracterizar seis tareas (Identificación del paciente, Elaboración de la historia clínica, Exploración física, Proceso Diagnóstico, Prescripción y Tratamiento, así como Seguimiento), que estructuran la relación médico paciente en consulta externa. (4).

La relación médico paciente es una relación de poder, en donde la jerarquía se establece por la verticalidad y autoridad que se tiene sobre la salud y la vida del paciente.(4).

Veatch identifica cuatro tipos generales de comités hospitalarios de ética; los que revisan valores éticos y de otro tipo en decisiones sobre la atención de un paciente individual ; los que se ocupan de decisiones y políticas éticamente mas generales, los que se ocupan de pronóstico. (8).

El tipo de relación médico paciente puede entenderse dependiendo de sus características observadas en cada uno de los cuatro modelos propuestos por Robert Veatch que son:

Modelo de Ingeniería: en donde el médico es considerado como un técnico interesado solo en los hechos cualquier decisión de valor se la deja al paciente. Respeto la autonomía del paciente e ignora la del médico, y la responsabilidad en toma de decisiones solo el paciente resuelve los problemas siguiendo las directrices del paciente.

Modelo Sacerdotal: el médico es considerado como un moralista, se preocupa demasiado en la dimensión ética de las decisiones médicas es experto en aspectos morales asumiendo toda la responsabilidad de los juicios de valor limitando seriamente la autonomía del paciente.

Modelo Colegial: el médico como colega, respeta la autonomía tanto del médico como del paciente, responsabilidad en toma de decisiones en ambos pero están en desacuerdo en los objetivos además el médico y el paciente no pueden compartir los mismos valores.

Modelo Contractual: respeta la autonomía como el bienestar de manera ideal, hay un acuerdo entre



el médico y el paciente acerca de las obligaciones y beneficios generales para ambas partes la toma de decisiones es compartida, el paciente tiene control sobre su propia vida y el juicio del médico merece confianza para implementar el objetivogeneral del paciente .(12).

En nuestro medio se torna interesante la relación médico paciente debido a que esta ya sea por su cultura, educación y formación tienen diferentes formas de abordar y tratar al paciente en cuanto a la relación médico paciente, aún es menos frecuente encontrar un estudio desde el punto de vista en base a los cuatro modelos de Robert Veatch expuestos con anterioridad.

Se cuenta con un estudio basado en los cuatro tipos de relación médico paciente realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 I.M.S.S, además de una guía de observación (Carracho/Moya) que se utilizó como instrumento de investigación. En dicho estudio se encontró que el modelo Sacerdocio y el Contractual fueron más frecuentes que el tipo Colegial e Ingeniería, por lo que nace la idea de realizar un estudio basado en estos cuatro modelos en un Hospital General de Segundo Nivel de Atención Médica.

(13).

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existe un tipo de relación Médico Paciente que predomina sobre los otros en la consulta externa de primera vez en las diferentes especialidades del HGZ 30 del I.M.S.S. ?

## HIPOTESIS

Existe un tipo de relación médico paciente que predomina sobre los otros—  
en la consulta externa de primera vez en las diferentes especialidades—  
del Hospital General de Zona 30 del I.M.S.S.

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **GENERAL**

Determinar que tipo de relación médico paciente predomina en un Hospital de segundo nivel de atención medica.

### **ESPECIFICOS**

1. Determinar la frecuencia de cada tipo de relación médico-paciente.
2. Comparar la frecuencia de los tipos de relación médico - paciente.

## **MATERIAL Y METODOS**

### CRITERIOS DE INCLUSION

Médicos Especialistas no familiares de HZ 30 del I.M.S.S Turno Matutino.

Pacientes que acuden a consulta de 1ra. vez al HZ 30 en el Turno Matutino, mayores de 18 años

Ambos sexos

Pacientes que no tengan padecimientos que puedan bloquear la comunicación como: Hipoacusia, alteraciones del habla, ceguera, afasia etc.

### CRITERIOS DE NO INCLUSION

Médicos Especialistas Familiares

Pacientes que acuden a consulta subsecuente y menores de 18 años de edad

Pacientes que tengan padecimientos que bloqueen la comunicación

Consulta externa de Pediatría

Consulta externa de Pediatría Quirúrgica

Consulta externa de Maxilo Facial

### CRITERIOS DE EXCLUSION

No hay

### UNIVERSO DE TRABAJO

Las relaciones médico paciente que se dan en la consulta externa de 1ra. vez en diferentes especialidades en el Hospital General de Zona 30 del I.M.S.S.

### MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Es una muestra determinística, ya que el número de consultorios están determinados. Se realizó una observación por cada consultorio de la relación médico pacientes.

### ESPECIFICACION DE VARIABLES, INDICADORES Y ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES.

Variable Dependiente:

Frecuencia de cada relación

Variable Independiente: Tipos de Relación Médica ( Sacerdocio, Ingeniería, Colegial y Contractual)

INDICADORES

VD. Números Absolutos

VI. SI/NO

TIPOS DE VARIABLES

Cuantitativa Discreta

Cualitativa Nominal

ESCALA DE MEDICION

Cuantitativa de Razón

Cualitativa Nominal

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

El tipo de la relación Médico Paciente dependera de las características observadas en cada uno de los cuatro modelos propuestos por Robert Veatch (Sacerdocio, Contractual, Colegial e Ingeniería), donde se mediran en números absolutos de acuerdo a la guía de Observación Gamacho/Moya (Anexo 1) que abarca 6 áreas o actividades de la relación Médico Paciente, como características propias de cada tipo de relación para determinar cada una de las Variables Independientes.

Variable Dependiente; la frecuencia de cada tipo de relación Médico Paciente se sumara independientemente de las áreas y el número de cada una de ellas nos dara el total de frecuencia de cada tipo de relación.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Transversal, Descriptivo y Prospectivo.

## RESULTADOS

A través de la aplicación de la guía de observación para determinar el tipo de relación médico paciente en base a los cuatro modelos de Robert Veatch se realizaron 22 observaciones tomando en cuenta los 6 puntos y sus aspectos correspondientes establecidos en la guía de observación donde se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación al punto 1.-Identificación del paciente el aspecto 1,Saludo;se encontró que el Modelo Ingeniería fué de 7 lo que equivale al 31.8%, el Colegial de 1 representó el 4.55%, Sacerdocio fué de 5 correspondiendo al 22.73% y el Contractual de 9 correspondio al 40.91% representado en la grafica 1.

Aspecto 2,Ubicación Física del paciente en el consultorio;se encontro que el Modelo Ingeniería fué de 3 lo que equivale al 13.53%, Colegial de 4 representó el 18.18%, Sacerdocio fue de 5 correspondiendo al 22.73% y el Contractual correspondio al 45.45% representado en la grafica 2.

En relación al punto 2.-Historia Clínica el aspecto 1,Tipo de Interrogatorio;se encontro que el Modelo Ingeniería fué de 3 lo que equivale al 13.63%, Colegial de 3 represento el 13.63%, Sacerdocio fué de 11 correspondiendo al 50% y el Contractual de 5 correspondio al 22.73% representado en la gráfica-3.

Aspecto 2,Exptaneidad del paciente;se encontró que el Modelo Ingeniería fue de 6 lo que equivale al 27.27%, el Colegial de 8 representó el 36.36%, Sacerdocio fue de 3 correspondiendo el 13.63% y el siguiente Modelo fue el ontractual de 5 correspondio al 22.73% representado en la gráfica 4.,

En relación al punto 3.-Exploracion Física el aspecto 1,Indicación del médico al paciente que lo va a explorar;se encontro que el Modelo Ingeniería fue de 1 lo que equivale al 4.55%, Colegial de 5 represento el 22.73%, Sacerdocio fué de 6 correspondiendo al 27.27% y Contractual de 10 correspondio al 45.45% representado en la gráfica 5. Aspecto 2,Información al paciente de su estado físico;se encontro que el Modelo Ingeniería fue de 2 lo que equivale al 9.09%, Colegial de 1 represento el 4.55%, Sacerdocio fue de 8 correspondiendo al 36.36% y Contractual de 11 correspondio al 50% representado en la gráfica 6..

En relación al punto 4.-Proceso Diagnóstico el aspecto 1,Forma en que el médico da el diagnóstico al paciente;se encontró que el Modelo Ingeniería fue de 2 lo que equivale al 9.09%, Colegial de 2 repre-

sento el 9.09%, Sacerdocio fue de 9 correspondiendo al 40.91% y Contractual de 9 correspondió al 40.91% representados en la grafica 7. Aspecto 2,Relación del diagnóstico médico con los síntomas;se encontró que el Modelo Ingeniería fue de 2 lo que equivale al 9.09%, Colegial de 1 representó el 4.55% Sacerdocio fue de 9 correspondiendo al 40.91% y Contractual de 10 correspondió al 45.45% representado en la gráfica 8.

En relación al punto 5.-Prescripción y Tratamiento aspecto 1,Canal de comunicación de la prescripción; se encontró que el Modelo Ingeniería fue de 0,Colegial de 2 representó el 9.09%, Sacerdocio fue de 8-correspondiendo al 36.36% y Contractual de 12 correspondio al 54.55% representados en la gráfica 9. - Aspecto 2,Comprobación por parte del médico de la comprensión del tratamiento;se encontró que el Modelo Ingeniería fue de 1 lo que equivale al 4.55, Colegial de 8 representó el 36.36%, Sacerdocio fue de 3 correspondiendo al 13.63% y Contractual de 10 correspondio al45.45% representado en la gráfica 10.

En relación al punto 6.-Seguimiento aspecto 1,Despedida;se encontró que el Modelo Ingeniería fue de 4 lo que equivale al 18.18%, Colegial de 4 representó el 18.18%, Sacerdocio fue de 3 correspondiendo el 13.63% y el Contractual de 11 correspondio el 50% representado en la gráfica 11. Aspecto 2,Explicación médica acerca de la próxima consulta y expectativas pronosticas;se encontró que el Modelo Ingeniería fue de 1 lo que equivale al 4.55%, Colegial de 5 represento el 22.73%, Sacerdocio de 5 correspondien do al 22.73% y el Contractual de 11 correspondio al 50% representado en la gráfica 12.

En relación al total de los 6 puntos y sus aspectos se encontró que el Modelo Ingeniería fue de 32 lo que equivale al 12.12%, Colegial de 44 representó el 16.67%, Sacerdocio fue de 75 lo que correspondió al 28.41% y el Contractual de 113 correspondió al 42.80% representados en la gráfica 13.

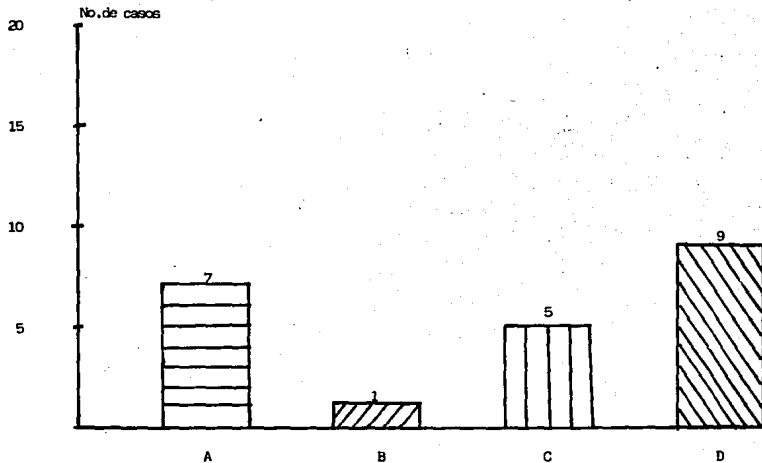
Con respecto a la especialidad 8 correspondieron a Medicina Interna y 14 al servicio de Cirujia General. representados en la gráfica 14.



GRAFICA 1

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1. Salud



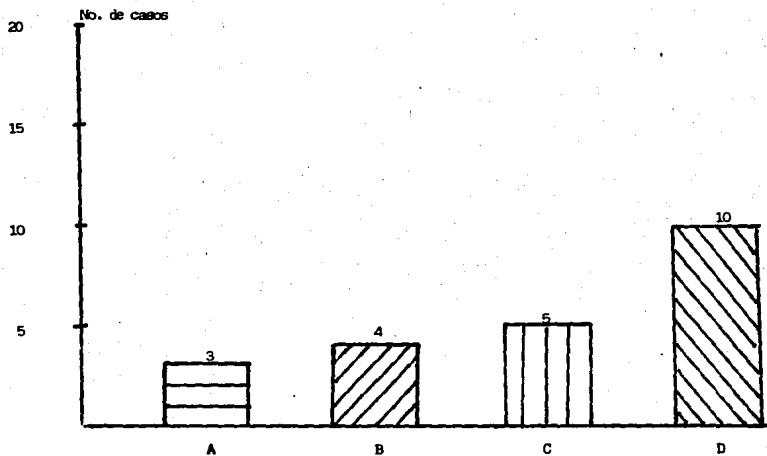
MODELOS DE LA RELACION MEDICO PACIENTE

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

GRAFICA 2

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

2. Ubicación física del paciente en el consultorio



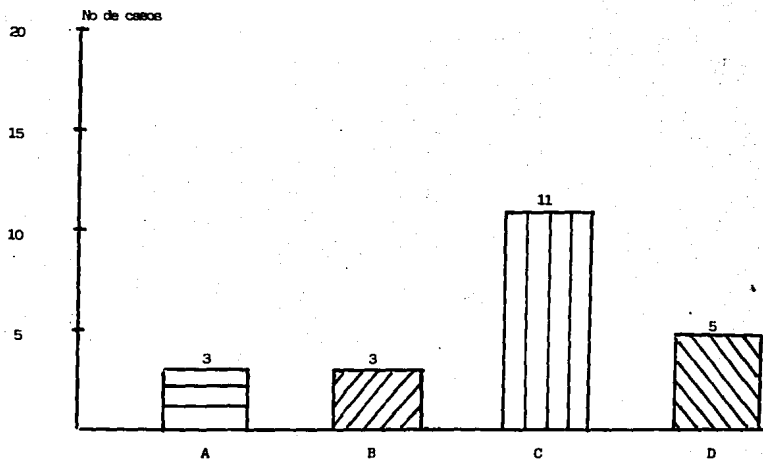
MODELOS DE LA RELACION MEDICO PACIENTE

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

**GRAFICA 3**

**HISTORIA CLINICA**

**1. Tipo de interrogatorio**



**MODELOS DE RELACION MEDICO PACIENTE**

A. INGENIERIA

B. COLEGIAL

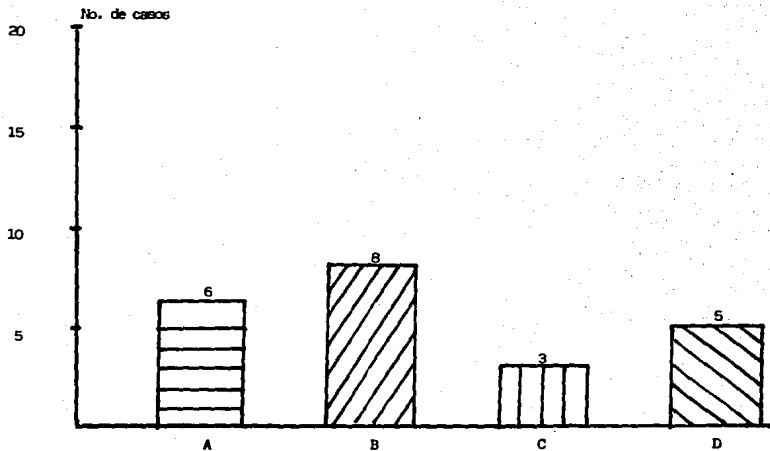
C. SACERDOCIO

D. CONTRACTUAL

**GRAFICA 4**

**HISTORIA CLINICA**

**2. Espontaneidad del paciente**



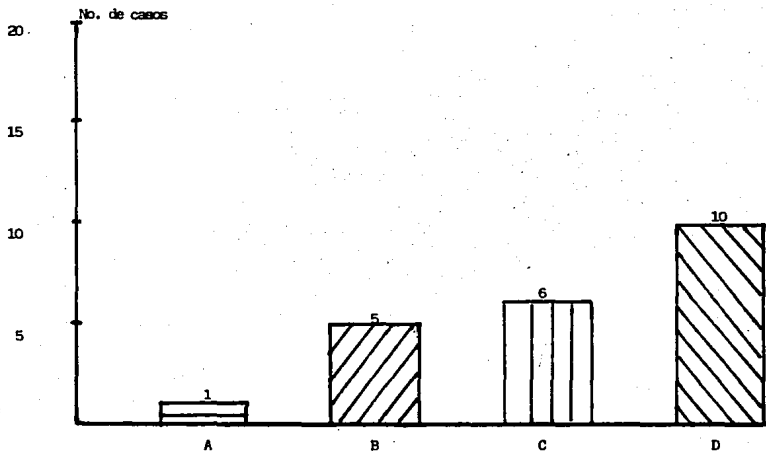
**MODELOS DE RELACION MEDICO PACIENTE**

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

**GRÁFICA 5**

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

1. Indicación del médico al paciente que lo va a explorar



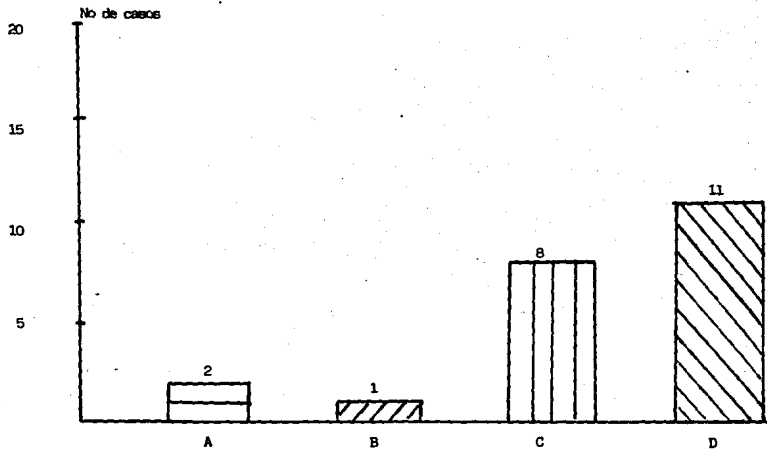
**MODELOS DE LA RELACION MEDICO PACIENTE**

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

GRAFICA 6

EXPLORACION FISICA

2. Información al paciente de su estado físico



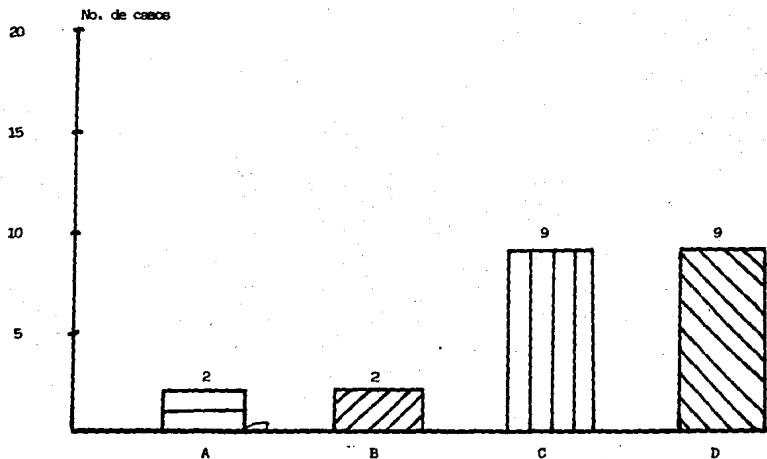
MODELOS DE RELACION MEDICO PACIENTE

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

GRAFICA 7

PROCESO DIAGNOSTICO

1. Forma en que el médico da el Dx. al paciente



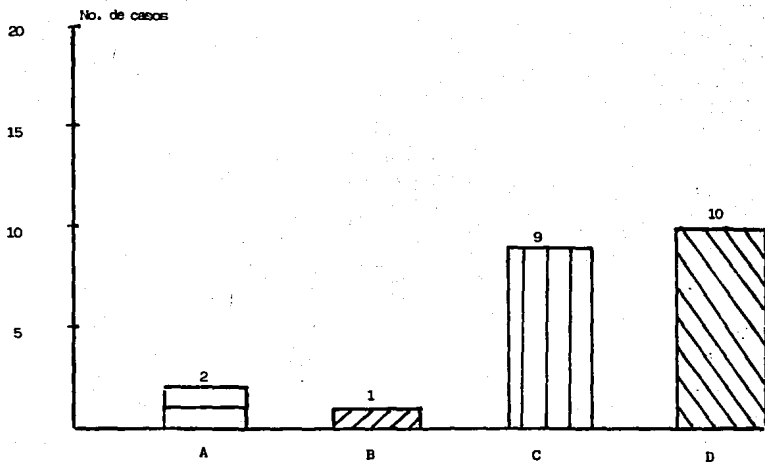
MODELOS DE RELACION MEDICO PACIENTE

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

**GRAFICA 8**

**PROCESO DIAGNOSTICO**

**2. Relacion del Dx. médico con los síntomas**



**MODELOS DE RELACION MEDICO PACIENTE**

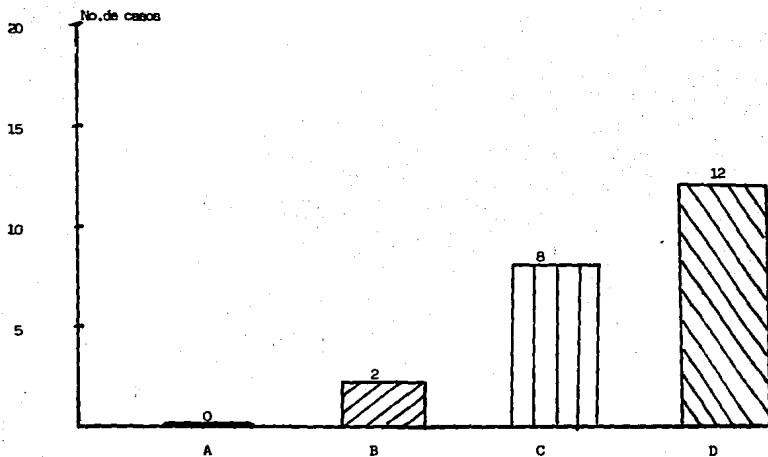
- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL



GRAFICA 9

PRESCRIPCIÓN Y TRATAMIENTO

1. Canal de comunicación de la prescripción

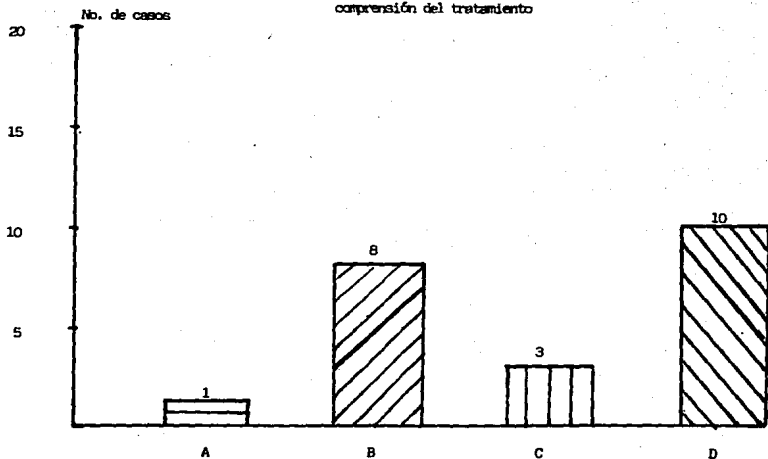


MODELOS DE RELACION MEDICO PACIENTE

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

PRESCRIPCIÓN Y TRATAMIENTO

2. Comprobación por parte del médico de la comprensión del tratamiento



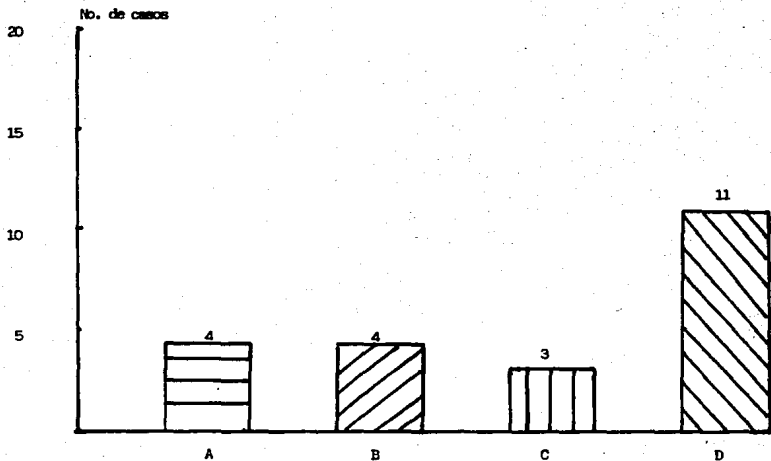
MODELOS DE RELACION MEDICO PACIENTE

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

**GRÁFICA 11**

**SIGUIIMIENTO**

**1. Despedida**



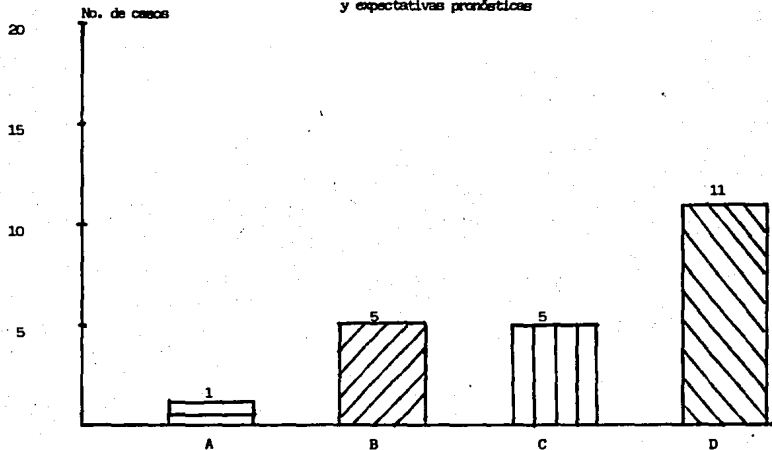
**MODELOS DE RELACION MEDICO PACIENTE**

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

GRAFICA 12

SIGUIENTE

2. Explicación médica acerca de la próxima consulta  
y expectativas pronósticas

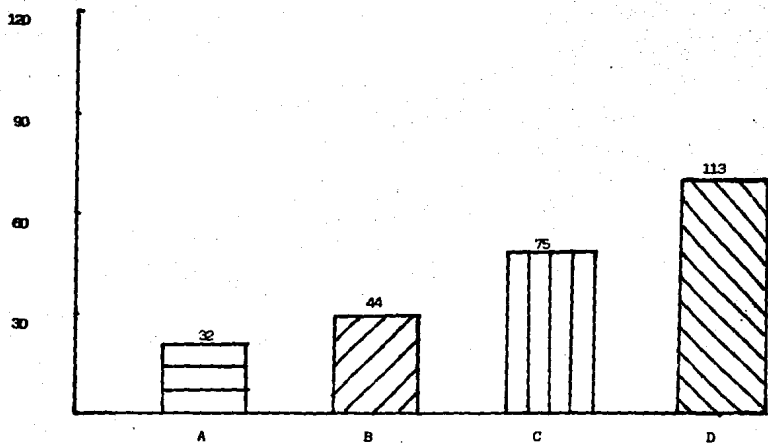


MODELOS DE RELACION MEDICO PACIENTE

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

GRAFICA 13

TODOS LOS ASPECTOS

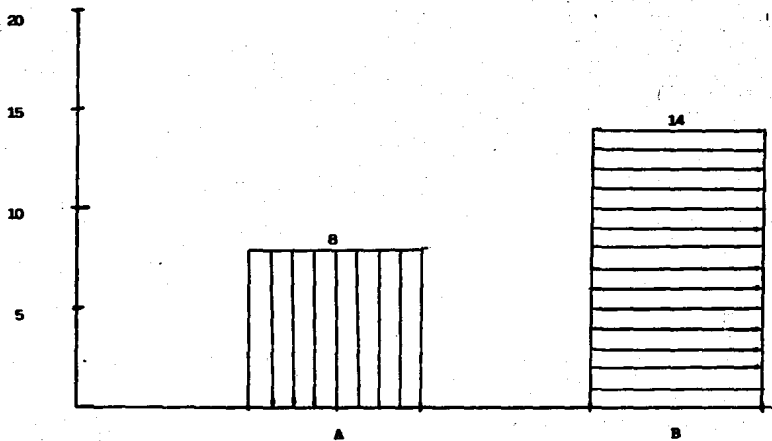


MODELOS DE RELACION MEDICO PACIENTE

- A. INGENIERIA
- B. COLEGIAL
- C. SACERDOCIO
- D. CONTRACTUAL

GRAFICA 14

TIPO DE ESPECIALIDAD



A. MEDICINA INTERNA

B. CIRUJIA

## ANALISIS Y DISCUSION

De los resultados obtenidos se observó que el tipo de relación médico paciente en el punto 1;Saludo se encontro que el modelo contractual fue de 9 pacientes,Ingeniería 7,Sacerdocio 5,Colegial 1 y en la Ubicación física del paciente en el consultorio predomino el modelo Contractual con 10,Sacerdocio 5,Colegial 4 e Ingeniería 3. De estos 2 aspectos el Modelo Contractual predominó en ambos.

En el punto 2;El tipo de interrogatorio se encontró que predominó el modelo Sacerdocio con 11,Contractual 5,Ingeniería y Colegial 3.Con respecto a la espontaneidad del paciente se encontró 8 pacientes - en el modelo Colegial,6 en Ingeniería 5 en Contractual y 3 en Sacerdocio,predominando el Sacerdocio y Colegial respectivamente.

En el punto 3;con relación a la Indicación del médico al paciente que lo va a explorar se presentaron 10 pacientes en el modelo Contractual,6 Sacerdocio,5 Colegial y 1 en Ingeniería. Con respecto a la información del paciente de su estado físico predominó el Contractual con 11,Sacerdocio 8,Ingeniería 2-Colegial 1. En ambos predomino el Modelo Contractual y Sacerdocio respectivamente.

En el punto 4;Forma en que el médico da el diagnóstico al paciente en este el modelo Contractual correspondió a 9 al igual que el Sacerdocio,Colegial e Ingeniería a 2. En relación al diagnóstico médico con los síntomas se presentaron 10 en el modelo Contractual, 9 Sacerdocio, 2 Ingeniería y 1 en el colegial de estos predominó el Modelo Contractual y Sacerdocio.

En el punto 5;con relación al canal de comunicación de la prescripción,se encontró 12 en el modelo Contractual,8 Sacerdocio,2 Colegial y ningún paciente en el modelo Ingeniería. En la comprobación por parte del médico de la comprensión del tratamiento se presentaron 10 en el modelo Contractual, 8 en el Colegial,3 Sacerdocio y 1 en Ingeniería. Predominando el Modelo Contractual,seguido del Sacerdocio y Colegial.

En el punto 6;en relación a la despedida se encontró que predomino el modelo Contractual con 11,Ingeniería 4, al igual que el Colegial y Sacerdocio 3. En la explicación médica a cerca de la próxima consulta y expectativas pronosticas predominó el Modelo Contractual con 11,Sacerdocio y Colegial 5 e Ingeniería 1. En este punto predomino el Modelo Contractual.

En relación a los 6 puntos y sus aspectos predominó el Modelo Contractual en un 42.80% seguido

por el Sacerdocio con un 29.41%, Colegial con 16.77% e Ingeniería con el 12.12%. Lo que significa que la relación médico paciente es adecuada.



## CONCLUSIONES

De acuerdo a lo obtenido a lo largo de este estudio se concluyo que la relación médico paciente que predominó en las 22 observaciones que se efectuaron en los diferentes servicios de la consulta externa del Hospital General de Zona 30 del I.M.S.S, fué el Modelo Contractual en un 42.80%; lo que nos indica que la relación médico paciente aún sigue siendo inadecuada , debido a que más del 50% de los médicos establecen una relación inapropiada ocasionando a su vez un Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación erróneos ya que el éxito de estos en gran parte estan determinados por la relación y confianza que existe del paciente hacia el médico .

Es importante mencionar que en estudios anteriores el Modelo Sacerdosio predomino del Contractual , lo que nos determina que a través del tiempo el médico ha modificado su relación con el paciente y no lo ve unicamente como un portador de enfermedad, si no como un Ser Humano.

El Modelo Sacerdosio ocupó el segundo lugar de la relación Médico paciente seguido del colegial e Ingeniería, lo que significa que el médico debe modificar la relación con su paciente para obtener una mayor confianza de este.

Tambien se observó que el sexo modificó en gran parte la relación médico paciente ,debido a que el sexo femenino predispone más a la comunicación y relación, así como son las que acuden con mayor frecuencia a la consulta a diferencia del sexo Masculino.

El tiempo es otro factor que impide al Médico la oportunidad de establecer una relación adecuada, por la demanda excesiva de consulta en las diferentes Instituciones.

## SUGERENCIAS

Se recomienda seguir elaborando estudios de caracter comparativo con los diferentes niveles de atención a la Salud. Así como evaluar tiempos de trabajo y número de consultas por turno.

Se propone elaborar grupos de Supervisión para mejorar y modificar la relación médico paciente que se desvian del Modelo Contractual.

Se sugiere realizar programas de capacitación en la Atención de la relación médico paciente. Como también incrementar el número de Unidades de Atención Hospitalaria, para disminuir la demanda excesiva de consulta en las Unidades de Atención Médica .

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

## ANEXO 1 GUIA DE OBSERVACION CANACHO/MOYA

### ESTRUCTURA DE LA RELACION MEDICO PACIENTE

A.-INGENIERIA      B.-COLEGIAL      C.-SACERDOCIO      D.-CONTRACTUAL

#### 1.-IDENTIFICACION DEL PACIENTE

##### 1.-SALUDO

- A.- El médico se muestra desinteresado, el paciente saluda
- B.-Ambos se muestran indiferentes
- C.-Saluda enérgicamente al paciente
- D.-Ambos se saludan cordialmente

#### 2. UBICACION FISICA DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO

- A.-El paciente entra al consultorio sin ser llamado y se sienta sin que se le indique, el médico no otorga interés a la actitud del paciente.
- B.-Sin importancia para ambos
- C.-El médico asigna la ubicación en forma autoritaria
- D.-La asignación del lugar al consultorio y la aceptación se observan cordialmente.

#### II.-HISTORIA CLINICA

##### 1.-TIPO DE INTERROGATORIO

- A.-Tribuna libre, el paciente lleva la pauta en las respuestas
- B.-El médico pregunta una cosa y el paciente responde en desacuerdo
- C.-El médico es muy directivo, nula espontaneidad
- D.-Diálogo abierto y respetuoso

#### 2.-ESPONTANEIDAD DEL PACIENTE

- A.-En forma excesiva
- B.-Es interrumpida frecuentemente
- C.-En forma nula
- D.-En forma adecuada

#### III.-EXPLORACION FISICA

##### 1.-INDICACION DEL MEDICO AL PACIENTE QUE LO VA A EXPLORAR

- A.-Lo hace sin previo aviso, con disgusto del paciente
- B.-Le es indiferente al médico hacerlo y al paciente aceptarlo
- C.-Lo hace en forma autoritaria
- D.-Lo indica en forma adecuada y educada

#### 2.-INFORMACION AL PACIENTE DE SU ESTADO FISICO

- A.-El paciente pregunta su estado físico y el médico evade la respuesta
- B.-Le es indiferente al paciente y al médico no le interesa dar la información
- C.-Le informa al paciente en forma técnica o no le informa de lo encontrado
- D.-El médico informa complacientemente y el paciente se muestra atento

#### IV.-PROCESO DIAGNOSTICO

##### 1.-FORMA EN QUE EL MEDICO DA EL DIAGNOSTICO AL PACIENTE

- A.-El médico no da diagnóstico pero el paciente lo pregunta, o se nota inseguridad del médico
- B.-Ninguno de los dos muestra interés en el diagnóstico o se da el diagnóstico y están en desacuerdo
- C.-Da el diagnóstico pero no explica y el paciente no pregunta
- D.-Claro, preciso y adecuado

2.-RELACION DEL DIAGNOSTICO MEDICO CON LOS SINTOMAS

- A.-El paciente exige explicación y el médico evade la respuesta
- B.-No hay interés en ambos,para establecer correlación entre diagnóstico y síntomas
- C.-El paciente no pregunta o se muestra inseguro al preguntar,el médico informa en forma autoritaria
- D.-Explicación adecuada y entendimiento por parte del paciente

V.-PRESCRIPCIÓN Y TRATAMIENTO

1.-CANAL DE COMUNICACION DE LA PRESCRIPCIÓN

- A.-El médico informa con pocas palabras y el paciente sugiere el tratamiento,aceptando el médico fácilmente la sugerencia
- B.-El paciente no esta de acuerdo con el tratamiento
- C.-El médico extiende receta sin explicar,el paciente acepta sin explicar
- D.-El médico informa claramente y el paciente muestra satisfacción

2.-COMPROBACION POR PARTE DEL MEDICO DE LA COMPRESION DEL TRATAMIENTO

- A.-El médico no lo realiza,aunque el paciente lo solicite
- B.-Ni el médico ni el paciente se interesan
- C.-El médico desacredita de antemano la comprensión del paciente
- D.-Ambos muestran entendimiento

VI.-SEGUIMIENTO

1.-DESPEDIDA

- A.-El médico muestra desinterés, el paciente se despide
- B.-Ambos muestran desinterés en la despedida
- C.-El médico despide energicamente.mostrando apatía y prisa
- D.-Ambos se Despiden cordialmente.

2.-EXPLICACION MEDICA ACERCA DE LA PROXIMA CONSULTA Y EXPECTATIVAS PRONOSTICAS

- A.-No lo hace aunque el paciente solicite información
- B.-Ambos no muestran interés en una nueva consulta
- C.-El médico demuestra disgusto ante la pregunta insegura del paciente,lo cita autoritariamente.
- D.-Explicación adecuada y entendimiento adecuado.

ANEXO 2 SABANA PARA RECOLECCION DE DATOS

	A.-INGENIERIA	B.-COLEGIAL	C.-SACEERDOCTO	D.-CONTRACTUAL
	A	B	C	D
<b>1.-IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>				
1.-SALUDO	7	1	5	9
2.-UBICACION FISICA DEL PACIENTE EN EL CONSULTORIO	3	4	5	10
<b>2.-HISTORIA CLINICA</b>				
1.-TIPO DE INTERROGATORIO	3	3	11	5
2.-ESPONTANEIDAD DEL PACIENTE	6	8	3	5
<b>3.-EXPLORACION FISICA</b>				
1.-INDICACION DEL MEDICO AL PACIENTE QUE LO VA A EXPLORAR	1	5	6	10
2.-INFORMACION AL PACIENTE DE SU ESTADO FISICO	2	1	8	11
<b>4.-PROCESO DIAGNOSTICO</b>				
1.-FORMA EN QUE EL MEDICO DA EL DIAGNOSTICO AL PACIENTE	2	2	9	9
2.-RELACION DEL DIAGNOSTICO MEDICO CON LOS SINTOMAS	2	1	9	10
<b>5.-PRESCRIPCION Y TRATAMIENTO</b>				
1.-CANAL DE COMUNICACION DE LA PRESCRIPCION	0	2	8	12
2.-COMPROBACION POR PARTE DEL MEDICO DE LA COMPRENSION DEL TRATAMIENTO	1	8	3	10
<b>6.-SEGUIMIENTO</b>				
1.-DESPEDIDA	4	4	3	11
2.-EXPLICACION MEDICA ACERCA DE LA PROXIMA CONSULTA Y EXPECTATIVAS PRONOSTICAS	1	5	5	11
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>44</b>	<b>75</b>	<b>113</b>

## BIBLIOGRAFIA

1. Fajardo OG. El legado, el salud y los modelos de la ética de la atención médica. Rev Med Inst. Med Seguro Soc. 1991; 29:55-9.
2. Cuevas UM, Avila ML, Oliver MJ, Sumano SM, Palomares HG, Garduño EJ. Relación entre Médico y - Paciente en la consulta externa en Unidades de Primer Nivel de Atención Médica. Salud Pública Mex 1991; 33:576-84
3. Lee R, Jones L. El concepto de buena atención médica. Salud Publica Mex 1990; 32:245-7.
4. Campero CL. Calidad de la relación Pedagógica médico paciente en consulta externa: El caso de Oaxaca, México. Salud Publica Mex 1990; 32:192-204.
5. Aguirre GH. Evaluación y Garantía de la calidad de Atención Médica. Salud Publica Mex 1991; 33:55-9.
6. Cordero PA. Modelos de Sistemas de Atención Médica. Salud Publica Mex 1986; 28:230-42.
7. Saas HM. La Bioética fundamentos filosóficos y aplicación. Bol of Sanit Panam 1990; 108:431-6
8. Tealdi J, Mairretti J. Los Comites Hospitalarios de ética. Bol of Sanit Panam 1990; 108:391-8.
9. Dreane JF. Metodos de ética clínica. Bol Of Sanit Panam 1990; 108:415-24.
10. Pellegrino E. La relación entre autonomía y la integridad en la ética médica. Bol of Sanit - Panam 1990; 108:379-89.
11. Tellez FI. Analisis de la relación médico familia. En III jornadas de Medicina Familiar. -- México:1976.
12. Sherwin S. Cuatro Modelos para la relación médico paciente. En Shires D. Med Fam, teoría y -- practica. Mc Graw Hill 1983:515-7
13. Moya RM. Tipos de relación médico paciente en una Unidad de Medicina Familiar. Tesis de posgrado en Medicina Familiar. México 1992.