

# Calidad y calidez del médico pasante en servicio

*Cuabrita Allúta Jiménez C. y Olga M. Campos C.<sup>1</sup>*

## RESUMEN

En el presente trabajo, se valoró el desempeño clínico, epidemiológico y social-preventivo de los médicos pasantes en Servicio Social de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. Se evaluaron índices de calidad y calidez en la atención, un índice de atención a la comunidad y un índice general que pretende medir el nivel de atención integral. La valoración se realizó en seis Estados de la República mexicana. Los resultados muestran que el egresado proporciona buena atención y que es efectiva, y que están capacitados para ello. El índice general de atención integral encontrado muestra un alto nivel en la calidez de la atención, el cual supera significativamente a los indicadores de calidad y atención comunitaria; y la calidad de la atención, a la atención comunitaria. La calidad y la calidez en la atención tienen poca relación para inclinar al médico hacia tareas comunitarias.

**Palabras clave:** calidad, calidez, atención médica, servicio social.

## ABSTRACT

*This work presents an analysis of the, epidemiological and preventive performance of undergraduate students of the Instituto Politécnico Nacional School of Medicine in México. In order to measure the quality of integral medical attention four rates were constructed and evaluated: general, warmth, community and quality. The results show that the undergraduate students under study are qualified, and provide effective and quality medical attention. A high rate of warmth significantly fulfill quality and community attention standards. Quality rate fulfill community medical attention standards. Community work is little related with quality medical services.*

**Key words:** quality, warmth, Medical attention.

## Introducción

La tendencia económica del planeta a la globalización, y la participación del país en este proceso han venido transformado las políticas en los diferentes sectores entre ellos salud y educación, en consecuencia en éste último, desde 1982 en el discurso oficial la evaluación empezó a desplazar a la planeación, de ahí el proceso de acreditación de la Escuelas y Facultades de Medicina con una tendencia a evaluar sus funciones, recursos, estructuras, planes, programas de estudio y formas de trabajo entre otros, con objeto de poder competir en este nuevo modelo impuesto.

Se han generado estudios que tienden a responder las inquietudes que se han planteado por las nuevas políticas en educación superior por diversos autores: Muñóz, (1991); Fernández, (1991); Rizo, (1991); Díaz, (1993); Mejía, (1994); Llarena, (1994); Romay, (1994); entre otros.

En el campo médico se ha cuestionado una serie de propuestas tales como: ¿qué tipo de médicos queremos formar?, ¿la formación actual responde a las necesidades de salud de la sociedad?, ¿con qué calidad están formando las escuelas y facultades a los médicos que egresan actualmente?. Esta situación ha generado muchos estudios, ensayos y críticas al respecto de la evaluación de la calidad de la educación médica en México, tales como: Wong, (1992); Velasco, y Larios, (1992); Leiva, (1992); De la Fuente (1992); Castillo y López (1992); Zúñiga, *et al.* (1991), Cordera, (1994); Ruiz, de Chávez, (1995); Garza, (1998), entre muchos.

El equipo de esta investigación, (sin pretender responder explícitamente a las nuevas políticas en educación superior), ante la necesidad de que la Escuela de Medicina (EM) a 62 años de trabajo cuente con una evaluación que le permita en este momento saber cómo cumple con su propósito formativo y cómo responde a las demandas de las necesidades de salud en el país, contribuye a los estudios que se han realizado en la EM, desde 1995, sobre el perfil del Médico recién egresado (Jiménez, 1995; 1997; 1999), con el objeto de caracterizar el perfil real del mismo, vs. el perfil ideal plasmado en el "Perfil del Egresado de la Carrera de Medicina"<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Proyecto de Reestructuración del Plan de Estudios de la carrera de medicina. p.137. 1996. México:ESM. En septiembre de 1998, el Consejo General Consultivo aprobó la modificación al mapa curricular de la carrera de Médico Cirujano y Partero.

## Marco Teórico

Desde el inicio de la política de evaluación, se ha privilegiado el enfoque cuantitativo a través de indicadores y parámetros, no obstante se ha cuestionado esta forma parcial de evaluar y se ha incorporado a la par la perspectiva cualitativa, que ofrece una oportunidad de conocer situaciones más relevantes (Mejía, 1994).

La evaluación cualitativa se define como la emisión de juicios de valor y mérito a partir de un proceso de descripción, análisis e interpretación de información relevante que se obtenga. (Mejía, 1994).

Romay menciona que existen cuatro modelos para evaluar la calidad de programas de educación superior: 1. Estudios sobre prestigio de las instituciones, 2. Énfasis en la calidad de los recursos existentes, 3. El enfoque sobre los resultados y 4. La valoración del impacto producido en el estudiante. El enfoque sobre resultados, refiere que esta perspectiva tiene ventajas respecto a las otras tres en virtud de que valora la calidad del producto, es decir, la productividad de los docentes, los logros de los estudiantes al término de sus estudios, el grado de satisfacción de los empleadores el desempeño de los graduados y la contribución de la institución a la solución de problemas locales, regionales o nacionales.

Las estrategias en la evaluación cualitativa son múltiples: entrevista, estudios de casos, cuestionarios, indagación natural, historia oral, entre otros.

Bajo este marco se procedió a estudiar cualitativamente el desempeño profesional del médico pasante durante el servicio social, a través de la mirada de los propios pobladores de las comunidades en donde prestan su servicio médico

## Objetivos

Valorar el desempeño profesional de los médicos pasantes de la Escuela Superior de Medicina durante el Servicio Social.

Medir la capacidad del estudiante de medicina durante el Servicio Social<sup>3</sup> para prevenir, identificar y solucionar problemas de salud asociados con el individuo, la familia y la comunidad.

<sup>3</sup> Durante el Servicio Social, el estudiante de medicina ejerce una práctica médica profesional semiautónoma, por lo que constituye un referente proveniente de la realidad válido para medir el perfil profesional.

En este trabajo se evalúa la calidad y calidez del trabajo profesional del pasante, su inclinación hacia las actividades de prevención y promoción de la salud, en virtud de que existe una preocupación por la formación recibida por el mismo en la escuela con una tendencia curativa, individualista, biológica, y asocial<sup>4</sup>, en muchas ocasiones poco congruente con las necesidades de salud existentes en el país y sobre todo en el medio rural. El origen de esta orientación formativa obedece a influencias diversas entre ellas el Informe Flexner (1910), que sustenta el carácter hegemónico de este Modelo de práctica médica, que se extiende a la enseñanza e investigación médica y que históricamente también participa en el nacimiento de la especialización y sub-especialización clínica.

### Material y método

El estudio se sustenta teóricamente en el método de "enfoque sobre resultados" (Romay., 1994) por considerarse el más objetivo al poner atención en la calidad del producto: desempeño de los graduados, contribución de la institución a la solución de problemas locales, regionales o nacionales. Este estudio intenta instrumentar la evaluación cualitativa en el caso específico de los médicos pasantes en el Servicio Social.

Se tomó como base el concepto de perfil profesional del egresado, que contempla tres grandes categorías: conocimientos, habilidades y destrezas, y actitudes y valores, que valoradas a través de variables fueron estudiadas a través de la opinión de la población de 32 comunidades, una muestra de donde nuestros pasantes prestan su Servicio Social. En una primera etapa fueron evaluados por los propios médicos pasantes y en una etapa posterior por los Jefes Estatales de Enseñanza y los asesores del servicio social (ver Perfil Profesional del Recién Egresado).

Para este estudio se consideró la atención médica que brinda el médico pasante en el primer nivel de atención, contempla la integración equilibrada, no sólo entre conocimientos, habilidades y destrezas, sino también con las actitudes y valores; en función de éstos dos últimos factores se habla de calidez, dada la importancia de la relación médico-paciente en los resultados de la atención médica dirigida a individuos que sienten y piensan.

<sup>4</sup> Menéndez, Eduardo (1992). "Los modelos médicos en México", en R. Campos (comp.), *Antropología Médica en México*, México, UAM pp. 97-111

La calidad define la eficiencia del médico, su nivel de capacitación y las competencias mínimas que favorecen a la mejor integración de diagnóstico y terapéutica mostradas frente al paciente, y la calidez como un factor que mide la capacidad del médico para desarrollar ciertas competencias mínimas en un trato humano en la relación médico-paciente.

**Instrumentos:** cuestionario con preguntas cerradas y abiertas. En la bibliografía revisada para este estudio, no se encontraron referencias específicas sobre instrumentos relacionadas con calidad y calidez en el Servicio Social, en consecuencia el equipo elaboró sus propios instrumentos de acuerdo a los objetivos y la metodología de estudio, realizándose una prueba piloto previa a la encuesta.

**Universo:** pacientes atendidos por los pasantes de la ESM entre 1996-1997.

**Muestra:** se estudió una muestra intencionada de 307 pacientes atendidos por los pasantes en Servicio Social de la ESM, en seis de los doce Estados de la República mexicana en los que se ubican las plazas de Servicio Social. Los Estados estudiados fueron: Querétaro, Nayarit, Sinaloa, Tlaxcala, Estado de México y Guanajuato.

Se eligieron de manera intencionada entre 4 y 6 comunidades de cada uno de los 6 Estados.

Las entrevistas se realizaron en la sala de espera del consultorio o en el domicilio de los pacientes.

### Tratamiento estadístico

Se desarrollaron índices:

**Índice de la calidad de la atención:** su finalidad es medir la eficiencia o nivel de capacitación del médico y las competencias mínimas que favorecen a la mejor integración del diagnóstico y la terapéutica.

**Índice de la calidez de la atención:** mide la presencia de ciertas actitudes del médico que son percibidas por el paciente.

**Índice de la atención a la salud comunitaria:** mide la inclinación del médico hacia las actividades de prevención y promoción de la salud.

**Índice de la atención integral a la salud:** mide la conjunción de conocimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores en la atención médica.

Se efectuaron pruebas de diferencia de proporciones, y para evaluar los índices se aplicaron la prueba de muestras relacionadas de Wilcoxon, prueba t-student, ANOVA, así como el cálculo de coeficientes lineales y de correlación.

Los índices se conformaron considerando una escala de 10 puntos.

### Resultados

En el Cuadro 1 se presentan los aspectos demográficos de los 307 pobladores entrevistados. La edad promedio fue de 39.8 años, con un sesgo a edades mayores. Fueron entrevistadas una mayor cantidad de mujeres que de hombres ( $p<.001$ ) en las 32 comunidades donde se encuentran laborando los pasantes en Servicio Social.

De las 307 personas estudiadas en las comunidades, la mayoría fueron mujeres (90.2%), sus edades fluctuaron entre 39 a 16 años, siendo atendidas también en su mayoría por mujeres médicas (61.5%).

En cuanto al tipo de atención y la calidad del servicio en el Cuadro 2 se muestra que los habitantes fueron atendidos en promedio 6.5 veces por los médicos pasantes.

Entre los principales motivos de las últimas consultas, se encuentran como primer motivo las enfermedades respiratorias. El segundo motivo de consulta fueron las

**Cuadro 1**  
**Aspectos demográficos**

<i>Variables</i>	<i>Personas (n=307)</i>
Edad	39.8 ± 16.7
Sexo <sup>a</sup>	
Hombres	30 (9.8)
Mujeres	277 (90.2)
Comunidades	
Querétaro (6 comunidades)	55 (17.9)
Estado de México (5 comunidades)	37 (12.1)
Tlaxcala (5 comunidades)	62 (20.2)
Guanajuato (4 comunidades)	41 (13.4)
Nayarit (6 comunidades)	58 (18.9)
Sinaloa (6 comunidades)	54 (17.6)
Atendió	
Doctora	189 (61.5)
Doctor	118 (38.5)

<sup>a</sup> diferencia de proporciones ( $p<.001$ )

**Cuadro 2**  
**Cobertura y calidad del servicio**

<i>Variables</i>	<i>Personas (n=307)</i>
Asistencia al Centro de Salud. Puntaje	6.58 ± 5.61
<i>Principales motivos de últimas consultas</i>	
Enfermedades respiratorias	125 (40.7)
Enfermedades digestivas	30 (9.8)
Enfermedades cardiovasculares	36 (11.7)
Control del embarazo	35 (11.4)
Accidentes y picaduras	13 (4.2)
Prevención	7 (2.3)
Diabetes	11 (3.6)
Ginecológicas y planificación familiar	12 (3.9)
Otras enfermedades	24 (7.8)
No asistió	14 (4.6)
% curación de enfermedades (n=293)	282 (96.3)
% atención con médico capacitado (n=304)	280 (92.1)
% aspectos de la atención médica <sup>a</sup> (n=293)	
buen interrogatorio <sup>b</sup>	285 (97.3)
Medición de peso	217 (74.1)
Talla	207 (70.1)
toma de presión	220 (75.1)
Escucha el corazón	224 (76.4)
toma de pulso	219 (74.7)
toma de temperatura	219 (74.7)
Revisión de boca y garganta	223 (76.1)
Revisión de ojos	183 (62.5)
Revisión de oídos	170 (58.0)
Auscultación de abdomen	207 (70.7)
Revisión parte afectada	269 (91.8)
% con solicitud de estudios de laboratorio	82 (28.0)
% con material y equipo suficiente.	102 (34.8)

<sup>a</sup> Con regularidad o siempre lo realiza el médico

<sup>b</sup> Las razones por las que no se proporciona adecuada atención: falta de tiempo, inseguridad, tratamiento sin resultados, mal trato, indiferencia.

enfermedades cardiovasculares y el control del embarazo, en tercer lugar aparecen las enfermedades gastrointestinales. Con menor frecuencia se encuentran los accidentes y picaduras, la diabetes y las enfermedades ginecológicas.

Del total de los habitantes que manifestaron haber recibido atención, el 96.3% declaró que fueron curados por el médico o médica. También la mayoría de los pobladores (92.1%) concluyeron que en general los médicos pasantes son personal capacitado para la atención de las enfermedades en el primer nivel de atención.

Con relación a las características de la atención recibida se encontró que la mayoría realiza un buen interrogatorio y la exploración de la parte afectada. Sin embargo en alrededor

de entre un 25 y 40% de atenciones no se efectúan las maniobras clínicas básicas: medición de peso, talla, temperatura, tensión arterial, pulso y una revisión más completa que debería de efectuarse.

Se observó que a sólo el 28% de los pacientes tratados le fueron indicados estudios de laboratorio y gabinete. Sólo la tercera parte de los pacientes (35%), manifestaron existencia suficiente de material y medicamentos, así como equipo en los centros de salud. La atención médica deficiente la atribuyeron a: tiempo insuficiente durante la atención médica, conducta insegura del pasante, mal trato al paciente y ausencia de buenos resultados en el tratamiento.

Además de la atención a enfermedades, entre otras actividades médicas recibidas por los miembros de la familia de los entrevistados, destacan las inyecciones, la aplicación de sueros tratamiento de picaduras de insectos, suturas y curación de heridas (ver Cuadro 3). Las personas entrevistadas manifestaron que este tipo de actividades las efectúan los médicos con buen nivel de atención y sin queja de los pacientes.

Las actividades de atención comunitaria que realiza el pasante se muestran en el Cuadro 4. Entre el 70 y 85% de los entrevistados señalaron que el médico participa en

Cuadro 4

*Atención médico comunitaria*

Indicadores <sup>a</sup>	Personas (n=307)
Educación para la salud	244 (79.5)
Construcción de letrinas	154 (50.2)
Ampliación o instalación de red de drenaje	152 (49.5)
Mejoramiento de la vivienda	191 (62.2)
Mejoramiento de la alimentación	232 (75.6)
Campañas de vacunación	266 (86.6)
Ampliación o instalación de red de agua	136 (44.3)
Atención al escolar	215 (70.0)

<sup>a</sup> Acciones que realiza el médico en la Comunidad.

actividades de educación para la salud, mejoramiento de la alimentación, campañas de vacunación y atención al escolar.

Solamente entre el 40 y 60% de las personas dijo que los médicos atendían actividades tales como manejo de excretas, mejoramiento de la vivienda y ampliación de la red de agua que son factores de riesgo de enfermedades gastrointestinales principalmente.

Cuadro 3

*Atención adecuada recibida a miembros de la familia*

Tipos de atención <sup>a</sup>	Recibieron atención (n)	Recibieron atención adecuada n (%)
Inyecciones	156	151 (96.8)
Sueros	44	43 (97.8)
Extracción de cuerpos extraños	12	12 (100.0)
Inmovilización de fracturas	10	10 (100.0)
Tratamiento de picaduras de insectos	28	28 (100.0)
Suturas de heridas	27	27 (100.0)
Curación de heridas	39	39 (100.0)
Manejo de quemaduras	8	8 (100.0)
Colocación de sondas	3	3 (100.0)
Tratamiento de envenenamientos	5	5 (100.0)

<sup>a</sup> Algunas manifestaron que su familia no se atendió.

Es clara esta diferenciación de participación médica; las primeras actividades pueden efectuarse con educación para la salud, mientras que las otras actividades requieren de gestoría para la salud, donde la preparación del médico es menor (entendiendo como gestoría a los conocimientos y habilidades que presenta el médico pasante para evaluar y jerarquizar los problemas de salud de una comunidad en conjunto con la misma, detección de líderes naturales, capacidad de convocatoria de la población, organización y trabajo con la población para realizar trámites oficiales y solución de la problemática encontrada).

En el Cuadro 5 se presenta la evaluación a un conjunto de indicadores de la calidez de la atención. En general la mayor parte de los médicos desarrolla sus actividades asistenciales estableciendo una buena relación médico paciente y médico comunidad.

Entre estas actitudes del médico destacan la buena comunicación, el respeto, la orientación adecuada, la resolución de dudas, el ambiente de seguridad en la atención y el respeto a las costumbres comunitarias.

Con relación a la atención ginecológica recibida (ver Cuadro 6), 63 mujeres manifestaron haber sido atendidas durante su embarazo y el 71% de ellas consideró que esta atención fue adecuada.

De las 24 mujeres que fueron atendidas durante su parto, el 83% indicó buena atención. Sólo cuatro mujeres recibieron atención para el aborto y fue adecuada la intervención, mientras que el 77% de un total de 27 mujeres que se les aplicó o se efectuó la revisión del DIU, concluyeron que fue adecuada la atención.

El 85% de las pacientes que asistieron a la prueba del cáncer, manifestaron también buena atención. El 93% del total de pacientes a quienes se hizo revisión de glándulas mamarias refiere buena atención.

En los casos en los que se indicó que la atención no fue adecuada, las razones se debieron a la ausencia del médico, indicaciones no precisas, falta de programas, provocó molestias la atención y en algunos casos el diagnóstico no fue correcto.

### Cuadro 5

#### Calidez en la atención

Indicadores <sup>a</sup>	Personas (n=307)
Comunicación adecuada	292 (95.1)
Ambiente de confianza	284 (92.5)
Ambiente de respeto	290 (94.5)
Amabilidad y orientación al paciente y familia	290 (94.5)
Comunicación de indicaciones adecuada	290 (94.5)
Resolución de dudas	286 (93.2)
Responsabilidad en el trabajo	276 (89.9)
Cumplimiento de horario	272 (88.6)
Ambiente de seguridad	286 (93.2)
Respeto a costumbres comunitarias	291 (94.8)

<sup>a</sup> Con regularidad o siempre lo realiza el médico

### Cuadro 6

#### Atención médica a mujeres

Tipos de atención <sup>a</sup>	Recibieron atención n	Recibieron atención adecuada n (%)
Embarazo	63	45 (71.4)
Parto	24	20 (83.3)
Aborto	4	4 (100.0)
Glándulas mamarias	14	13 (92.8)
Aplicación de DIU o revisión	27	21 (77.8)
Prueba del cáncer	55	47 (85.4)

<sup>a</sup> Razones: no se encontraba el médico, no daba indicaciones precisas, no había programa, provocó molestias en la atención, aseguró diagnóstico que no fue cierto.

### Cuadro 7

#### Calidez en la atención médica a mujeres y planificación familiar

Calidez y planificación familiar	Mujeres (n)	Atención n (%)
Amabilidad	277	252 (91.0)
Respetuosidad	277	255 (92.1)
Aclaración de dudas	277	252 (91.0)
Planificación familiar	211	42 (19.9)
Adecuado tratamiento en planificación	42	38 (90.5)
El médico se auxilia de una persona <sup>a</sup>	277	249 (89.9)

<sup>a</sup> Se consideró la atención solo de mujeres.

Sin embargo, en la atención ginecológica descrita arriba predominó la calidez de la atención en cuanto a la amabilidad, respetuosidad y aclaración de dudas por parte del médico (ver Cuadro 7). En el mismo cuadro se aprecia que sólo el 20% de las mujeres en edad fértil fueron atendidas sobre planificación familiar, de las cuales el 90% recibió atención adecuada y en el 90% de estas atenciones ginecológicas el médico se acompañó de una persona para auxiliarse en la consulta y en la mayoría de los casos fue la enfermera.

En el Cuadro 8 se presenta la evaluación de los índices de calidad y calidez de la atención recibida y de la atención a la comunidad, así como un índice general que pretende medir el nivel de atención integral.

La atención comunitaria se orienta a medir la inclinación del médico hacia actividades de prevención y promoción de la salud y no solo a las actividades curativas. Se conformaron estos índices considerando una escala de 10 puntos y se

**Cuadro 8**

**Índices de calidad y calidez de la atención**

Índices*	Promedio* (n=307)
General (ig)	7.91 ± 2.02
Calidad (ca) <sup>b</sup>	7.90 ± 2.45
Calidez (cz) <sup>b</sup>	9.34 ± 1.92
Atención a la comunidad (ac) <sup>b</sup>	6.47 ± 3.45

\* Escala 10 puntos

<sup>a</sup>  $ig = (ca + cz + ac) / 3$

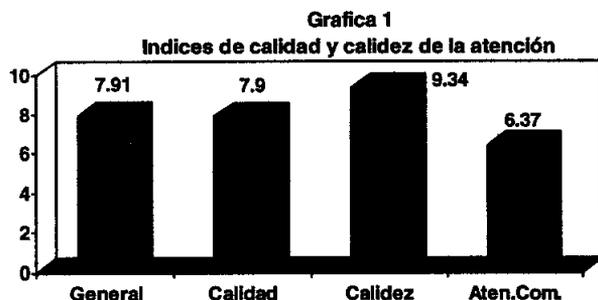
ca = (suma de ítems 3, 4, 5 y de pregunta 6) / 1.4. (Siempre y casi siempre = 1, en otro caso = 0).

cz = (suma de ítems en pregunta 13) (1.25). (Si = 1, no = 0).

ac = suma de ítems en pregunta 8. (Siempre y casi siempre = 1, en otro caso = 0).

<sup>b</sup> Prueba de muestras relacionadas de Wilcoxon. Calidad vs. calidez (p < .001); calidad vs. atención comunitaria (p < .001); calidez vs. atención comunitaria (p < .001).

encontró que el índice general fue de aproximadamente 8 puntos, destacando una evaluación alta en la calidez de la atención (ver gráfica 1). La calidez de la atención superó significativamente a los indicadores de calidad y al índice de atención general, y de manera muy importante al índice de atención comunitaria (p < .001).



En el cuadro 9 se muestra la aplicación de éstos índices para encontrar diferencias en los distintos tipos de comunidad y de médico.

Se encontró diferencia significativa en la atención a la salud integral, medida a través del índice general, por nivel socioeconómico de la comunidad (p < .001). La atención comunitaria es desarrollada en mayor grado por el médico hombre (ver gráfica 2) que por la mujer. No se encontraron diferencias significativas entre la calidad de la atención que produce el médico y la médica.

**Cuadro 9**

**Índices por nivel socioeconómico y tipo de médico**

Índices	Promedio (n=307)
<b>General</b>	
Nivel socioeconómico <sup>a</sup>	
Bajo	7.31 ± 2.33
Medio	7.76 ± 2.08
Alto	8.55 ± 1.42
Tipo de médico <sup>b</sup>	
Doctor	8.23 ± 2.05
Doctora	7.70 ± 1.98
<b>Calidad</b>	
Nivel socioeconómico <sup>a</sup>	
Bajo	7.19 ± 2.65
Medio	7.76 ± 2.45
Alto	8.65 ± 2.04
Tipo de médico	
Doctor	8.20 ± 2.42
Doctora	7.74 ± 2.46
<b>Calidez</b>	
Nivel socioeconómico <sup>a</sup>	
Bajo	9.02 ± 2.42
Medio	9.03 ± 2.22
Alto	9.89 ± .49
Tipo de médico	
Doctor	9.39 ± 2.00
Doctora	9.30 ± 1.86
<b>Atención a la comunidad</b>	
Nivel socioeconómico <sup>c</sup>	
Bajo	5.73 ± 3.52
Medio	6.48 ± 3.51
Alto	7.12 ± 3.22
Tipo de médico <sup>d</sup>	
Doctor	7.13 ± 3.09
Doctora	6.06 ± 3.60

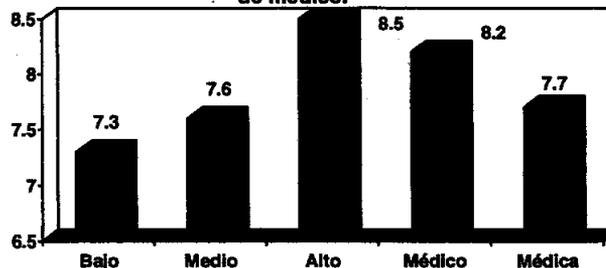
<sup>a</sup> ANOVA (p < .001).

<sup>b</sup> T-student (p < .03).

<sup>c</sup> ANOVA (p < .02)

<sup>d</sup> T-student (p < .006)

**Grafica 2**  
Índices de atención integral por nivel socioeconómico y tipo de médico.



Con relación a la calidez encontrada, no se observaron diferencias significativas entre el médico y la médica. En cuanto al nivel socio-económico cabe señalar que aunque se encontró estadísticamente, que a mayor nivel socio-económico, mayor calidad, calidez, atención comunitaria y atención a la salud, éste resultado es relativo ya que aunque existen diferencias económicas entre las regiones del país estudiadas, en todas ellas es posible encontrar extrema pobreza sin distinguirla.

En el Cuadro 10 se presentan los coeficientes lineales entre los índices de calidad, calidez y atención comunitaria. Se encontró correlación significativa ( $p < .001$ ) entre los pares de estos índices, destacando la correlación positiva entre la calidad y la calidez de la atención ( $r = .51$ ).

**Cuadro 10**

*Coefficientes lineales y de correlación ( $\alpha, \beta, r$ )*

Índices	Calidez	Atención Comunitaria
Calidad <sup>a</sup>		
Calidez <sup>b</sup>	1.75, 0.66, 0.51	6.38, 0.23, 0.33 8.02, 0.20, 0.37

<sup>a</sup> Calidad vs calidez, calidad vs atención comunitaria ( $p < .001$ ).

<sup>b</sup> Calidez vs atención comunitaria ( $p < .001$ ).

Los coeficientes lineales indican que al incrementar la calidad de la atención, ésta tiene mayores efectos en la calidez que en la atención comunitaria y que la calidez en la atención poco influye que el médico se dedique o no a las tareas de atención comunitaria. Esto último es significativo ya que puede ser indicador de la actitud del médico hacia tareas médico individuales más que actitudes hacia tareas médico comunitarias.

### Conclusiones

La mayor parte de los entrevistados fueron mujeres de comunidades rurales con edades cercanas a los 40 años. Los habitantes fueron atendidos en promedio 6.5 veces por los médicos pasantes. Entre los principales motivos de las últimas consultas se encontraron: enfermedades respiratorias, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades gastrointestinales, que corresponden al perfil patológico del país.

Casi la totalidad de los pobladores concluyeron que los médicos pasantes proporcionan buena atención, que ésta

es efectiva y que están capacitados para ello. La mayoría realiza un buen interrogatorio y exploración de la parte afectada. Sin embargo, una gran parte de ellos dejan de efectuar una serie de maniobras clínicas básicas: medición de peso, talla, temperatura, tensión arterial y pulso. La mayoría de la atención con material y equipo insuficiente. Se prescriben muy pocos estudios de laboratorio y gabinete, esta situación se explica cuando se observa que los médicos pasantes desarrollan su actividad profesional en atención primaria a la salud y no existen suficientes recursos para realizar estos estudios en forma cercana y económica.

Los médicos pasantes desarrollan una buena atención médico familiar y sin queja de los pacientes.

Cuando las tareas son de carácter comunitario el médico tiende a efectuar más las actividades relacionadas con educación para la salud, que las que requieren de gestorías para la salud. En las segundas, la preparación del médico es menor, situación explicable en virtud del Plan de Estudios en cuya estructura existe desigualdad en la proporción de las áreas básicas y clínico quirúrgicas respecto de las de Salud Pública y Ciencias Sociales, éstas últimas sólo tienen asignado un 10% en el Plan de Estudios.

La atención ginecológica recibida en general, en la mayoría de los casos fue adecuada destacando la calidez en la atención.

El índice general de atención integral fue de aproximadamente 8 puntos, en escala de 10, sobresale un alto nivel en la calidez de la atención. Se identificó que la calidez de la atención superó significativamente a los indicadores de calidad y al de atención general, y en forma muy importante al de la atención comunitaria.

Con relación a la calidez encontrada, no se observaron diferencias significativas entre el médico y la médica.

Ante un mayor incremento en la calidad se tendrá mayores efectos en la calidez y viceversa. Sin embargo la calidad y la calidez tienen poca relación para inclinar al médico hacia tareas comunitarias.

### Recomendaciones

El deber de la Escuela Superior de Medicina al igual que el resto de las Escuelas y Facultades en esta área, es formar muy buenos médicos generales. Si bien el Servicio Social es en el último año de la formación de los médicos, constituye también una responsabilidad profesional, es decir, su primer papel como médico general se desarrolla en el primer nivel de atención durante el Servicio Social, por ello sería pertinente:

---

Equilibrar la formación del médico general, en las actividades curativas y preventivas, de tal manera que los problemas de las áreas rurales sean suficientemente tratados con una visión más integral de la medicina.

Reforzar la calidad formativa del médico general en las áreas de Salud Pública y Ciencias Sociales, de manera que el médico pasante no sólo cuente con las herramientas teórico

metodológicas de éstas ramas sino también con la sensibilidad para ofrecer un verdadero Servicio Social.

Si bien el estudio encontró resultados satisfactorios en cuanto a la relación médico paciente, es importante continuar y reforzar la formación de actitudes y valores dada la fuerte tendencia actual de mecanizar, burocratizar y alienar el trabajo profesional del médico en las Instituciones de Salud.

## Bibliografía

- CASTILLO, OCTAVIO (1992). Análisis interno de la educación médica. Evaluación de la educación médica. En: *Rev. Mexicana de Educación Médica*. 3(2).
- CORDERA, ROLANDO (1994). Las instituciones de educación superior y el servicio social. En: *Revista de la Educación Superior*. XXIII(1).
- DE LA FUENTE, JUAN R (1992) La Medicina Mexicana ante el Tratado de Libre Comercio. En: *Revista Mexicana de Educación Médica*. 3(2).
- DÍAZ, ÁNGEL (1993). La evaluación universitaria en el contexto del pensamiento neo-liberal. En: *Revista de la Educación Superior*. XXII(3):88.
- FERNÁNDEZ, ALFREDO L. *et al.* (1991) Una polémica sobre la calidad de la educación superior. En: *Revista de la Educación Superior*. XX(3):79.
- GARZA, JUAN (1998). Simposios: El médico general en México. Presente y futuro. En: *Gaceta Médica de México*. 134(1):33.
- JIMÉNEZ, CUAHUTEOTLTITA, OLGA CAMPOS y HÉCTOR PIÑERA (1997). Acercamiento al Perfil del Recién Egresado de la Escuela Superior de Medicina. En: *Memorias del IV Congreso de Investigación Educativa*. Consejo Nacional de Investigación Educativa. Mérida: Yucatán.
- JIMÉNEZ, CUAHUTEOTLTITA, OLGA CAMPOS y MANUELA LANDAVAZO (1999). El perfil profesional del Recién egresado de la Escuela Superior de Medicina (Carrera de Médico Cirujano y Partero). *Informe Técnico Final*. México: IPN
- LEIVA, JOSÉ L (1992). Evaluación de la educación médica. En: *Rev. Mexicana de Educación Médica*. 3 (2).
- LIFSHTZ, ALBERTO. (1998). Perfil del Médico General. En: *Gaceta Médica de México*, 134(1):57-59
- LLARENA, ROCÍO (1994). La evaluación de la educación superior en México. En: *Revista de la Educación Superior*. XXIII (1):89.
- MEJÍA, JAIME (1994) La evaluación cualitativa de la educación superior mexicana ¿una perspectiva aplazada? En: *Revista de la Educación Superior*. XXIII (1):89.
- MENÉNDEZ, EDUARDO (1992). Los modelos médicos en México. En: R. Campos (comp.) *Antropología Médica en México*. México: UAM.
- MENDOZA, JAVIER (1993). Contexto de la evaluación de la educación superior en A. L. En: *Revista de la Educación Superior*. XXII (3):88.
- MUÑOZ, CARLOS (1991) Hacia la evaluación integral de la educación superior. En: *Revista de la Educación Superior*. XX (3):79.
- Perfil del Egresado de la carrera de Medicina. Propuesta 1995*. Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional.
- PRADO, RODOLFO *et al.* (1990). Actitud del alumno del Programa de medicina General Integral en el trabajo de comunidad. En: *Rev. Mexicana de Educación Médica*, 1(3).
- Proyecto de Reestructuración del Plan de Estudios de la Carrera de medicina*. (1996). México: IPN.
- RIZO, FELIPE (1991). Sugerencias para la evaluación de las instituciones de Educación Superior. En: *Revista de la Educación Superior*. XX (3):79.
- ROMAY, MA. DE LA L. (1994) Alternativas metodológicas para evaluar la calidad de programas de educación superior. En: *Revista de la Educación Superior*. XXIII (3):7-11.
- RUIZ DE CHÁVEZ MANUEL (1995). Una reflexión sobre el renovado quehacer de la medicina. En: *Gaceta Médica de México*. 131(2).
- VELAZCO, NÉSTOR y LUISA LARIOS (1992). La calidad y la evaluación de la educación médica. En: *Rev. Mexicana de Educación Médica*, 3(2).
- WONG, VIRGINIA (1992). Reflexiones sobre calidad y evaluación de la educación médica. En: *Rev. Mexicana de Educación Médica*, 3(2).
- ZÚÑIGA, ELSA M. *et al.* (1991). Funciones y problemática del servicio médico social. En: *Rev. Mexicana de Educación Médica*, 2 (3).