

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Escuela de Medicina
Dirección de Residencias Médicas y Posgrados
Hospital Central de las Fuerzas Armadas
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

INDICADORES DE CALIDAD EN LA RELACION-MEDICO PACIENTE EN LA
CONSULTA EXTERNA DE ATENCION PRIMARIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE
LAS FUERZAS ARMADAS, AGOSTO 2019

Tesis de postgrado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante

Dra. Yasmin Polanco Ramos

Los conceptos emitidos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Asesoras:

Dra. Mikaury Brito (Clínica)

Dra. ClaridaniaRodriguez (Metodológica)

Distrito Nacional: 2019

ÍNDICE

Agradecimiento

Dedicatoria

Resumen

Abstract

I. Introduccclón.....	1
I.1. Antecedentes.....	3
I.1.1. Justificación.....	5
II. Planteamiento del problema.....	6
III. OBJETIVOS	
III.1. General.....	8
III.2. Específicos.....	8
IV. MARCO TEÓRICO	
IV.1. Relación médico-paciente.....	9
IV.1.1. Historia.....	9
IV.1.1.1. Objetivos de la relación médico-paciente.....	14
IV.1.1.2. Características esenciales de la relación médico-paciente.....	15
IV.1.1.3. El médico.....	15
IV.1.1.4. Observación.....	17
IV.1.1.5. Apercepción.....	17
IV.1.1.6. La comunicación.....	19
IV.1.1.7. La comunicación no verbal.....	19
IV.1.1.8. La comunicación verbal.....	21
IV.1.1.9. Comunicación centrada en el paciente.....	22
IV.1.1.10. Relación médico-paciente en diferentes grupos de edad.....	23
IV.1.1.11. Modelos de la relación médico-paciente.....	29
IV.1.2. Satisfacción del paciente.....	31
IV.1.2.1 Elementos de la satisfacción.....	32
IV.1.2.2 Instrumento de medición de la satisfacción del paciente con su médico.....	34
IV.1.3. Calidad de la atención en los servicios de salud.....	35

IV.1.3.1. Definición de calidad.....	36
IV.1.3.2. Calidad en salud.....	36
IV.1.3.3. Dimensiones de la calidad.....	37
IV.1.3.4 Evaluación de la calidad.....	39
IV.1.3.5 Medición de la calidad de servicio.....	39
V.1. Hipótesis.....	40
VI. Operacionalización de las variables.....	41
VII. MATERIAL Y MÉTODOS	
VII.1. Tipo de estudio.....	43
VII.2. Demarcación geográfica de la investigación.....	43.
VII.3 Universo.....	43
VII.4. Muestra.....	43
VII.5. Criterio de inclusión.....	43
VII.6. Criterio de exclusión.....	43
VII.8. Procedimiento.....	44
VII.9. Aspectos éticos.....	44
VIII. Resultados.....	46
IX. Discusión.....	59
X. Conclusiones.....	61
XI. Recomendaciones.....	62
XII. Referencias.....	64
XIII. Anexos	
XIII.1. Cronograma.....	69
XIII.2. Instrumento de recolección de datos.....	70
XIII.3. Presupuesto.....	72
XIII.4. Evaluación.....	73

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Todo poderoso porque sin el nada hubiese sido posible, por ser el timón de mi vida para seguir adelante en medio de las dificultades y adversidades de este caminar, por permitirme alcanzar esta meta en mi vida.

Al Hospital Central de LasFuerzas Armadas.

Por ser fuente de enseñanza, abrirme las puertas y forjarme de buenos valores en estos cuatro años

A la Dra. RossyMolina.

Por su apoyo y esfuerzo incondicional por la residencia de medicina familiar.

Al Dr. RamónGarcía.

Mi maestro y defensor, por su empeño desvelo incansable por la residencia por hacernos mejores médicos.

Amis compañeras de residencia.

Yajaira, Antonia, Yosari, Sofía, Luz y Hortensia mis hermanas y compañera hasta el final de la jornada.

A mis asesoras Dra. Mikaury Brito y Dra. ClaridaniaRodriguez.

Gracias por la dedicación de su tiempo dentro y fuera de su espacio para conducir esto que hoy me llena de orgullo y satisfacción.

Dra. Yasmin Polanco Ramos

DEDICATORIA

A mi madre Melania Ramos.

Por su apoyo confianza y amor incondicional en todo momento por ser ejemplo de perseverancia de lucha incansable de que todo lo que nos proponemos en la vida se puede.

A mi padre José Polanco

Por su apoyo y confianza

A mis Princesas: Melanie y Maxim.

Mis más preciado tesoro en la tierra por su amor su comprensión por ser el motor de impulso para seguir luchando saben que las amo con todo mi corazón.

A mis hermanos Aquilino, Luis, Mario, Eduardo, Héctor, Lucía in memoria, Isabel, Miguelina, Eufrasina

A mis sobrinos: Anyi, Greilyn, Mayi, Mariana, Darkeli, Eutri, Isamari, Lisette, Licelot, Sara, Cesar, Luisito, Isaías, Héctor José, Pablo, Oniel, Alex, Ismael e Israel

Dra. Yasmin Polanco Ramos

RESUMEN

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de fuente de datos prospectiva de corte transversal cuyo propósito será determinar los indicadores de calidad en la relación médico-paciente en la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019. El universo estuvo constituido por 540 pacientes y la muestra fue de 74 pacientes tomados de forma no intencional. Se reporta que el 31.1 por ciento era mayor de 60 años, el 63.5 por ciento correspondió al sexo femenino, un 47.3 por ciento tenía un nivel básico de escolaridad, un 31.1 por ciento vivía en unión libre, el 87.8 por ciento demoró menos de una semana en ser citado, un 55.4 por ciento tardó más de 45 minutos en llegar al centro hospitalario, el 79.7 por ciento esperó entre 6-15 minutos en ser atendido por el médico, el 93.2 por ciento esperó entre 6-15 minutos en ser atendido por el médico, un 96.8 por ciento opinó que el horario en que atiende el centro de salud le parece adecuado, un 83.8 por ciento dijo que no había sido atendido por el médico que lo atendió, el 87.8 por ciento opinó como excelente la presentación del personal médico, el 82.4 por ciento dijo no conocer el nombre del médico que lo atendió, un 66.2 por ciento señaló que el médico que lo atendió se presentó antes de iniciar la consulta, la mayoría calificó entre 4 y 5 puntos la relación médico-paciente como casi siempre y siempre, el 52.7 por ciento clasificó la atención recibida como buena, el 91.9 por ciento señaló estar muy satisfecho con la atención recibida y el total de pacientes señaló que volvería a utilizar el servicio médico del centro hospitalario.

Palabras clave: indicadores de calidad, relación médico-paciente, consulta externa atención primaria

ABSTRACT

It was carried out in a quantitative, descriptive study and prospective cross-sectional data source whose purpose will be to determine the quality indicators in the patient medical relationship in the external primary care consultation of the Central Hospital of the Armed Forces, August 2019. The universe was constituted by 540 patients and the sample was 74 patients taken unintentionally. It is reported that 31.1 percent were over 60 years old, 63.5 percent were female, 47.3 percent had a basic level of schooling, 31.1 percent lived in free union, 87.8 percent took less than one week to be cited, 55.4 percent took more than 45 minutes to reach the hospital, 79.7 percent waited 6-15 minutes to be seen by the doctor, 93.2 percent waited 6-15 minutes to be treated According to the doctor, 96.8 percent thought that the hours the health center sees fit, 83.8 percent said they had not been treated by the doctor who treated him, 87.8 percent thought the presentation of the presentation was excellent. Medical staff, 82.4 percent said they did not know the name of the doctor who treated him, 66.2 percent said that the doctor who attended him presented himself before starting the consultation, the majority rated the relationship between 4 and 5 pints. doctor-patient relationship as cassis forever and ever, 52.7 percent ranked the care as good, 91.9 percent said they were very satisfied with the care and total patient said that he would use the medical services of the hospital.

Key words: quality indicators, doctor-patient relationship, consultation external, primary care.

I. INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la medicina y durante su evolución y desarrollo, esta le ha conferido especial importancia a la relación médico-paciente, por ser la clave para el éxito en la gestión asistencial. La práctica de la medicina, combina la ciencia y la tecnología con la aplicación de conocimientos y valores. Esta combinación gira alrededor de la interacción médico-paciente, elemento necesario para que la acción del médico pueda intervenir en las necesidades del enfermo. Como fenómeno complejo es capaz de conducirse por dos caminos completamente opuestos: sanar o hacer daño.¹

La asistencia médica se cimienta en la relación que se establece entre el médico y su paciente, y la buena práctica depende, en gran medida, de la calidad de la relación de ayuda que se pueda lograr. Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que debe tener lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico, en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica.

La relación médico-paciente es de tipo profesional. En ella intervienen dos personas con diferentes personalidades, niveles culturales y estados afectivos. Una reclama ayuda y la otra la ofrece. Este intercambio se produce por vías verbales y extraverbales. El éxito de esta relación depende de la capacidad del médico para manejar la situación de subordinación del paciente mediante el respeto, la atención y el trato afectuoso, junto a su preocupación y capacidad para satisfacer los objetivos básicos del enfermo: saber qué tiene, aliviarse y curarse.²

Durante la relación médico-paciente, estos le aportan sus características de personalidad, las que vinculadas con la enfermedad, propician que cada relación tenga características generales y a la vez muy particulares.

Se ha de tener en cuenta que cuando una persona enferma consulta a un médico, varios procesos psicológicos entran en acción. Con frecuencia, el primer encuentro entre ambos determina el tipo de relación que se establecerá.

Dado su carácter social, la relación médico-paciente lleva la impronta del contexto social en que se desarrolle y esto no puede soslayarse en modo alguno al iniciarse su estudio.

En la relación médico-paciente la actitud asumida por el médico al aproximarse al paciente, está condicionada por el modelo teórico en el cual haya sido entrenado, aunque en la mayoría de los casos este modelo no se haya hecho explícito durante su formación. En esta relación es fundamental que el médico conozca sus rasgos de carácter, sus limitaciones, su nivel de información y hasta qué punto puede manejar una situación determinada y cuándo necesita recurrir a otro colega.³

Por otra parte, la expresión clínica de una enfermedad no se repite con exactitud en cada paciente; a pesar de que los seres humanos no difieren en su constitución orgánica, la personalidad de cada individuo es única e irrepetible. De esta contradicción dialéctica surge el viejo aforismo: no existen enfermedades, sino enfermos.

Es innegable que los avances científicos y tecnológicos en la medicina abren nuevas posibilidades en la curación y mejora de la calidad de vida, pero crean también nuevas contradicciones y problemas.⁴

Muchos facultativos sustituyen el método clínico por el uso de la tecnología con objetivos diagnósticos o terapéuticos, debido a que su aplicación demandaría del médico más tiempo y dedicación al paciente. La relación profesional médica exige del facultativo el planteamiento de cada uno de sus pasos, ya que toda conducta médica no pensada implica serios riesgos de cometer iatrogenia.

I.1. Antecedentes

. Ramírez J, Nájera P, Nigenda G, llevaron a cabo un estudio descripto y transversal con el objetivo de determinar la calidad de la atención de los servicios de salud en México en el 2016. Resultados, Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y un 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%).⁵

Ramos C, llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal con el objetivo de determinar la percepción, por parte de los usuarios externos, de la calidad de sus relaciones médico-paciente y su asociación con las características del médico y el paciente de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú, durante Febrero de 2008. Resultados: Se encuestaron 168 pacientes, de los cuales 61.3% eran mujeres, 46.4% eran adultos jóvenes, 44.1% tenían grado de instrucción secundario. El 39.9% ya habían acudido a otro lugar por su problema de salud. 76.8% de los médicos eran varones, 47% de mediana edad, 74.4% no fueron elegidos por los pacientes. 51.2% de los pacientes fueron atendidos por primera vez por ése médico. Se encontró una adecuada relación médico-paciente en un 92.3 % y el 89.3% afirmó estar muy satisfecho. Fueron el grupo de pacientes adultos jóvenes los que percibieron una relación médico-paciente inadecuada con mayor frecuencia.

Mendoza C, Ramos C, Gutiérrez E., realizaron un estudio transversal-comparativo con el objetivo de describir la relación médico-paciente (RMP) y determinar los factores asociados a una buena percepción de ésta por los pacientes que acuden a consultorios externos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH) del Ministerio de Salud (MINSA), período mayo 2014. Resultados: Un total de 179 pacientes completaron la encuesta, el 64,8%(116) fueron mujeres, el promedio de la edad fue de $42,1 \pm 11,9$ años. El 23% (41) de los usuarios percibieron una RMP buena, el 52% (93) regular y el 25% (45) mala. Las variables finalmente asociadas con una buena RMP fueron tener entre 18-35 años (OR = 8,1 [IC95%; 1,6-40,1), haber elegido a su médico (OR = 20,5 [IC95%; 5,1-82,5) y ser atendido por una médico mujer (OR = 3,1 [IC 95%; 1,01-9,3]). Conclusiones: Existe un bajo porcentaje (23%) de pacientes que perciben una buena relación médico paciente. El elegir a su médico, ser paciente joven y ser atendido por una médico mujer influyen en tener una buena RMP.⁷

Domínguez F., realizó una investigación transversal con el objetivo de evaluar la comunicación médico-paciente y la satisfacción del usuario en el Servicio de Medicina del Centro de Salud Surquillo, Perú durante el periodo junio-setiembre de 2015. Resultados: Se estudiaron 121 personas, en su mayoría de sexo femenino (68,6%), de grado de instrucción secundaria completa (66,1%). La comunicación médico-paciente fue calificada por los pacientes como deficiente (39,7%) y la satisfacción del usuario fue baja (53,7%). Se encontró asociación estadísticamente significativa.

1.1.1. Justificación

En el siguiente estudio se busca determinar los indicadores de calidad en la relación médico paciente en la consulta externa, en el periodo de enero – junio de 2019. El estudio es importante porque a través del mismo quedará en evidencia la calidad del servicio brindado así como la eficacia del mismo desde el punto de vista del paciente, que muchas veces son quienes aportan las buenas o malas referencias sobre el trato recibido.

La satisfacción es un estado mental de goce por sentir que ya nada se necesita para lograr la plenitud ya sea física o mental. Y como sabemos La satisfacción es subjetiva, ya que no todos sentirán la misma satisfacción ante iguales resultados.

Todo familiar o personas cercanas a el paciente que se encuentra en un estado delicado de salud espera con ansias recibir noticias sobre su paciente, con esto buscan sentirse informados y tranquilos de que todo lo que se hace por su paciente es apropiado y oportuno, por tal razón es pertinente una adecuada comunicación entre el personal médico responsable del paciente y sus familiares.

La percepción de calidad de los servicios médicos brindados, a menudo es calificado por los pacientes como excelentes, buenos o malos, según el grado de conformidad con el trato recibido. Esta información sobre calidad es la que difundirá más adelante sobre el centro, luego que culmine el proceso, por esta razón es tan importante mantener una excelente atención y manejo con el paciente.

Otro factor importante en esta investigación es el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente y el inicio de la atención. Es de suma importancia la detección a tiempo de que llegan a la consulta y que son inmediatamente captados. La pérdida de tiempo para un paciente es un punto de referencia importante.

El nivel de educación o escolaridad de los pacientes, influye mucho en el comportamiento que adopten frente a esa situación de estrés emocional que genera la enfermedad, pues de el comportamiento que muestren estas personas va a depender la comunicación entre ellos y el personal de la salud por tal razón podrán percibir un trato según el nivel de satisfacción excelente, bueno o malo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la siguiente investigación es de suma importancia comprender lo que es satisfacción y calidad ya que son los aspectos fundamentales de este trabajo. Según Katherine Giraldo en su página de internet www.kathegiraldo.com/satisfaccion, define la satisfacción, como el valor de sentirse bien en medio de alguna situación, y por alguna razón. El estar satisfecho nos hace sentir realizados, nos provee alegría y comodidad con el momento que vivimos, nos lleva a anhelar que nunca termine lo que está presente. El valor de la satisfacción está presente cuando hemos logrado algo, o cuando algo bueno ocurre a nuestro alrededor; Por lo que la satisfacción es el sentimiento en nuestro interior de paz, de regocijo, de buena energía.⁹

El Instituto de Medicina de Estados Unidos 1972 define asistencia médica de calidad como aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello.

Según la OMS la calidad de la asistencia sanitaria es garantizar que cada paciente reciba los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, considerando todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr resultados óptimos con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Realizar un estudio de indicadores de calidad en el hospital Central de las Fuerzas Armadas, sería un avance en cuanto al aporte de información sobre tan importante centro, en cuanto al trato de pacientes y la calidad de los servicios brindados. El flujo de pacientes en dicho hospital es alto y por eso es de suma importancia conocer cuál es la percepción que posee la población que solicita los servicios de salud en tan prestigioso Hospital.

En vista de la importancia que implica el tema de la calidad que debe imperar en un centro donde se ofrecen servicios médicos y se espera la mayor satisfacción de los servicios brindados en ese aspecto, Nos planteamos lo siguiente:

Frente a esta problemática nos preguntamos lo siguiente:

¿Cuáles son indicadores de calidad en la relación médico-paciente en la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto, 2019?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Determinar la calidad en la relación médico paciente en la consulta externa de atención primaria del hospital central de las fuerzas armadas, agosto 2019.

III.2. Específicos

Determinar cuál de los indicadores del cuestionario obtiene el nivel de satisfacción más elevado y el nivel de satisfacción más bajo.

Determinar si la percepción de los pacientes sobre la relación médico-paciente que los médicos generales.

Determinar la calidad de la atención médica percibida por los pacientes atendidos tanto por médicos generales como por especialistas en Formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE.

Identificar variables relacionadas con la calidad de atención percibida por el usuario que influyen en la satisfacción del usuario y la relación médico-paciente.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Relación médico-paciente

IV.1.1. Historia

La historia de la relación médico-paciente es más antigua que la medicina misma. Cuando esta última se encontraba aún en sus albores, ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y el médico responsabilizado por un imperativo social: el restablecimiento de la salud del que se enfermaba. Es posible descubrir referencias sobre la relación médico-paciente en casi todas las civilizaciones antiguas con las concepciones místicas dominantes, que veían al médico como un representante de los dioses. Consideraban que dicha relación había sido engendrada en el cielo y que era tan antigua como los dioses mismos.¹⁰

La relación entre el médico y el paciente era ya entonces un formidable agente terapéutico utilizado con todo el empirismo y la ausencia de conocimientos científicos que es posible imaginar en los hombres de tan remota época. Sin embargo, esta relación ha ido cambiando a lo largo de la historia, conforme han sido sus transformaciones políticas, sociales y culturales, dando forma a lo que hoy podemos conocer.

El hombre ha padecido enfermedades, a lo largo de la historia, y el médico es quien se ha preocupado de conocerlas cada vez mejor. Las diferentes sociedades y culturas han propuesto interpretaciones diversas de la salud y la enfermedad, así como sobre las funciones del médico y del enfermo. Estas significaciones han influido, de manera notable, sobre la relación médico-paciente, que se ha ido modificando a lo largo del tiempo.¹¹

En civilizaciones antiguas la asistencia al enfermo era realizada por magos y brujos. La enfermedad era considerada como una maldición, un pecado, un castigo de los dioses; y la salud por el contrario como un don de los dioses. La enfermedad y la salud eran tratadas sobrenaturalmente. El tratamiento al enfermo era el rito mágico, el exorcismo, el abandono, la muerte, la plegaria, el sacrificio u ofrenda a los dioses. El médico, en aquel entonces, tenía un carácter sacerdotal.¹²

En todas las civilizaciones, los métodos subjetivos han sido de mucha ayuda en la mejoría del ánimo del paciente. Ya lo menciona Rodríguez-Arce en su libro relación médico-paciente (2008), desde épocas tan remotas en el antiguo Egipto se le concedía gran importancia al relato del enfermo, que exponía no solo los síntomas subjetivos, sino también las causas a las que atribuía su enfermedad, en esta medicina la enfermedad se pensaba con una existencia autónoma, algo que ataca desde el exterior y es independiente del organismo que lo soporta.¹³

Sin embargo, la medicina científica occidental tiene su origen en Grecia, al ofrecer una explicación racional de la enfermedad y descartar los factores mágico-religiosos.¹¹ Sin olvidar a grandes filósofos como Hipócrates, quien planteó que en este arte existen tres elementos fundamentales: el enfermo, la enfermedad y el médico, insistiendo en la fuerza potencial de la relación médico-paciente en el proceso de curación, considerando que el paciente es ante todo un hombre que hay que respetar y comprender¹¹ y finalmente postulando que no se podía intentar la curación del cuerpo sin pretender la curación del alma.

En la cultura griega se estableció una fuerte relación entre la acción de la palabra y la cura de la enfermedad. Aristóteles, mencionó que es necesaria la acción de la palabra del médico como un verdadero medicamento y que la misma ejerce acciones psicológicas sobre el paciente que padece la enfermedad. Hipócrates por otro lado, mencionó que el médico no debe instaurar tratamiento alguno hasta que se establezca una relación terapéutica satisfactoria.¹⁴

De igual forma, Platón postula en Lisis (217 a.C) "el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad", puesto que más allá del interés económico-profesional; el médico es movido por su voluntad de ayuda técnica al enfermo, y quien acude por su voluntad de curación.

Pues bien pese a la diferencia entre uno y otro motivo, se bautizó a los dos protagonistas de esta relación de forma genérica como *philia*, amistad. Para los antiguos griegos, ésta, la *philia*, constituyó el fundamento de la relación médico-paciente.

Es Hipócrates quien postuló que "la perfección de la naturaleza de cada cosa conspira a la perfección de la común naturaleza de todas las cosas". A la voluntad de participar en esa conspiración es justamente a lo que los griegos dieron el nombre de philia, amistad.

Por lo tanto, la amistad del médico hipocrático con el enfermo, fue en definitiva un amor a la perfección de la naturaleza humana, individualizada y expresada en el cuerpo del paciente, un amor que venera hacia lo bello de la naturaleza (la salud, la armonía) o conduce a la belleza (la natural fuerza sanadora del organismo) y se resigna ante las oscuras y terribles fuerzas con que la naturaleza impone la condición mortal o incurable de la enfermedad.¹³

El enfermo por su parte es amigo del médico, depositando su confianza en el médico y por tanto en el tratamiento del mismo, así como su posterior agradecimiento por tratar su enfermedad. Por lo tanto, el recurso supremo para suscitar la confianza del paciente en el médico y para individualizar el tratamiento fue la persuasión verbal. Platón postuló que el buen médico no prescribe nada al enfermo, por el contrario le convence de la eficacia de su tratamiento y es hasta que el paciente se encuentre convencido, cuando se lleva a cabo el hecho de establecer un tratamiento que le restablezca la salud.

Sin embargo, además de ilustrar al paciente sobre la enfermedad, sus posibles tratamientos y de persuadirlo, el médico griego optaba por una postura pedagógica siguiendo paso a paso como un maestro a su alumno, siguiendo día a día el curso vital del enfermo.¹⁴

Es importante destacar que el trato del médico griego con los enfermos, no fue equitativo. En la relación con los mismos, si éstos eran esclavos, por lo común no fueron atendidos por médicos sino por empíricos cuya comunicación verbal con el enfermo era mínima o inexistente. Por el contrario, si se trataba de enfermos ricos y libres, el médico hipocrático tradicional ilustraba al enfermo mediante discursos, con lo cual individualizaba el tratamiento y finalmente persuadía al paciente de optar por el mismo, corriente que finalmente en la Edad Media se ajustó a diversos cambios inducidos por la religión.

En la Edad Media, con el advenimiento del cristianismo, el desarrollo científico y técnico quedó subyugado al criterio moral y religioso. Desde el punto de vista cristiano, la perfección de la naturaleza física no es suficiente para la perfección de la persona.

Con el cristianismo se produjo un cambio radical en la idea y en la práctica de la relación entre hombre-hombre y por tanto en la idea de la práctica de la amistad. Empezaron a surgir nuevos conceptos como el de la proximidad, término que consiste en procurar el bien del hombre por el hecho de que él es hombre; por tanto sin necesidad de conocerle y tratarle como persona individual; se promulgó de igual forma el hecho de que el bien de la naturaleza (la salud somática y mental, la belleza del cuerpo, el bienestar), es condición eficaz para la perfección espiritual, pero no una condición necesaria, puesto que cabe una alta perfección espiritual con una detestable salud física y el hecho que para la benevolencia no puede haber límites naturales, siempre será posible hacer el bien al prójimo.¹⁵

Estos nuevos motivos de la relación entre humanos, terminó por influenciar la relación médico-paciente, en ese ejercicio de la amistad médica impartida por los griegos.

El médico cristiano, contrario al griego, estableció el tratamiento equitativo entre los pacientes, su acción misericordiosa debía tener como fin el tratamiento de los pacientes sin importar sus condiciones sociales. Se estableció de esta forma la ayuda gratuita, solo por caridad al enfermo y se incorporaron de igual forma prácticas religiosas en el cuidado del paciente como la oración, la unción sacramental e incluso el exorcismo.

El médico medieval, le dio importancia a la comunicación verbal con el enfermo con el objetivo de darle consuelo, de aliviarle. Se concibió por tanto que la enfermedad es un castigo de Dios. Posteriormente vino el Renacimiento y el afán de conocimiento y de creación de la belleza, lo que condujo al desarrollo del humanismo en todos los ámbitos de la ciencia y el arte,¹⁴ activando nuevamente el saber humano en todos los ámbitos, influyendo sobre la investigación, originando así textos y atlas de Anatomía, efectuándose autopsias y disecciones.

La medicina se fue constituyendo en una actividad más científica, en la medida en que la investigación fue descubriendo y explicando los fenómenos fisiológicos y fisiopatológicos. El desarrollo de la ciencia entre los siglos XVII y XIX fue inmenso y el cambio de orientación de la relación médico-paciente se fue dirigiendo cada vez más hacia una asistencia hospitalaria bien organizada, estableciéndose conceptos como el de "médico de cabecera" que será sustituido en el siglo actual por el médico especialista.¹⁴ Sin embargo, en la medicina hospitalaria del siglo XIX el enfermo fue básicamente un objeto cognoscible y una persona desconocida.¹⁶

Describe Pedro Laín Entralgo en su publicación titulada "El médico y el enfermo": "Además de ser hospitalariamente atendido y tratado, el enfermo de hospital se veía obligado a prestar su cuerpo viviente para la enseñanza clínica, y su cadáver para la enseñanza anatómica. En cuanto enfermaba, el cuerpo del pobre venía a ser res pública, frente a la inviolable condición privada del cuerpo del rico. Por razones clínicas y por razones sociales, habían de entrar en crisis la asistencia médica y la relación entre el médico y el enfermo."

En el siglo XIX, médicos generales, especialistas, y cirujanos se integraron a la clase burguesa y asumieron los valores tradicionales de la profesión, su rol sacerdotal. Se lo consideraba un árbitro de la vida del hombre, regido por sus propios códigos de ética profesional, cobrando por su trabajo honorarios que él fijaba libremente.

Para finales de este siglo y comienzos del siglo XX mediante la lucha de los movimientos revolucionarios se logró la introducción del *sujeto* en el pensamiento y en el quehacer médico. El enfermo dejó de ser mero objeto y pasó a ser visto y tratado como sujeto. Este cambio intentó recuperar el poder de la palabra como factor terapéutico, lo que hizo resaltar la relación entre médico y paciente.

En el siglo XX, Sigmund Freud es quien contribuyó a establecer una definición clara de la relación médico-paciente; describiendo esa particular relación afectiva que en curso de la cura analítica suele establecerse entre el médico y el paciente y la concibió como una transferencia a la vez necesaria y perturbadora, llamando resistencia a la falta de comunicación entre ellos.

Consideró que en el acto de ejercer la medicina la relación médico-paciente es fundamental valiéndose de una adecuada historia clínica que finalmente permitirá al paciente expresar sus dolencias y relacionarlas con su vida cotidiana. Por otro lado, consideró igual de importante la actitud del médico en cuanto a saber escuchar e interpretar el material suministrado por el paciente, puesto que la palabra cura por sí mismo, creando un estado anímico favorable en el paciente.

El actual siglo con su desarrollo socioeconómico, cultural, político y científico-tecnológico ha traído cambios importantes en el ejercicio de la profesión médica que finalmente influyen en la relación médico-paciente. El desarrollo de la tecnología y la ampliación de los conocimientos, hace que actualmente sean diversos especialistas quienes se encargan de un paciente, influyendo en la relación médico-paciente que el día de hoy podemos percibir.¹⁷

Es necesario recalcar que los hechos históricos, que han sucedido a lo largo de los años han sido la base para lo que hoy nosotros podemos conocer. Todas estas etapas tan distintas unas de otras tienen un común denominador: el encuentro de una totalidad, la del médico, con otra totalidad, la del paciente con un solo objetivo; la salud del paciente.

IV.1.1.1.Objetivos de la relación médico-paciente

El médico quiere curar al paciente, y el paciente demanda curación pero también saber qué es lo que le sucede. Para el paciente, la enfermedad representa lo desconocido, por ello desea saber lo que le pasa pero de una manera en que el médico tranquilice al paciente; éste quiere saber que le puede ocurrir con su enfermedad, ya que por sus propias imaginaciones el futuro se convierte angustioso.¹⁸

Para el médico el único camino para acceder al paciente es la palabra, debe conocer y hasta saber cuán preparado está para recibir la información del paciente, para ayudarlo a resolver su problema y explicarle lo que necesita y desea. Conocimientos y habilidades médicas, disposición amistosa, genuino interés en el paciente, constituyen la base de la relación médico-paciente y por tanto los objetivos que el médico debe alcanzar.

IV.1.1.2. Características esenciales de la relación médico-paciente

Es importante conocer las características que forman parte de la relación médico-paciente, que se comportan de forma irreplicable en cada vínculo que el médico establece con cada uno de sus pacientes.¹⁹

Reconociendo que la relación médico-paciente ha existido siempre, surge la pregunta de si es importante que subsista aún en los tiempos actuales en que la medicina se sustenta en la utilización cada vez más excesiva de métodos de diagnóstico y tratamiento que parecen ser el paradigma de la medicina actual. Desde mi punto de vista, la respuesta es afirmativa.

Los nuevos procedimientos enriquecen los recursos del médico, pero no sustituyen el poder terapéutico de una buena relación, que incluso debe servir para ayudar a médico y paciente en el uso de estos procedimientos que son un indiscutible avance, pero que han cambiado los objetivos y paradigmas de la medicina cuando son utilizados en demasía y olvidando que la razón de ser de nuestra profesión, debe ser y buscar el bienestar del paciente.

IV.1.1.3. El médico

La relación médico-paciente debe ser próxima e intensa, enmarcada en un ambiente profesional de respeto mutuo pero trascendiendo de esta relación para finalmente abarcar la dimensión humana del paciente y por tanto su entorno familiar. Ya lo menciona Rodríguez-Arce en su libro titulado Relación médico-paciente: "El médico, que con su personalidad, su prestigio profesional y social, es sujeto de la relación y constituye su dirigente, actuando como orientador del otro sujeto (el paciente), pero esto no le otorga privilegio, le impone elevados deberes que le merecerán respeto social o no."²⁰

Además del conocimiento y habilidades específicas, es el factor afectivo el que probablemente merece más importancia en aquellas enfermedades que particularmente obedecen a alteraciones funcionales del organismo derivadas de desórdenes en la vida emocional de los enfermos.

El esfuerzo del médico debe estar dirigido a lograr que la relación médico-paciente sea positiva, lo que finalmente favorecerá el manejo del paciente y por

consiguiente su tratamiento. Esto no solo se logra con buena voluntad o simpatía, características que de por sí ya deben estar inmersas en esta relación. Requiere además que el médico posea un genuino interés en el paciente, es decir saber escuchar, saber comprender y saber enseñar. La impersonalidad en el trato, la actitud de juez o la petulancia del médico, perturban seriamente este tipo de relación interpersonal.

En 1997 Levinson publicó en JAMA un interesante artículo comparativo, entre médicos que habían recibido dos o más reclamos por mala praxis con otros que nunca habían recibido una demanda, por lo tanto se analizaron las características de las consultas hechas por estos profesionales para comprender qué habilidades de comunicación pudieron marcar la diferencia. Es así que los médicos que no tuvieron reclamos cumplieron los siguientes requisitos:²¹

- Orientaron mejor a sus pacientes con respecto a lo que iba a ocurrir en la consulta

- Demostraron buen humor durante la consulta

- Facilitaron la participación del paciente

- Estimularon la formulación de preguntas para disipar dudas

- Destinaron algunos minutos más a la entrevista

Tanto en el presente como en el futuro, es y será válido insistir en las principales cualidades que los pacientes esperan encontrar en sus médicos: 6

- Que los escuchen y comprendan

- Que se interesen por ellos como personas y seres humanos

- Que tengan habilidades y conocimientos en la profesión

- Que se mantengan actualizados

- Que los atiendan siempre y no los abandonen

Rodríguez-Arce en su libro relación médico-paciente hace énfasis en dos fenómenos psicológicos necesarios en el profesional de la salud, con el fin de conocer mejor al paciente:

IV.1.1.4. Observación

Definida como la percepción prolongada, detallada e intencional con el fin de conocer mejor un fenómeno, sus características, es llevar la percepción a la detección de lo aparentemente insignificante. Es decir en este papel de observador, el médico toma un papel activo en la relación médico-paciente pues requiere una planificación previa, determinar sus objetivos, emplear sus conocimientos y finalmente confrontar los datos que se le ha proporcionado.²²

El médico por lo tanto, cuando se encuentra frente a un paciente debe detectar la mayor cantidad de particularidades como su tono de voz, su postura, su relación con los acompañantes, etc; datos que podrían brindar información importante si el médico se detiene por un momento a percibir estos cambios.¹⁰

IV.1.1.5. Apercepción

Tomada como una característica de la percepción, es la percepción acompañada de consciencia. Por tanto la misma se ve influenciada por los conocimientos, motivaciones, experiencias personales de una persona; situaciones que favorecen la objetividad de lo que se percibe y enriquecen la misma. El médico debe ser consciente en todo momento de su autovaloración, con el fin de autocontrolarse e influir positivamente en la relación médico paciente.²³

La historia clínica correctamente realizada sin duda alguna llevará al médico al diagnóstico, pero si el médico no dedica parte de su tiempo a crear un ambiente de confianza entre él y el paciente, el mismo se sentirá inhibido dejando de lado pensamientos que lo acechan debido a que piensa que el médico no tiene suficiente tiempo para dedicarse a él.

Con los años de experiencia en el ejercicio de la profesión, en todas las ocasiones muchas veces es la palabra del médico la que ayuda y gratifica, a un paciente que sufre.¹⁰ Para lograr una RMP favorable es requisito básico que el médico considere a su paciente como una persona dotada igual que él de inteligencia, libertad y dignidad y no como un mero objeto de conocimiento y manipulación terapéutica.

Además es importante recalcar que se debe conjugar valores tan importantes como la honestidad, la solidaridad, la sensibilidad junto a la autodisciplina y el sentido común que finalmente enriquecerán nuestra capacidad de juicio.

Finalmente Rodríguez-Arce en su libro relación médico-paciente menciona las diferentes características que el médico debe incluir en su práctica profesional con el fin de mejorar la relación médico paciente con sus pacientes:²⁴

- Saber oír, comprender y enseñar.
- Pensar en no hacer daño.
- Dar valor al establecimiento de una buena relación médico-paciente.
- Aprender a situarse psicológicamente en el lugar del enfermo, sin identificarse con él.
- Escrutar en las angustias del enfermo, más allá de las que él comunique
- Valorar los objetivos del paciente para ir a consulta.
- Brindar cuidadosamente las informaciones, nunca dejar de darlas.
- Nunca terminar de dar una consulta sin cuestionarse: ¿he dado al paciente todo lo que esperaba de mí?
- Dejar fuera del centro de trabajo todos los problemas personales. -Aceptar al enfermo como es.
- No usar términos médicos que el paciente no pueda comprender.
- Crear contradicciones (entre las nuevas necesidades y la manera de enfrentar los problemas hasta ese momento) en el paciente que favorezcan su evolución favorable.
- Lograr que el paciente modifique la imagen de sí mismo, relaciones con los demás y visión futura, para propiciar su recuperación.
- Lograr que el paciente admita que está enfermo, acepte que depende de otras personas para que lo atiendan, y que cuando mejore se incorporará a sus funciones.
- Cuidado con las palabras que se dicen a los pacientes. Se debe favorecer la salud, no obstaculizarla. No provocar desesperación.
- Enfatizar en el papel de la familia y otras instituciones.

- Individualizar la atención
- Aceptar opiniones y recomendaciones.
- Interpretar y enseñar.
- Tener el consentimiento del paciente para las acciones a realizar. -Hacer dinámica la relación, de acuerdo a la evolución del paciente.

IV.1.1.6. La comunicación

La importancia de construir y mantener una adecuada comunicación es indispensable para todo acto médico, no solo como vehículo para obtener información que el médico necesita en el ejercicio de su profesión, sino debe emplearse para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para sentirse copartícipe en el proceso de su enfermedad.²⁵

Son muchos los estudios que muestran que una comunicación clínica efectiva influye de manera positiva en el proceso diagnóstico- terapéutico.⁴⁹ Con el fin de conseguir y mantener una comunicación adecuada los médicos deben adquirir y dominar diversas habilidades, poseer conocimientos específicos y presentar actitudes definidas.

IV.1.1.7. La comunicación no verbal

a. La conexión con el paciente (el contacto)

El establecer contacto es un proceso sutil en el cual dos personas sienten que se entienden y por consiguiente pueden abrirse la una a la otra; puede ser un proceso progresivo o establecerse en el momento en que se inicia el contacto, siendo de la misma forma influenciado por diversos factores como la posición-percepción del médico respecto al paciente o la forma en que se inicia el mismo.²⁶

Inge Debrouwere en su libro la comunicación médico-paciente en la consulta médica postula: para cada médico es una tarea compleja el "lograr contacto" y a su vez "mantenerse como observador lo más objetivo posible"; por lo tanto es necesario que cada médico aprenda cómo llevar este tipo de contacto.

b. La escucha activa y dar atención:

Cuando el paciente cuenta algo al médico y éste le responde, comienza evidentemente un tipo de comunicación, la misma no consiste únicamente en registrar lo que el paciente se encuentra diciendo; por el contrario, el médico debe comprender que éste proceso de expresar algo y recibir algo se encuentra influenciado por diversos factores como factores personales (la capacidad del paciente de comprender lo que el médico se encuentra diciendo), factores situacionales (interrupciones mientras el paciente se expresa) y factores relacionales (contacto entre el médico y el paciente).²⁷

Es por esto que al momento de establecer una comunicación verbal con el paciente, es importante que el médico establezca filtros con el fin de estar seguro de haber comprendido bien al paciente y seguro de que éste le haya entendido. Por ejemplo, señala Debrouwere en su apartado de comunicación no verbal: "Cuando alguien en una conversación no se siente entendido, dejará por sí solo de hablar de ciertos temas...Y debido a la relación jerárquica entre el médico y el paciente, será en la mayoría de las ocasiones primero el paciente quien se da por vencido y deja de hablar sobre ciertos temas, "ya que el médico no atiende eso".

Es de esta forma que la escucha activa forma parte trascendental en la comunicación no verbal, escuchar significa comprender los sentimientos y pensamientos de lo que oímos. Si el médico quiere que el paciente deposite su confianza en él, debe hacerle sentir que es escuchado, solo esto permitirá que el paciente continúe y que brinde más información. De esta forma el médico debe estar a completa disposición para escuchar de manera activa al paciente.²⁸

Si el médico desea cumplir con las expectativas del paciente y las de él mismo, debe considerar algunas claves para mejorar su habilidad de comunicación, las cuales terminarán por afianzar la escucha activa:

- Reconocer las propias destrezas, habilidades y dificultades en el campo de la comunicación y trabajar en ellos para mejorarlos.

- Se considera adecuado sentarse con un ángulo de 90° respecto al paciente.

-Postura: la inclinación hacia adelante puede emitir un mensaje de interés por parte del médico en lo que el paciente se encuentra diciendo.

Las posturas demasiado rígidas o que expresen nerviosismo pueden afectar la relación médico-paciente.

-Apertura de manos y brazos que expresan la apertura a la escucha.

-Contacto visual: no se trata de mirar fijamente al paciente de forma intimidante, por el contrario el médico debe establecer un contacto con la mirada con el fin de expresar que se encuentra interesado en lo que está diciendo. -El médico no debe establecer juicio de valor, ni expresiones de rechazo hacia lo que el paciente se encuentra diciendo

c. El silencio funcional:

Este silencio es una pausa a la conversación con la finalidad que el paciente pueda meditar, ayudar a su concentración, cambiar la responsabilidad del diálogo o la expresión de emociones, durante el curso de la entrevista. Inge Debrouwere en su libro la comunicación médico-paciente en la consulta médica pauta: "El silencio puede ser suficiente para demostrar que estamos con el paciente."

IV.1.1.8. La comunicación verbal

La comunicación en los últimos años en el campo de la medicina ha sido uno de los aspectos más estudiados y que abarca el mayor interés en los estudios actuales. Probablemente este interés surge en la importancia del papel del médico en el mundo actual; un paciente busca en su médico la tranquilidad para afrontar su enfermedad, su conocimiento para conocer a fondo la misma, que el médico se encuentre interesado en él, compartir y debatir ideas sobre el tratamiento y disipar las posibles dudas sobre un pronóstico.²⁹

Es decir que el paciente tenga libertad de comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión. La falta de adherencia terapéutica es otro de los argumentos por los cuales la comunicación ha tomado interés actualmente. Es importante recalcar que estudios han demostrado que la falta de intercambio de información por parte del médico y el paciente, la incompreensión en el diagnóstico

y el tratamiento instaurado, ocasionan la falta de adherencia al tratamiento por el paciente.

IV.1.1.9. Comunicación centrada en el paciente

Se ha cuestionado por muchos años sobre la influencia de la comunicación en los resultados que promueven la salud. Se ha observado que la comunicación efectiva entre médico y paciente no solo ayuda en el momento de obtener datos para la historia clínica, sino que aporta mucho más durante la discusión del plan terapéutico.³⁰

Autores concluyen que los resultados de una buena comunicación influyen sobre la salud emocional del paciente, control del dolor e incluso el mejor control de variables fisiológicas.⁵⁴ Por otro lado, puede de igual forma contribuir a disminuir la necesidad de realizar pruebas diagnósticas en exceso o incluso referencia a otros niveles de atención, lo que sería un gran beneficio para la salud pública.

En el modelo de comunicación centrada en el paciente, basado en el modelo biopsicosocial propuesto por Engel en 1977⁵⁵, se define a la comunicación centrada en el paciente como aquella en la que el médico hace partícipe al paciente de todos los aspectos de la consulta; es decir, aconseja al paciente lo que debe hacer mas es el mismo quien decide, cuestiona al paciente sobre su opinión respecto al tratamiento y se interesa por los aspectos no médicos del paciente.

Por lo tanto, la comunicación centrada en el paciente puede lograr que el paciente sienta haber encontrado puntos en común con el médico, que su enfermedad ha sido adecuadamente explorada y que sus molestias y preocupaciones han sido escuchadas y evaluadas, lo que se traducirá en una mayor confianza con el médico y como estudios previos han demostrado mayor adherencia terapéutica.

La empatía

Debrouwere define la empatía *como*: "una actitud humana que se centra en detectar y comprender las emociones y experiencias humanas del otro, permitiéndole evidenciar que se ha percatado de dicha emoción."³¹

Expresa una solidaridad emocional y es la capacidad de ponerse en el lugar de otro, en los zapatos de los demás, sin perderse en ellos. Es el proceso en el cual una persona (en este caso el médico) percibe de manera correcta los sentimientos y el significado de esos sentimientos en otra persona (en este caso el paciente) y demuestra este entendimiento al otro. Por lo tanto, la empatía exige una concentración e implicación máxima."

Una relación empática se desarrolla cuando el médico ha dejado de lado su sentido de superioridad y establece una relación longitudinal con el paciente, permitiéndole al paciente conocer que se encuentra aceptando y respetando los sentimientos del paciente. No significa estar de acuerdo, sino comprender lo que le pasa, lo que siente.

IV.1.1.10. Relación médico-paciente en diferentes grupos de edad

Teniendo en cuenta que cada etapa de desarrollo tiene sus propias características es importante que el médico conozca sus particularidades y por tanto sepa cómo manejarlas con el fin de no afectar la relación médico-paciente.³²

Relación médico-niño:

El manejo del paciente pediátrico lleva consigo grandes dilemas, principalmente en aspectos de bioética, incluyendo la relación médico-paciente. En la antigüedad un niño no era tomado como un sujeto de derechos propiamente sino que su familia es quien tenía toda la responsabilidad de decidir por él. Actualmente con el paso de los años, es el niño con toda su libertad de expresión quien puede participar activamente en la consulta con el médico y es obligación y responsabilidad del mismo permitir esto durante la consulta.

La comunicación como base de toda relación interpersonal entre el médico y el paciente, se plantea como cimiento en la relación médico-niño. Muchas veces el médico durante esta relación necesita de interlocutores que facilitarán finalmente

la comunicación con el paciente pediátrico, sin embargo, eso no excluye al niño de la consulta, siendo el mismo un elemento central que debe ser partícipe en todo momento.

Los niños cuentan con el derecho de recibir atención médica, de expresar sus opiniones y el de ser escuchados. En la actualidad conviven dos paradigmas que encasilla a la infancia en dos cuadros muy distintos: el paradigma tutelar en el que el paciente pediátrico es visto como un ser sin entendimiento, inmaduro que a la larga propicia que el paciente sea dependiente y poco responsable de su estado de salud¹⁰; mientras que el paradigma de desarrollo integral del niño considera al mismo como un ser de derechos por el hecho de ser una persona, siendo indispensable su opinión.³³

Es importante mencionar que los niños deben ser escuchados sin importar su edad, ya que su información verbal y no verbal pueden aportar datos que aporten al diagnóstico y al tratamiento. El médico debe cumplir de igual forma el papel de comprender y enseñar al paciente pediátrico, comprender que muchas veces no se puede esperar que se comporte como un adulto en una consulta o al hospitalizarlo y enseñar desde la temprana edad a cuidar de su salud, educando en la importancia de un estilo de vida adecuado.

El médico al relacionarse con el paciente debe tener en cuenta las características propias de la edad, por ejemplo en la niñez puede llamar su atención con objetos pequeños, mientras que a los preescolares y escolares con juegos y a los adolescentes con el respeto de su identidad e independencia. En la relación que establezca el médico con el paciente pediátrico en todo momento deberá explicarle al paciente que hará y por qué lo hará, que podrá sentir y como él lo puede ayudar; lo que favorecerá que el niño confíe en el médico y colaborará con el mismo.³⁴

Más allá de su relación con el paciente pediátrico, el médico debe establecer una relación con la familia de su paciente. Los padres pueden recordar por años la forma en que se le comunicó la enfermedad de sus hijos, el modo en que lo realice el médico influirá de forma positiva o negativa en cómo los padres afrontarán la nueva enfermedad.⁵⁸ Rodríguez-Arce expresa: "el tacto, la serenidad, la

veracidad y la confianza que inspire el médico, los ayudará a sobrellevar la situación penosa a la que están sometidos."

¿Cuándo un niño tiene derecho a opinar?

Siempre. El marco teórico que aporta en ese sentido es la bioética en relación a la autonomía del paciente y en relación a desde cuándo un niño tiene derecho a opinar entodo cuanto le compete.

Por ejemplo, cuando a un niño de dos años yo lo voy a auscultar le tengo que tocar su cuerpo; entonces le tengo que pedir permiso, por más que tenga dos años.

Si cuando en la consulta médica a un niño de cinco años, hablo con la madre en un nivel más abstracto por el modo de comunicación con respecto a lo que fuera, por ejemplo, a aplicarse nuevas vacunas, debo preguntarle a él qué piensa o qué le parece y que él lo pueda entender.

Relación médico-adolescente

La adolescencia es un período de transición especialmente crítico durante la vida familiar, debido a que se experimentan cambios tanto físicos como psicológicos, los mismos que llevan al adolescente a experimentar nuevas direcciones y búsqueda de identidad, haciendo que cuestione el orden familiar establecido.³⁴

El adolescente generalmente goza de buena salud, sin embargo, el médico debe tomar en cuenta que la vida del paciente se encuentra inmersa en profundos cambios biopsicosociales que lo harán enfrentarse a conductas de riesgo sin ninguna experiencia. Por lo tanto uno de los objetivos más importantes que el médico debe cumplir con adolescentes es de prevención e información.

Los servicios de atención de adolescentes deben cumplir ciertos requisitos que incidirán de forma positiva o negativa en la relación médico-adolescente; debe encontrarse en lugares accesibles a los adolescentes por ejemplo cerca de lugares que frecuentan o en colegios, que guarden exclusivamente aspectos de

confidencialidad, privacidad, credibilidad y confianza por parte de todo el personal de salud.

La atención al adolescente puede requerir un poco más de tiempo que con otras personas, esto es porque probablemente el paciente se ha encontrado alejado de profesionales de la salud por varios años por lo tanto, el paciente puede tener inquietudes sobre los cambios que se encuentra experimentando. Es imprescindible que la consulta médica se lleve a cabo a solas con el adolescente, por toda la información y dudas que se puedan suscitar durante la consulta.³⁵

El médico debe tener presente que el adolescente es un paciente con la madurez necesaria para tomar sus propias decisiones. Se deben evitar actitudes paternalistas, imponer normas morales, convertirse en un padre salvador o en un aliado de los padres. Debe en todo momento mantener la identidad propia y no tratar de identificarse con el adolescente en sus actitudes o su vestuario.

Gáspar Martí J. (2005) menciona: "Para que la entrevista sea fructífera, el adolescente debe captar que el médico está interesado en sus problemas, que los entiende y que está dispuesto a ayudarlo. Si no se crea esta empatía, médico-paciente, es poco probable que vuelva a la consulta. Actualmente se habla de la entrevista motivacional, con la que se pretende influir en la conducta de un sujeto, pero respetando sus puntos de vista y su libertad para escoger. El paciente debe descubrir, con nuestra ayuda, que es conveniente para él hacer un cambio y que él es capaz de hacerlo."

La entrevista motivacional se puede considerar como un método esencial para mejorar la comunicación médico-adolescente, cuyos principios básicos son:

-Empatía y aceptación: se trata de que el médico comprenda las emociones del paciente, es decir ponerse en el lugar de su paciente, aceptando sus problemas y ofreciendo su ayuda.

-Hablar de las discrepancias: es importante que el médico sea quien ayude al adolescente a reconocer que existe un problema y que hay alternativas para solucionar el mismo.

-Evitar la discusión: el médico no debe actuar de forma paternalista, insistiendo en el cambio del paciente. El mismo debe llamar la reflexión para que sea el paciente quien tome la actitud, no que ésta sea impuesta.

-Resistencias del paciente: No desanimar al paciente por su falta de cambio, ni condenarlo al fracaso.

-Fomentar la autoeficacia y el optimismo: el médico debe expresar confianza en la capacidad del adolescente para cumplir sus objetivos.

Finalmente, uno de los factores que puede incidir de forma positiva o negativa es la confidencialidad que el médico guarda con el adolescente. Si el paciente no posee garantías de esta confidencialidad es muy difícil que pueda expresar todas sus dudas.

Gáspar Martí J. (2005) puntualiza: "El adolescente teme que el médico transmita a sus padres la información que le ha confiado. Se le debe advertir que el profesional tiene el deber de guardar el secreto de la información escuchada y que sólo se quebrantará este pacto en el caso de que esta información pudiera suponer un grave peligro para la vida o la salud del propio interesado o de terceras personas."

Relación médico-adulto

La edad adulta es la etapa de la realización del futuro. Es una etapa en la que se manifiestan al máximo las capacidades bipsicosociales para finalmente establecer lo que será su vida tanto familiar, consolidándose principalmente las relaciones interpersonales como profesional.³⁶

Los problemas de salud que pudieran aparecer en esta etapa de la vida de una persona, cobran importancia debido a que el paciente puede percibir los mismos como obstáculos para la realización de sus metas y objetivos. El médico debe cumplir el papel no solo de informar con honestidad el diagnóstico del paciente, sino de apoyarlo y orientarlo en todo momento con precisión en su pronóstico y tratamiento.

Es importante mencionar de igual forma que en esta etapa el paciente puede atravesar crisis, debido a que es la etapa en la que el paciente puede percibir la

incompatibilidad entre sus sueños y lo que ha alcanzado. Rodríguez-Arce acerca de esta etapa de crisis reflexiona:

"Es posible que estas grandes frustraciones de la vida adulta desempeñen un papel determinante en la etiología de muchas enfermedades, tanto las producidas directamente por la ansiedad y la depresión, como aquellas causadas por excesos en los que cae el sujeto para tratar de compensar la frustración (hipererotismo, alcoholismo, tabaquismo, droga y otros)."

Por lo tanto, es importante recalcar que en esta etapa el mantenimiento de una buena relación médico-paciente sin duda alguna influirá en la salud mental del paciente. Es el médico quien debe percibir y detectar este tipo de patologías durante su consulta, ya que muchas veces por falta de confianza los mismos problemas trascienden años sin ser resueltos llegando a ser verdaderos problemas en el adulto mayor.

Relación médico-adulto mayor

La vejez es una etapa normal de la vida, los adultos mayores corren el peligro de ser marginados y privados de ejercer sus derechos como seres humanos. Esta situación puede llevar a que se les considere personas no competentes, cuando prevalece su competencia y su capacidad mental para decidir por ellos mismo. Actualmente existen prejuicios en relación al adulto mayor, no solo en la sociedad sino que estos mismos prejuicios muchas veces están presentes en médicos, quienes consideran que los adultos mayores son todos enfermos o discapacitados.³⁷

El médico debe dedicar mucha atención cuando su paciente se trate de un adulto mayor, tomar en cuenta la lentitud, la fatigabilidad, los fallos amnésicos, que requieren de esfuerzo y paciencia por parte del médico, sin conformarse únicamente con los datos del examen físico, es decir, tomar en cuenta que es un ser humano que tiene derecho a expresarse. En muchas ocasiones, es beneficioso que la consulta se realice de forma individual para evitar que los familiares intervengan en el interrogatorio, limitando la capacidad de expresarse del paciente.

El médico al ser la persona quien conversa con el adulto mayor, es importante que pregunte aspectos importantes en la vida del mismo, como es la jubilación, la soledad, síntomas de depresión o ansiedad, tomar en cuenta sus relaciones familiares, pérdida de autoestima, miedo a morir, etc.

Para finalizar, desde el punto de vista psicológico, se debe preparar al paciente para el envejecimiento, ya que es una etapa de la vida a la que todos en algún momento debemos llegar. Por lo tanto, el trabajo del médico es preparar al paciente para aceptar con dignidad los cambios físicos y psicológicos que vienen con la madurez, ayudándolo a observar sus potencialidades organización de su vida familiar y en general.

IV.1.1.11. Modelos de la relación médico-paciente

Durante las últimas décadas, el sistema de salud ha atravesado diversas polémicas sobre el papel del paciente en la toma de decisiones médicas, la cual ha estado marcada por el conflicto entre la autonomía y la salud, entre los valores del paciente y los valores del médico. Con el fin de reducir el poder al médico en la toma de decisiones se establecieron los modelos de relación médico-paciente. Actualmente existen 4 modelos de relación médico-paciente que han sido identificados y han tomado importancia en la actualidad.³⁸

Modelo paternalista

Se caracteriza por una comunicación unidireccional, en el cual tanto los conocimientos y la experiencia del médico son suficientes para garantizar la seguridad del paciente, quien asume un rol pasivo limitándose a escuchar y cumplir las indicaciones y recomendaciones que proporciona el médico, sin cuestionarlas.⁶² Este modelo presupone la existencia de un criterio objetivo para determinar qué es lo mejor para el paciente, sin necesidad de su participación en la toma de decisiones. Sin embargo, el médico también debe cumplir obligaciones, entre las que se incluye poner los intereses del paciente por encima de los propios

y solicitar la opinión de otros especialistas cuando carezca de los conocimientos suficientes.

Puede ser comparado con la relación padre-hijos, en donde los padres toman las decisiones por sus hijos, muchas veces sin tomar en cuenta su opinión.

Modelo deliberativo

En el cual existe una necesidad de retroalimentación entre el paciente y el médico. Es decir, la información recibida del paciente sirve como ayuda y orientación para un mejor tratamiento; y la información que provea el médico debe motivar al paciente para cumplir con las recomendaciones del médico.⁶² En este modelo el médico actúa como un maestro, comprometiendo al paciente en un diálogo sobre qué actuación sería la mejor, por lo tanto el médico no solo se limita a recomendar lo mejor para el paciente, sino que conociendo al paciente y deseando lo mejor para él, llegan a la decisión más acertada.

Modelo interpretativo:

En el cual se da un espacio para la creación de un vínculo entre el paciente y el médico, este último quien adopta una postura de ser un asesor y el paciente de participar de forma activa en la toma de decisiones. Por lo tanto, en este modelo el médico actúa como consejero, quien facilita al paciente la información relevante sobre las diferentes opciones para las acciones médicas a tomar, incorporando al paciente en un proceso de análisis.³⁹

Modelo informativo

En este modelo el médico cumple con la obligación de proporcionar toda la información relevante al paciente sobre el estado de su enfermedad, sus posibles diagnósticos, las intervenciones terapéuticas con sus beneficios y riesgos. Luego de lo cual es el paciente, quien dotado de toda la información, es el que finalmente toma la decisión sobre la actuación médica que considere más conveniente. Este modelo concibe la autonomía del paciente como la capacidad de tomar el control en la toma de decisiones.

IV.1.2. Satisfacción del paciente

Es una práctica común al menos en las sociedades occidentales desarrolladas, evaluar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. La satisfacción de los pacientes se considera un componente esencial de la calidad de atención médica⁶⁵, existiendo en la actualidad numerosas formas de hacerlo⁶⁶, con el fin de recoger información para alertar a los proveedores de servicios sobre la percepción de la atención médica, así como de las preocupaciones y necesidades. Sin embargo, de igual forma es útil utilizar esta herramienta con el fin de diseñar proyectos de planificación e identificar áreas que pueden mejorar.⁴⁰

La satisfacción del paciente es uno de los objetivos de la atención, y a lo largo de la recuperación de la enfermedad, es uno de los resultados del cuidado del paciente. Es de igual forma, un contribuyente al resultado final, debido a que pacientes satisfechos son más adherentes a los tratamientos propuestos. La implicación del paciente en la toma de decisiones propicia mejores resultados para el paciente y por tanto el cumplimiento de sus expectativas.

La satisfacción del paciente, puede referirse a varios aspectos, dos de ellos que destacan son los organizativos, en referencia al tiempo que el paciente debe esperar para ser atendido, el ambiente en el que se desarrolla este proceso de atención, entre otros; y el trato recibido durante el proceso, lo cual implica a todo el personal que se encuentra en contacto con el paciente desde su llegada. Sin embargo, es el estilo de comunicación que posee el médico, el aspecto que más ha cobrado importancia en la valoración de la satisfacción por parte de los pacientes. Una comunicación centrada en el paciente, como establecimiento de la relación médico-paciente, se ha asociado positivamente con la satisfacción.⁴¹

Una de las formas más habituales de participación de los usuarios en la evaluación de los servicios de salud, han sido las encuestas dirigidas a evaluar satisfacción. Éstas permiten que el usuario valore tanto el servicio recibido como sus componentes o características concretas. Es así, que los datos obtenidos de los mismos instrumentos de información se pueden analizar y sistematizar, con el

fin de valorar qué elemento es el que posee mayor o menor puntaje, lo cual es de gran utilidad para valorar los servicios de salud.

De esta forma, se pueden introducir políticas que mejoren la gestión de los servicios, y por lo tanto que la calidad sea percibida de una mejor manera por parte de los usuarios, lo que sin duda alguna tendrá una gran influencia en la satisfacción del paciente.

Fitzpatrick (1991) en su artículo *Surveys of patientsatisfaction: Important general considerations* hace referencia a 3 motivos por los que los profesionales de la salud deben tomar en cuenta la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. En primer lugar, existen pruebas convincentes de que la satisfacción es un importante indicador de los resultados obtenidos con el paciente, puesto que puede ser un predictor fiable sobre la adherencia terapéutica, sobre el fracaso del mismo y por tanto del cambio de servicio de salud.⁴²

La evidencia sugiere que la satisfacción se ha relacionado ampliamente con mejoras en el estado de salud del paciente. En segundo lugar, la satisfacción del paciente es una medida cada vez más útil en la evaluación de las consultas y los patrones de comunicación del médico tales como dar información, involucrar al paciente en la toma de decisiones y brindar tranquilidad al paciente.

Sosteniendo que la relación médico paciente es clave en los procesos de atención, es de importancia conocer la satisfacción del paciente con la relación con su médico, evaluándola desde la perspectiva del usuario de los servicios de salud.

IV.1.2.1 Elementos de la satisfacción

En tiempos actuales, ha quedado atrás la premisa aquella de que el paciente para sentirse satisfecho solo busca curarse, es decir, la atención de salud como resultado. A este concepto obsoleto se ha añadido de forma complementaria el concepto de satisfacción percibida por el paciente en el proceso de atención de salud, y el mismo como parte del concepto de calidad en la atención sanitaria, influida por diversos elementos mas no solo por el resultado; lo que sin duda alguna, ha permitido mejorar los procesos de atención en salud.⁴³

Por lo tanto, es importante mencionar aquellos elementos de la atención en salud son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho:

- Personal cálido y "humano": la percepción de un personal más cálido y cercano al paciente, es una necesidad importante de cumplir en todo el personal de salud, sin distinción entre médicos, enfermeras, auxiliares, todo el personal que esté en contacto con el paciente.

Comunicación: el proveedor del servicio de salud debe comunicarse con el paciente a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento.⁷⁶ La desinformación es percibida por el paciente como una incerteza que provoca sentimientos de inseguridad.

Apoyo: la importancia de sentirse apoyados no solo en lo físico sino en lo psicológico, desde las necesidades más básicas hasta la explicación de su enfermedad, su diagnóstico, y el tratamiento influye de manera directa en la satisfacción de la atención médica percibida por el paciente.

Agilidad: la rapidez con que el paciente es atendido, es un atributo altamente valorado en la satisfacción percibida por el paciente. El paciente percibe este atributo no solo en el tiempo de espera, sino en la agilidad para llegar a su diagnóstico e instaurar el tratamiento adecuado.

Confianza y competencia: cuando el paciente se acerca a la consulta con sus propias vivencias, el médico es probablemente desde su primer contacto con el paciente, la fuente de confianza del paciente. Es el encuentro entre ellos el que establece una primera forma de comunicación que se inicia a través de la entrevista y donde empieza un clima intimista, en el que el paciente deposita sus miedos y dudas sobre su enfermedad.⁴⁴

El médico además de establecer una relación médico-paciente con la cual el paciente se sienta confortable, debe con sus conocimientos y habilidades encaminar a un diagnóstico y tratamiento acertado para el paciente. Mientras mayor sea la competencia percibida por el paciente, mayor será su satisfacción.

Disponibilidad: es un factor que por sí solo es valioso para un resultado adecuado en cuanto a la satisfacción del paciente, debido a que el paciente debe percibir que puede acudir a los proveedores de salud cuando él lo necesite. Sin embargo, de igual forma se refiere al tiempo que el médico dedica a la consulta y su capacidad para escuchar y hablar de las experiencias de vida diaria de los pacientes.

Cortesía: es el grado de amabilidad que el personal de salud demuestra hacia el paciente, reconociendo y comprendiendo sus sentimientos. Es la base de la relación interpersonal entre el personal de salud y el paciente, una persona cortés trata con dignidad y respeto a las demás personas.

IV.1.2.2 Instrumento de medición de la satisfacción del paciente con su médico

En el 2004, Van Der Fitz-Cornelis y su grupo adaptaron un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en Atención Primaria que evaluase la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente.⁴⁵

Así crearon y validaron el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ).⁷⁹ Para su realización, se tomaron en cuenta diversos aspectos. En primer lugar, existía una tendencia a relacionar que aquella relación médico-paciente que se establecía con dificultad, se debía a pacientes difíciles mas no al médico, basado en el cuestionario desarrollado por Hahn y colaboradores llamado "Cuestionario de la relación médico-paciente difícil", el cual era completado por médicos después de su encuentro con los pacientes.

En segundo lugar, se tomó en cuenta la comunicación como base de la relación médico paciente, la cual fue estudiada por diversos estudios cualitativos que describían el papel positivo del comportamiento afectivo de los médicos y los modelos de comunicación. Y la tercera cuestión, es la satisfacción del paciente con la atención primaria, con su médico, el personal de enfermería o la atención de la comunidad en general.

El PDRQ-9 permite cuantificar la opinión del paciente respecto a la comunicación, la satisfacción y la accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento instaurado.²⁰ Sus resultados en diversos estudios de validación indicaron que los ítems de la escala eran consistentes, demostrando una adecuada fiabilidad de aplicar el test y capacidad de discriminar y evaluar que los pacientes de un centro de Atención Primaria se encontraban más a gusto con la relación médico-paciente que los pacientes de una Clínica de Epilepsia. Más tarde Mingote et al (2008)¹ adaptaron el cuestionario al castellano.

IV.1.3. Calidad de la atención en los servicios de salud

La calidad de atención en salud es una de las mayores preocupaciones y responsabilidades de los prestadores de los servicios de salud y una necesidad de quienes requieren estos servicios. Por lo tanto, evaluar la calidad de atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común en nuestro medio; ya que, a partir de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes en relación con la atención recibida con los cuales se adquiere valiosa información que finalmente beneficiará a los prestadores de los servicios de salud y a los usuarios con el fin de satisfacer sus necesidades y expectativas.⁴⁶

Este método representa una de las formas más rápidas y eficaces para evaluar aspectos de calidad de los servicios, ofreciendo beneficios a costos bajos; con el fin de llevar a cabo innovaciones en los servicios de salud, identificando quejas de pacientes descontentos e incluso minimizando los daños a los prestadores e los servicios de salud como es el caso de las demandas legales. De esta forma es posible facilitar la evaluación d tal forma que aporte a la mejoría en la calidad de atención.

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil, ya que la misma es un atributo del que cada persona guarda su propia concepción dependiendo directamente de intereses personales, costumbres y nivel educacional entre otros factores⁸⁹; basándose en ofrecer un servicio de acuerdo a las necesidades del paciente y superando sus expectativas.

Es finalmente satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente, en todos los aspectos.⁹⁰ Por esta razón, la satisfacción del usuario es uno de los aspectos a evaluar y uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad.⁹¹

IV.1.3.1. Definición de calidad

De acuerdo con el diccionario de la lengua española, la palabra calidad proviene del latín "qualitas,-atis" cuyo significado se refiere al atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios.^{92,93} En la actualidad existen un sinnúmero de definiciones dadas por los sabios en el tema, sin embargo, es la sociedad americana para el control de calidad la que finalmente define: "Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente."⁴⁷

IV.1.3.2. Calidad en salud

En cuanto a la calidad de atención en salud, una de las definiciones más reconocidas, ha sido enunciada por AvedisDonabedian, quien en 1980 estableció que: "La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios."

Años más tarde en 1980, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado."

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmó que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite."

IV.1.3.3. Dimensiones de la calidad:

Avedis Donabedian propuso 2 componentes de la calidad asistencial:⁴⁸

-**Componente técnico:** se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología en el manejo del problema de una persona, de tal forma que rinda al máximo sus beneficios sin aumentar sus potenciales riesgos.

-**Componente interpersonal:** se basa en que la relación entre las personas debe seguir las normas y los principios sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general; es decir, la relación que se establece entre los proveedores de los servicios y los usuarios considerando el contexto sociocultural donde se brinda el servicio. Sin embargo, dentro de esta segunda dimensión se incluye una tercera dimensión: comodidades o entorno, es decir las condiciones del ambiente físico donde se brinda el servicio.

Con frecuencia, el equipo médico le brinda importancia al componente técnico, mientras que los usuarios de los servicios de salud resaltan en varias ocasiones el componente interpersonal.

Pese a esto, es necesario reconocer que ambos aspectos tienen importancia en el otorgamiento de los servicios de salud, puesto que, son los aspectos técnicos indispensables para proveer una atención eficaz, eficiente y por tanto efectiva y es la relación interpersonal establecida entre el proveedor de servicio de salud y el paciente, lo que finalmente determina los resultados exitosos para la salud, propiciando una mejor comprensión del diagnóstico y tratamiento y finalmente una mayor adherencia terapéutica, lo que culminará en una mayor satisfacción de los usuarios y por tanto la continuidad de uso.

A partir de este análisis han sido numerosos los autores que han propuesto diversas dimensiones que abarca la calidad, siendo H. Palmer quien postula unas de las más conocidas que incluye:

-**Efectividad:** se define como la capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento para obtener los objetivos propuestos.

-**Eficiencia:** se define como la relación existente entre el trabajo desarrollado, el tiempo invertido, la inversión realizada en hacer algo y el resultado logrado. Es conseguir el más alto nivel de calidad al menor costo razonable.

-Accesibilidad: se define como la facilidad con la que el paciente puede obtener un servicio que necesita, frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.

-Aceptabilidad: es el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la atención.⁹⁶-Competencia profesional: es la capacidad del profesional para optimizar el uso de sus conocimientos, tecnologías y recursos disponibles con el fin de proporcionar cuidados y por ende satisfacción a los usuarios.

IV.1.3.4 Evaluación de la calidad

AvedisDonabedian enfatiza la evaluación de la calidad partiendo de tres enfoques diferentes:⁴⁹

-Estructura: son los atributos materiales y organizacionales de las unidades donde se realiza la atención, de esta manera el paciente puede evaluar si estos atributos cumplen los requisitos para realizar el proceso de atención.

-Proceso: es la forma como el personal de salud atiende al paciente, es decir las actividades y los procedimientos realizados por los proveedores de los servicios y su habilidad para llevarlos a cabo. Su evaluación consiste en la revisión de aplicaciones técnicas y de las relaciones interpersonales que son parte del proceso de atención.

-**RESULTADO:** este apartado comprende la satisfacción del usuario con la atención recibida, la comprensión de su patología, de los posibles tratamientos y la adherencia al mismo, así como el hecho de hacer frente con éxito a la enfermedad.

A pesar que diversos autores coinciden en dicho enfoque para evaluar la calidad, han existido diversas propuestas paralelas; es así que de la mano de Parasuraman y sus colaboradores se crea el modelo SERVQUAL de calidad de servicio, cuyo propósito es mejorarla calidad del mismo utilizando un cuestionario que evalúa cinco dimensiones las cuales son:

-Tangibles: referente a la parte visible de la oferta, es decir la apariencia, las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales de comunicación.

-Confiables: la habilidad para desarrollar el servicio prometido al usuario en forma acertada.

-Respuesta del personal: se refiere al deseo de ayudar del personal al usuario y de proveer un servicio con agilidad y esmero.

-Seguridad: es decir la cortesía del personal y su capacidad para producir confianza.

-Calidez o empatía: referente a la atención individualizada al usuario, comprendiendo sus necesidades y encontrando la respuesta más acertada para la resolución de sus problemas.

Constituido por una escala de respuesta múltiple diseñada para comprender las expectativas de los usuarios respecto al servicio y contrastando con lo que el usuario percibe del servicio en esas dimensiones.⁵⁰

Es de importancia evaluar la calidad en salud puesto que todas las acciones en este campo, sean de promoción, prevención o curación deben tener la más alta calidad y por tanto las unidades deben conocer la importancia y necesidad de desarrollar un instrumento de medición de calidad que permita describir los puntos concretos de su trabajo donde la calidad pueda ser mejorada.

IV.1.3.5 Medición de la calidad de servicio

La medición de la calidad del servicio posee un carácter subjetivo, no solo por las relaciones interpersonales que se encuentran inmersas entre los proveedores del servicio y los usuarios de los mismos, sino también debido a las facilidades y comodidades que agrupándose entre ellas intentan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario del servicio de salud. Esta característica de subjetividad hace que su medición se dificulte.⁵¹

Los métodos utilizados para medir la calidad del servicio en los usuarios se dividen en métodos cuantitativos donde se agrupan las encuestas y en métodos cualitativos donde se encuentran los grupos focales, que a pesar de proporcionar información exhaustiva requieren de amplia preparación y experiencia.

V.1.HIPÓTESIS

La calidad en la relación médico paciente en la consulta externa de atención primaria del hospital central de las fuerzas armadas agosto 2019, se encuentra dentro de los parámetros aceptables.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Años de vida cumplidos al momento de ingresar al estudio	16-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60 o más años	Observación # de años Análisis: promedio Medidas de frecuencia
SEXO	Según género sexual	Masculino Femenino	hombres/total mujeres/total Observaciones
ESCOLARIDAD	Años de estudio académico que tiene una persona	Primaria Media Superior Profesional	Medidas de tendencia central y dispersión Medidas de frecuencia
ESTADO CIVIL	Situación de la persona, determinada por sus relaciones de familia.	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo	Medidas de frecuencia. Medidas de tendencia central y dispersión
TIEMPO EN TOMAR LA CITA	Tiempo en que se demoró el paciente para obtener la cita con el médico	Menor a 1 semana 1 semana a 1 mes Mayor a 1 mes	Medidas de tendencia central y dispersión Medidas de frecuencia
TIEMPO DE TRASLADO	Duración del traslado que realiza el paciente para llegar al centro de salud	0 a 15 minutos 16 a 30 minutos 31 a 45 minutos > 45 minutos	Medidas de tendencia central y dispersión. Medidas de frecuencia.
TIEMPO DE ESPERA	Duración del tiempo que tuvo que esperar el paciente dentro del centro de salud hasta ser atendido	0 a 5 minutos 6 a 15 minutos 16 a 25 minutos > 25 minutos	Medidas de tendencia central y dispersión. Medidas de frecuencia.
TIEMPO DE LA ÚLTIMA ATENCIÓN	Duración de la consulta médica	Menor a 5 minutos 5-15 minutos 16-25 minutos Mayor a 25 minutos	Medidas de tendencia central y dispersión. Medidas de frecuencia.
HORARIO DE ATENCIÓN	Opinión del paciente sobre el horario de atención del centro de salud, si es adecuado o no.	Sí No	Medidas de asociación y frecuencias
NÚMERO DE CITA	Atención por primera vez o subsecuente	Primera vez Subsecuente	# primera/total #subsecuente/total Medidas de asociación
ESTADO FÍSICO DE LAS INSTALACIONES	Opinión del paciente sobre el estado físico de las instalaciones, incluye comodidad, seguridad	Excelente Bueno Regular Malo	Medidas de asociación y frecuencias

LIMPIEZA	Opinión del paciente sobre el estado de limpieza de las instalaciones	Excelente Bueno Regular Malo	Medidas de asociación y frecuencias
IMAGEN DEL MÉDICO	Opinión del paciente sobre la presentación del personal que atiende al paciente.	Excelente Bueno Regular Malo	Medidas de asociación y frecuencias

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y fuente de datos prospectiva de corte transversal cuyo propósito fue determinar los indicadores de calidad en la relación médico paciente en la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.

VII.2. Demarcación geográfica de la investigación.

El estudio tuvo lugar en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, delimitado al norte la calle Dr. Heriberto Pieter, al sur calle Prof. Aliro Paulino, al este Ave. Ortega y Gasset y al oeste por la calle Del Carmen. Ensanche Naco, del Distrito Nacional.

VII.3 Universo

Estuvo constituido por 540 pacientes que asistieron a la consulta externa en el centro de salud durante el periodo de estudio.

VII.4. Muestra

Estuvo constituida por 74 pacientes tomados de forma no intencional que asistieron a la consulta externa en el centro de salud y durante el periodo de estudio.

VII.5. Criterio de inclusión

Pacientes que aceptaron formar parte de la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Pacientes mayores de 16 años.

VII.6. Criterio de exclusión

Pacientes que no deseen formar parte de la investigación.

Barrera idiomática.

Pacientes cuyo estado de conciencia alterado.

Pacientes cuyo estado no les permita responder el cuestionario.

Pacientes menores de edad.

VII.8. Procedimiento

Se elaborará un formulario de conteniendo todas las variables del estudio, luego se validó aplicándolo a los pacientes, para obtener todas las informaciones requerida en las variables en estudio. Previo a la recolección de datos se solicitará permiso a las autoridades del centro de salud. Después de su aprobación la información se recolectó por el mismo investigador de lunes a viernes por 4 semanas.

VII.9.Aspectos éticos

El presente estudio se ejecutará con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital Dr. Salvador B. Gautier, cuya aprobación fue requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Los mismos han sido manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por el autor. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados en el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenidas en los expedientes clínicos ha sido protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada

del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento. Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada en otros autores, ha sido justificada por su citación correspondiente.

VIII. RESULTADOS

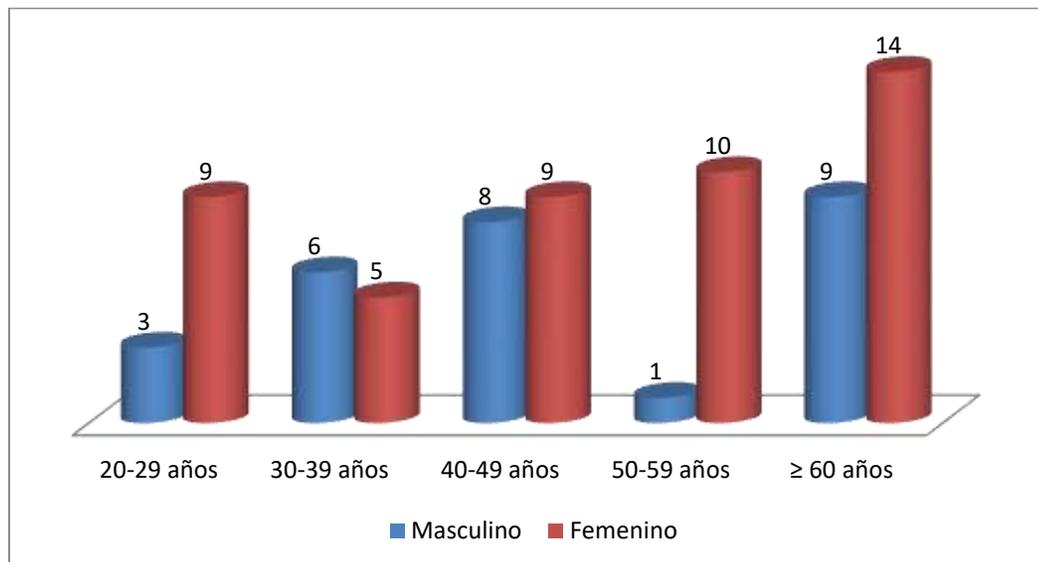
Cuadro 1. Edad y sexo de los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.

Edad (sexo)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
20 – 29	3	25.0	9	75.0	12	16.2
30 – 39	6	54.5	5	45.5	11	14.9
40 – 49	8	47.1	9	52.9	17	23.0
50 – 59	1	9.1	10	90.9	11	14.9
≥ 60	9	39.1	14	60.9	23	31.1
Total	27	36.5	47	63.5	74	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se evidenció que un 31.1 por ciento de los pacientes encuestados eran mayores de 60 años y el 63.5 por ciento correspondieron al sexo femenino.

Gráfico 1. Edad y sexo de los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.



Fuente: Cuadro 1

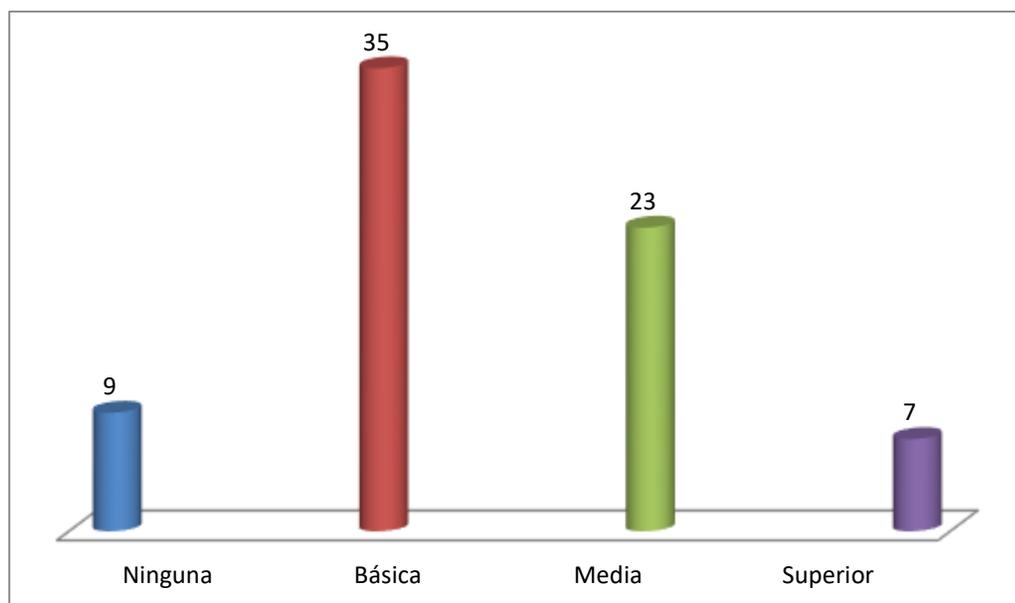
Cuadro 2. Escolaridad de los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.

Escolaridad	Frecuencia	%
Ninguna	9	12.2
Básica	35	47.3
Media	23	31.1
Superior	7	9.4
Total	74	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se observó que el 47.3 por ciento de los pacientes encuestados tenían un nivel básico de escolaridad.

Gráfico 2. Escolaridad de los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.



Fuente: Cuadro 2

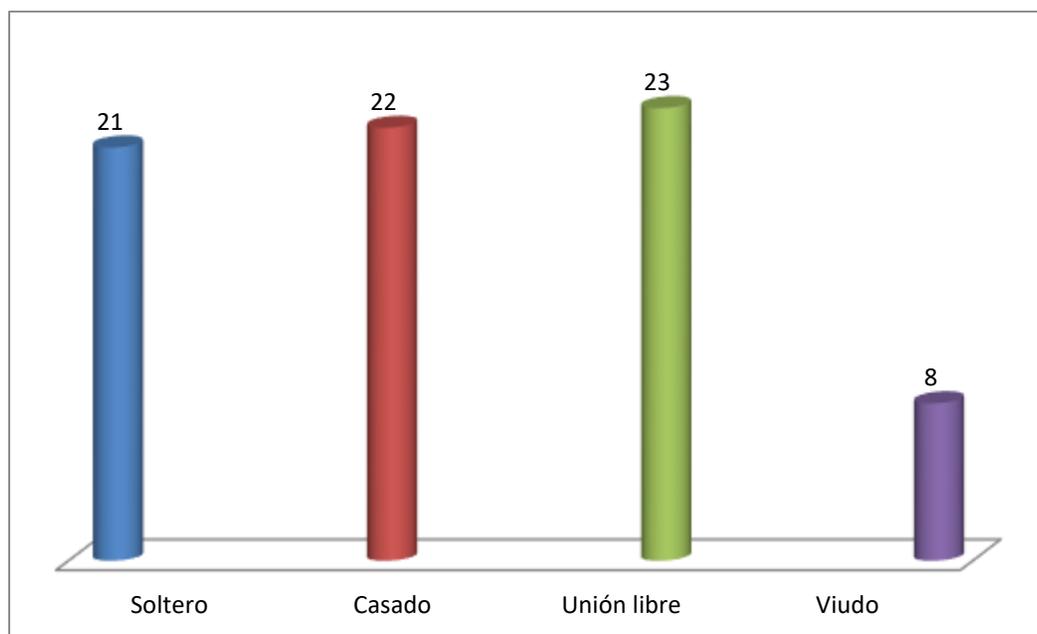
Cuadro 3. Estado civil de los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	21	28.4
Casado	22	29.7
Unión libre	23	31.1
Viudo	8	10.8
Total	74	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se encontró que un 31.1 por ciento de los pacientes encuestados vivían en unión libre.

Gráfico 3. Estado civil de los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019.



Fuente: cuadro 3

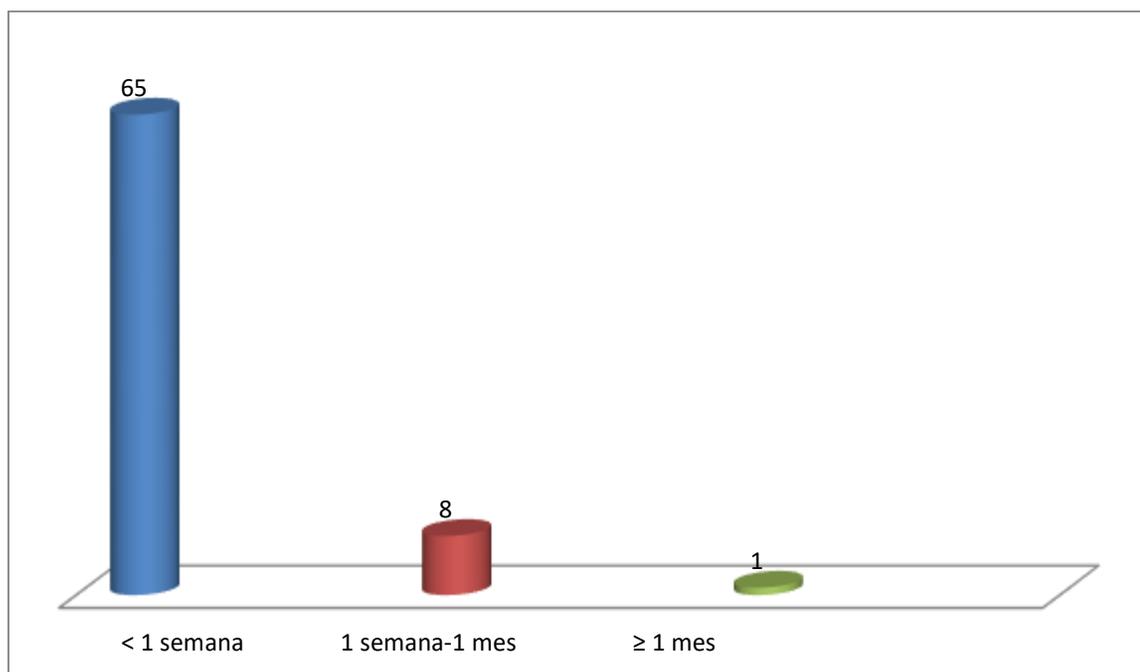
Cuadro 4. Tiempo demorado para tomar la cita por los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019.

Tiempo demorado	Frecuencia	%
< 1 semana	65	87.8
1 semana-1 mes	8	10.8
≥ 1 mes	1	1.3
Total	74	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se evidenció que el 87.8 por ciento de los pacientes demoraron menos de una semana en ser citado.

Gráfico 4. Tiempo demorado para tomar la cita por los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019.



Fuente: Cuadro 4

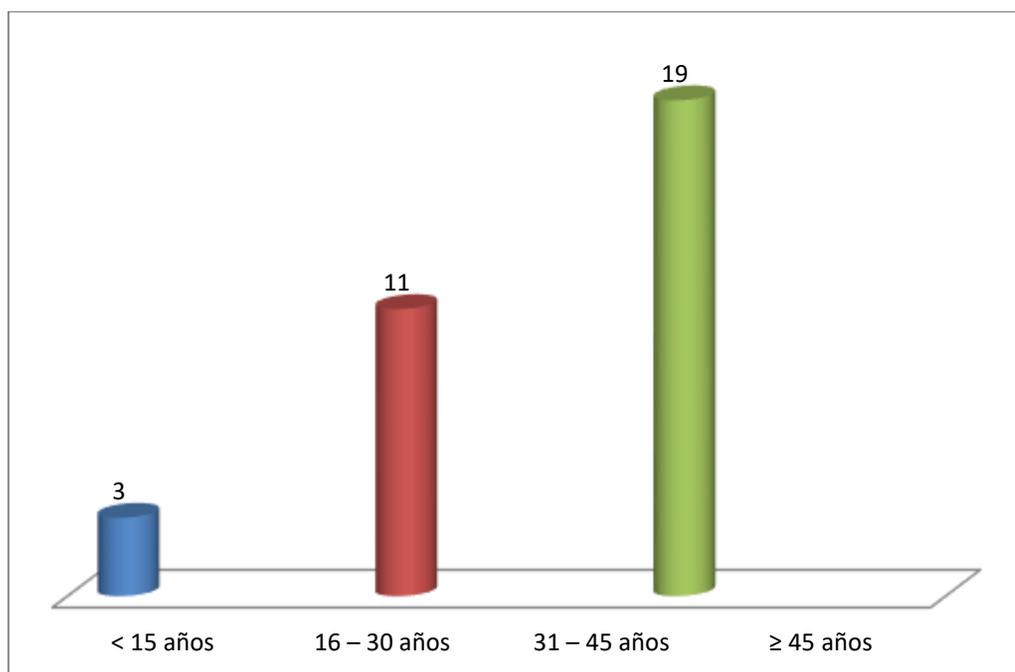
Cuadro 5. Tiempo de duración del traslado por los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019.

Tiempo traslado (minutos)	Frecuencia	%
< 15	3	4.0
16 – 30	11	14.9
31 – 45	19	25.7
≥ 45	41	55.4
Total	74	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se observó que un 55.4 por ciento de los pacientes tardaron más de 45 minutos en llegar al centro hospitalario.

Gráfico 5. Tiempo de duración del traslado por los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019.



Fuente: Cuadro 5

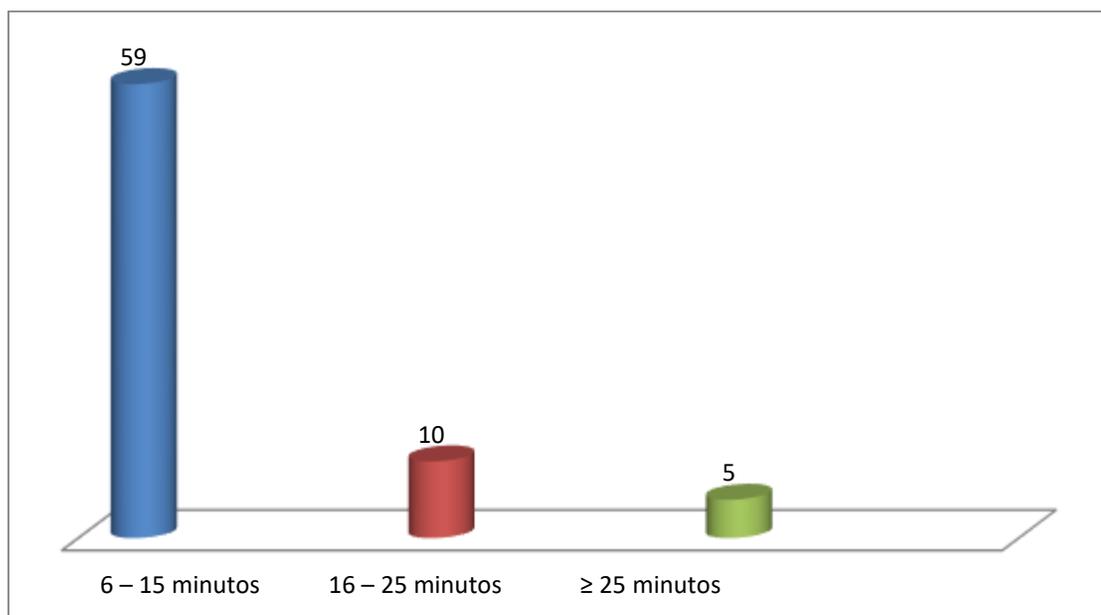
Cuadro 6. Tiempo de espera en ser atendido en los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019.

Tiempo de espera (minutos)	Frecuencia	%
6 – 15	59	79.7
16 – 25	10	13.5
≥ 25	5	6.8
Total	74	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se encontró que el 79.7 por ciento de los pacientes esperaron entre 6-15 minutos en ser atendido por el médico.

Gráfico 6. Tiempo de espera en ser atendido en los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019.



Fuente: Cuadro 6

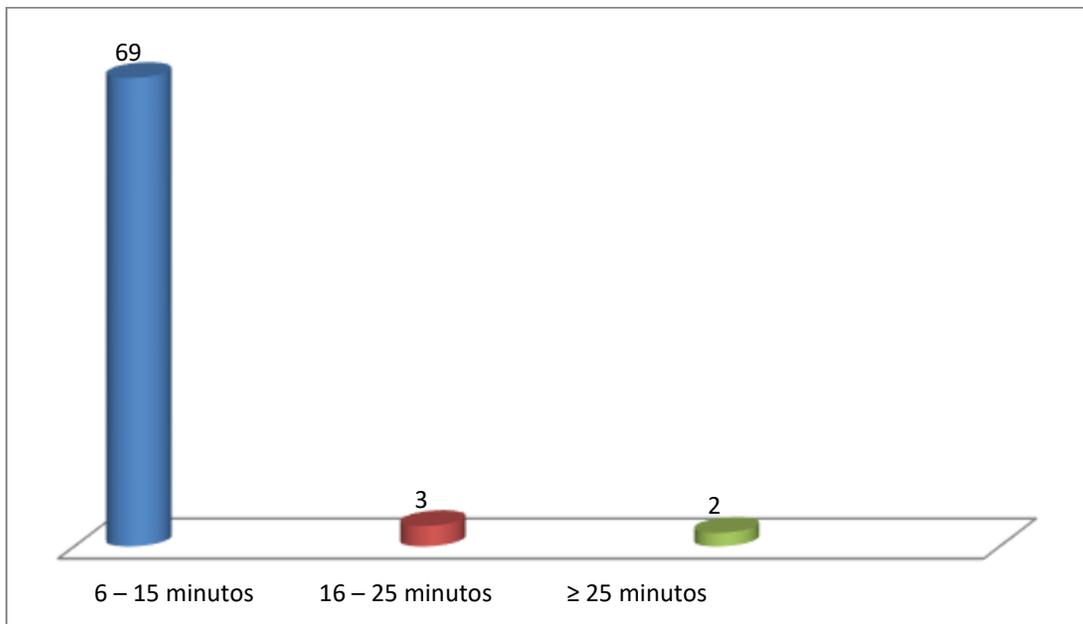
Cuadro 7. Tiempo que duró la atención en los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019.

Tiempo de atención (minutos)	Frecuencia	%
6 – 15	69	93.2
16 – 25	3	4.0
≥ 25	2	2.7
Total	74	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se encontró que el 93.2 por ciento de los pacientes esperaron entre 6-15 minutos en ser atendido por el médico.

Gráfico 7. Tiempo que duró la atención en los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, agosto 2019.



Fuente: Cuadro 7

Cuadro 8. Opinión de los pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto, 2019.

Opinión	Sí		No	
	Fc.	%	Fc.	%
El horario en que atiende el centro de salud le parece adecuado	73	98.6	1	1.3
Es la primera vez que acude a este centro de salud	55	74.3	19	25.7
Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión	12	16.2	62	83.8

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se evidenció que un 96.8 por ciento de los pacientes opinaron que el horario en que atiende el centro de salud le parece adecuado y un 83.8 por ciento dijo que no había sido atendido por el médico que lo atendió.

Cuadro 9. Opinión de los pacientes sobre la clasificación de diversos tópicos de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto. 2019.

Opinión	Excelente		Buena	
	Fc.	%	Fc.	%
Estado de la instalación hospitalaria	42	56.8	32	43.2
Estado de limpieza y aseo	33	44.6	41	55.4
Presentación del personal médico	65	87.8	9	12.2

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se encontró que el 87.8 por ciento de los pacientes opinaron como excelente la presentación del personal médico

Cuadro 10. Opinión de los pacientes sobre el personal médico de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.

Opinión	Sí		No	
	Fc.	%	Fc.	%
El médico que lo atendió se presentó antes de iniciar la consulta	25	33.8	49	66.2
Conoce usted el nombre del médico que le brindó atención	13	17.6	61	82.4

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se observó que el 82.4 por ciento de los pacientes opinaron no conocer el nombre del médico que lo atendió y un 66.2 por ciento señaló que el médico que lo atendió se presentó antes de iniciar la consulta.

Cuadro 11. Calificación de los pacientes sobre la relación-médico-pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.

Afirmación	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Mi médico me ayuda	0	0	0	3	4
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	0	0	2	4	4
Creo en mi médico	0	0	2	4	4
Mi médico me entiende	0	0	3	4	5
Mi médico se dedica a ayudarme	0	0	0	5	5
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	0	0	0	4	4
Puedo hablar con mi médico	0	0	0	3	4
Me siento contento con el tratamiento de mi médico	0	0	0	5	5
Siento a mi médico fácilmente accesibles	0	0	0	5	5

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se evidenció que la mayoría de los pacientes calificaron entre 4 y 5 puntos la relación médico-paciente como casi siempre y siempre.

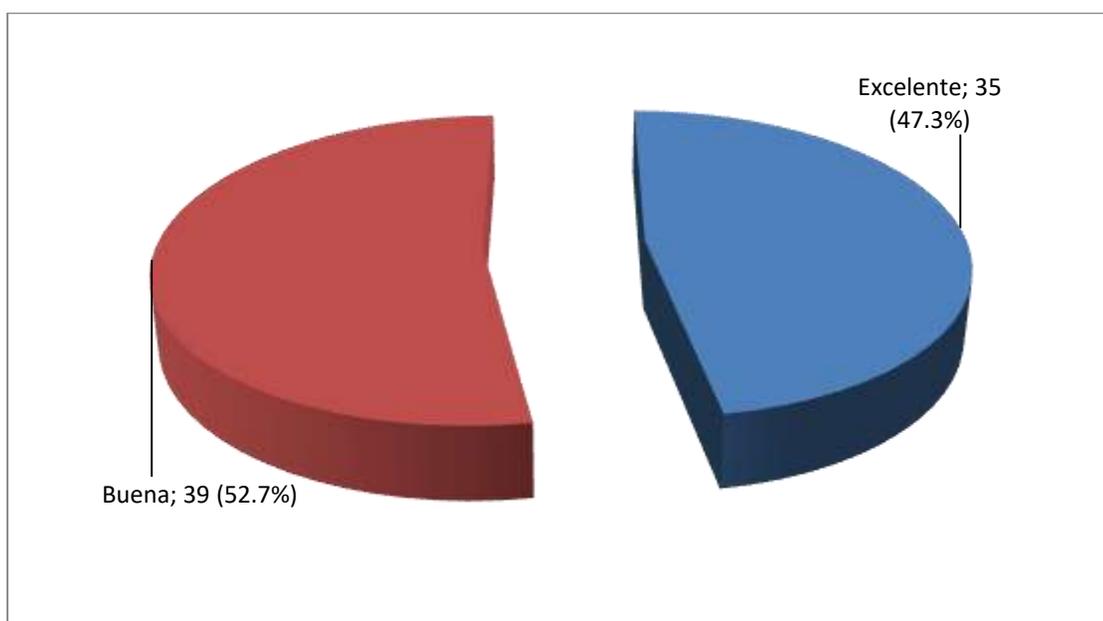
Cuadro 12. Calificación de la calidad percibida por los pacientes sobre la relación-médico-pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.

Calificación	Frecuencia	%
Excelente	35	47.3
Buena	39	52.7
Total	74	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se encontró que el 52.7 por ciento de los pacientes clasificaron la atención recibida como buena.

Gráfico 8. Calificación de la calidad percibida por los pacientes sobre la relación-médico-pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.



Fuente: Cuadro 12

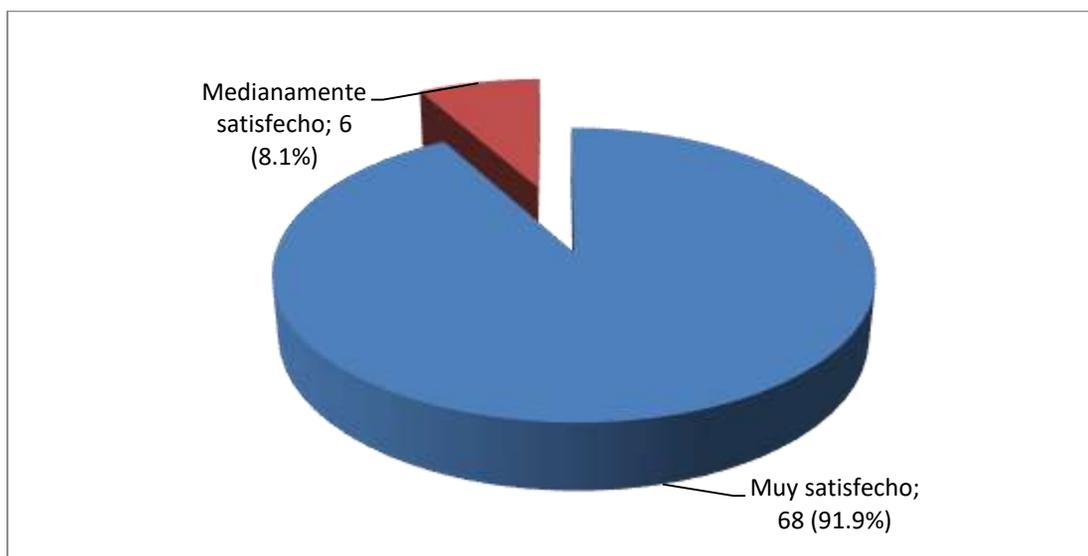
Cuadro 13. Calificación de la satisfacción percibida por los pacientes sobre la relación-médico-pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.

Satisfacción	Frecuencia	%
Muy satisfecho	68	91.9
Medianamente satisfecho	6	8.1
Total	74	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Se evidenció que el 91.9 por ciento de los pacientes señalaron estar muy satisfecho con la atención recibida.

Gráfico 9. Calificación de la satisfacción percibida por los pacientes sobre la relación-médico-pacientes de la consulta externa de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas agosto 2019.



Fuente: Cuadro 13

IX. DISCUSIÓN

En el presente estudio apreciamos que un alto porcentaje (93.5%) de pacientes percibe una buena relación médico-paciente en el hospital Central de Las Fuerzas Armadas. En nuestro país, encontramos escasos estudios que abordan la calidad de la relación médico-paciente por parte de los usuarios, con los cuales comparar los resultados obtenidos. Un estudio previo realizado en el Hospital Carrión de Callao, el cual utilizó el mismo instrumento, demostró que el 92,3 por ciento de los pacientes que acudían a los consultorios externos de un departamento de medicina, percibieron una adecuada relación médico-paciente. Ramírez *et al*, en su estudio sobre la calidad de la atención de los servicios de salud en México en el 2016. Resultados, Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena. Mendoza *et al*, en su investigación sobre la relación médico-paciente (RMP) y determinar los factores asociados a una buena percepción de está por los pacientes que acuden a consultorios externos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH) del Ministerio de Salud (MINSa), período mayo 2014, Encontraron que el 23 por ciento de los usuarios percibieron una RMP buena. Domínguez, en su estudio acerca de evaluar la comunicación médico-paciente y la satisfacción del usuario en el Servicio de Medicina del Centro de Salud Surquillo, Perú durante el periodo junio-setiembre de 2015, reportó que la comunicación médico-paciente fue calificada por los pacientes como deficiente, con un 39.7 por ciento.

Los pacientes más jóvenes también tienen una mejor percepción de la relación médico-paciente, la asociación entre el grupo etáreo y la percepción de la relación médico paciente ya fue descrito en un estudio similar. Hallazgo este similar al estudio de Jaramillo en el 2014. Es posible que los pacientes jóvenes acudan a la consulta por dolencias de menor complejidad o por la búsqueda de algún certificado de salud. Por el contrario los pacientes de mayor edad acuden por dolencias de mayor complejidad, por lo que necesiten mayor tiempo de atención y tienen mayores expectativas con la atención del médico. Por lo tanto una atención rápida y no tan exhaustiva sería suficiente para tener una adecuada relación

médico paciente en el caso de un paciente joven que acude por una dolencia menor.

Fernández, en el hospital militar geriátrico de Lima, en el 2003, encontró que 74% de pacientes describieron a su médico como amable, un porcentaje menor a lo encontrado en nuestro estudio, en que 86,9% contestó que el médico fue muy respetuoso y cortés. En la tesis de Mulanovich, realizada en 46 pacientes internados en los hospitales limeños, el promedio del puntaje dado a la disponibilidad de escuchar por parte de su médico fue 4,03, en una escala del 1 al 5. En empatía del médico, el puntaje fue 4,63, trato como persona 5,0 y confianza en el médico 4,47, en promedio. Hay que destacar que algunas de estas características fueron alteradas por diversos factores del médico y del paciente.

Miettola, en su estudio realizado en Finlandia, anotó que los estudiantes de medicina del primer año, en su segundo día de clases, también percibieron que los médicos usaban diferentes formas de comunicación con los pacientes, dependiendo del paciente, añadiendo que si bien la comunicación con pacientes ordinarios era empática, se tornaba más distante en casos especiales y críticos, como con los niños, retardados mentales, ancianos, pacientes socialmente marginados y con pacientes en la sala de emergencia.

Acerca de la confianza en el médico, una de las características principales de una adecuada relación médico-paciente, fue declarada como plena por 71,4% de los entrevistados, cifra muy cercana a la encontrada por Andía en un estudio en Cusco, Perú, en un hospital del seguro social, año 2012, donde 62,2% de los 91 usuarios encuestados respondió tener plena confianza y seguridad en el médico.

En el estudio de Andía, 67,1% de los pacientes dijeron estar muy satisfechos de manera general y satisfechos con la explicación del médico acerca de su enfermedad. En una encuesta en 370 usuarios externos de un hospital de Iquitos, los pacientes opinaron que en 85% de las veces el médico les hizo entender su problema de salud y que en 72%, les explicó su tratamiento y cuidados a seguir.

Refiriéndose al mismo tema, Mulanovich concluye que existe menos satisfacción con la información recibida sobre la enfermedad, que con la conducta del médico o con el aspecto afectivo de la relación médico-paciente. Cooper encontró que las mujeres médicos dan consultas con mayor participación del paciente que los profesionales varones.

En el presente estudio el 91.9 de los pacientes señalaron estar muy satisfecho con el servicio prestado por los médicos. En el estudio del hospital Cesar Garaya García, de Iquitos, se menciona que 65% de los pacientes que respondieron estuvo satisfecho de su atención, de manera general (36). Tsuchida, en Lima, en el 2003, en las salas de hospitalización halló 82,8% (41), cifra más cercana al 89% hallado en el presente estudio. Según Frostholm, en Dinamarca, en el 2005, los pacientes que consultaron un médico más experimentado, entrenados en el trato con el paciente y de sexo femenino, tenían más probabilidad de estar más satisfechos (42). Vedsted halló, a su vez, en el 2002, que los pacientes con niveles socioeconómicos más altos mostraban índices de satisfacción más bajos

X. CONCLUSIONES

1. El 31.1 por ciento de los pacientes eran mayores de 60 años
2. El 63.5 por ciento correspondieron al sexo femenino.
3. El 47.3 por ciento de los pacientes encuestados tenían un nivel básico de escolaridad.
4. Un 31.1 por ciento de los pacientes encuestados vivían en unión libre.
5. El 87.8 por ciento de los pacientes demoraron menos de una semana en ser citado.
6. Un 55.4 por ciento de los pacientes tardaron más de 45 minutos en llegar al centro hospitalario.
7. El 79.7 por ciento de los pacientes esperaron entre 6-15 minutos en ser atendido por el médico.
8. El 93.2 por ciento de los pacientes esperaron entre 6-15 minutos en ser atendido por el médico.
9. Un 96.8 por ciento de los pacientes opinaron que el horario en que atiende el centro de salud le parece adecuado y un 83.8 por ciento dijo que no había sido atendido por el médico que lo atendió.
10. El 87.8 por ciento de los pacientes opinaron como excelente la presentación del personal médico
11. El 82.4 por ciento de los pacientes opinaron no conocer el nombre del médico que lo atendió y un 66.2 por ciento señaló que el médico que lo atendió se presentó antes de iniciar la consulta.
12. La mayoría de los pacientes calificaron entre 4 y 5 puntos la relación médico-paciente como casi siempre y siempre.
13. El 52.7 por ciento de los pacientes clasificaron la atención recibida como buena.
14. El 91.9 por ciento de los pacientes señalaron estar muy satisfecho con la atención recibida.
15. El total de paciente señaló que volvería a utilizar el servicio médico del centro hospitalario

XI. RECOMENDACIONES

A las autoridades de la institución

Realizar seminario o taller de relaciones humanas donde se destaquen las actitudes que deben prevalecer en los médicos, las características de la relación médico paciente y las categorías de la relación médico paciente que existen y la que debe prevalecer durante la consulta.

Realizar evaluación del desempeño médico (satisfacción de los usuarios) con regularidad para identificar los puntos críticos de la relación médico paciente que afectan la terapia, el prestigio y por ende la economía de la empresa médica.

Estimular al personal médico que cumpla con los parámetros de medición durante la evaluación efectuada.

A los médicos de la consulta externa

Realizar auto reflexión sobre las actitudes, características y modelos que practican durante la consulta médica que afectan la relación médico paciente.

A los usuarios de la consulta de medicina general:

Estar atentos a la Relación médico- paciente a fin de que puedan intervenir oportunamente a fin de preservar su bien estar físico, mental y emocional.

XII. REFERENCIAS

1. Mingote Adán J.C., Moreno-Jiménez B., Rodríguez Carvajal R., Gálvez Herrer M., Ruiz López P. Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). Actas Esp Psiquiatría 2008. 36(0) : 00-00.

2. Jaramillo-Mejía. DovChernichovsky. Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí, Universidad Ben Gurion de la Negev, BeerSheva, Israel. Recibido 20 octubre 2013, Aceptado 18 septiembre 2014.

3. Porcerelli H. J., Murdoch W., Morris P., Fowler Shannon. The Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care: A Validity Study. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2014. 21: 291-296.

4. Arrubarrena Aragón V.M. La relación médico-paciente. Cirujano General. 2011; 33(2): 122-125.

5. Ramírez J, Nájera P, Nigenda G. Calidad de la atención de los servicios de salud en México en el 2016. México, 2016:23-25.

6. Ramos C. Percepción, por parte de los usuarios externos, de la calidad de sus relaciones médico-paciente y su asociación con las características del médico y el paciente de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú, durante Febrero de 2008. Perú, 2009:18-21.

7. Mendoza C, Ramos C, Gutiérrez E. Relación médico-paciente (RMP) y determinar los factores asociados a una buena percepción de ésta por los pacientes que acuden a consultorios externos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH) del Ministerio de Salud (MINSU), período mayo 2014. Perú, 2015:29-32.

8. Domínguez F. Comunicación médico-paciente y la satisfacción del usuario en el Servicio de Medicina del Centro de Salud Surquillo, Perú durante el periodo junio-setiembre de 2015. Perú, 2016:34-37.

9. Maglio F. El "escuchatorio" en la relación médico-paciente. Argentina: Intranet, 2011.
10. Rodríguez Arce M. Relación Médico-Paciente. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
11. Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. España: Editorial Fundamentos; 2002.
12. Roger Garzón F. La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP). 1-3 de junio de 2011, Donostia-San Sebastián.
13. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Ediciones Guadarrama, S.A.; 1969
14. Francisco De A. Los fundamentos de la relación médico-paciente. Acta Médica Colombiana 1999. 24(3): 102-111.
15. Owens T. Relación Médico Paciente. Revista Lotería 2000. 428: 28.
16. Lázaro J., Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2006. 29(3): 7-17.
17. Boshniakov D. Relaciones entre el médico y el paciente de las condiciones del crecimiento del nivel cultural general e higiénica de la población. Ética y deontología 1988.109-22.
18. Castro Reyes E.M., Contreras Auquilla E.E. Satisfacción con la atención médica en el área de hospitalización del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga. 2014. Tesis previa a la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. 2014
19. Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. Revista Cubana de Salud Pública. 2006. 32(4).
20. Castillo Garzón M. J. Comunicación: medicina del pasado, del presente y del futuro. RevClinEsp 2004. 204(4): 181-184.
21. Sogi C., Zavala S., Oliveros M., Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico-paciente y comunicación en médicos graduados. AnFac Med Lima 2006. 67(1): 30-37.

22. Giorgianni SJ. The evolving patient-physician relationship. *The Pfizer Journal*. 1998;2(3).
23. Truog R. Patients and Doctors-The evolution of a relationship. *N ENGL J MED* 2012; 366(7): 581-585.
24. Sánchez González J. La Relación Médico-Paciente. Algunos factores asociados que la afectan. *Revista CONAMED* 2007. 12(1).
25. Mazur D.J., Hickam D.H. Patients Preferences for Risk Disclosure and Role in Decision Making for Invasive Medical Procedures. *J Gen Intern Med* 1997. 12(2): 114-117
26. Haidet P., Dains J.E., Paterniti D.A., Chang T., Tseng E., Rogers J.C. Medical students' attitudes toward patient-centered care and standardized patients' perceptions of humanism: a link between attitudes and outcomes. *Acad Med*. 2001 Oct;76(10 Suppl):S42-4.
27. Jackson J.L., Kroenke K. Difficult Patient Encounters in the Ambulatory Clinic: Clinical Predictors and Outcomes. *Arch Intern Med* 1999. 159(10): 1069-1075.
28. Hahn S.R. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician- patient relationship. *Ann Intern Med* 2001. 134(9 Pt 2): 897-904.
29. Van Der Feltz-Cornelis C.M., Wijkkel D., Verhaak P.F., Collijin D.H., Huyse F.J., Van Dyck R. Psychiatric consultation for somatizing patients in the family practice setting: a feasibility study. *Int J Psychiatry Med* 1996. 26(2): 223-239.
30. Christakis D.A., Mell L., Wright J.A., Davis R., Connell F.A. The association between greater continuity of care and timely measles-mumps-rubella vaccination. *Am J Public Health* 2000. 90(6): 962-965.
31. Vedsted P., Mainz J., Lauritzen T., Olesen F. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *FamPract* 2002. 19(4): 339-343.
32. Kerse N., Buetow S., Mainous A., Young G., Coster G., Arroll B. Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. *Annals of Family Medicine* 2004. 2(5): 455-461.

33. Martín-Fernández J., Del Cura-González M.I., Gómez-Gascón T., Fernández-López E., Pajares-Carvajal G., Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Atención Primaria* 2010. 42(4): 196-205.
34. Blackhall L.J., Murphy S.T., Frank G., Michel V., Azen S. Ethnicity and Attitudes Toward Patient Autonomy. *JAMA* 1995. 274(10): 820-825.
35. Field D., Copp G. Communication and awareness about dying in the 1990s. *Palliat Med* 1999. 13(6): 459-468.
36. May T., Aulisio M.P. Medical malpractice, mistake prevention, and compensation. *Kennedy Inst Ethics J.* 2001. 11(2): 135-146.
37. Craig Y.J. Patient decision-making: medical ethics and mediation. *Journal of Medical Ethics.* 1996. 22: 164-167.
38. Moreno-Jiménez B., Rodríguez-Carvajal R., Gálvez M, Garrosa E. Aspectos psicosociales de la práctica clínica. *Atenc Prim SaludMent* 2005. 8:12-20.
39. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *SocSci Med* 1991. 32(11): 1301-1310.
40. Greenfield S., Kaplan S.H., Ware J.E. Jr, Yano E.M., Frank H.J. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988;3:448 -57
41. DiMatteo R. Health behaviors and care decisions: an overview of 134eriféricos- patient communication. In Gochman DS, editor. *Handbook of health behavior research II: provider determinants.* New York: Plenum Press, 1997:5-22
42. Bensing J. M., Dronkers J. Instrumental and Affective Aspects of Physician Behavior. *Medical Care* 1992. 30(4): 283-298.
43. McBride C.A., Shugars D.A., DiMatteo M.R., Lepper H.S., O'Neil E.H., Damush T.M. The physicians' role.Views of the public and the profession on seven aspects of patient care.*ArchFamMed* 1994. 3(11): 948-953.
44. Gómez Esteban R. Reflexiones sobre la relación médico-paciente. *R.A.E.N* 1989. 9(29): 181-189.

45. Goic A. Relación médico-paciente. En. Goic A., Chamorro G., Reyes H. *Semiología Médica*. 2a edición; Santiago de Chile. Mediterráneo; 1999: 321-324.
46. Rivero S.O. La relación médico-paciente en la actualidad. En: Rivero S.O., Tanimoto M. *El ejercicio actual de la medicina*. ed; México D.F. Siglo veintiuno editores, S.A. de C.V, 2000: 32-38.
47. Vítolo F. Manteniendo una buena relación médico-paciente. *Noble S.A* :1-8.
48. Hernández-Torres I., Fernández-Ortega M.A., Irigoyen-Coria A., Hernández-Hernández M.A. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar* 2006. 8(2): 137-143.
49. Stewart M., Brown J.B., Boon H., Galajda J., Meredith L., Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *CancerPrev Control* 1999 Feb;3(1):25-30.
51. Debrouwere I. *La comunicación médico-paciente en la consulta médica: un modelo de consulta y algunas técnicas para una buena entrevista*. Quito: Salud de Altura, 2008.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Actividades	2019																							
	Julio				agosto				septiembre				octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Módulo sobre investigación en salud	X	X																						
Selección del tema y revisión de bibliografía			X	X	X																			
Determinación del problema						X	X																	
Elaboración de instrumento								X	X															
Aplicación del cuestionario y tabulación de los datos										X	X	X	X											
Elaboración del informe final														X	X									
Entrega de informe final y digitación de tesis															X	X		X	X	X	X			
Examen de tesis																						X	X	

XIII.2. Instrumento de recolección de datos

INDICADORES DE CALIDAD EN LA RELACION MEDICO PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE ATENCION PRIMARIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS AGOSTO, 2019.

1.- **Sexo:** a. Femenino() b. Masculino()

2.- Edad: _____

3.- ¿Hasta qué grado o curso estudió? _____

4- Estado civil:

a. Soltero/a ()

b. Casado/a ()

c. Unión Libre ()

 d. Viudo/a ()

e. Divorciado/a ()

5.- ¿Qué médico brindó la atención?

 a. Médico general ()

 b. Médico especialista ()

6.- ¿Cuánto tiempo se demoró en tomar la cita con el médico?

a. Menos de 1 semana () b. De 1 semana a 1 mes () c. Más de 1 mes ()

7.- ¿Cuánto tiempo se demora en trasladarse desde su casa hasta el Centro de Salud?

a. De 0 a 15 minutos () b. De 16 a 30 min () c. De 31 a 45 min()

e. Más de 45 min ()

8.- ¿Cuánto tiempo esperó hasta ser atendido por el médico?

a. De 0 a 5 minutos b. De 6 a 15 min () c. De 16 a 25 min ()

d. Más de 25 min ()

9.- ¿Cuánto tiempo duró la atención médica?

a. Menos de 5 minutos b. De 5 a 15 min () c. De 16 a 25 min ()

d. Más de 25 min ()

10.- ¿El horario en que atiende el Centro de Salud le parece adecuado?

 a. Sí() b. No()

11.- ¿Es la primera vez que acude a este Centro de Salud?

 a. Sí() b. No()

12.- ¿Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión?

- a. Si() b. No()

13.- Califique el estado de las instalaciones, tomando en cuenta la comodidad y seguridad que ofrece.

- a. Excelente() b. Bueno() c. Regular() d. Malo ()

14.- Califique el estado de limpieza y aseo de las instalaciones.

- a. Excelente () b. Bueno()c. Regular()d. Malo ()

15.- Califique la presentación personal del médico que le atendió.

- a. Excelente () b. Bueno() c. Regular() d. Malo ()

16.- ¿El médico que le atendió se presentó antes de iniciar la consulta?

- a. Si() b. No()

17.- ¿Conoce usted el nombre del médico que le brindó la atención?

- a. Si() b. No()

18.- Por favor lea las afirmaciones y califique la relación médico-paciente según su opinión durante la atención médica recibida, en la escala del 1 al 5 siendo:

(1) Nunca (2) Casi nunca (3) A veces (4) Casi siempre (5) Siempre

"Mi médico me ayuda" ()

"Mi médico tiene suficiente tiempo para mi" ()

"Creo en mi médico" ()

"Mi médico me entiende" ()

"Mi médico se dedica a ayudarme" ()

"Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas" ()

"Puedo hablar con mi médico" ()

"Me siento contento con el tratamiento de mi médico" ()

"Siento a mi médico fácilmente accesible" ()

19. - Califique la CALIDAD de la atención médica percibida por usted.

- a. Excelente () b. Bueno() c. Regular() d. Malo ()

20.- Califique la SATISFACCIÓN de la atención médica percibida por usted.

- a. Muy satisfecho () b. Medianamente satisfecho () c. Insatisfecho()

22.- ¿Volvería a utilizar el servicio médico recibido?

- a. Si() b. No()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

XIII.3. Presupuesto

Descripción	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Inscripción de tesis	3 Unidades	RD\$8,000.00	RD\$24,000.00
MATERIALES DE PAPELERIAS			
Papel Bond	4 Resmas	RD\$200.00	RD\$800.00
Lápices	10 Unidades	RD\$10.00	RD\$100.00
Bolígrafos	10 Unidades	RD\$10.00	RD\$100.00
Sacapuntas	10 Unidades	RD\$5.00	RD\$50.00
CD	10 Unidades	RD\$20.00	RD\$200.00
Carpetas para organizar Copias	2 Unidades	RD\$200.00	RD\$400.00
FOTOCOPIAS E IMPRESIONES			
Copias en papelería	900 Copias	RD\$0.90	RD\$810.00
Otras Copias	50 Copias	RD\$0.90	RD\$45.00
Encuadernación	15 Unidades	RD\$170.00	RD\$2550.00
Transporte	150 Pasajes	RD\$30.00	RD\$4500.00
Tarjetas	30 Tarjetas	RD\$100.00	RD\$3000.00
Dieta			RD\$3,000.00
Proyector	1 Proyector	RD\$300.00	RD\$300.00
OTROS GASTOS			RD\$8,000.00
TOTAL			RD\$47,855.00

XIII.4. Evaluación

Sustentante

Dra. Yasmin Polanco Ramos

Asesores

Dra. Micaury Brito
(Clínica)

Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológica)

Jurado

Autoridades:

Dr. Martin Manuel Salazar Simo
Director General Residencia Medica

DrRamón Feliz
Jefe De Enseñanza HCFF AA.

Dra. Rossy Molina Cuevas
Coordinadora Residencia MFYC

Dr. William Duke
Decano De la Facultad de Ciencia de la Salud

Fecha presentación_____

Calificación: _____

