



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Campero, Lourdes

Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: El caso de Oaxaca, México

Salud Pública de México, vol. 32, núm. 2, marzo-abril, 1990, pp. 192-204

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632210>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CALIDAD DE LA RELACIÓN PEDAGÓGICA MÉDICO-PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA: EL CASO DE OAXACA, MÉXICO

LOURDES CAMPERO CUENCA, LIC⁽¹⁾

Campero-Cuenca L.
Calidad de la relación pedagógica médico-paciente
en consulta externa: el caso de Oaxaca, México.
Salud Publica Mex 1990;32:192-204

RESUMEN:

Esta investigación busca conocer la calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa en diferentes centros de salud (A, B, C) dependientes de la Secretaría de Salud (ssa) en el estado de Oaxaca, México. En teoría, la consulta externa constituye un ámbito para la transmisión educativa, en la que la interrelación médico-paciente debe redundar en un incremento de los conocimientos que tiene el paciente sobre su cuerpo y su salud a partir de la ayuda del médico, quien no sólo busca diagnosticar problemas de salud y curarlos, sino también coadyuvar a la educación del paciente. Con esta investigación se pretende contribuir a la reflexión de la calidad y naturaleza de ese proceso educativo para lo que se establecen dos niveles de análisis: un primer nivel teórico que alude a los aspectos principales de la evolución histórica de la medicina, tanto en lo que se refiere a la formación de los recursos humanos (médicos), como a la institucionalización de su práctica, así como un segundo nivel empírico, que busca caracterizar mediante indicadores previamente determinados y bajo la implementación de la técnica "estudio de sombra" (observación directa), las seis tareas que estructuran la relación médico-paciente en consulta externa (identificación, historia clínica, exploración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento). La investigación se llevó a cabo con una muestra

Campero-Cuenca L.
Quality of the pedagogical relationship physician-patient in out-patient clinic: the case of Oaxaca, México.
Salud Publica Mex 1990;32:192-204

ABSTRACT:

This research seeks to explore the quality of the pedagogical relationship physician-patient in primary care, in several health centers (A, B, C) depending from the Health Ministry (ssa) in the state of Oaxaca, Mexico. It is assumed that the out-patient clinic constitutes a setting for the educative transmission, and that the physician-patient encounter must result in an increase of the knowledge that the patient has on his body and his health, with the help of the former. It is assumed also that the physician not only seeks to elaborate a diagnosis and to solve the health problems, but also to contribute to the education of the patient on this matter. This research seeks to contribute to the reflection in this direction, from a perspective that explores the quality and the nature of the educative processes that there take place. In order to reach this goal, two levels of analysis have been established: the first one, a theoretic approach, which refers to the main aspects of the historic evolution of the medicine -key element that permits to understand the type of physician-patient relationship that it is established in out-patient clinic. The second one, an empirical approach, which seeks to characterize -by using indicators previously determined and through the implementation of the technic "shadow study" (direct observation)- the six tasks (identification, clinic history, exploration, diagnosis,

(1) Jefe del Departamento de Didáctica y Desarrollo Docente. Escuela de Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública, México, D.F.
Fecha de recibido: 6 de febrero de 1990 Fecha de aprobado: 26 de febrero de 1990

de 168 pacientes y 17 médicos de 9 localidades. A través del análisis de los resultados, se concluye que en la mayoría de los casos no existe una relación médico-paciente, sino que sólo es posible hablar de una relación médico-problema, en la cual no se establece un espacio en donde cobre lugar la educación para la salud de calidad, orientada a formar individuos corresponsables de su proceso salud-enfermedad.

Palabras clave: calidad de la relación médico-paciente, educación para la salud, práctica profesional

medical treatment, and following) that give structure to the physician-patient relationship in out-patient clinic. These elements, indeed, are useful for defining the nature of the pedagogical relationship that is established between these two actors. This investigation was conducted with a sample of 168 patients and 17 physicians, distributed all of them in 9 localities. The results allow us to conclude that, in the majority of the cases, it does not exist a physician-patient relationship, but that it is possible to talk just of a physician-problem relationship. Due to this fact, it is not possible to find the health education of the individuals, as a basic input for the training of the population as co-responsible of his/her health-illness process.

Key words: quality of the physician-patient relationship, health education, professional practice

Solicitud de sobretiros: Lic. Lourdes Campero Cuenca. Jefe del Departamento de Didáctica y Desarrollo Docente. Escuela de Salud Pública de México, INSP, Francisco de P. Miranda 177, 6º piso, Unidad Plateros, CP 01480 México, D.F.

DURANTE MUCHOS AÑOS la relación médico-paciente ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas sociales, entre las que destacan la psicología, la sociología y la antropología médica. Sin embargo es menos frecuente encontrar un estudio de esta naturaleza desde la perspectiva de la pedagogía. Este trabajo pretende contribuir al desarrollo de esta última perspectiva de análisis.

Aunque existe abundante literatura en torno a la naturaleza de la relación social que se establece entre médico y paciente, sigue sin explorarse suficientemente cuáles son las características fundamentales del proceso educativo que vincula a estos dos sujetos.

Consideramos como punto de partida que la consulta externa constituye, por lo menos teóricamente, un ámbito por excelencia para la transmisión educativa y que la interacción médico-paciente debe redundar en un incremento de los conocimientos que tiene el paciente sobre su cuerpo y su salud a partir de la ayuda del médico, quien no sólo debe buscar diagnosticar problemas de salud y curarlos, sino también contribuir a la educación del paciente al respecto. Por esta razón, su interacción en consulta externa es analizable desde la perspectiva pedagógica, es decir, desde un enfoque que explore la calidad y naturaleza del proceso educativo que ahí tiene lugar, como un

componente determinante en el análisis de la calidad de la atención médica.

A partir de estos postulados se realizó una investigación en diversos centros de salud del estado de Oaxaca, con el objeto de conocer cuál es la relación pedagógica que se establece entre médico y paciente en consulta externa en esos centros de salud (A, B, C), dependientes de la Secretaría de Salud de dicha entidad federativa.¹

Para alcanzar el objetivo se formuló, en primer lugar, un marco teórico que busca rastrear en la historia de la formación de los recursos médicos y de la institucionalización de su práctica, elementos clave para entender el tipo de relación pedagógica que se establece entre médico y paciente. En segundo lugar se buscó caracterizar las seis tareas (identificación del paciente, elaboración de la historia clínica, exploración física, proceso diagnóstico, prescripción y tratamiento, así como seguimiento) que estructuran la relación médico-paciente en consulta externa en los centros de salud de Oaxaca, a fin de encontrar en ellas los elementos que definen el tipo de relación pedagógica que se establece entre los sujetos en cuestión.

El primer nivel abordado por esta investigación, se presenta en este trabajo de una forma muy sintética, únicamente como marco de referencia para el análisis de la información. En cuanto al segundo nivel se presentan

los cuadros y el análisis de la información más significativa, recogida empíricamente en la consulta externa.

Dada la naturaleza del tema, la investigación se planteó como un análisis descriptivo de información de orden cualitativo referente a la relación médico-paciente, de tal manera que lo fundamental de la información obtenida no hace referencia tanto a la cantidad cuanto a la calidad de la consulta en lo que se refiere a la transmisión educativa que ahí tiene lugar.

ANTECEDENTES

El acelerado proceso de crecimiento y expansión de la medicina como profesión fue consecuencia, entre otros factores, del surgimiento del método clínico y la anatomía patológica. Un resultado de las recomendaciones del informe Flexner (1910) fue la gran especialización de la medicina, influyendo directamente en las instituciones educativas formadoras de recursos humanos en el país, así como en la organización del hospital, agrupado en especialidades clínicas. Lo anterior, por ende, determina la forma de dar atención a la población. Por otro lado, esto se asoció también con la utilización de la tecnología como instrumento de apoyo para el trabajo médico, haciendo de ella una herramienta que en ocasiones se vuelve imprescindible para la práctica médica. En otras palabras, ha tenido lugar una profunda fragmentación del saber médico en diversas especialidades, una enorme tecnologización de la práctica médica y, consecuentemente, una gran despersonalización del ejercicio de la medicina. Ante esta situación, el fenómeno social fue quedando fuera del ámbito de la medicina, implicando un nuevo giro en el desarrollo de la profesión de los médicos en México.²

Por otro lado, en el siglo xx el Estado tomó un papel importante en los asuntos de salud, lo que ocasionó, entre otras cosas, el aumento de matrícula en las instituciones formadoras de recursos humanos en esta área, la construcción acelerada de hospitales, la intensificación del sistema de especialidades clínicas, la institucionalización de la medicina y con ella la burocratización de la misma. Todo esto presenta un desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios y un posible decremento en la calidad de la atención al paciente, en lo que se refiere fundamentalmente a la dimensión interpersonal.

Por último, si caracterizamos el *currículum* del médico, podemos decir que éste conlleva una gran cantidad de contenidos teóricos y prácticos hospitalarios, es decir, su enfoque es biólogo y clínico en un porcentaje muy alto.

Se trata en efecto, de un *currículum* educativo con énfasis en la individualización del hombre, considerándolo como un ser aislado de un todo social, conformado por aparatos y sistemas.

Foucault ha señalado que vivimos en una sociedad básicamente disciplinaria, porque los soportes fundamentales de las instituciones modernas, entre las que se cuenta el hospital y la medicina en general, son la disciplina, el orden y la jerarquía, siendo estos componentes esenciales para la relación de poder. Una sociedad disciplinaria se refleja en las instituciones médicas y en los médicos que ahí laboran. El hospital y los médicos son asimiladores de la estructura autoritaria, y por otro lado, son reflejo de ella misma, siendo la disciplina la aseguradora de un tipo de relación social (de control y vigilancia). El orden, a su vez, organiza la permanencia de la estructura, y por último, la jerarquía permite determinar la subordinación (obediencia).

“La observación clínica implica dos dominios que le están asociados necesariamente y que se han conjugado entre sí: el dominio hospitalario y el dominio pedagógico”.³ El primero se refiere al contexto de la práctica médica en el que tiene lugar, por un lado, el encuentro entre el médico y el paciente, y por otro, la determinación del diagnóstico por parte del médico. El segundo dominio, en cambio, se refiere (entre otras cosas) a los sutiles mecanismos de transmisión educativa que se establecen entre el médico y el paciente a través de los cuales se refuerzan el orden, la disciplina y la jerarquía.

Podemos decir entonces, que la relación médico-paciente es una relación de poder, en donde la jerarquía se establece por la verticalidad y autoridad que se tiene sobre la salud y la vida del paciente.

Otros autores han caracterizado también la naturaleza de la relación médico-paciente, y la han definido como una relación típicamente social.⁴ Drey y Hulka han propuesto una tipología de cuatro modelos posibles de esta relación que varían según la manera en que se vinculan los tres elementos presentes en la atención médica: el médico, el paciente y el problema.⁵

Por su parte, Lain Entralgo ha señalado que la relación médico-paciente se compone de varios momentos (afectivo, cognitivo, operativo, etcétera). Sin embargo, su análisis del vínculo pedagógico que se puede establecer entre estos actores, es de carácter más bien teórico y, en todo caso, breve.⁶

En síntesis, podemos afirmar que la relación médico-paciente ha sido estudiada desde la perspectiva de la

psicología, la sociología y la historia, así como desde la antropología, pero que hasta el momento, poco se ha hecho desde el punto de vista del análisis pedagógico. Más aún, para realizar esta investigación, se requirió de la construcción de una metodología de análisis que permitiera abordar el problema desde el ámbito educativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para cumplir con los objetivos de la investigación se realizó un estudio de sombra con el apoyo de una guía de observación, que permitió registrar en forma sistemática todo lo ocurrido en la consulta desde el momento en que el paciente entraba hasta que salía de ella. Este registro abarcó personas involucradas en la consulta, naturaleza del diálogo establecido así como de las preguntas, las respuestas, las indicaciones dadas por el médico y las tareas realizadas por él, sus actividades y sus conductas para con el paciente.

La guía de observación permitió recabar información sistemática en torno a las seis tareas básicas que, como señalamos arriba, deben estar presentes en la consulta externa. Para cada una de estas tareas se definieron un conjunto de variables *ad hoc*, que nos permitieron realizar la evaluación de la relación médico-paciente desde una perspectiva pedagógica.

El estudio se aplicó sobre una muestra representativa de centros de salud (A, B, y C) de Oaxaca, de personal médico que labora en ellos y de pacientes que son atendidos por ese personal. Dada la heterogeneidad de los centros de salud, se aplicó una técnica de muestreo estratificado que aseguró una selección aleatoria de cada uno de los universos mencionados.

En síntesis, se trató de un muestreo estratificado, aleatorio, sin remplazo, que aseguró la representatividad de la información para centros de salud del primer nivel de atención y médicos del estado de Oaxaca.⁷

La muestra de nuestro estudio se compuso de la siguiente manera:

- Centros de salud: 1 centro de salud "A"; 3 centros de salud "B"; y 5 centros de salud "C"; esto es nueve centros de salud.
- Personal médico: 5 médicos del centro de salud "A"; 7 médicos de los centros de salud "B"; y 5 médicos de los centros de salud "C". Esto es 17 médicos. Del total, el 47 por ciento se encontraban realizando su servicio social al momento de la investigación, y el 53 por

ciento eran médicos de base. El 41 por ciento eran de sexo masculino y el 59 por ciento del sexo femenino.

- Pacientes: se seleccionaron 10 pacientes por cada médico de la muestra, lo cual representa un total de 170. Dado que dos casos resultaron al final irrecuperables, el tamaño de la muestra de pacientes fue de 168.

RESULTADOS

Como hemos señalado, nuestra observación se centró en las seis tareas que estructuran la relación médico-paciente en consulta externa, a efecto de identificar en ellas los elementos que definen el tipo de relación *pedagógica* que se establece entre los sujetos en cuestión. Se busca determinar si el tipo de relación que se establece en este contexto, favorece la transmisión educativa del médico al paciente, en torno al proceso salud-enfermedad.

El análisis subsecuente de la información recabada será dividido en dos apartados; el primero de ellos constituye una breve caracterización, en términos de sexo, edad y tipo así como motivo de consulta de los pacientes. En el segundo se desglosa el análisis de las seis tareas mencionadas, a saber: a) identificación del paciente, b) elaboración de la historia clínica, c) exploración física, d) proceso diagnóstico, e) prescripción y tratamiento, y f) seguimiento.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES

Del total de los pacientes incluidos en nuestra investigación, 70.8 por ciento eran mujeres y 29.2 por ciento eran hombres (cuadro I). Al agruparlos por edad, se advierte que 57.5 por ciento de los menores de 13 años eran mujeres y 42.5 por ciento hombres. De la población comprendida entre los 13 y los 18 años, 56.3 por ciento eran mujeres y 43.7 por ciento hombres. Este relativo equilibrio entre sexos por edad, se rompe al acceder a los siguientes grupos etáreos, en los que el sexo femenino se vuelve dominante: en los pacientes de 19 a 49 años de edad, 82.8 por ciento eran mujeres y 17.2 por ciento hombres. De los pacientes de 50 o más años de edad, 61.1 por ciento eran mujeres y 38.9 por ciento eran hombres.

En relación con el tipo de consulta, se advierte que, en el momento de nuestra observación, 51.8 por ciento de los pacientes llegaron a una consulta de primera vez, mientras que el restante 48.2 por ciento acudió a una consulta subsecuente. Por otra parte, el motivo de la consulta, tal como fue expresado por los pacientes, se puede clasificar

CUADRO I
Caracterización de los pacientes por sexo y edad

Sexo Edad	Femenino	Masculino	Total pacientes
Menor de 13 años	57.5%	42.5%	47
De 13 a 18 años	56.3%	43.7%	16
De 19 a 49 años	82.8%	17.2%	87
Más de 50 años	61.1%	38.9%	18
Total	119 (70.8%)	49 (29.2%)	168 (100%)

en nueve causas (cuadro II), de las cuales, el porcentaje más alto (57.6%) correspondió a sintomatología diversa (fiebres, infecciones intestinales, inflamaciones, etcétera), seguido de accidentes y traumatismos, y planificación familiar (10.7% cada uno). Para los restantes motivos de consulta, el porcentaje fue siempre menor al 10 por ciento.

Respecto a los diagnósticos determinados por los médicos al término de las consultas, hay que señalar que los más

CUADRO II
Caracterización de los pacientes por motivo de consulta

Motivo de consulta	Nº casos	Porcentaje
Sintomatología diversa	97	57.6
Planificación familiar	18	10.7
Accidentes y traumatismos	18	10.7
Certificado de buena salud	10	6.0
Control de embarazo	10	6.0
Chequeo ginecológico	8	4.8
Control del niño sano	5	3.0
Control de enfermedades crónicas	1	0.6
Paludismo	1	0.6
Total	168	100.0

frecuentes fueron en relación con problemas en vías respiratorias altas y problemas ginecológicos (16.1% cada uno), y accidentes y traumatismos (13.1%). Otro tipo de diagnósticos (parasitosis, deshidratación, problemas renales, desnutrición, control de embarazo, problemas dermatológicos, enfermedades gastrointestinales, etcétera) alcanzaron frecuencias muy variables, pero siempre inferiores a las anteriormente mencionadas.

ANÁLISIS DE LAS SEIS TAREAS

Identificación del paciente. La tarea de identificación constituye el momento inicial del encuentro entre el médico y el paciente. Para efectos de nuestra investigación, se operacionalizó buscando información en torno a tres variables específicas que caracterizaban el inicio de la relación (saludo, ubicación física del paciente por parte del médico dentro del consultorio e identificación del grado de escolaridad del paciente).

En relación con las dos primeras variables, resulta llamativo advertir que sólo en el 25.6 por ciento de los casos el médico saludó al paciente cuando entró al consultorio, y sólo en el 19 por ciento de los casos le asignó explícitamente un lugar dentro de éste (cuadro III). En cambio, la mayoría de los casos está representada por situaciones como esta: el médico estaba sentado en su escritorio, esperando, en ocasiones leyendo o escribiendo; al entrar el paciente, el médico preguntaba inmediatamente "¿qué tiene?" o "¿qué le pasa?". El paciente se asignaba un lugar por su cuenta (p.e. una silla, o bien se recargaba en la mesa o mueble que encontraba más cercano) y comenzaba a responder al médico.

Por otro lado, sólo en el 9.5 por ciento de los casos, el médico preguntó a su paciente el grado de escolaridad alcanzado. Es importante advertir la trascendencia de esta pregunta ya que a través de ella es factible ubicar la posibilidad de comprensión del paciente, del conjunto de las indicaciones que se van dando a lo largo de la consulta. En otras palabras, la información proporcionada por la respuesta a esta pregunta, puede constituir un insumo básico para que el médico se ubique en cuanto al manejo verbal y actitudinal que deberá asumir durante la consulta. Podría suponerse, en el caso de nuestra investigación, que muchos de los médicos no preguntaron la escolaridad porque ya conocían al paciente, esto es, que se trataba de una consulta subsecuente. Sin embargo, al cruzar estas dos variables, se advierte que sólo en 11.5 por ciento de las consultas de primera vez se preguntó la escolaridad y

CUADRO III						
Conducta del médico con el paciente en relación con: salud, ubicación dentro del consultorio e identificación del grado de escolaridad						
	Saludo		Ubicación del paciente dentro del consultorio		Identificación del grado de escolaridad	
Sí	43	(25.6%)	32	(19.0%)	16	(9.5%)
No	125	(74.4%)	136	(81.0%)	152	(90.5%)
Total	168	(100.0%)	168	(100.0%)	168	(100.0%)

se dejó de hacerlo en el 88.5 por ciento de las mismas.

Elaboración de la historia clínica. La elaboración de la historia clínica constituye la identificación de un conjunto de síntomas y signos (pasados y presentes) manifestados en la comunicación médico-paciente, que sirven para orientar el diagnóstico de un padecimiento cualquiera. Para los efectos de esta investigación, se operacionalizó a través de tres variables: a) tipo de interrogatorio entre médico y paciente; b) indagación en torno a los antecedentes clínicos en general; y c) espontaneidad del paciente durante el interrogatorio.

En relación con la primera variable, es notable que en el 93.5 por ciento de los casos, el médico obtuvo la información que requería del paciente a través de un interrogatorio estrictamente conducido por él, mientras que sólo en el 6.5 por ciento restante existió lo que se conoce como "tribuna libre". Al llevar a cabo un interrogatorio estrictamente conducido, el rol predominante corresponde al médico: éste determina con sus preguntas lo que necesita saber, llegando incluso a interrumpir al paciente cuando da más información de la solicitada. En cambio, la "tribuna libre" significa la posibilidad para el paciente de dar información de aquello que también él juzga relevante, de tal manera que adquiere un rol significativo junto con el del médico (cuadro IV).

Respecto a los antecedentes clínicos, puede presumirse que su conocimiento es necesario tanto para un buen diagnóstico como para una mejor identificación del paciente y, por ende, una mejor orientación educativa del mismo

CUADRO IV Tipo de interrogatorio entre médico y paciente		
Tipo	Nº de casos	Porcentaje
Dirigido	157	93.5
Tribuna libre	11	6.5
Total	168	100.0

en torno a su salud-enfermedad. En este sentido, para esta variable se registró la búsqueda, por parte del médico, de datos en torno a los antecedentes heredo-familiares, antecedentes no patológicos, exposición a sustancias tóxicas, antecedentes gineco-obstétricos y terapéutica actual. Resulta significativo que ninguno de los *items* anteriores se exploró en más del 32 por ciento de los casos, correspondiendo este último porcentaje al rubro de antecedentes gineco-obstétricos. Más aún, si construimos una variable compleja denominada antecedentes clínico-generales que incorpore todos los *items* anteriores, advertimos que en el 60.1 por ciento de los casos los médicos preguntaron en torno a alguno o algunos de ellos, mientras que en el 39.9 por ciento restante no se indagó en lo absoluto al respecto.

Al cruzar la variable antecedentes clínico-generales con el tipo de consulta, encontramos que del total de los

pacientes que asistieron a consulta de primera vez, sólo en el 52.9 por ciento se indagó sobre uno o varios de estos antecedentes, mientras que en el 47.1 por ciento restante definitivamente no se exploró nada al respecto (cuadro V). En contraste, del total de los pacientes que acudieron a una consulta subsecuente, en el 67.9 por ciento se indagó en torno a esos antecedentes, mientras que en el 32.1 por ciento no se hizo. En términos ideales, cabría suponer que la indagación en torno a los antecedentes clínicos debería realizarse con mayor frecuencia en los casos de primera vez, justo a la inversa de como aquí ocurre. Por último, en relación con la variable "espontaneidad del paciente durante el interrogatorio", se tomó como indicador aquellos casos en los que el paciente hace algunos comentarios fuera de lo estrictamente médico, por ejemplo, en relación con su familia, su comunidad, creencias, trabajo, etcétera. Así, el 33.3 por ciento de los pacientes se mostró espontáneo, es decir, que sí comunicó algún dato de esta naturaleza; mientras que el 66.7 por ciento, apegó sus respuestas y comentarios exclusivamente a temas de orden médico.

El cruce de esta variable con la primera de esta sección (tipo de interrogatorio entre médico-paciente) revela con mayor claridad las pocas posibilidades de diálogo y, por ende, las malas condiciones para una efectiva transmisión educativa entre médico y paciente existente en la población de nuestro estudio: sólo en el 17.9 por ciento de los

casos en que se dio un interrogatorio tipo "tribuna libre" existió también espontaneidad del paciente en los términos antes mencionados. Por otro lado, en el 99.1 por ciento de los casos donde no hubo espontaneidad del paciente, existió un interrogatorio estrictamente dirigido por el médico (cuadro VI).

En síntesis, podemos afirmar que existió en forma predominante un interrogatorio estrictamente dirigido por los médicos, con una indagación significativamente baja de los antecedentes clínicos de los pacientes, así como una muy baja espontaneidad del paciente para comentar sus impresiones durante el interrogatorio, todo lo cual, naturalmente, constituye un precedente que atenta contra las posibilidades del paciente de ser informado y formado en torno a su padecimiento, en el ámbito de la consulta externa.

Exploración física. La exploración física es el reconocimiento de "anormalidades" por medio de un examen que el médico realiza a través de operaciones concretas sobre el cuerpo del paciente con su colaboración, lo que implica una participación activa de los dos sujetos en cuestión. La exploración supone, idealmente, que ambos participantes obtendrán información al término de la misma, que les permita enfrentar el problema de salud-enfermedad en

CUADRO V Indagación de los antecedentes clínico-generales por tipo de consulta				
Indagación de antecedentes	Sí		No	
	Nº	%	Nº	%
Tipo de consulta				
Primera vez	46	52.9	41	47.1
Subsecuente	55	67.9	26	32.1
Total	101	60.1	67	39.9

CUADRO VI Tipo de interrogatorio entre médico y paciente por espontaneidad del paciente durante el interrogatorio				
Tipo de interrogatorio	Dirigido		Tribuna libre	
	Nº	%	Nº	%
Espontaneidad del paciente				
Sí	46	82.1	10	17.9
No	111	99.1	1	0.9
Total	157	93.5	11	6.5

cuestión con mayores elementos.

Esta dimensión fue operacionalizada a través de las siguientes variables: a) indicación del médico al paciente de que lo va a explorar; b) indicación del médico al paciente en torno a cómo colocarse al momento de realizar la exploración; c) información al paciente del estado físico encontrado por el médico al término de la exploración; y, d) formulación de preguntas durante o al término de la exploración por parte del paciente.

Cabe aclarar que del total de pacientes de este estudio, se realizó exploración física en el 68.5 por ciento de los casos, y no se exploró al 31.5 por ciento. En lo subsecuente, naturalmente, nos referiremos a los pacientes que sí fueron explorados.

En relación con la primera variable, llama la atención que en poco más de la cuarta parte de los pacientes explorados (26.9%) el médico no les indicó que los iba a explorar, y sí lo hizo en el 73.1 por ciento. Si bien es cierto que aquellos casos coincidieron con exploraciones que no requerían que el paciente se acostara, es decir que el médico podía explorar en la silla del paciente (ojos, oídos, auscultación del corazón, etcétera), no deja de sorprender la forma en que, sin previo aviso, se inicia la exploración física de estos pacientes.

Respecto a la segunda variable (indicación del médico al paciente en torno a cómo colocarse durante la exploración) se encontró que en el 38.3 por ciento de los casos, el médico no les indicaba nada a los pacientes y manipulaba por su cuenta sus cuerpos, mientras que lo contrario ocurrió con el 61.7 por ciento de los pacientes a los que sí se les daban indicaciones específicas en este sentido ("suba la rodilla", "póngase derecha", etcétera) (cuadro VII).

El cruce de las dos variables anteriores evidencia que en el 25.3 por ciento se trató de pacientes a los que no se les indicó que se les iba a explorar, y además pacientes cuyos cuerpos fueron directamente manipulados por el médico, sin mediar indicaciones de su parte en torno a cómo colocarse.

En relación con la tercera variable de esta sección, información al paciente del estado físico encontrado por el médico al término de la exploración, se encontró que en 45.3 por ciento de los casos el médico no proporcionó al paciente ningún dato relacionado con sus hallazgos, en tanto que sí lo hizo en el restante 54.7 por ciento (cuadro VIII). Naturalmente, esta variable se asocia estrechamente con aquella que se refiere a si el paciente hizo preguntas en torno a la exploración de que fue objeto, encontrándose

CUADRO VII				
Indicación del médico al paciente de qué se llevará a cabo la exploración y de cómo colocarse				
Indicación de cómo colocarse	Sí		No	
	Nº	%	Nº	%
Indicación de que se llevará a cabo la exploración				
Sí	69	82.1	15	17.9
No	2	6.5	29	93.5
Total	71	61.7	44	38.3

CUADRO VIII				
Información del médico al paciente del resultado de la exploración y formulación de preguntas por parte del paciente				
Información de resultados	Sí		No	
	Nº	%	Nº	%
Formulación de preguntas				
Sí	16	59.3	11	40.7
No	47	53.4	41	46.6
Total	63	54.7	52	45.3

que así ocurrió sólo en el 23.5 por ciento de los casos, mientras que no hubo preguntas de este tipo en el 76.5 por ciento. Al cruzar estas dos variables, resulta llamativo que el 35.7 por ciento de los pacientes no recibieron del

médico ninguna información de los resultados obtenidos durante la exploración, ni hicieron ningún tipo de preguntas para demandarla. En otras palabras, para estos casos la exploración transcurrió y terminó en un marco de completo silencio por parte de ambos actores. Obviamente, este silencio refuerza la relación diferencial en que se encuentran ambos sujetos, pues mientras que el médico sí obtuvo información durante este proceso, el paciente quedó igual que antes, y en todo caso, con mayores expectativas. Se trata pues de un silencio que no educa al paciente ni homogeneiza a los actores involucrados, sino que acentúa sus diferencias.

Por otra parte, el 9.6 por ciento se trató de pacientes que no recibieron información de parte del médico, pero que sí preguntaron al respecto; lo contrario ocurre con el 40.8 por ciento de los casos, en donde fue el médico quien proporcionó alguna información sin existir preguntas del paciente. Sólo en el 13.9 por ciento de los casos podemos hablar de una comunicación mayor entre médico y paciente: en estos casos existió tanto un informe del médico para el paciente en relación con lo encontrado durante la exploración, como una serie de preguntas de parte del paciente en torno al mismo tema.

En síntesis, podemos afirmar que la exploración física constituyó, en un número de casos muy significativo, un ámbito en el cual el paciente fue "cosificado", esto es, tratado como objeto a observar, auscultar y manipular por parte del médico, sin que mediara una devolución en términos de información y educación en torno a su cuerpo.

Proceso diagnóstico. Proceso diagnóstico es la organización y análisis de la totalidad de los datos obtenidos a lo largo de la consulta, necesariamente vinculados con el saber previo del médico. Su conocimiento debe favorecer en el paciente la comprensión de su enfermedad, curación y, dentro de lo posible, la prevención futura de la misma.

Para efectos de este análisis, se excluyeron aquellos casos en que se trataba de pacientes sanos, que iban por algún método de planificación familiar, o bien que fueron canalizados a otra institución de salud. Así, sólo haremos referencia a 132 pacientes.

La operacionalización de esta dimensión ha tenido lugar a través de las siguientes variables: a) forma en que el médico da el diagnóstico al paciente, y b) relación del diagnóstico del médico con los síntomas expresados por el paciente.

En relación con la primera variable llama la atención,

en primer lugar, que en 34.1 por ciento de los casos, el médico no proporcionó ningún diagnóstico, sino que, en el mejor de los casos, sólo entregó a los pacientes una receta con el tratamiento a seguir. Por otro lado, en 11.4 por ciento de los casos el médico proporcionó al paciente su diagnóstico recurriendo exclusivamente a su nombre clínico (p.e. "usted tiene un esguince", o "usted tiene amibiasis", o "usted tiene faringoamigdalitis", etcétera). Consecuentemente, puede argumentarse que en 45 por ciento de los casos, los pacientes no conocieron -o el médico no se aseguró de ello- la naturaleza de su enfermedad; en otras palabras, en términos de educación para la salud, prácticamente salieron del consultorio en las mismas condiciones en las que habían entrado (cuadro IX).

En el 47 por ciento de los casos, los pacientes recibieron una explicación profana de su enfermedad, misma que no incluía el nombre clínico de su diagnóstico (p.e. "la niña tiene lombrices en la panza" o "Juanito está muy mal alimentado", etcétera). Finalmente, sólo en el 7.5 por ciento de los casos se proporcionó a los pacientes el diagnóstico utilizando tanto su nombre clínico como ofreciendo una explicación del significado del mismo (p.e. "la niña tiene una infección en la garganta, por eso al pasar los alimentos le duele, a eso se le llama faringitis"). Naturalmente, cabe suponer que esta última forma de proporcionar el diagnóstico asegura a los pacientes un mejor conocimiento de su estado de salud. No deja de llamar la atención el porcentaje tan bajo que presenta esta forma de comunicar el diagnóstico.

La segunda variable mide la relación que hace el médico en su diagnóstico con los síntomas expresados por el paciente. Se advierte, en primer lugar, que en el 26.5 por ciento de los casos, los médicos, al formular su diagnóstico, no retomaron ninguno de los síntomas expresados por los pacientes (cuadro X). El siguiente es un ejemplo típico de lo que estamos diciendo:

- "¿Qué le pasa señora?"

- "Me ha venido doliendo la garganta desde hace unos días, doctor".

(El médico comienza a hacer su historia clínica; en silencio hace la exploración física de la paciente y sólo al revisarle las piernas le dice que tiene las venas muy inflamadas. Al término de la consulta el médico expone su diagnóstico a la paciente y tiene lugar el siguiente diálogo:)

- "Usted tiene laringoamigdalitis, señora, por lo que se tiene que tomar esto..."

CUADRO IX
Forma en que el médico da el diagnóstico al paciente

Forma de dar el diagnóstico	Nº de casos	Porcentaje
No proporciona ningún diagnóstico	45	34.1
Proporciona el diagnóstico recurriendo exclusivamente a su nombre clínico	15	11.4
Proporciona el diagnóstico con una explicación del mismo, sin llamarlo por su nombre clínico	62	47.0
Proporciona el diagnóstico por nombre clínico y explica	10	7.5
Total	132	100.0

CUADRO X
Relación explícita del diagnóstico con los síntomas expresados por el paciente

Relación del síntoma con el diagnóstico	Nº de casos	Frecuencia
No relaciona los síntomas con el diagnóstico	35	26.5%
Retoma algunos de los síntomas expresados por el paciente en su diagnóstico	35	26.5%
Retoma para su diagnóstico todos los síntomas expresados por el paciente	62	47.0%
Total	132	100.0%

(La paciente toma la receta, y ya para retirarse pregunta al médico:)

-“Doctor, ¿y para mi garganta qué me tomo?”
(Subiendo el tono de voz, el médico responde:)

-“El medicamento que le estoy dando es precisamente para su garganta.

-“Ah! Está bien. ¿Cuánto le debo?”.

En otros casos, los médicos retomaron algunos de los síntomas expresados por los pacientes (26.5%) y en 47 por ciento retomaron todos. En otras palabras, sólo en cerca de la mitad de los casos el médico incorporó a su diagnóstico la información dada por el paciente al inicio de su consulta como expresión de su padecimiento actual.

Al cruzar la tercera variable de exploración física (información al paciente del estado físico encontrado por el médico al término de la exploración) con la segunda variable de proceso diagnóstico (forma en que el médico da el diagnóstico al paciente), destaca, en primer lugar, que del total de pacientes que fueron explorados por el médico, y que manifestaron verbalmente algún tipo de síntomas (97 pacientes), el 26.81 por ciento no recibió información sobre su estado físico después de la exploración, y no recibió tampoco ningún tipo de diagnóstico al terminar la consulta. Es fácil imaginar lo inútil que, en términos de educación para la salud, resultó para estos pacientes el acudir al médico: simplemente no obtuvieron ninguna información sobre su estado de salud.

En el otro extremo, sólo el 5.15 por ciento de los pacientes recibió información del resultado de la exploración física a la que fueron sometidos, así como un diagnóstico tanto en términos clínicos como profanos, al término de la consulta. En cierto sentido, este porcentaje representa el ideal que cabría esperar al finalizar un encuentro médico-paciente en la consulta externa.

En síntesis, se encontró que sólo en porcentajes muy bajos se proporcionó a los pacientes una explicación clara sobre sus padecimientos y se asoció esta explicación con los síntomas expresados por ellos mismos. Consecuentemente, poco se favoreció la posibilidad de que el paciente comprendiera su enfermedad y pudiera prevenirla en futuras ocasiones.

Prescripción y tratamiento. La prescripción está formada por la serie de indicaciones pertinentes, explicadas claramente, con el propósito de garantizar un seguimiento terapéutico para mejorar, anular y prevenir, si es posible, la enfermedad. Esta dimensión fue operacionalizada a través de las siguientes variables: a) canal de comunicación de la prescripción, y b) comprobación por parte del médico de la comprensión del tratamiento por parte del paciente.

Hay que señalar que del total de los pacientes de este estudio, el 51.3 por ciento recibió una prescripción medicamentosa. Respecto a la primera variable, hay que decir que el canal de comunicación más frecuentemente utilizado por el médico para la prescripción medicamentosa, fue la receta escrita (53%), mientras que en una proporción cinco veces menor (10.7%) de casos sólo se comunicó el tratamiento en forma oral. Únicamente en poco más de la tercera parte de los casos (36.3%) el médico combinó los dos canales anteriores y proporcionó la receta tanto en forma escrita como oral (cuadro XI). Podemos afirmar, en consecuencia, que sólo en poco más de la tercera parte de los casos, el médico utilizó el canal adecuado (oral y escrito) para la prescripción, máxime si se presume que el grueso de la población atendida en estos centros de salud no cuenta con un alto grado de escolaridad, y requiere, por tanto, de un doble refuerzo, tanto para conservar la prescripción (canal escrito) como para comprenderla, aun en los casos en que se trate de población analfabeta (canal oral).

En relación con la segunda variable (comprobación por parte del médico de la comprensión de la prescripción por parte del paciente), llama la atención que sólo en el 5.13 por ciento de los casos el médico buscó cerciorarse

CUADRO XI
Canal de comunicación que el médico utiliza para dar la prescripción

Canal	Nº de casos	Porcentaje
Escrito	64	53.0
Oral	13	10.7
Ambos	44	36.3
Total	121	100.0

de que el paciente había comprendido el tratamiento ("A ver doña Rosina, entonces ¿cuándo le va a dar los sobres a Manuelito?", o bien: "entonces ¿usted para qué me entendió que son las gotas?", etcétera). Puede añadirse que sólo el 14.53 por ciento de los pacientes hicieron preguntas sobre algún aspecto (dosis, frecuencia, nombre, etcétera) de la prescripción recibida. Si suponemos que estos dos últimos porcentajes se refieren a pacientes diferentes, aún queda un muy alto porcentaje (80.34%) sobre los cuales el médico ignora si realmente comprendieron o no el tratamiento. De más está insistir en la gravedad de esta incertidumbre.

En síntesis, podemos decir que también la prescripción constituye una oportunidad desaprovechada para la transmisión de conocimientos hacia el paciente, toda vez que con poca frecuencia se utilizaron los canales adecuados para comunicarla y para asegurarse de que había sido comprendida por el paciente. Obviamente, una hipótesis a explorar en futuras investigaciones, sería que buena parte del desapego de los pacientes al tratamiento médico prescrito -y, consecuentemente, buena parte de su ineficacia- responde precisamente a las características poco pedagógicas que la prescripción asume en el ámbito de la consulta externa. Es decir, que si la prescripción se da al paciente sin un conjunto de explicaciones e indicaciones claras, el seguimiento terapéutico difícilmente podrá cumplir con su objetivo primordial, en términos de mejorar la salud, y anular y prevenir la enfermedad.

Seguimiento. El seguimiento es el registro preciso y detallado de datos significativos presentados a lo largo de la consulta para poder garantizar una adecuada continui-

dad del paciente. Para efectos de esta investigación, en esta dimensión se incluyeron también algunas variables que dan cuenta de la manera en que se "cierra" el encuentro médico-paciente en la consulta externa. En efecto, las variables que se incluyeron son: a) despedida; b) tiempo de duración de la consulta, y c) consignación de la información en el expediente clínico.

En relación con la primera variable, en el 85.1 por ciento de los casos no hubo propiamente una despedida del médico para con el paciente, sino que el último momento de la consulta terminó con frases como "tómese los medicamentos" o "aquí tiene la receta" o (por parte del paciente) "¿cuánto le debo?". Sólo en el restante 14.9 por ciento existió un cierre formal del encuentro entre ambos actores.

Respecto al tiempo de duración de la consulta, el 39.9 por ciento de los pacientes fueron atendidos por el médico en menos de 10 minutos; el 37.5 por ciento pasaron dentro del consultorio entre 10 y 15 minutos; el 14.3 por ciento entre 16 y 20 minutos, y sólo el 8.3 por ciento fueron atendidos durante más de 20 minutos. Naturalmente no cabe imaginar ningún tipo de transmisión educativa de calidad aceptable, en consultas tan significativamente breves. Suele argumentarse que las consultas deben ser así, debido a la enorme demanda que deben enfrentar los centros de salud, y a efecto de estar en condiciones de atender a todos los pacientes que día con día solicitan atención. Sin embargo, podemos afirmar con plena certeza que, salvo el centro de salud "A", este no era el caso de los otros centros de salud incluidos durante nuestra investigación. Por el contrario, en ocasiones fue necesario esperar hasta 2 días para completar la muestra de 10 pacientes por médico que requeríamos. En consecuencia, puede decirse que aunque existían las condiciones para dedicarles algo más de tiempo a los pacientes, los médicos optaron por atenderlos con la mayor celeridad posible, aun a costa de sacrificar el espacio para la educación para la salud que puede darse durante la consulta externa.

Finalmente, en relación con la tercera variable, hay que señalar que el 69.6 por ciento de los pacientes no contaban con un expediente clínico al momento de la consulta, ni les fue abierto por el médico. Consecuentemente, se perdió la posibilidad de llevar un registro más sistemático de sus casos y, por lo tanto, de hacer un seguimiento más estrecho no sólo del tratamiento que se les dio, sino también de la información que se les proporcionó relacionada con la salud-enfermedad. El 30.4 por ciento restante correspondió a los casos de planificación

familiar, control del niño sano y control de enfermedades crónicas. En otras palabras, el expediente clínico resultó un recurso prácticamente no utilizado entre los médicos de nuestra investigación.

CONCLUSIONES

Un componente fundamental en la calidad de la atención médica que puede recibir un paciente en consulta externa, es la educación sobre su proceso salud-enfermedad.

Es evidente la necesidad de seguir en búsqueda de nuevos elementos que ayuden a conocer y caracterizar la relación pedagógica entre médico-paciente, para así favorecer los elementos educativos y de formación para los sujetos involucrados en este proceso.

Son pocos los médicos que centran su atención en la formación de la población, a pesar de ser una necesidad imperante. La formación del médico se ubica predominantemente en el aprendizaje para la determinación de un diagnóstico y de una serie de prescripciones que den solución parcial o total a la enfermedad en un momento concreto. En otras palabras, a lo largo de su formación, el médico está dedicado al conocimiento de la ciencia y a la utilización de estos conocimientos en pacientes con padecimientos específicos. Sin embargo, se encuentra poco habilitado para transmitir los conocimientos que se generan y aplican a lo largo de la consulta para la determinación de un diagnóstico, de tal manera que pudiera servir de información y formación a quien padece la enfermedad.

Al centrarse en la enfermedad que atiende, el médico refuerza la distancia existente entre él y su paciente. El médico interroga, explora, determina un diagnóstico y prescribe, sin involucrar en forma profunda al paciente dentro de este proceso.

Lo anterior responde a una lógica específica: a través de su formación, el médico adquiere una estructura autoritaria, la cual reproduce en su práctica ante sus pacientes, en detrimento de la calidad de la atención que les brinda. Este hecho es palpable en el análisis de los resultados observados en la consulta externa para el caso de Oaxaca: éstos muestran que en la mayoría de los casos el médico no saluda; no ubica a su paciente dentro del consultorio; lo aborda con preguntas dando poca oportunidad a que el paciente sea quien explique la historia de su proceso salud-enfermedad; lo explora muchas veces sin consultarlo y sin responder a las expectativas que el paciente pueda tener acerca de su mal; le da un tratamiento sin

verificar su comprensión; le da un diagnóstico que en ocasiones queda fuera de su comprensión. El médico actúa sin crear canales de comunicación horizontal, que favorezcan el diálogo como fuente primaria de formación y educación.

Lo anterior hace evidente que el modelo predominante en la relación médico-paciente es el que se centra en la identificación del problema, más que en el conocimiento de la persona. Por lo que, consecuentemente, se puede afirmar que en vez de establecerse una relación médico-paciente en consulta externa, se establece (en la mayoría de los casos) una relación tipo médico-problema, en la cual, y por lo mismo, no hay transmisión educativa que forme al sujeto en consulta de manera activa.

La educación para la salud es una alternativa viable en consulta externa para desarrollar los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a

crear en los individuos, conductas favorables que ayuden a mejorar y preservar su salud. Es urgente en consecuencia, comenzar a crear las condiciones para que, desde su formación, el médico desarrolle un espíritu de cooperación con el paciente tendiente a devolverle la información y los conocimientos que se deriven de su encuentro.

AGRADECIMIENTOS

La autora de este trabajo pudo diseñar sus indicadores y recoger la información original que aquí se analiza, aprovechando la cobertura de la investigación "Calidad en la conducta prescriptiva en atención primaria". Por lo mismo desea manifestar su agradecimiento a la Dra. Lilia I. Durán González y al Dr. Julio Frenk Mora, directores de aquel proyecto.

REFERENCIAS

1. Esta investigación surge a partir de la participación como observadora y analista en el proyecto de investigación "Calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria". Durán González LI, Frenk Mora J. Centro de Investigaciones en Salud Pública, 1985.
2. Frenk J, et. al. "El mercado de trabajo médico: evolución histórica en México", en Gaceta Médica de México. México, junio de 1980;116(6).
3. Foucault M. El nacimiento de la clínica. México, Editorial Siglo XXI. 1983;153.
4. Anderson WT, Helm DT. "El encuentro médico-paciente: un proceso de negociación de la realidad". En: Jaco EG. Pacientes, médicos y enfermedades. IMSS, México 1982.
5. Citado en: Castillo Nava J. Fundamentos del diagnóstico. México, Edit. Francisco Méndez Cervantes, 1980.
6. Lain Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid. Alianza Universidad, 1983.
7. La muestra utilizada para nuestra investigación fue la misma que la utilizada en el proyecto "Calidad en la conducta prescriptiva en atención primaria", op. cit.