

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 2017

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

I.S.S.S.T.E.

EVALUACION DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA ATENCION MEDICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA PRESENTA: DRA. LARISSA RAQUEL SAMANO RAMIREZ

ASESOR: DR. RAFAEL SANCHEZ CABRERA



MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

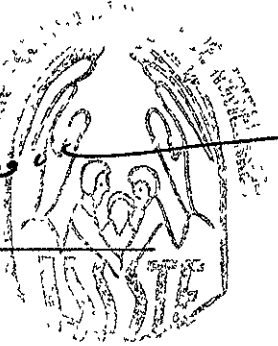
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. SIGFRIED AUGUSTO FIGUEROA
BARKOW
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN

Sigfried



DR. RAFAEL SÁNCHEZ CABRERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

Rafael Sánchez Cabrera

DR. RAFAEL SÁNCHEZ CABRERA
ASESOR

Rafael Sánchez Cabrera

DRA. LARISSA RAQUEL SÁMANO
RAMÍREZ
INVESTIGADORA

Larissa Raquel Sámano Ramírez

AGRADECIMIENTO

Al Señor Doctor Oscar Larios Palmeros
Por su valiosa contribución y asesoría en el desarrollo del presente trabajo.

INDICE

| | |
|----------------------------------|----|
| 1.- INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2 - MATERIAL Y MÉTODOS | 5 |
| 3 - MÉTODO ESTADÍSTICO | 12 |
| 4 - RESULTADOS | 12 |
| 5 - DISCUSIÓN | 18 |
| 6 - GRÁFICAS | 28 |
| 7 - APÉNDICE | 48 |
| 8 - BIBLIOGRAFÍA | 56 |

RESUMEN

INTRODUCCIÓN La perspectiva del paciente sobre la atención recibida no es un problema nuevo, actualmente se ha convertido en un aspecto medular en la evaluación de los servicios de salud. La impresión que se forma un usuario con relación al servicio recibido, supone necesariamente la comparación entre sus expectativas y la percepción de los resultados obtenidos.

OBJETIVO Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios en referencia al trato recibido por los médicos durante su hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, con corte transversal, en el área de hospitalización de la División de Medicina Especializada, del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE, México DF. Se incluyeron 50 pacientes con indicación de egreso hospitalario, se les aplicó un cuestionario que incluyó 9 variables. Para análisis y método estadístico aplicamos el método de Rangos Sumarizados de Likert, t de Student y χ^2 .

RESULTADOS: Las principales quejas fueron: información insuficiente e imprecisa, limitación a la libertad de decisión, no solicitar autorización para realización de procedimientos y trato poco cordial.

CONCLUSIONES Desde la perspectiva del paciente existen deficiencias, las cuales el médico no percibe. Estas pueden ser corregidas, disminuyendo el número de quejas y logrando el apego y confianza del paciente a su tratamiento, a su médico y a las instituciones públicas de salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION The patient's perspective about the medical attention is not a new problem. Today, this is an important problem in evaluating health process. The patient's perception about the medical service, it is a compare result between the things he wishes and the things he gets.

OBJECTIVE To evaluate the patient and family global satisfaction in reference to the medical treat received, through hospitalization.

MATERIAL AND METHODS We performed a prospective, observational, descriptive and transversal section study, at the Specialized Medicine Division hospitalization area from the National Medical Center "20 de Noviembre", ISSSTE, México DF. The study includes 50 consecutive patients in discharge condition. We applied them a survey with 9 variables. For the analysis and statistics, we used the Likert's Summarized Ranks Method, student's t and χ^2 .

RESULTS The mean complain were: insufficient and imprecise information, restriction of decision autonomy, do not request for authorization before clinical procedures and rough treat.

CONCLUSIONS There are deficiencies from the patient's perspective, frequently not known for the doctors. They can be improved, diminishing the complain number and obtaining the patient's adherence and trustworthiness to the treatment, to his doctor and to the public health institutions.

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE EN LA ATENCIÓN MEDICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

INTRODUCCIÓN

La salud no es exclusivamente un concepto racional, objetivo e inmutable, es un proceso histórico, cultural y social. No es posible hablar exclusivamente de signos, síntomas, diagnóstico o factores de riesgo, es imprescindible tomar en consideración la percepción que tienen de ésta los propios pacientes. La perspectiva del paciente sobre la atención recibida no es un problema nuevo, pero actualmente se ha convertido en un aspecto medular en la evaluación de los servicios de salud **(1,2,3,9,10)**

La impresión que se forma un usuario con relación al servicio recibido, supone necesariamente la comparación entre sus expectativas y la percepción de los resultados obtenidos. Para ello resulta de singular relevancia que se conozca la percepción de los pacientes y familiares respecto de los servicios que reciben **(1,3,8)**

Con el propósito de atender las quejas derivadas de la atención médica, se instauró la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Esta ha identificado como los principales puntos de insatisfacción los problemas de

información y comunicación entre el proveedor del servicio y el usuario. Esta falta de comunicación está asociada a las diferencias culturales y sociales entre pacientes (y familiares) y los proveedores de la atención, además de características organizacionales cuya complejidad y lógica no son fácilmente comprensibles para los usuarios. Una mala relación médico-paciente tiene graves consecuencias, ya que la adherencia al tratamiento está altamente asociada con la satisfacción del paciente con la atención recibida. **(1,2,9,10)**

Al considerarse que el paciente es incompetente para juzgar la capacidad profesional del médico, con frecuencia se olvida que el paciente puede interpretar su enfermedad y evolución, y que mediante la percepción del trato recibido, valora los beneficios obtenidos comparándolos con los costos y las molestias propias de los diferentes métodos diagnósticos y de tratamiento. Asimismo, juzgan los procesos en relación con la forma como perciben que se hacen las cosas, y no necesariamente en la manera en que en realidad se hacen. Esto es consecuencia de la información que los pacientes y familiares adquieren a lo largo de la experiencia de su enfermedad y de su tratamiento, por medio de la interacción con expertos y no expertos. En muchos casos, un evento que *per se* no es un problema de atención médica, lo es para el paciente, surgiendo esta idea de la categorización y significado que este le da a dicho evento, confiriéndole el significado de queja. Asimismo, muchos problemas verdaderos, desde una perspectiva técnica, pueden no ser percibidos así por los usuarios **(1,2)**

Del personal médico se espera calidad profesional y técnica, para la realización óptima del proceso de la atención, en cuanto a valoración integral, diseño de un programa de estudio y un tratamiento acertado, para la solución del problema que motivo su hospitalización **(4,5)**

La CONAMED recibió durante 1998 y 1999 un total de 7909 quejas en que los agraviados denunciaron "atención médica de mala calidad" En el análisis realizado por esta institución se concluyó que si bien el usuario no está capacitado para distinguir la calidad de los aspectos materiales y humanos de los prestadores de servicios médicos, su propia apreciación del proceso de atención en salud al cual se someten y la falta de adecuación de la información que se les proporciona, son la causa principal de insatisfacción e inconformidad **(1,2)**

Al informarse el médico de las verdaderas expectativas del paciente, la información que este proporcione al paciente y familiar podría modificar su actitud hacia los diferentes aspectos del proceso de atención médica Sin embargo, existen aspectos del prestador de servicios en relación con el trato con el paciente, que hacen que su desempeño resulte a la vista del usuario "deficiente en calidad" Al identificar estos problemas en el trato a los pacientes y/o familiares, se intentará disminuir el número de quejas e inclusive denuncias formales, que llegan a instancias superiores, y contribuir al aspecto más importante el apego y confianza del paciente a su tratamiento, a su médico y las instituciones de salud **(1,2)**

El propósito de este estudio fue evaluar el grado de satisfacción de los pacientes en relación con el trato que reciben de sus médicos tratantes durante su estancia

hospitalaria, respondiendo así al **Problema**; en el contexto de la relación médico-paciente, entendiéndose por esto al compromiso y respeto mutuo entre paciente y médico, donde ambas personas interactúan teniendo ambas obligaciones y beneficios, partiendo de que el médico reconoce que el paciente conserva su libertad y control sobre su propia vida cuando tenga que tomar decisiones importantes. (11)

El **Objetivo** general del estudio fue evaluar el grado de satisfacción de los usuarios en referencia al trato recibido por los médicos tratantes durante su estancia hospitalaria. Teniéndose como **Objetivos Específicos**: La realización de un estudio exploratorio desde la perspectiva del paciente que permita identificar las actitudes del médico que les satisfacen o no durante el proceso de atención médica, específicamente en la relación médico-paciente. Otro **Objetivo** es el crear un instrumento validado para que se utilice como herramienta confiable en futuras investigaciones sobre calidad de atención médica desde el punto de vista del paciente, pudiéndose aplicar para todo el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" e incluso puede ser evaluado en diferentes instituciones fuera del ISSSTE, y así mejorar la calidad de la atención médica. La **Hipótesis** planteada en nuestro estudio se estableció desde la creencia de que el trato recibido por los pacientes es buena, pero existen ciertos aspectos que han descuidado los médicos durante el proceso de atención, los cuales se pretenderán proponer a las instancias correspondientes para poder resolverlas y lograr una mejor calidad de atención

MATERIAL Y MÉTODOS

Para responder a la pregunta propuesta para este **estudio** a través de un análisis descriptivo, observacional, prospectivo y en un corte transversal, se investigó la satisfacción de los pacientes y / o familiares con la relación médico-paciente, en el área de hospitalización de la División de Medicina Especializada, del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE, México D F

Se incluyeron a todos los pacientes a quienes su médico tratante había indicado egreso hospitalario, sin importar la condición del paciente al momento del mismo, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2001 al 30 de Septiembre de 2001, que cumplieran con el siguiente **criterio** Haber llenado el cuestionario, instrumento de captación del presente estudio, ya sea por ellos mismos, con la ayuda de un familiar (en caso de discapacidad física) o por el familiar responsable (en los casos de deterioro cognoscitivo del paciente) Fueron **excluidos** los pacientes a quienes se cancelara su egreso hospitalario (por cualquier causa) y quienes no aceptaron llenar el cuestionario Se eliminaron los casos, en que por cualquier causa no se dispuso del cuestionario respondido por el paciente (y/o familiar) y quienes respondieron el cuestionario en forma incompleta.

Se estructuró un cuestionario de **CARACTERÍSTICAS** el cual es un instrumento de recolección de información sobre el rasgo propio de una persona hacia un objeto y/o hacia una situación, midiendo CUALIDADES En este caso se interrogó

sobre las características que muestra el médico durante todo el proceso de atención (10)

Se identificó a los pacientes mediante 6 conceptos Servicio, Persona que contesta el cuestionario, Género, Grupos Étnicos, Escolaridad y Número de internamientos previos (**variables independientes**)

El cuestionario fue de tipo cerrado Cada encuestado eligió una de cinco alternativas de respuesta, cada una con puntuación asignada conforme el Método de Rangos Sumarizados de Likert, las cuales fueron Siempre (un punto), Generalmente (dos puntos), A veces sí y a veces no (tres puntos), Rara vez (cuatro puntos) y Nunca (cinco puntos) Se realizaron 76 enunciados relacionados con las características o cualidades del médico para con su paciente, 38 de estas preguntas fueron favorables y 38 desfavorables Estas fueron dispuestas al azar por medio de Asignación Aleatoria con Distribución Binomial Subyacente con $P = 0.05$ Se aplicó un cuestionario piloto a 20 pacientes para evaluar dudas o errores en el cuestionario, y finalmente, previa corrección, fue aplicado a **50 personas que integraron el grupo problema o muestra. (10)**

Se estructuraron 9 **variables dependientes** o viñetas relacionadas con las características de los médicos resultantes de la relación médico-paciente, para este análisis se tomó como eje o medida de comparación el Código de Ética Médica de Cano y Valle (Clínica Londres), el Manual de Medicina Basada en la Evidencia de la (Coordinación de Medicina del C M N. "20 de Noviembre") y al código de Ética Médica de la Asociación de Medicina Interna de México (11,12,13)

En estas variables o viñetas se valoro lo siguiente

- 1 **AUTONOMÍA Y VOLUNTARIEDAD** que proporcionaron los médicos a los pacientes en 2 conceptos
 - 1.1 Sus médicos dejaron que usted opinara si le convenía más un tratamiento que otro
 - 1.2 Sus médicos dejaron que usted participara en los horarios de toma de medicamentos
- 2 Valorar el grado de **CONFIDENCIALIDAD** que mostraron los médicos para con sus pacientes, en un concepto.
 - 2.1. Sus médicos le dijeron a otra persona, como familiar o médico alguna información que usted quería que se mantuviera en secreto
- 3 Valorar si el médico pidió **CONSENTIMIENTO INFORMADO** para llevar a cabo su quehacer médico, en 5 conceptos:
 - 3.1. Sus médicos le preguntaron si aceptaba que le extrajeran sangre cuando fuera necesario
 - 3.2 Sus médicos le pidieron su opinión acerca de los medicamentos que se le administraron durante su hospitalización
 - 3.3 Sus médicos le pidieron su opinión acerca de los alimentos que se le indicaron durante su hospitalización
 - 3.4 Sus médicos le preguntaron si aceptaba que le realizaran estudios como radiografías, endoscopias, colonoscopias, enemas, punciones, etc
 - 3.5. Sus médicos le pidieron permiso para revisar su cuerpo.

- 4 Valorar el grado de **CORDIALIDAD Y SOLIDARIDAD** mostraron sus médicos para con sus pacientes, en 5 conceptos
- 4 1. Sus médicos al dirigirse a usted lo miraron a la cara
 - 4 2 Sus médicos le dijeron que puede contar con ellos para confiarle sus secretos y/o dudas
 - 4 3 Sus médicos le sonrieron cuando lo visitaban
 - 4 4 Sus médicos le manifestaron palabras como estoy con usted, lo escucho con atención, lo apoyo, lo comprendo
 - 4 5 Cuando usted ingreso, sus médicos le dijeron que iban a poner lo que estuviera a su alcance para que usted se curara.
5. Valorar el grado de **INFORMACIÓN** proporcionada al paciente por sus médicos durante su hospitalización y a su egreso, en 12 conceptos
- 5 1 Usted conoce los horarios y tipos de medicamentos que va a tomar en su domicilio
 - 5.2 Usted conoce cuales alimentos puede o no consumir en su domicilio
 - 5 3 Usted conoce que citas va a tener posterior a su hospitalización
 - 5 4 Usted conoce el nombre de los estudios que le realizaron durante su hospitalización
 - 5 5 Usted conoce el nombre y especialidad de sus médicos
 - 5 6 Usted conoce la especialidad de sus médicos
 - 5 7 Usted conoce en que área del hospital se encuentra hospitalizado
 - 5 8 Usted conoce que le ocasionó su enfermedad

- 5 9 Usted conoce si ha mejorado o empeorado su enfermedad
- 5 10 Usted sabe los horarios de los medicamentos durante su hospitalización
- 5 11 Usted conoce el tipo de alimentos que se le indicaron durante su hospitalización.
- 5 12 Usted conoce los medicamentos que se le administraron durante su hospitalización
- 6 Valorar la capacidad del médico para aplicar el **PRINCIPIO DE LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD**, en tres conceptos
- 6 1 Sabe usted que puede pasar si olvida tomar adecuadamente sus medicamentos
- 6 2 Usted sabe que puede pasar si olvida llevar adecuadamente la dieta que sus médicos le prescribieron
- 6 3 Usted sabe a donde acudir si su enfermedad se agrava.
- 7 Valorar la capacidad del médico para solicitar **INTERCONSULTAS** en forma oportuna y cuando fue necesario y en beneficio del paciente, en un concepto:
- 7 1 Sus médicos le comentaron que iban a visitarlo otros médicos para opinar sobre su enfermedad
- 8 Valorar el grado de **RESPECTO** que mostraron los médicos, en tres conceptos
- 8 1 Sus médicos revisaron su cuerpo con manos tibias
- 8 2. Sus médicos aceptaron sus ideas religiosas así como que tuviera imágenes de este tipo en su cuarto

- 8.3 Sus médicos se dirigieron a usted por su nombre y/o profesión
- 9 Valorar el grado de **VERACIDAD** que mostraron sus médicos para con los pacientes, en seis conceptos
- 9.1. Sus médicos le dijeron que su enfermedad se puede agravar.
- 9.2 Sus médicos le dijeron que su enfermedad de hace muchos años puede controlarse
- 9.3. Sus médicos le dijeron que si usted olvida seguir las indicaciones que le dieron, su enfermedad puede agravarse, necesitar hospitalización e incluso puede morir
- 9.4 Sus médicos le dijeron a su ingreso que había mucho por hacer para que usted se curara
- 9.5 Sus médicos le hablaron a usted sin majaderías o groserías
- 9.6. Sus médicos se dirigieron a usted sin palabras como "Para lo que me pagan", "Para lo que gano".

Con los resultados obtenidos en cada cuestionario aplicado, se generó una hoja de codificaciones **Las escalas de medición incluyeron** Suma de la puntuación que cada cuestionario que se obtuvo, y fueron ordenados conforme a esta de mayor a menor. Seleccionamos el 25% de los sujetos con más altos puntajes y el 25% de sujetos con los puntajes más bajos, los cuestionarios con puntuación intermedia o tibios (50% restante) fue eliminado **(10)**

De estos cuestionarios cada enunciado fue analizado por separado. En cada enunciado se investigó el número de sujetos que contestaron cada alternativa de

respuesta A cada resultado obtenido se aplicó prueba de t de Student. Si el valor de t fue mayor o igual a 1.75 se aceptó el reactivo para que formara parte del cuestionario final. Se tomaron los primeros 20 enunciados que cumplieron la condición anterior la mitad fueron favorables y la otra mitad desfavorables.(10)

Se contrastaron las **variables independientes** (Servicio, Persona que contesta el cuestionario, Género, Grupos étnicos, Escolaridad y Número de internamientos previos) contra las **variables dependientes** (enunciados) para saber la influencia de las primeras sobre la satisfacción a la atención médica recibida

La respuesta de cada sujeto a un enunciado permitió conocer la satisfacción o insatisfacción de estos en torno a un aspecto del proceso de atención médica. Lo deseable fue que para los enunciados favorables (aspectos cuya presencia es benéfica para la relación médico-paciente) las respuestas de los investigados fueran positivas, o el equivalente en la escala de Likert a "Siempre" o "Generalmente". En el caso de los enunciados desfavorables (aspectos cuya presencia es altamente deletérea para la relación médico-paciente), lo deseable fue que las respuestas de los investigados fueran negativas, o el equivalente en la escala de Likert a "Rara vez" o "Nunca". Dada la importancia Por tanto consideró "satisfacción" cuando los sujetos investigados contestaron en forma positiva los enunciados favorables y en forma negativa a los desfavorables. Se consideró "insatisfacción" cuando los sujetos investigados contestaron en forma negativa a los enunciados favorables y en forma positiva a los desfavorables. Un proceso de atención médica será SATISFACTORIO si y solo si el 100% de los encuestados

respondieron 1 ("siempre") a los enunciados con respuesta deseable positiva y 5 (nunca) a los enunciados con respuesta deseable negativa **(10)**

MÉTODO ESTADÍSTICO

Se aplicó el método de Rangos Sumarizados de Likert, en su primera parte de validación de cuestionarios. Para la comparación entre grupos de variables se empleo T de Student (para la comparación de promedios poblacionales al establecer el cociente entre dos promedios de la muestra) y la prueba de X^2 (para investigar asociación entre dos variables categóricas en una misma población y para investigar si en las diferentes poblaciones los valores y categorías de cada una de las manifestaciones se presentan en la misma proporción). **(10)**

RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario inicial a 20 pacientes en la prueba piloto y una vez solucionados los problemas detectados en esta fase, se aplicó el cuestionario a 55 pacientes. Fueron eliminados 5 sujetos que no contestaron el cuestionario en forma completa. Finalmente 50 sujetos ingresaron al análisis. Conforme al método aplicado se incluyeron un total de 26 sujetos (51% de la muestra), 14 sujetos (26%) que tuvieron la puntuación más alta y a 12 sujetos (25%) que tuvieron la puntuación más baja. El restante 49 % (24 sujetos) fue eliminado.

respondieron 1 ("siempre") a los enunciados con respuesta deseable positiva y 5 (nunca) a los enunciados con respuesta deseable negativa **(10)**

MÉTODO ESTADÍSTICO

Se aplicó el método de Rangos Sumarizados de Likert, en su primera parte de validación de cuestionarios. Para la comparación entre grupos de variables se empleo T de Student (para la comparación de promedios poblacionales al establecer el cociente entre dos promedios de la muestra) y la prueba de X^2 (para investigar asociación entre dos variables categóricas en una misma población y para investigar si en las diferentes poblaciones los valores y categorías de cada una de las manifestaciones se presentan en la misma proporción). **(10)**

RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario inicial a 20 pacientes en la prueba piloto y una vez solucionados los problemas detectados en esta fase, se aplicó el cuestionario a 55 pacientes. Fueron eliminados 5 sujetos que no contestaron el cuestionario en forma completa. Finalmente 50 sujetos ingresaron al análisis. Conforme al método aplicado se incluyeron un total de 26 sujetos (51% de la muestra), 14 sujetos (26%) que tuvieron la puntuación más alta y a 12 sujetos (25%) que tuvieron la puntuación más baja. El restante 49 % (24 sujetos) fue eliminado.

respondieron 1 ("siempre") a los enunciados con respuesta deseable positiva y 5 (nunca) a los enunciados con respuesta deseable negativa **(10)**

MÉTODO ESTADÍSTICO

Se aplicó el método de Rangos Sumarizados de Likert, en su primera parte de validación de cuestionarios. Para la comparación entre grupos de variables se empleo T de Student (para la comparación de promedios poblacionales al establecer el cociente entre dos promedios de la muestra) y la prueba de X^2 (para investigar asociación entre dos variables categóricas en una misma población y para investigar si en las diferentes poblaciones los valores y categorías de cada una de las manifestaciones se presentan en la misma proporción). **(10)**

RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario inicial a 20 pacientes en la prueba piloto y una vez solucionados los problemas detectados en esta fase, se aplicó el cuestionario a 55 pacientes. Fueron eliminados 5 sujetos que no contestaron el cuestionario en forma completa. Finalmente 50 sujetos ingresaron al análisis. Conforme al método aplicado se incluyeron un total de 26 sujetos (51% de la muestra), 14 sujetos (26%) que tuvieron la puntuación más alta y a 12 sujetos (25%) que tuvieron la puntuación más baja. El restante 49 % (24 sujetos) fue eliminado.

Del grupo en estudio, 57.7% de los sujetos (15 sujetos) fueron del sexo femenino y 42.3% (11 sujetos) del sexo masculino

Los grupos etareos se distribuyeron de la forma siguiente. 19.2% de 12-30 años (5 sujetos), 26.9% de 31-50 años (7 sujetos), 53.8% 51- 96 años (14 sujetos).

Los pacientes pertenecieron a los siguientes servicios Nefrología 30.8% (8 sujetos), Geriatria 19.2% (5 pacientes), Reumatología 15.4% (4 sujetos), Medicina Interna 11.5% (3 sujetos), Endocrinología 11.5% (3 sujetos), Terapia Intermedia 7.7% (2 pacientes), Dermatología 3.8% (1 sujeto) e Inmunología 0%

El 53.8% de los cuestionarios fue contestado por los propios pacientes (14 sujetos) y 46.2% fue contestado por familiares (12 sujetos)

La escolaridad de los encuestados fue el siguiente 23.1% (6 sujetos) primaria completa, 23.1% (6 sujetos) secundaria completa, 26.9% (7 sujetos) nivel técnico, 19.2% (5 sujetos) bachillerato completo, el 7.7% (2 sujetos) en nivel profesional, no encontramos en este grupo a personas con postgrado o analfabetas.

En cuanto al número de internamientos previos el 46.2% (12 sujetos) habían tenido 1 internamiento, el 42.3% (11 sujetos) habían tenido 2 internamientos, el 11.5% (3 sujetos) habían tenido 3 internamientos

A través de la aplicación de los métodos estadísticos identificamos los aspectos que el usuario de nuestros servicios médicos consideró importantes (apéndice 2), y la perspectiva del paciente del cumplimiento de cada uno de estos aspectos de cada uno de estos aspectos se describe a continuación

Al investigar si los médicos solicitaban autorización para extracción de muestras de sangre a los pacientes, se esperó respuesta deseable positiva, sin embargo encontramos que únicamente 11 53% (3 sujetos) contestaron de esta forma y 42 3% (11 sujetos) contestaron en forma negativa (Gráfica 1)

Al explorar la honestidad en la información proporcionada al paciente sobre el pronóstico de padecimientos crónicos, se deseaba una respuesta positiva, encontramos que el 53 84% (14 sujetos) contestaron de esta manera, y el 11 53% (3 sujetos) contestaron de forma negativa. (Gráfica 2)

Cuando indagamos sobre la restricción de la participación del paciente en la asignación de horarios de medicamentos, esperábamos que los encuestados respondieran en forma negativa. Encontramos que el 26 92% (7 sujetos) contestaron de esta forma y 30.76% (8 sujetos) contestó de forma positiva. (Gráfica 3)

Al averiguar si los médicos pidieron opinión al paciente acerca de los medicamentos que se le administraron durante su hospitalización, se esperaba respuesta positiva; encontramos que el 46 15% (12 sujetos) contestaron de esta forma, y el 15 38% (4 sujetos) contestaron de forma negativa (Gráfica 4)

Del enunciado que valoró la deshonestidad en la información que el médico proporcionó a los pacientes en relación con el pronóstico de padecimientos crónicos, se espero respuesta negativa. Encontramos 73 07% (14 sujetos) contestaron de esta forma. Un solo sujeto contestó en forma positiva (3 84%) (Gráfica 5)

En busca de desinformación del paciente en relación con los horarios de toma de medicamentos, esperábamos respuesta negativa; 30 76% (8 sujetos) contestó de esta manera, y 3 84% (1 sujeto) contestó de forma positiva. (Gráfica 6)

Cuando se investigó si el paciente era explorado sin su consentimiento, se esperó una respuesta negativa, 65 38% (17 sujetos) contestaron de esta manera, pero el 11 53% (3 sujetos) contestó de forma positiva (Gráfica 7)

Del enunciado que valoró desinformación del paciente sobre las restricciones dietéticas al egresarle de hospitalización, se esperaba una respuesta negativa; 76 93% (20 sujetos) contestaron de esta manera y 14 38% (4 sujetos) contestó de forma positiva. (Gráfica 8)

Cuando indagamos si los médicos sonreían a los pacientes cuando los visitaban se esperó respuesta positiva, encontramos que 53 84% (14 sujetos) contestaron de esta manera y 7 6% (2 sujetos) contestó de forma negativa (Gráfica 9)

Al averiguar si los médicos se dirigieron al paciente con frases como: "Para lo que me pagan" o "Para lo que gano", se esperaba respuesta negativa, y encontramos que 53 85% (14 sujetos) contestaron de esta manera y pero el 23 07% (6 sujetos) contestó de forma positiva. (Gráfica 10)

Al sondear sobre la restricción de la participación de los pacientes en la decisión del tipo de alimentos que consumen durante su hospitalización, se esperó una respuesta negativa, 69 23% (18 sujetos) contestaron de esta manera y 11 53% (3 sujetos) contestó de forma positiva (Gráfica 11)

Cuando se investigó sobre la información proporcionada a los pacientes en relación con consecuencias derivadas de omisiones u olvidos en la toma de sus medicamentos, se esperó una respuesta positiva, se encontró que 69.23% (18 sujetos) contestó de esta manera y 3.84% (1 sujeto) contestó de forma negativa (Gráfica 12)

Al averiguar si los médicos informaron a los pacientes que no se escatimaría ningún esfuerzo ni recurso a favor de su curación, se esperó respuesta positiva, 65.38% (17 sujetos) contestó de esta manera y 3.84% (1 sujeto) contestó de forma negativa (Gráfica 13)

Al indagar si los pacientes desconocían la especialidad de sus médicos se esperó respuesta negativa, encontramos que 57.69% (15 sujetos) contestaron de esa manera y pero el 30.76% (8 sujetos) contestaron de forma positiva (Gráfica 14)

Del enunciado que valoró omisión de los médicos de manifestar al paciente su total dedicación y apoyo, se esperaba una respuesta negativa, 76.92% (20 sujetos) respondieron así, y 3.84% (1 sujeto) contestó de forma positiva. (Gráfica 15)

Al investigar si los pacientes desconocían las citas para el seguimiento de su enfermedad posterior a su egreso de hospitalización, con respuesta deseable negativa, 61.53% (16 sujetos) contestaron de esta manera y 19.23% (5 sujetos) contestaron de forma positiva (Gráfica 16)

En relación con el enunciado que valora las manifestaciones verbales de solidaridad y apoyo de los médicos sus pacientes, con una respuesta deseable

positiva, se encontró que 53.84% (14 sujetos) contestaron de esta manera y 15.38% (4 sujetos) contestaron de forma negativa. (Gráfica 17)

Al investigar si los médicos hablaban con sus pacientes sin mirarlos a la cara se esperaba que respondieran en forma negativa, encontramos que 84.61% (22 sujetos) contestaron de esta manera y 11.53% (3 sujetos) contestaron de forma positiva (Gráfica 18)

Al indagar si los médicos revisaron a los pacientes con manos tibias, con una respuesta deseable positiva, encontramos que 65.38% (17 sujetos) contestaron de esta manera y 7.69% (2 sujetos) contestaron de forma negativa (Gráfica 19)

Del enunciado que valoraba el conocimiento de la información proporcionada al paciente sobre consecuencias graves, o incluso letales, resultado de omisiones en el seguimiento del tratamiento indicado, se esperó que los pacientes respondieran en forma positiva, encontramos que 69.23% (18 sujetos) contestaron de esta manera y pero 15.38% (4 sujetos) contestaron de forma negativa (Gráfica 20)

Al correlacionar las variables independientes con las dependientes se encontró asociación entre el GRADO DE ESCOLARIDAD de los sujetos encuestados y el DESCONOCIMIENTO DE RESTRICCIONES DIETÉTICAS AL EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN, observándose que entre menor escolaridad tenían los sujetos, mayor desconocimiento de este aspecto mostraban. El grupo más afectado fue quienes únicamente tenían estudios de primaria, valor de $P = 0.047$. Existieron tres correlaciones entre NÚMERO DE INTERNAMIENTOS y los siguientes enunciados

-SUS MÉDICOS LE SONRIERON CUANDO LO VISITABAN, P = 0 0074.

-CUANDO USTED INGRESÓ SUS MÉDICOS LE DIJERON QUE IBAN A PONER LO QUE ESTUVIERA A SU ALCANCE PARA QUE USTED SE CURARA, P = 0 025

-USTED IGNORA LOS HORARIOS DE LOS MEDICAMENTOS DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN; P = 0 00060

Dado que desde la perspectiva de los encuestados existen carencias importantes en la atención que los pacientes reciben, debemos considerar que los pacientes, usuarios de nuestros servicios de hospitalización, se encuentran insatisfechos

DISCUSIÓN

Al responder a esta encuesta los pacientes y/o familiares manifestaron a juicio propio las deficiencias derivadas de la relación médico paciente que experimentaron. El presente estudio investigó el grado de satisfacción del paciente hospitalizado durante el proceso de atención, valorando así la calidad de la relación médico-paciente. Ninguno de los aspectos de la atención médica que evaluamos fue contestado por los encuestados conforme a la respuesta que deseábamos.

Una de las deficiencias más graves en el proceder del médico fue no haber hecho sentir al paciente copartícipe en la toma de decisiones terapéuticas durante su hospitalización. La **Autonomía** se entiende como la capacidad inherente a todo

-SUS MÉDICOS LE SONRIERON CUANDO LO VISITABAN, P = 0 0074.

-CUANDO USTED INGRESÓ SUS MÉDICOS LE DIJERON QUE IBAN A PONER LO QUE ESTUVIERA A SU ALCANCE PARA QUE USTED SE CURARA, P = 0 025

-USTED IGNORA LOS HORARIOS DE LOS MEDICAMENTOS DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN; P = 0 00060

Dado que desde la perspectiva de los encuestados existen carencias importantes en la atención que los pacientes reciben, debemos considerar que los pacientes, usuarios de nuestros servicios de hospitalización, se encuentran insatisfechos

DISCUSIÓN

Al responder a esta encuesta los pacientes y/o familiares manifestaron a juicio propio las deficiencias derivadas de la relación médico paciente que experimentaron. El presente estudio investigó el grado de satisfacción del paciente hospitalizado durante el proceso de atención, valorando así la calidad de la relación médico-paciente. Ninguno de los aspectos de la atención médica que evaluamos fue contestado por los encuestados conforme a la respuesta que deseábamos.

Una de las deficiencias más graves en el proceder del médico fue no haber hecho sentir al paciente copartícipe en la toma de decisiones terapéuticas durante su hospitalización. La **Autonomía** se entiende como la capacidad inherente a todo

individuo de elegir, pensar, sentir y emitir juicios de lo que mejor se adapte a sus necesidades, en este caso, que se adapte a sus circunstancias particulares, como lo es su profesión, edad, dependencia económica, horarios de trabajo e incluso la manera propia de responder a los medicamentos. El médico generalmente actúa de manera uniforme, es decir tiene una sola concepción de lo bueno y malo para su paciente, sin embargo es importante que su actuación sea individualizada de manera que cada paciente reciba un tratamiento adecuado a sus necesidades y circunstancias. Para lograr esto es necesario que el médico comente al paciente las conductas terapéuticas le son necesarias a su padecimiento, explicándole en detalle los beneficios y efectos secundarios del mismo, para que el paciente pueda elegir y acomodarse al mismo como mejor le convenga. En ciertos casos el paciente no manifiesta su opinión ni sus propias necesidades, por lo que el médico se ve limitado a decidir por sí mismo sobre lo que cree que mejor le conviene al paciente, estos son los casos de enfermos con discapacidad mental o en casos específicos, cuando los propios pacientes solicitan directamente a su médico que decida por ellos lo que es mejor. Dada la investidura ética del médico, este tiene la obligación de decidir por el paciente, el no hacerlo es una forma de abandono. Ante estas circunstancias proponemos establecer comunicación eficaz con el paciente e informarle correctamente sobre las propuestas de diagnóstico y tratamiento, persuadirle con las razones y la contundencia que conocimiento médico tiene, brindándole la oportunidad de decidir libremente lo que mejor le

convenga, y permitirle adecuar el tratamiento de la manera en que mejor se acomode

En relación con el rubro de **Consentimiento Informado**, entendiendo por esto como el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre su padecimiento, los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, complicaciones, secuelas o riesgos inherentes a ellos, a efecto de que él decida y autorice su realización para proceder con su estudio y tratamiento. Encontramos en nuestro estudio que existe insatisfacción por parte del encuestado, ya que al menos tres de estos contestaron contrario a lo deseable en los enunciados referentes a este tema. Si bien la minoría de los encuestados percibe esta carencia, deberá atenderseles solicitándoles y explicándoles el porqué de los procedimientos que se les realizan en su persona, inclusive tomar en cuenta su opinión acerca de la alimentación y de los medicamentos que reciben durante su hospitalización. El cumplimiento del procedimiento de consentimiento informado es imprescindible para el ejercicio de la medicina por dos motivos principales: el aspecto legal y el de comunicación eficaz con el paciente. Legalmente existen implicaciones, ya que si el procedimiento se llega a complicar y si el paciente no fue adecuadamente informado y no concedió su autorización por escrito, este tiene derecho de inculpar al médico, con consecuencias que puede llegar a ser hasta de carácter penal. Existen otras circunstancias en donde estas decisiones debe tomarlas el familiar legalmente responsable, y en casos extremos, de no encontrarse a nadie, el médico debe de tomar la decisión y responsabilidad del

procedimiento con la finalidad de preservar la vida del paciente y con el menor riesgo de daño posible. El médico es siempre experto en la realización de los procedimientos invasivos y quirúrgicos propios de su especialidad, pero en ocasiones omite comentarle al paciente las posibles complicaciones, secuelas o riesgos inherentes a estos procedimientos. Nuestra propuesta es que el médico debe considerar al paciente como persona completamente ajena a la medicina y por lo tanto, debe explicar en detalle y en la forma más comprensible para que el paciente conozca todos los beneficios y desventajas propias de los procedimientos encaminados a su diagnóstico y tratamiento, que establezca un diálogo encaminado a la resolución de dudas y se le manifieste apoyo. Sabiendo que la medicina es una ciencia extraordinariamente vasta y compleja, con frecuencia la información que los médicos proporcionan no es fácilmente comprensible para los usuarios, por lo que el nivel de comunicación debe ser sencillo y práctico.

En cuanto al rubro de **Cordialidad**, la insatisfacción con el trato recibido fue manifestada por al menos dos pacientes. Si entendemos por Cordialidad a la capacidad de todo ser humano para tener franqueza efusiva en el trato de las personas, ser cariñoso y cálido. El médico está sometido a múltiples factores que intervienen en deterioro de la calidad de la relación médico-paciente, como es el gran número de pacientes a su cargo, el poco tiempo tiene para atenderles, la disminución en la disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos, así como complejidad para traducir el lenguaje médico a un lenguaje comprensible para el paciente, trayendo como consecuencia que el médico se precipite en el cansancio

y en el tedio, propiciando esto un trato frío, no afectuoso o amable para con los pacientes. Si bien lo antes mencionado no justifica esta conducta, y ante la imposibilidad de resolver estos problemas de recursos humanos y materiales, el médico tiene que hacer su mejor esfuerzo para sobreponerse al tedio y cansancio resultantes de luchar contra obstáculos, del que los pacientes son ajenos, y tratar de tener mejor disponibilidad y una convivencia más amable con sus enfermos. Si la atención de un paciente se lleva a cabo en estas circunstancias el paciente es más receptivo con la información y recomendaciones del médico, su credibilidad y respeto será mayor para el médico y logrará un mejor apego al tratamiento, logrando menores recaídas de su enfermedad y una mejor calidad de vida futura.

Detectamos asociación entre las variables que midieron “número de internamientos previos” y si les “sonreían los médicos cuando los visitaban”. Observamos que entre menos internamientos tenían los encuestados, contestaron que sus médicos les sonreían, por el contrario los que tenían más internamientos dijeron que sus médicos no les sonreían. Es difícil interpretar este hallazgo, pero esto podría tener, hipotéticamente, más de una causa. En el primer caso, puede ser que el paciente que ingresa por primera vez sea más receptivo a todo lo que acontece en su proceso de atención médica, y en consecuencia perciba con mayor claridad la cordialidad de su médico. En el caso de los pacientes con múltiples internamientos, la posible explicación sería que estos pacientes tienen mala predisposición hacia todo a lo que a atención médica se refiere, por la persistencia de su enfermedad y por las experiencias previas, presentando un

estado de indiferencia, por lo que es más fácil que no perciban los gestos afectuosos de sus médicos, o en el peor de los casos, podríamos llegar a pensar que el médico en verdad desarrolla antipatía o rechazo a los pacientes con enfermedades crónicas terminales, a los que se presentan con descontrol recurrentes, o manifiestan falta de interés para los pacientes con patología diagnosticada. De ser real, esto último es muy grave y no tendría otro significado que la pérdida de los valores éticos y morales del médico. Dado que nuestro estudio no profundizó en detalles propios de este grupo de pacientes y reconocemos que nuestros comentarios tienen valor de mera suposición. Sin embargo, es necesario hacer más notoria nuestra cordialidad y afecto en este grupo de pacientes que al parecer tienen mayores carencias afectivas.

Otra asociación detectada fue entre "numero de internamientos" y el enunciado "sus médicos le expresaron su disponibilidad de hacer todo lo necesario para que el paciente se curara", observándose que entre menos internamientos tenían los pacientes sus médicos con mayor frecuencia se los mencionaban. Esto podría obedecer, hipotéticamente hablando, a varias causas. Podría ser que conforme el paciente va experimentando en su cuerpo la progresión de la enfermedad (principalmente en aquellos con padecimientos crónico-degenerativos) e ingresa cada vez con mas frecuencia a un servicio de hospitalización, el paciente va perdiendo la esperanza de una calidad de vida mejor, y ante cualquier gesto de solidaridad o promesa de mejoría se muestran insensibles. En contraste, los pacientes que tenían 1 o 2 ingresos, aun con gran deseo de superar su

enfermedad y tener una calidad de vida similar a la de una persona sana, son más perceptivos a los gestos de solidaridad y a las promesas de mejoría. Consideramos necesario modificar nuestra expresión de solidaridad con los pacientes con reinternamientos frecuentes, siempre hablando con honestidad y veracidad, haciendo promesas factibles (dentro de las posibilidades que la misma enfermedad permita)

Otro aspecto observado fue la deficiencia del médico para transmitir la **Información**, así como verificar si esta es suficiente en cantidad y calidad. En los tres enunciados evaluados sobre la calidad de la Información, se observó que hasta 8 pacientes contestaron respuestas contrarias a las deseables, esto especialmente en lo referente al tratamiento del paciente durante su hospitalización. Se entiende por Información al conjunto de noticias y la transmisión de datos sobre cualquier asunto, en este caso sobre TODO el proceso de atención médica. La información necesaria para obtener una buena relación médico-paciente debe de ser completa y comprensible. En general el médico cree que cumple su función al establecer las medidas terapéuticas al paciente, durante la hospitalización, y frecuentemente omite comunicarle la razón de la prescripción de los alimentos, medicamentos, y de otras medidas higiénicas y cuidados especiales, así como detallar en los horarios de aplicación. También se omite información en lo correspondiente a las citas que el paciente tendrá posteriores a su egreso de hospitalización. Si bien un obstáculo para la transmisión adecuada de la información es el nivel de escolaridad del paciente y familiares, en promedio

el nivel de escolaridad de la población derechohabiente del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" rebasa la primaria. Si bien estadísticamente, logramos asociar escolaridad con desinformación, existió grado variable de desinformación en los otros grupos con mayor escolaridad. Es necesario permitir un diálogo en confianza, dedicando el tiempo necesario para resolver todas las dudas que manifieste el paciente y su familia, e inclusive interrogando al paciente y sus familiares para conocer su personal percepción de su enfermedad y basándose en esto reorientar los aspectos que sean equivocados.

En lo relacionado al **Principio de Libertad y Responsabilidad**, conforme los códigos de ética, el cuerpo es propiedad de la persona y ante todo la persona es responsable de él. Esto obliga al médico a esforzarse para que el paciente comprenda su enfermedad y acepte la prescripción y la recomendación del médico para que se cure o se controle y logre en consecuencia una mejor calidad de vida. Este principio se evaluó por medio de un enunciado que valora el conocimiento del encuestado sobre las consecuencias de no llevar a cabo su tratamiento medicamentoso y al menos un encuestado respondió de manera indeseable. Es sabido que en nuestro país independientemente del nivel cultural de la población, no existe una adecuada educación para la salud, por lo que el médico tiene además la función de enseñar a sus pacientes hábitos higiénico-dietéticos indispensables, además de la administración correcta de los medicamentos durante la hospitalización como preparación del paciente para continuar su tratamiento al ser egresado. El éxito es mayor cuando el médico explica al

paciente, detalladamente, la etiología y fisiopatología de su enfermedad, como se llegó a su diagnóstico, cual será su tratamiento y cual será su pronóstico a corto y largo plazo, es necesario también informar, explícitamente, que puede pasar si no sigue estrictamente las prescripciones médicas y a donde acudir si su enfermedad se reactiva o se complica

El **Respeto** es el acatamiento, veneración que se tiene a uno, el miramiento y consideración que se tiene en el trato, para sí mismo y para con los demás. Se indagó si este aspecto cubría las expectativas del encuestado, con un enunciado que valoró si la exploración física se realiza con respeto, pero existió inconformidad en al menos dos encuestados, lo que traduce que estos pacientes no percibieron un trato respetuoso de parte de sus médicos. El respeto debe de transmitirse en todos los aspectos de la relación médico-paciente. El médico debe individualizar al paciente este no es una cama más en el hospital, es un ser humano que sufre moral y orgánicamente un cambio importante, y que es un ser único y que al enfermar su patología lo transforma en un enfermo no una enfermedad y que existen dentro de los pacientes personalidades difíciles de complacer

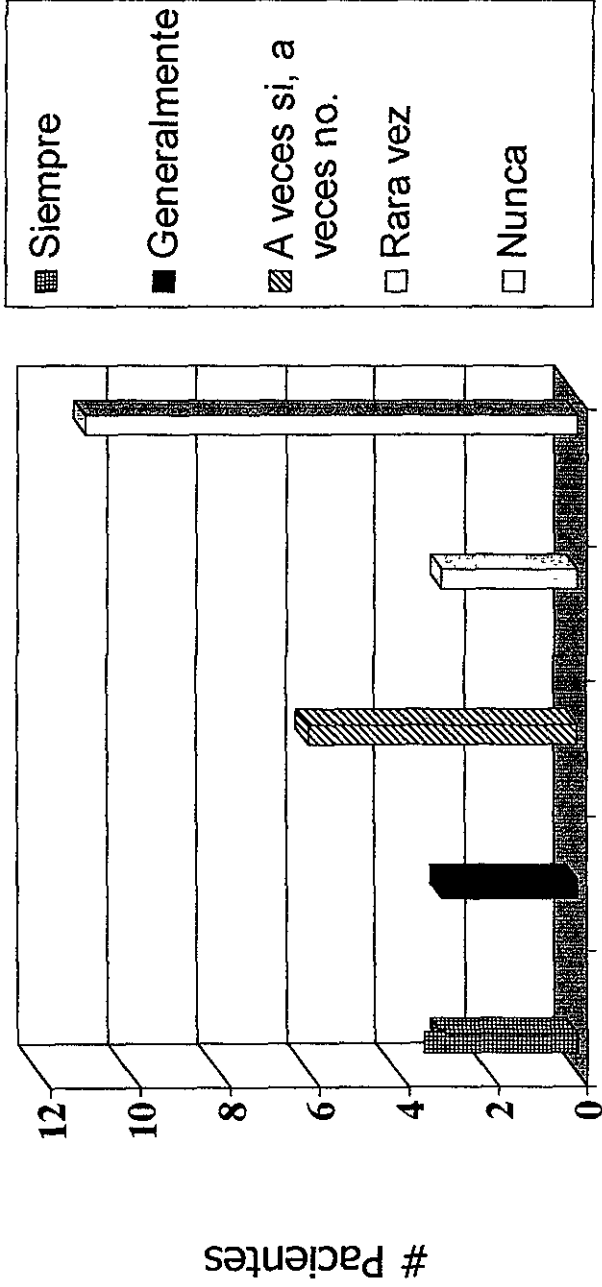
A través de los enunciados que evaluaron la **Veracidad** de la información que proporcionó el médico al paciente, detectamos insatisfacción en los encuestados. La veracidad de la información que el médico proporciona es imprescindible para que la relación médico-paciente sea un éxito, debido a que quedará bien claro para el paciente el porque continuará tomando medicamentos durante toda su vida

(si se trata de enfermedad crónica), porque deberá seguir las indicaciones preestablecidas por el médico, y que si en dado caso necesitara hospitalización o llegase a fallecer, exista un proceso de concientización y preparación en la familia para ayude a aceptar el evento. Es importante aclarar que la información durante la hospitalización se debe manejar con mucha cautela, con veracidad, que sea sencilla, actualizada, dirigida a un solo miembro de la familia y transmitida tan solo por un médico, con la finalidad de que esta no tenga interpretaciones falsas, no falte o se le añadan características a esta, de manera que sea un solo lenguaje el que se maneje.

A simple vista pareciera ser que las omisiones por parte de los médicos son mínimas, pero debemos tener en cuenta que desde el momento en que un solo paciente queda insatisfecho con algún aspecto de la atención que recibió en forma general traduce a todo el proceso como "atención médica de mala calidad". Haber identificado estos problemas en el trato y la información proporcionada a los pacientes y/o familiares, podremos disminuir el número de quejas e inclusive evitar denuncias formales, que llegan a instancias superiores. Finalmente, mediante la solución de estas deficiencias podemos contribuir al aspecto más importante, a uno de los propósitos más elevados del médico: lograr el apego y confianza del paciente a su tratamiento, a su médico y las instituciones de salud.

GRAFICA 1

Sus médicos le preguntaron si aceptaba que le extrajeran sangre cuando fuera necesario.

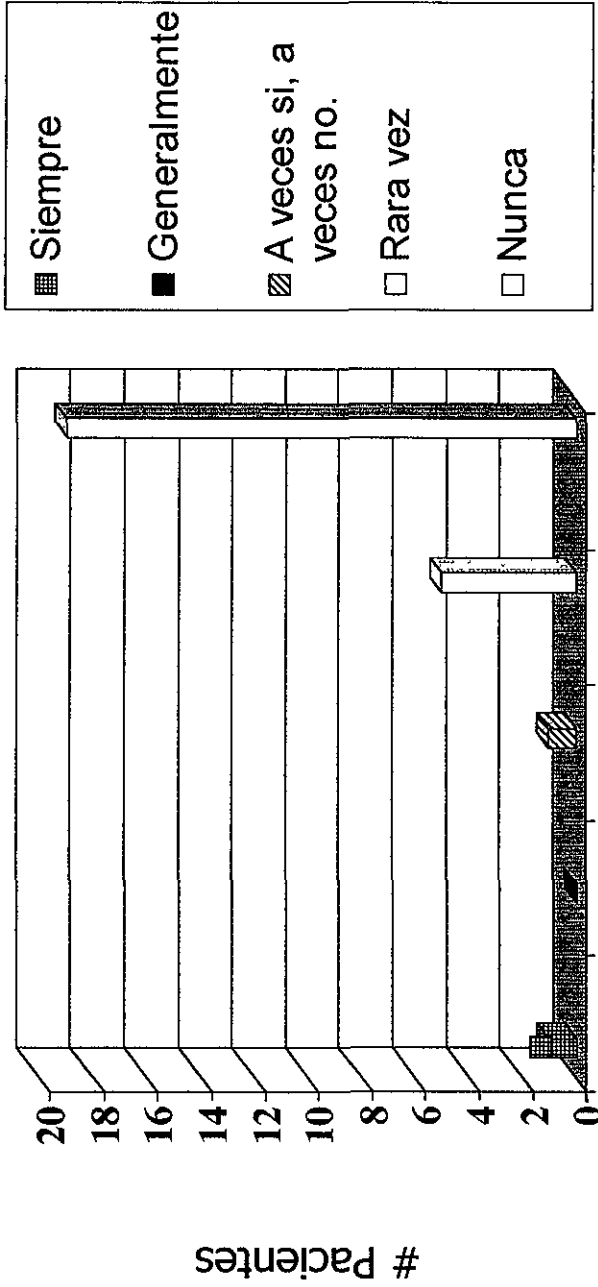


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respuestas

GRAFICA 2

Sus médicos le dijeron que su enfermedad de hace muchos años se va a curar por completo.

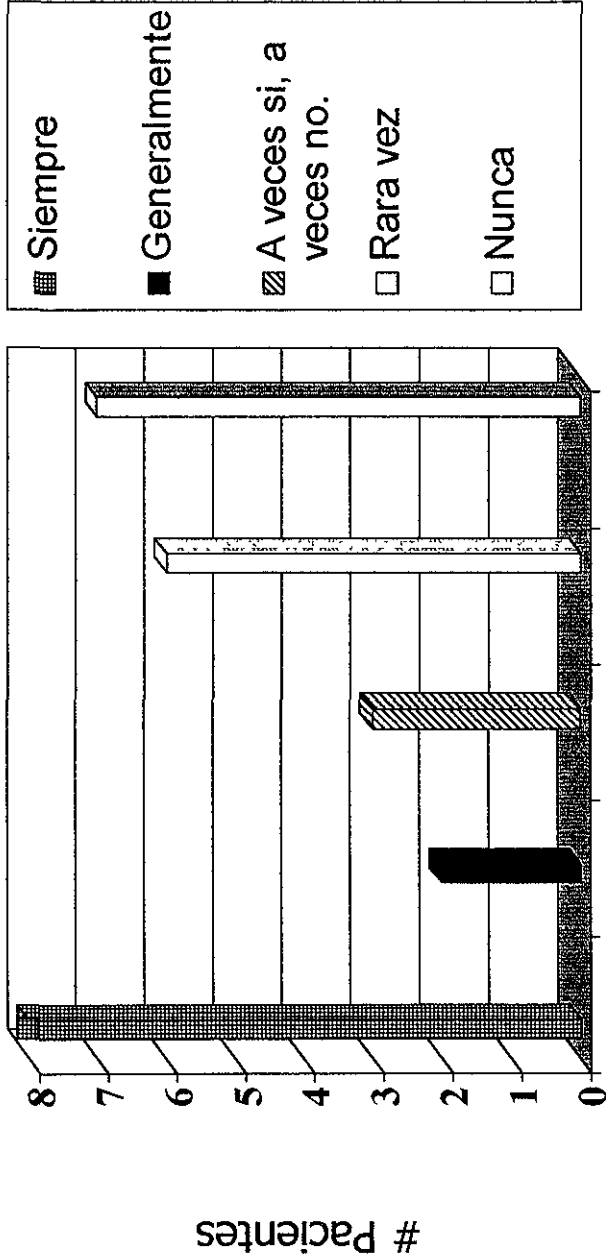


Respuestas

TESIS CON
CALLA DE ORIGEN

GRAFICA 3

Sus médicos impidieron que usted participara en los horarios de toma de medicamentos.

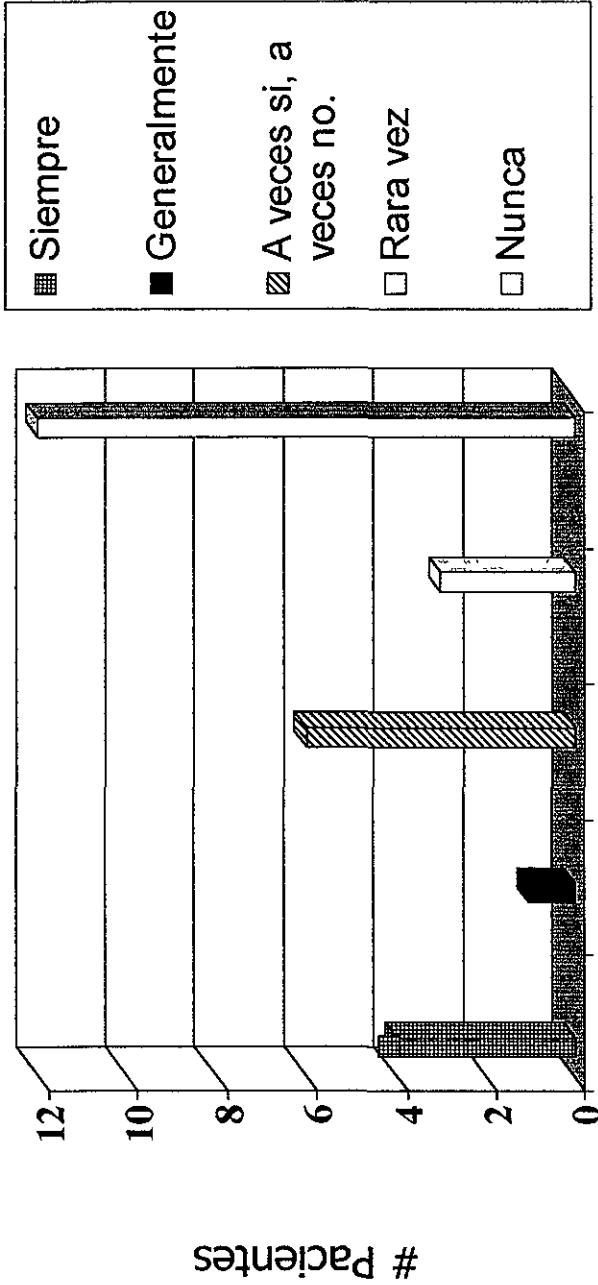


Respuestas

TESIS CON
LA DE ORIGEN

GRAFICA 4

Sus médicos le pidieron su opinión acerca de los medicamentos que se le administraron durante su hospitalización.

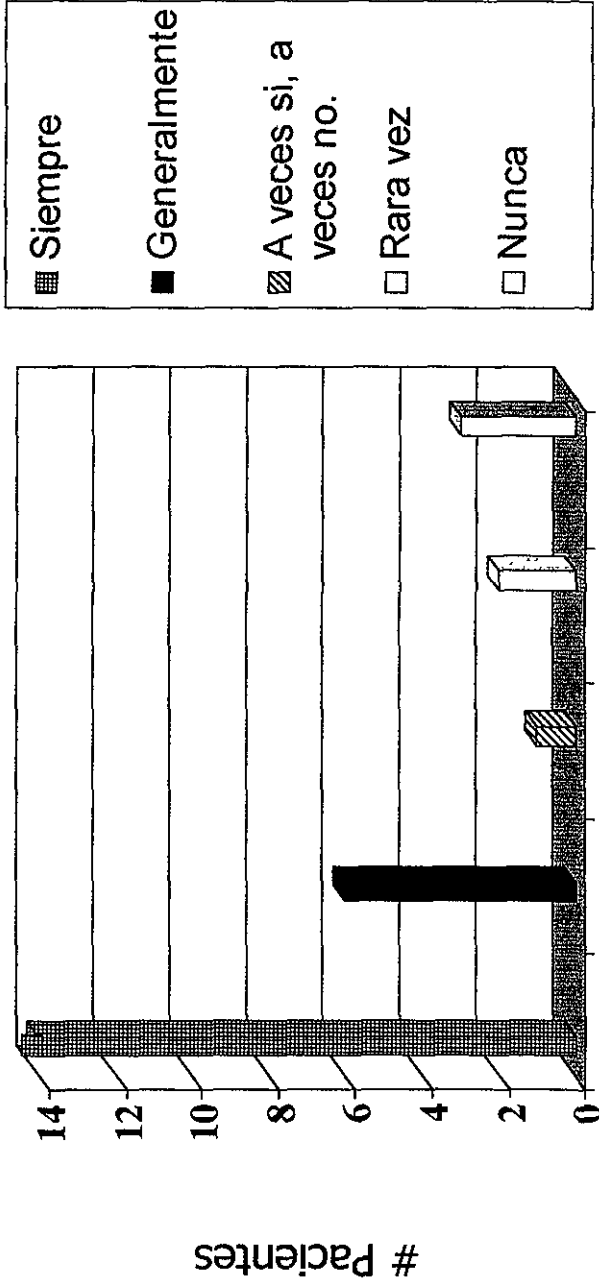


Respuestas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 5

Sus médicos le dijeron que su enfermedad de hace muchos años puede controlarse.

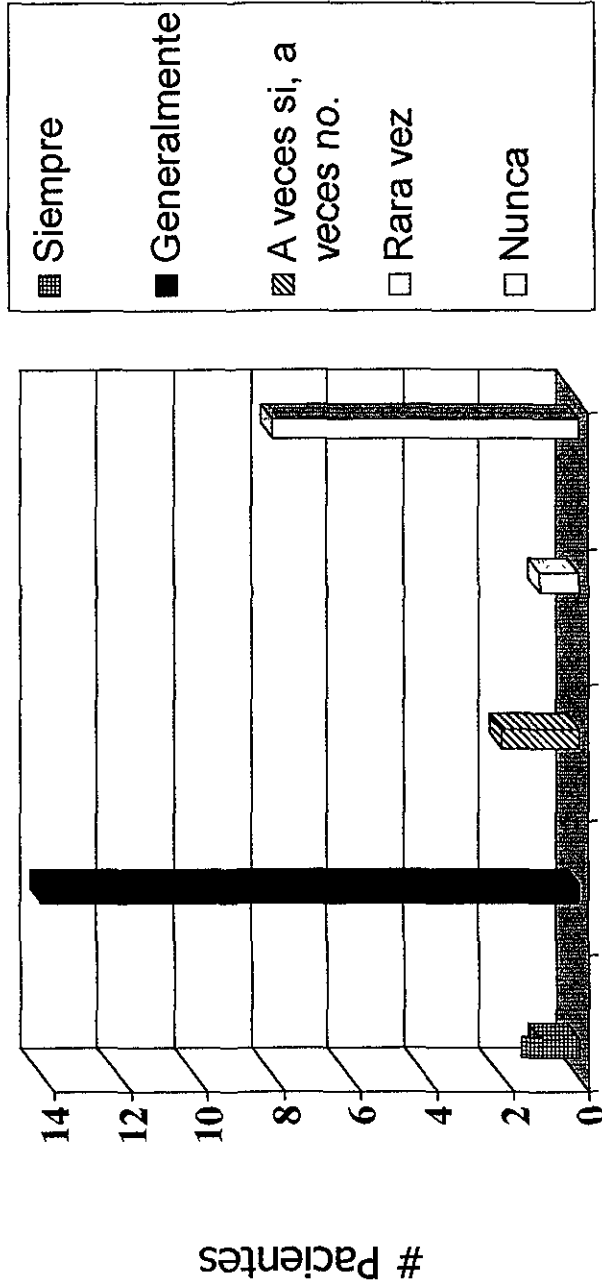


Respuestas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 6

Usted desconoce los horarios de los medicamentos durante su hospitalización.

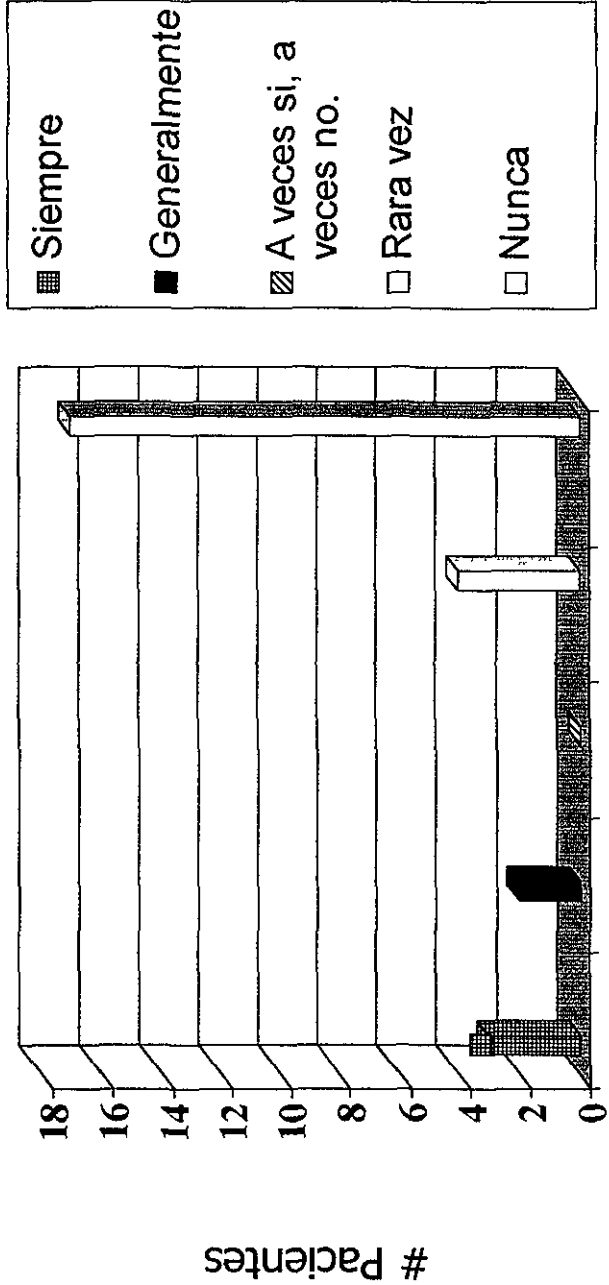


Respuestas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 7

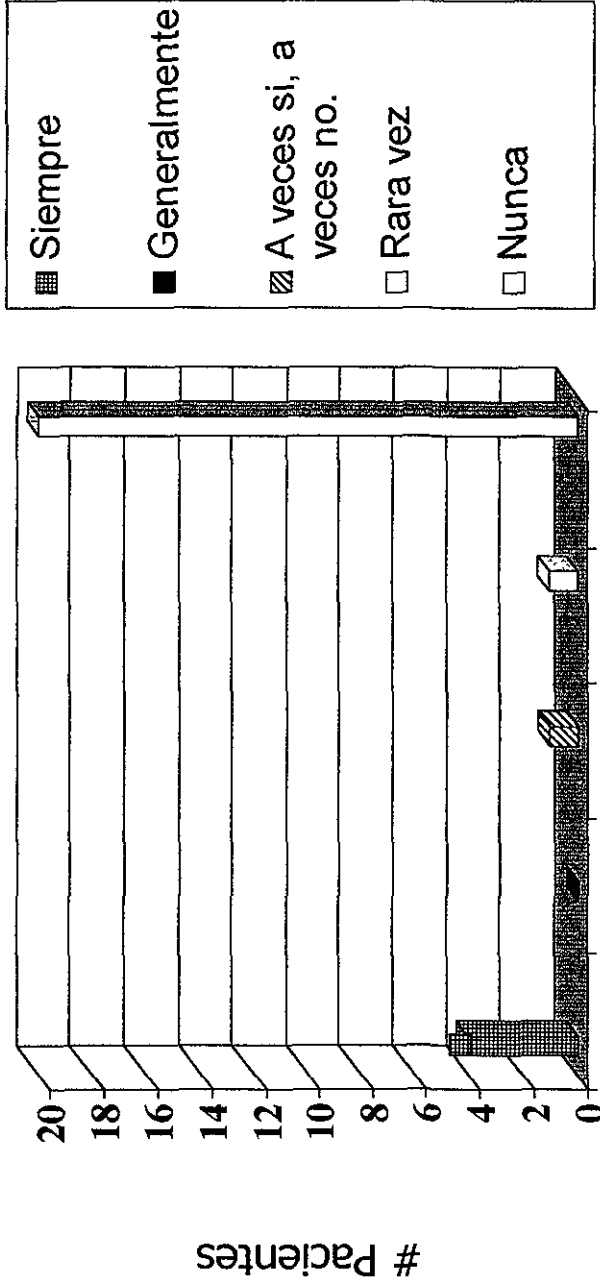
Sus médicos revisaron su cuerpo sin su permiso.



Respuestas
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 8

Usted desconoce cuales alimentos puede o no consumir en su domicilio.

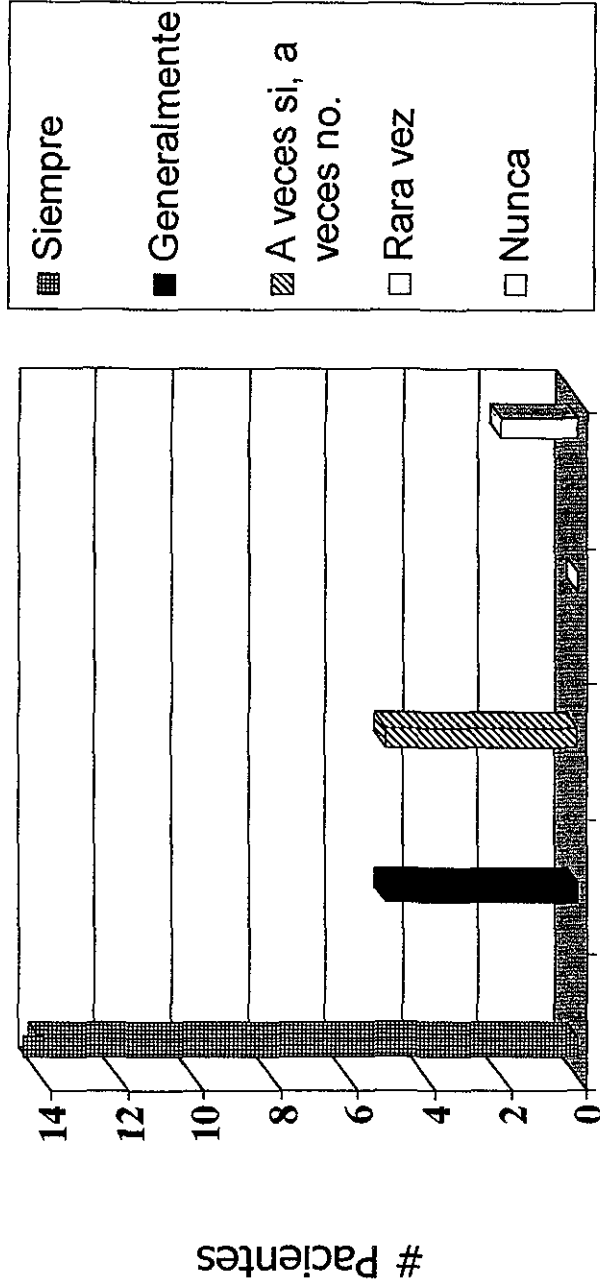


Respuestas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 9

Sus médicos le sonrieron cuando lo visitaban.

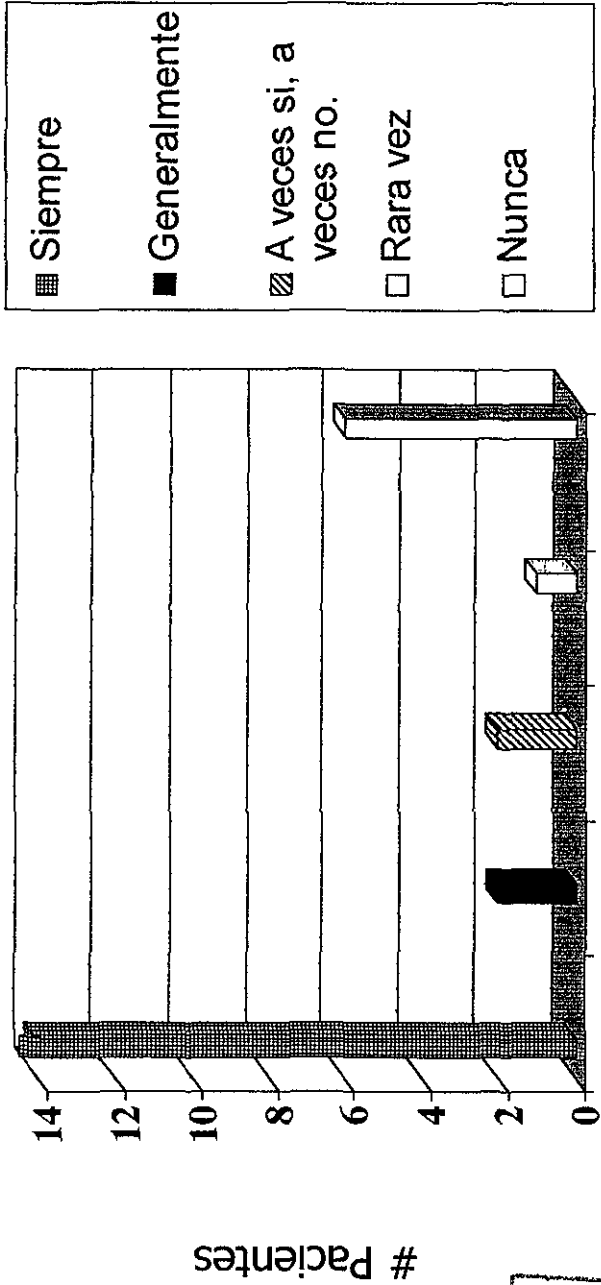


Respuestas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 10

Sus médicos se dirigieron a usted sin palabras como: "Para lo que me Pagán", "Para lo que ganó".



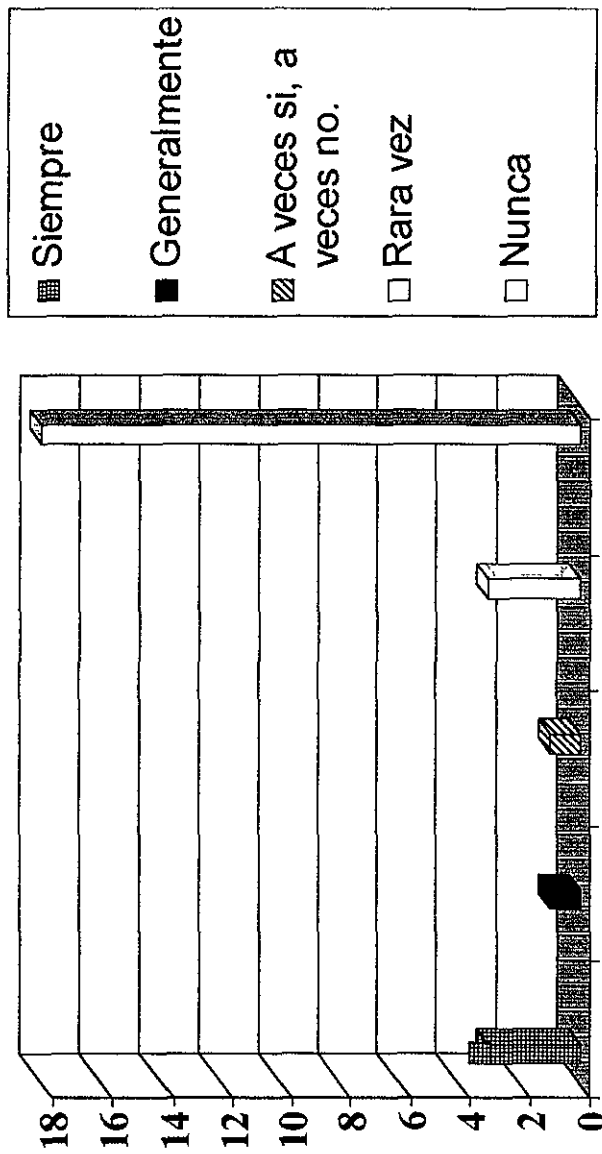
Pacientes

Respuestas

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 11

Sus médicos indicaron su alimentación durante su hospitalización sin pedirle su permiso.



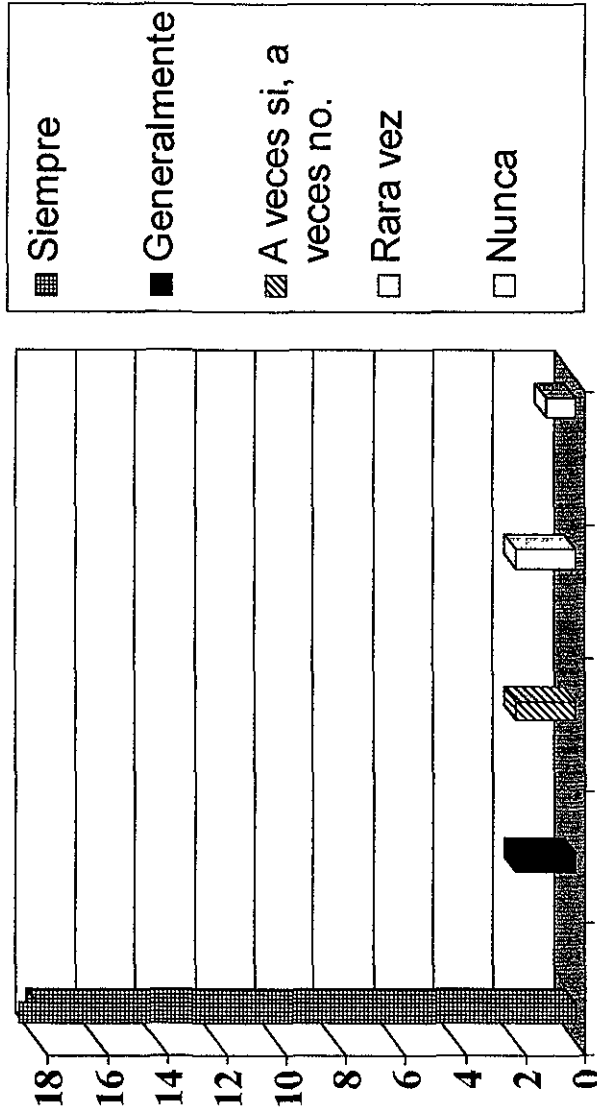
Pacientes

Respuestas

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 12

Usted sabe que puede pasar si olvida tomar adecuadamente sus medicamentos.

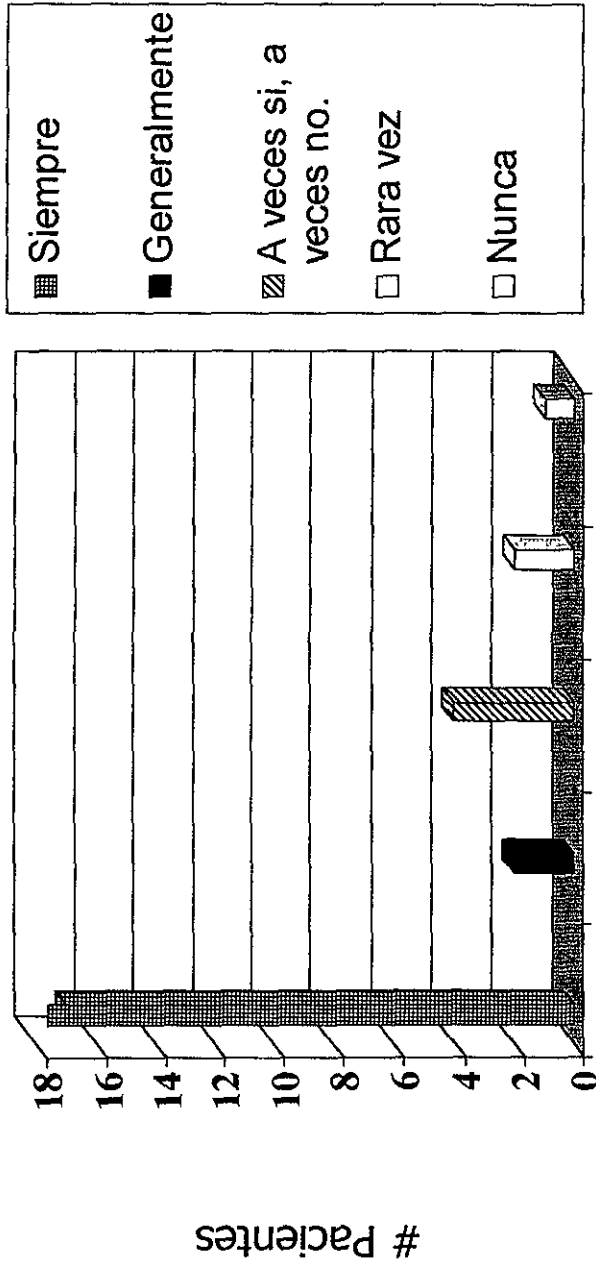


Pacientes

Respuestas

GRAFICA 13

Cuando usted ingreso, sus médicos le dijeron que iban a poner lo que estuviera a su alcance para que usted se curara.

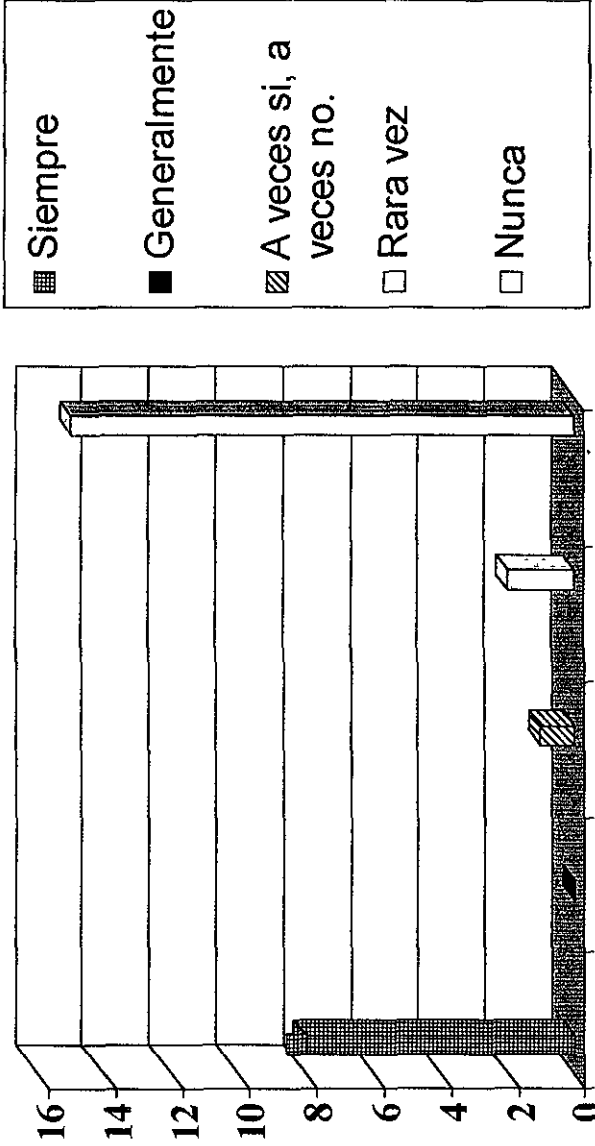


Pacientes

Respuestas

GRAFICA 14

Usted desconoce la especialidad de sus médicos.



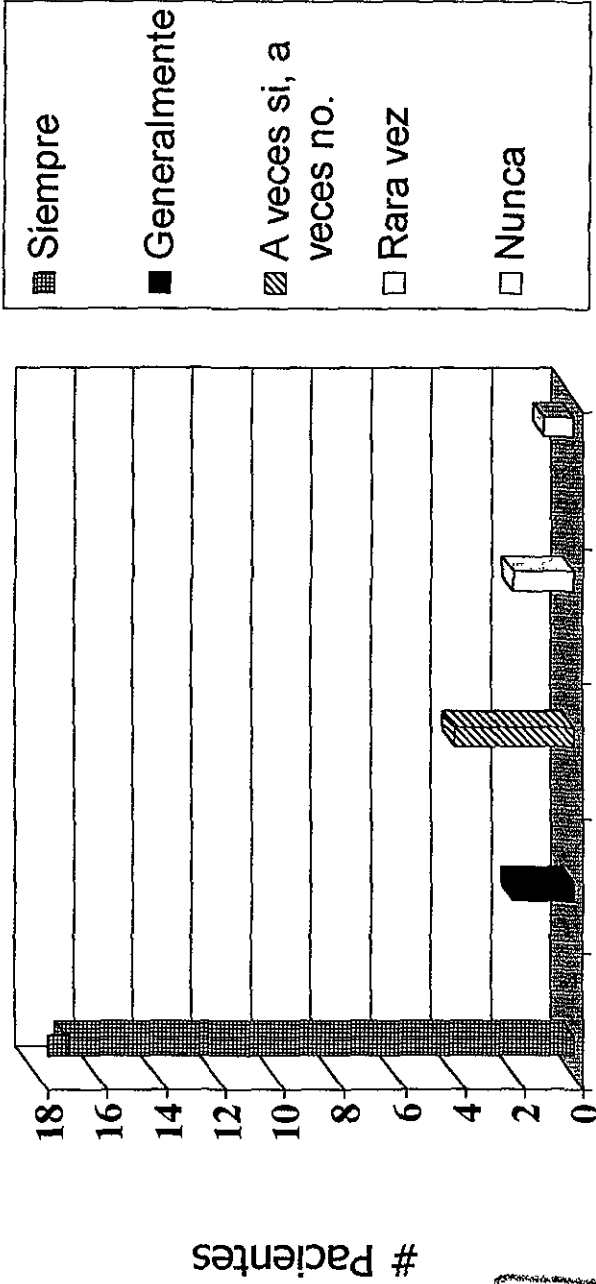
Pacientes

Respuestas

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 15

Quando usted ingreso, sus médicos le dijeron que iban a poner lo que estuviera a su alcance para que usted se curara.



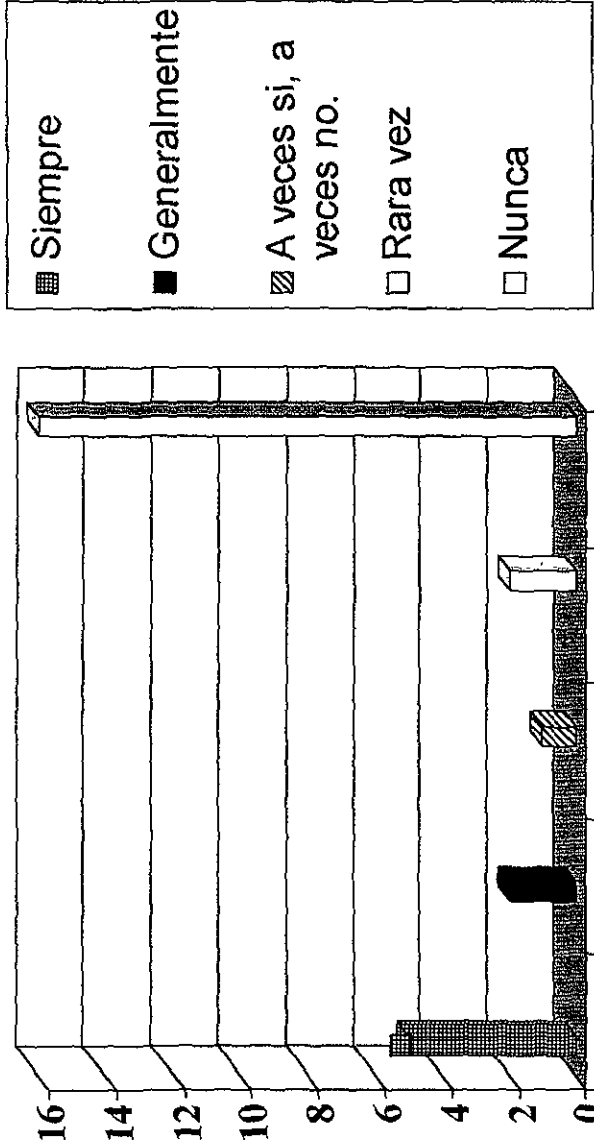
Respuestas

Pacientes

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 16

Usted desconoce que citas va a tener posterior a su hospitalización

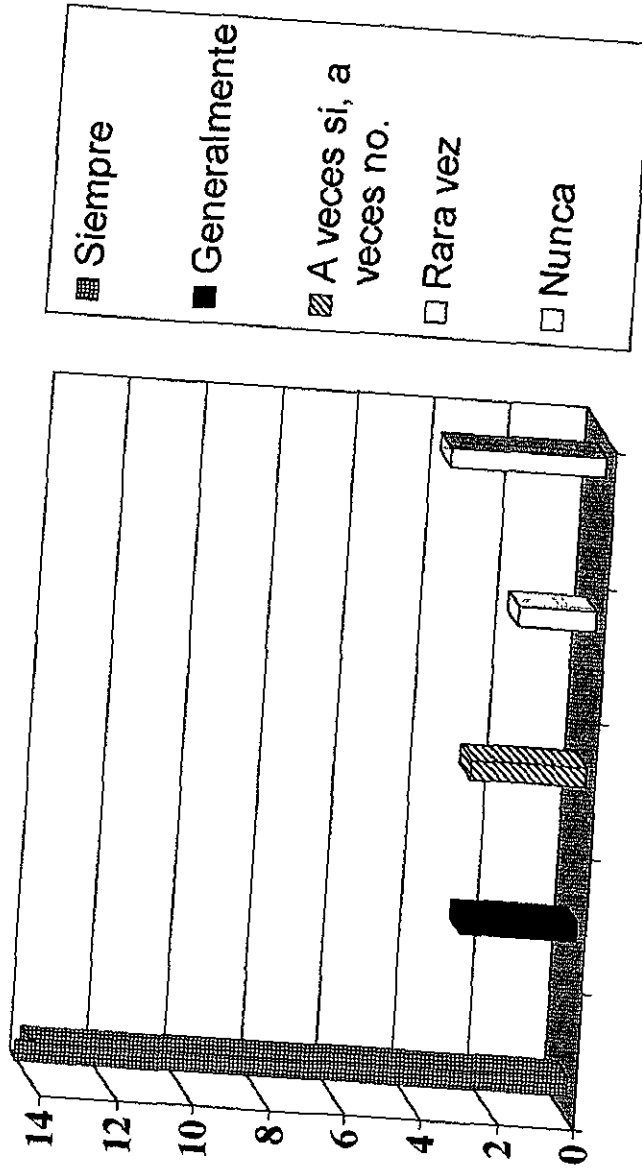


Respuestas

Pacientes

GRAFICA 17

Sus médicos le manifestaron palabras como: estoy con usted, lo escucho con atención, lo apoyo, lo comprendo.

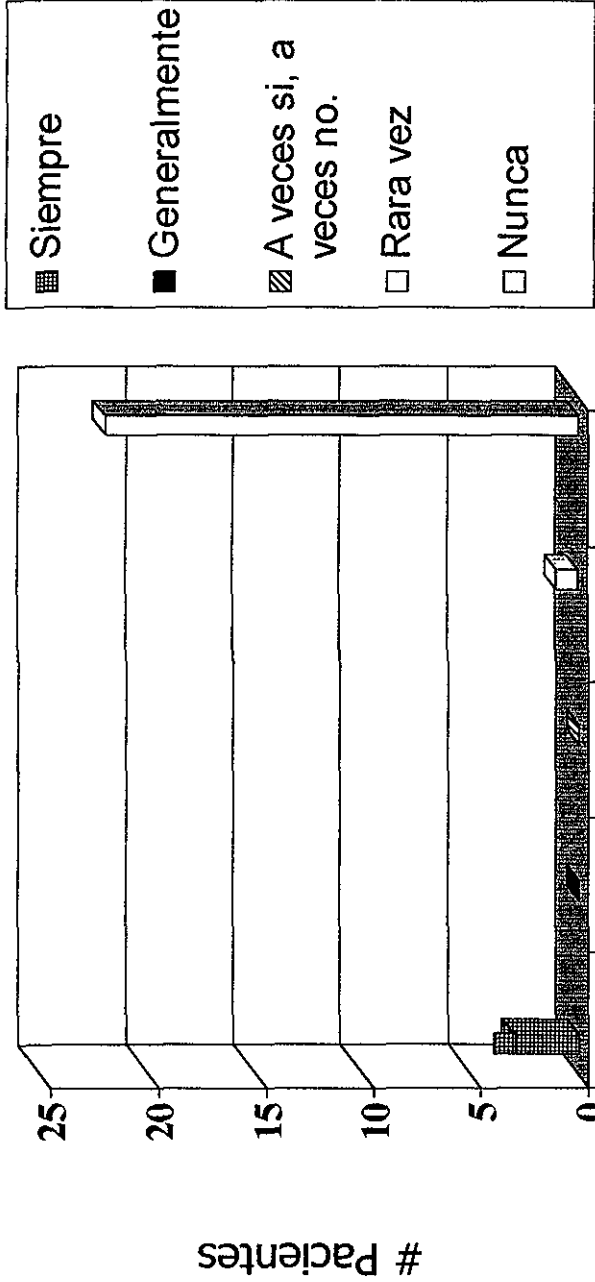


Pacientes

Respuestas

GRAFICA 18

Sus médicos le hablaron sin mirarlo a la cara.

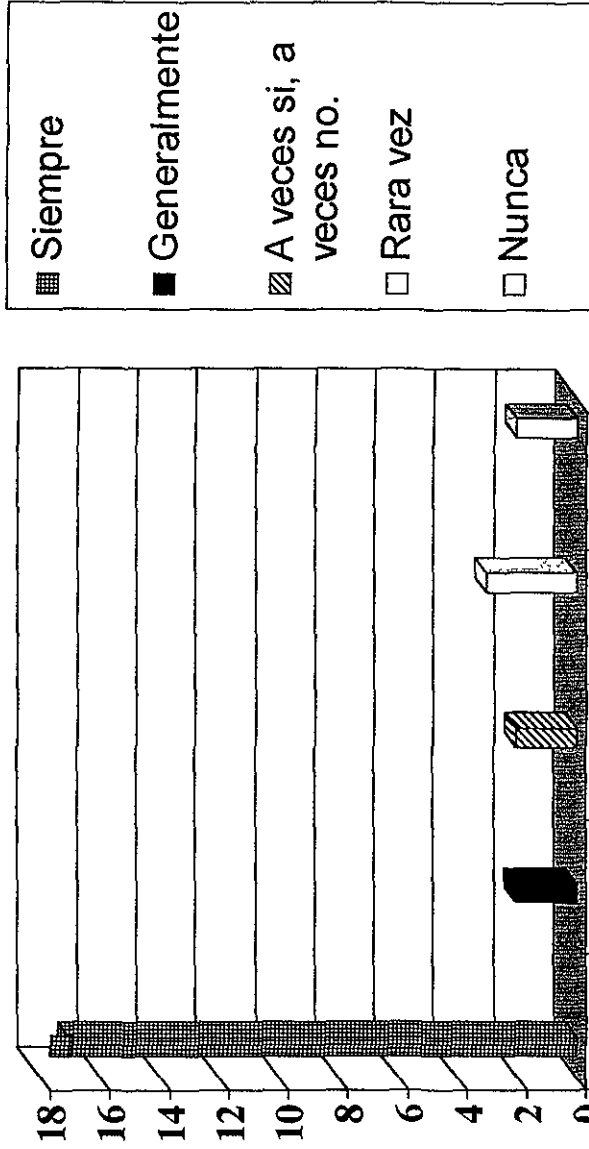


Pacientes

Respuestas

GRAFICA 19

Sus médicos revisaron su cuerpo con manos tibias.



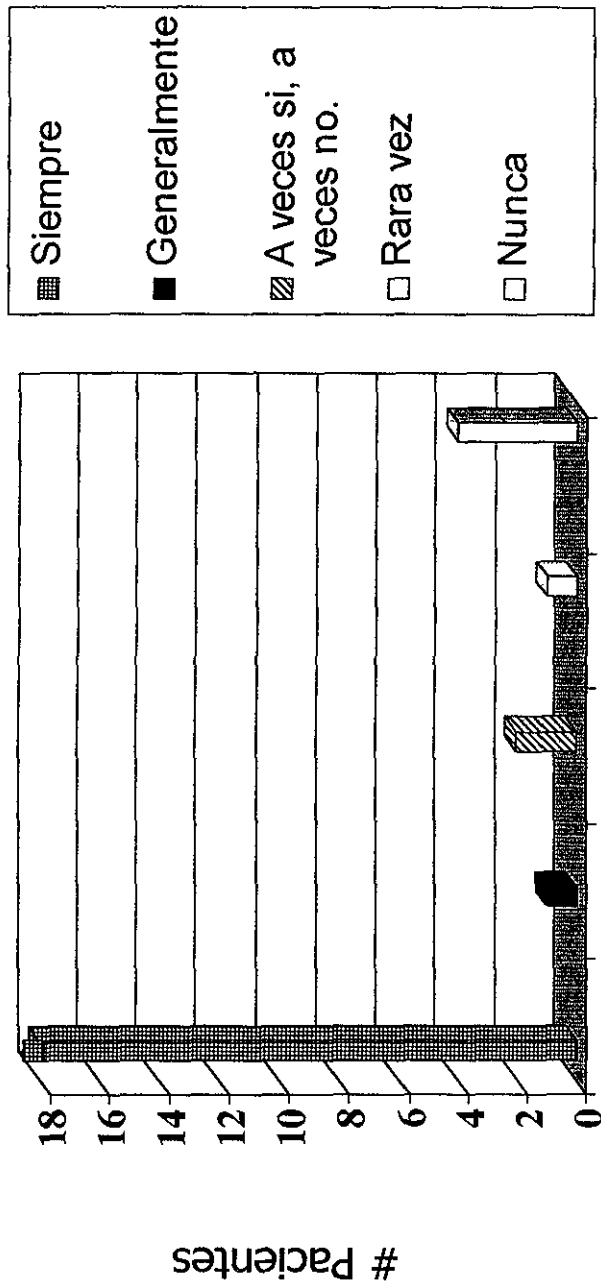
Pacientes

Respuestas

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 20

Sus médicos le dijeron que si usted olvida seguir las indicaciones que le dieron, su enfermedad puede agravarse, necesitar hospitalización e incluso puede morir.



Pacientes

Respuestas

APÉNDICE 1

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

A continuación definimos las variables y los conceptos enunciados en el presente trabajo, conforme a la Real Academia Española y los conceptos médicos conforme el documento interno de la Coordinación de Medicina sobre el trabajo de Atención Médica (11,12)

Se enlistan de acuerdo al orden alfabético correspondiente.

1. **Actitud:** Es el reflejo de una determinada disposición anímica
2. **Autonomía** Cualidad inherente a los seres humanos que les permite elegir y actuar de forma razonada. Es la capacidad para pensar, sentir y emitir juicios para gobernarse a sí mismo
3. **Biomédica, Bioética:** Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales. La bioética abarca a la ética Médica. La bioética comprende los problemas relacionados con valores, que surgen de todas las profesiones de la salud, incluso de profesiones afines. También comprende cuestiones relativas a la vida de animales y plantas
4. **Calidad:** Cualidad, propiedad o naturaleza de una cosa que permite compararla con otras de la misma especie. Importancia o gravedad de un asunto

5. **Comunicación** Transmisión de un mensaje con un código común Aviso
6. **Confidencialidad** El médico debe guardar toda la reserva necesaria en cuanto a la información que le es confiada por su paciente. Que se hace o se dice en confianza
7. **Consentimiento Informado** Es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre su padecimiento, los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, posibles complicaciones, secuelas o riesgos inherentes a ellos, a efecto de que decida y autorice los procedimientos médicos en forma consciente, libre y responsable, tomando en cuenta en el paciente su capacidad de autodeterminación. En el caso de menores de edad y personas con incapacidad mental deberá solicitarse el consentimiento informado a los padres, tutores o representantes legales, sin embargo si el menor de edad es capaz de valorar realmente la situación deberá también tomarse su opinión. El consentimiento informado protege los derechos de los pacientes y la dignidad humana
8. **Código:** Colección de normas dispuestas en modo sistemático sobre cualquier materia
9. **Cordial / Cordialidad:** Cariñoso, sentido. Calidad de cordial. Franqueza efusiva en el trato de las personas
10. **Cuestionario:** Lista de cuestiones o preguntas
11. **Ética:** Parte de la Filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre

- 12 **Expectativa:** Esperanza de conseguir algo si se depara la oportunidad deseada
- 13 **Expediente Clínico:** Conjunto de documentos de índole médica que se elaboran para cada caso particular con todas las posibles variantes relacionadas en el tipo de padecimiento, el estado específico, sexo, edad, etc. El expediente clínico es el único elemento o prueba válida para la defensa médica y paramédica con relación a un sujeto determinado. Por lo que la elaboración del mismo debe ser vigilado, supervisado, evaluado y corregido. Es un documento de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución o del médico en su práctica privada
14. **Fidelidad / fiel:** Se dice de la persona leal y constante en una relación de amistad, amor o servicio
- 15 **Honesto:** Decente, decoroso. Recatado, pudoroso. Probo, recto, honrado. Razonable, justo
16. **Información:** Conjunto de noticias y datos sobre cualquier asunto
- 17 **Limite:** Término, regiones, posesiones
18. **Moral:** Ciencia que trata del bien en general, de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia. Es la facultad del espíritu perteneciente al campo de la apreciación del entendimiento o de la conciencia. No pertenece al orden jurídico, sino al respeto humano
- 19 **Personalizar / Personalismo:** Referirse a alguien determinado. Adhesión a una persona o a las tendencias que ella representa
- 20 **Predisposición:** Inclinação hacia la realización de una tarea

21 **Principio de Libertad y Responsabilidad:** El cuerpo es de la persona y ante todo la persona es responsable de él. Toda la ética se funda sobre el consentimiento del paciente y sobre la relación-alianza entre paciente y médico. Nada hace el médico si no es respetando la libertad del paciente. El médico es competente y responsable del bienestar del paciente desde el momento en que éste, por libre elección le ha confiado al médico el encargo de curarlo. El médico no deberá quitar la vida ni siquiera si el paciente se lo pidiese, ni tampoco el paciente puede pedir que se le quite la vida, por que hay un bien intangible que sobrepasa a ambos. Este principio no puede estar basado en un contrario en caso de que coincidan los criterios del paciente y del médico, porque en ellos no se basa la ética, sino en un verdadero coloquio del ejercicio de la libertad y responsabilidad cuyo fin sea la promoción de la vida y la salud del paciente.

22 **Relación médico-paciente** Compromiso y respeto mutuo, donde las dos personas interactúan de tal manera que ambos tienen obligaciones y reciben beneficios. Los principios básicos de autonomía, fidelidad, veracidad y justicia son esenciales. El médico reconoce que el paciente conserva la libertad de control sobre su propia vida cuando tenga que tomar decisiones importantes, incluyendo los tipos de relación directa o indirecta.
Directa - cuando es el propio enfermo es el que selecciona a su médico.
Indirecta - cuando son terceras personas las que seleccionan a los médicos y luego le asignan los pacientes.

- 23 **Respeto:** Acatamiento, veneración que se tiene a uno. Miramiento, consideración que se tiene en el trato
- 24 **Salud** Estado en que el ser orgánico ejerce con normalidad todas sus funciones. Condiciones físicas de un organismo en un determinado momento
- 25 **Satisfacción / Satisfacer** Acción de satisfacer. Complacer o realizar completamente algún deseo, apetito o pasión. Desagraviar, reparar con hechos o palabras el agravio, la ofensa o el daño causados
- 26 **Solidaridad:** Asociación y comunidad de intereses y responsabilidades. Adhesión circunstancial a la causa de otros.
- 27 **Tratamiento / tratar:** Método que se emplea para mejorar o curar enfermedades.
28. **Validar:** Dar fuerza o firmeza a una cosa, hacerla válida
- 29 **Veracidad, Veraz** Que el paciente sea informado con exactitud y amplitud. Que dice, usa o profesa siempre la verdad. Verdad: Conformidad del pensamiento o idea con la realidad de las cosas, o conformidad del pensamiento con sus propias leyes.
- 30 **Voluntariedad** El paciente tiene derecho de tomar de manera libre y responsable las decisiones de su tratamiento. Calidad de voluntario. Voluntario: Se dice del acto que nace de la voluntad. Que se hace por propia voluntad y no por coacción u obligación

APÉNDICE 2

CUESTIONARIO FINAL

1. Sus médicos le preguntaron si aceptaba que le extrajeran sangre cuando fuera necesario
2. Sus médicos le dijeron que su enfermedad de hace muchos años se va a curar por completo
3. Sus médicos impidieron que usted participara en los horarios de toma medicamentos
4. Sus médicos le pidieron su opinión acerca de los medicamentos que se le administraron durante su hospitalización
5. Sus médicos le dijeron que su enfermedad de hace muchos años puede controlarse
6. Usted ignora los horarios de los medicamentos durante su hospitalización.
7. Sus médicos revisaron su cuerpo sin su permiso

- 8 Usted desconoce cuales alimentos puede o no consumir en su domicilio.
- 9 Sus médicos le sonrieron cuando lo visitaban
- 10 Sus médicos se dirigieron a usted sin palabras como “Para lo que me pagan” o “Para lo que gano”
- 11 Sus médicos indicaron su alimentación durante su hospitalización sin pedirle su permiso
- 12 Usted sabe que puede pasar si olvida tomar adecuadamente sus medicamentos
13. Cuando usted ingresó sus médicos le dijeron que iban a poner lo que estuviera a su alcance para que usted se curara
- 14 Usted desconoce la especialidad de sus médicos
15. Cuando usted ingresó sus médicos omitieron decirle que iban a poner todo lo que estuviera a su alcance para que usted se curara.
- 16 Usted desconoce que citas va a tener posterior a su hospitalización

17. Sus médicos le manifestaron palabras como. estoy con usted, lo escucho con atención, lo apoyo, lo comprendo

18 Sus médicos le hablaron sin mirarlo a la cara

19 Sus médicos revisaron su cuerpo con manos tibias.

20 Sus médicos le dijeron que si usted olvida seguir las indicaciones que le dieron, su enfermedad puede agravarse, necesitar hospitalización e incluso puede usted morir

BIBLIOGRAFÍA

- 1 March G et al **PROBLEMAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE REFLEJAN LAS QUEJAS DE LOS USUARIOS DE LA CONAMED.** Cuaderno de Divulgación 4, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México, 1999. 8-9
- 2 Fernández VH et al **MEMORIA POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y LA MEJORÍA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. IV Simposio Internacional Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México D.F 2000 Pags ·8,19, 95-99**
3. Donabedian A **LA DIMENSIÓN INTERNACIONAL DE LA EVALUACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD** Salud Pública México, 1990, 32 113-117.
4. Beauroyre HR y Téllez VC **CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA CLÍNICA DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA “TLATELOLCO” ISSSTE** Temas de Salud COMSALUD 1997, 22 5-16
- 5 Spencer H.M **TIPS FOR MAKING INPATIENT CARE MORE EFFICIENT.** Family Practice Management Vol. 6 No 3, March 1999
6. Kizer L. **REINVENTIG HEALTH CARE: SYSTEMATIZING QUALITY IMPROVEMENT AND QUALITY INNOVATION.** Medical Care. Vol 38 (6) Supplement1 June 2000 1-7-1-16.
7. Ruiz GC et al. **LO QUE OPINAN LOS PACIENTES DE LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN “SALVADOR**

ZUBIRÁN” (INNSZ) Revista de Investigación Clínica, 1990, vol 42, Pág 298-311

- 8 Ramirez ST et al **PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO: PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS** Salud Pública de México, 1998; vol 40, pág 3-12
- 9 Pérez CR et al **ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y DE LA PRODUCTIVIDAD DE UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE MÉDICOS Y TÉCNICOS.** Salud Pública de México, Septiembre-Octubre 1997, vol 36, No 5
10. Nadel S **TÉCNICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CUESTIONARIOS DE ACTITUDES Y OPCION MÚLTIPLE.** Instituto Nacional de Ciencias Penales México 1983, 19-27, 57-80
11. ISSSTE Centro Médico Nacional “20 de Ioviembre” Coordinación de Medicina Jefatura de Enseñanza e Investigación **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA, MANUAL DE OPERACIÓN INTERNA EN LAS ACTIVIDADES MÉDICO- ASISTENCIALES Y ACADEMICAS PARA LA FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS.** México, D F Marzo de 2000 Documento interno
- 12 Fragmento textual de Cano-Valle F, Luna-Barradas F. **CODIGO DE ETICA MEDICA: UNA PROPUESTA.** Abril 1999, México D F Documento Interno Clínica Londres Con permiso de los autores

13 Fragmento textual del **CODIGO DE ETICA MEDICA DE LA ASOCIACIÓN
DE MEDICINA INTERNA DE MÉXICO.** 1999 Documento Interno AMIM
Con permiso de los autores