

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**“SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA PERCIBIDA POR LOS
PACIENTES, EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DOCENTES DE LA
PROVINCIA DE IMBABURA, BRINDADA POR LOS ESPECIALISTAS EN
FORMACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA PUCE,
DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE-OCTUBRE DEL 2015”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORA

ANA CAROLINA IZURIETA PACHECO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ELVA BEATRIZ ARIAS TERÁN

ASESOR METODOLÓGICO

DR. FERNANDO CARPIO

QUITO, ECUADOR

2015

TÍTULO:

“SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES,
EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DOCENTES DE LA PROVINCIA DE
IMBABURA, BRINDADA POR LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA PUCE, DURANTE LOS MESES
DE SEPTIEMBRE-OCTUBRE DEL 2015”

DEDICATORIA

*A Dios y a mi madre del cielo,
A mi mami, por caminar junto a mí en los momentos
más difíciles de esta travesía que hoy llega a su fin.
A mi papi, por ser un ejemplo de disciplina y perseverancia en la vida,
por su constante cariño y preocupación hacia mí.
A mi hermana Danny, por ser mi compañera de toda la vida,
quien compartió conmigo mis más grandes logros y los momentos más difíciles.
A Xavi, por ser más que mi mejor amigo,
por todos los momentos compartidos.
A mis 3 amigos más fieles, Manolo, Pelusa y Calitos,
por hacerme feliz.*

El cielo es el límite

ANA CAROLINA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi mamá por enseñarme que aunque el camino es largo, todo en su momento llega, por tener siempre palabras de aliento cuando me sentí cansada y darme su mano en todo este camino. Este logro es tan tuyo como mío.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por acogerme en sus aulas durante estos 6 años, por su excelente formación. A mis profesores, por compartir conmigo su sabiduría y enseñarme el verdadero valor de ser médico.

A mis amigos y compañeros de carrera, por todos los momentos compartidos.

En especial, a la Dra. Elva Arias por su apoyo y su ayuda desinteresada en la realización de este proyecto y al Dr. Fernando Carpio, por sus consejos y asesoría para culminar este trabajo de investigación.

A los pacientes que participaron en este proyecto de investigación, sin su colaboración no hubiera sido posible la ejecución de este estudio.

Mil gracias.

TABLA DE CONTENIDOS

TÍTULO:.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS	IV
TABLA DE CONTENIDOS.....	V
LISTA DE TABLAS	VIII
LISTA DE FIGURAS	XII
RESUMEN:	1
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	9
1. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:.....	9
1.1 HISTORIA	9
1.2 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: UN BREVE VISTAZO A LA SITUACIÓN ACTUAL.....	15
1.3 OBJETIVOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:	19
1.4 CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	20
1.4.1 EL MÉDICO:	21
1.4.2 LA COMUNICACIÓN:	26
1.4.3 LA EMPATÍA:	30
1.5 RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD.....	31
1.5.1 RELACIÓN MÉDICO-NIÑO:.....	31
1.5.2 RELACIÓN MÉDICO-ADOLESCENTE:	34
1.5.3 RELACIÓN MÉDICO-ADULTO:	36
1.5.4 RELACIÓN MÉDICO-ADULTO MAYOR	37
1.6 MODELOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:	38
1.6.1 MODELO PATERNALISTA:	39
1.6.2 MODELO DELIBERATIVO:.....	39
1.6.3 MODELO INTERPRETATIVO:.....	39
1.6.4 MODELO INFORMATIVO:.....	40
2. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE:	40
2.1 ELEMENTOS DE LA SATISFACCIÓN:	42

2.2 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON SU MÉDICO:	44
3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD:	47
3.1 INTRODUCCIÓN:	47
3.2 DEFINICIÓN DE CALIDAD:	48
3.3 CALIDAD EN SALUD:	48
3.4 DIMENSIONES DE LA CALIDAD:	49
3.5 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD:	51
3.6 MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO:	52
3.7 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD:	53
3.8 EL PROBLEMA DE LA CALIDAD EN SALUD:	54
4. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:	58
4.1 UNIDADES ASISTENCIALES DOCENTES:	59
4.2 UNIDADES OPERATIVAS DEL MINISTERIO DE SALUD. (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)	61
CAPÍTULO III. MÉTODOS	64
3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	64
3.2 OBJETIVOS	64
3.2.1 OBJETIVO GENERAL	64
3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	64
3.3 HIPÓTESIS:	65
3.4. METODOLOGÍA	66
3.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	66
3.4.2 MUESTRA	70
3.4.3 TIPO DE ESTUDIO	71
3.4.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	71
3.4.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	72
3.5 ASPECTOS BIOÉTICOS	72
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	75
ANÁLISIS UNIVARIAL	75
1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA	75
2. INFORMACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN	80
3. PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (PDRQ-9)	88
4. PROMEDIO PDRQ-9	97

5. PUNTAJE DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4	98
6. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA	99
7. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA.....	100
8. CONTINUIDAD DE USO	101
ANÁLISIS BIVARIAL	102
PREDICTORES DE CONTINUIDAD DE USO.....	121
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	122
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	129
RECOMENDACIONES	131
BIBLIOGRAFÍA	132
ANEXOS	139

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1. Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)	45
Tabla N°2 Operacionalización de variables de estudio	66
Tabla N°3 Sexo de los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.....	75
Tabla N°4 Sexo de los padres de los pacientes pediátricos atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.	76
Tabla N°5 Edad y sus medidas de tendencia central en pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.....	76
Tabla N°6 Edad de los padres de pacientes pediátricos y sus medidas de tendencia central en pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.	77
Tabla N°7 Años de estudio de la muestra y sus medidas de tendencia central en pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.	77
Tabla N°8 Años de estudio de los padres de pacientes pediátricos y sus medidas de tendencia central en pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.	77
Tabla N°9 Educación de los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.	78

Tabla N°10 Educación de los padres de pacientes pediátricos atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.	78
Tabla N°11 Estado civil de pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.	79
Tabla N°12 Estado civil de los padres de pacientes pediátricos atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.	79
Tabla N°13 Pregunta: ¿El horario en que atiende el Centro de Salud le parece adecuado?	84
Tabla N°14 Pregunta: ¿Es la primera vez que acude a este Centro de Salud?	84
Tabla N°15 Pregunta: ¿Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión?	85
Tabla N°16 Pregunta: Califique el estado de las instalaciones, tomando en cuenta la comodidad y seguridad que ofrece	85
Tabla N°17 Pregunta: Califique el estado de limpieza y aseo de las instalaciones	86
Tabla N°18 Pregunta: Califique la presentación personal del médico que le atendió	86
Tabla N°19 Pregunta: ¿El médico que le atendió se presentó antes de iniciar la consulta?	87
Tabla N°20 Pregunta ¿Conoce usted el nombre del médico que le brindó la atención?	87
Tabla N°21 “Mi médico me ayuda” y sus medidas de tendencia central	88
Tabla N°22 “Mi médico tiene suficiente tiempo para mí” y sus medidas de tendencia central	89
Tabla N°23 “Creo en mi médico” y sus medidas de tendencia central	90
Tabla N°24 “Mi médico me entiende” y sus medidas de tendencia central	91
Tabla N°25 “Mi médico se dedica a ayudarme” y sus medidas de tendencia central	92

Tabla N°26 “Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas” y sus medidas de tendencia central	93
Tabla N°27 “Puedo hablar con mi médico” y sus medidas de tendencia central	94
Tabla N°28 “Me siento contento con el tratamiento de mi médico” y sus medidas de tendencia central	95
Tabla N°29 “Siento a mi médico fácilmente accesible” y sus medidas de tendencia central	96
Tabla N°30 Promedio de PDRQ-9 y sus medidas de tendencia central en pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015	97
Tabla N°31. Relación entre sexo de los pacientes encuestados y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	102
Tabla N°32 Relación entre grupos de edad y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	103
Tabla N°33 Relación entre escolaridad de los pacientes encuestados y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	104
Tabla N°34 Relación entre estado civil y resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4	105
Tabla N°35 Relación entre médico que brindó la atención y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	106
Tabla N°36 Promedio de PDRQ-9 en los dos grupos de atención	107
Tabla N°37 Relación entre tiempo en tomar la cita y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	108
Tabla N°38 Relación entre tiempo de traslado de la casa hasta el Centro de Salud y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	109
Tabla N° 39 Relación entre tiempo de espera hasta recibir atención médica y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	110
Tabla N°40 Relación entre duración de la atención médica y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	111
Tabla N°41 Relación entre percepción del paciente si es adecuado el horario de atención del Centro de Salud y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	112
Tabla N°42 Relación entre primera vez de atención en el Centro de Salud y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	113
Tabla N°43 Relación entre haber sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	114

Tabla N° 44 Relación entre estado de instalaciones y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	115
Tabla N°45 Relación entre estado de limpieza y aseo de las instalaciones y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	116
Tabla N° 46 Relación entre presentación personal del médico y promedio de PDRQ-9 Mayor o igual a 4	117
Tabla N°47 Relación entre presentación del médico antes de iniciar la consulta y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	118
Tabla N°48 Relación entre conocer el nombre del médico que le brindó la atención y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4	119
Tabla N°49 Relación entre promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4 y continuidad de uso del servicio médico brindado	120

LISTA DE FIGURAS

Figura N°1. Tiempo en tomar la cita con el médico de los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.	80
Figura N°2. Tiempo de traslado desde su casa hasta el Centro de Salud, en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.	81
Figura N°3. Tiempo de espera hasta ser atendido por el médico en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.	82
Figura N°4. Duración de la atención médica en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.	83
Figura N°5. Distribución de respuestas al enunciado “Mi médico me ayuda”	88
Figura N°6. Distribución de respuestas al enunciado “Mi médico tiene suficiente tiempo para mí”	89
Figura N°7. Distribución de respuestas al enunciado “Creo en mi médico”	90
Figura N°8. Distribución de respuestas al enunciado “Mi médico me entiende”	91
Figura N°9. Distribución de respuestas al enunciado “Mi médico se dedica a ayudarme”	92
Figura N°10. Distribución de respuestas al enunciado “Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas”	93
Figura N°11. Distribución de respuestas al enunciado “Puedo hablar con mi médico”	94
Figura N°12. Distribución de respuestas al enunciado “Me siento contento con el tratamiento de mi médico”	95
Figura N°13. Distribución de respuestas al enunciado “Siento a mi médico fácilmente accesible”	96
Figura N°14. Puntaje de PDRQ-9 mayor o igual a 4 en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015	98
Figura N°15. Percepción de la calidad de la atención médica en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015	99
Figura N°16. Satisfacción de la atención médica en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.	100

Figura N°17. Continuidad de uso del servicio médico recibido en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015. 101

RESUMEN:

Antecedentes: En los últimos años el sistema nacional de salud ha cambiado sustancialmente, no solo a nivel estructural y organizativo sino de igual forma en la relación con el paciente¹. En el modelo médico actual centrado en el paciente, es el médico de Atención Primaria la piedra angular para la prestación de una atención integral, centrada en el paciente y accesible a los usuarios de este sistema de salud²; por lo tanto, la satisfacción del paciente no solo se convierte en uno de los objetivos de la atención brindada por los profesionales de la salud sino también una medida fiable sobre la calidad de atención percibida por el usuario.

Objetivo: Describir la satisfacción del paciente respecto a la relación con su médico mediante la utilización del Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), además de su relación con la calidad de atención médica percibida por la población atendida por médicos generales y Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE.

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Métodos: Se aplicó una encuesta a 284 pacientes, repartidos en grupos iguales después de recibir atención médica por médicos generales ó por Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron voluntariamente ser parte del mismo. Dicha encuesta incluyó variables sociodemográficas, así como variables inmersas en el estudio de la calidad de atención percibida por el paciente y el cuestionario PDRQ-9 que evalúa la satisfacción del paciente con respecto a la relación con su médico.

Resultados: El 79,9% de pacientes posee un puntaje mayor o igual a 4 en el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), lo que finalmente se traduce en satisfacción del

paciente con respecto a la relación con su médico. La media obtenida en la escala de Likert de las respuestas de pacientes encuestados atendidos por médicos generales es de 4,1948 y en médicos posgradistas es de 4,6228. Finalmente se determina que ciertas variables inmersas en el estudio de la calidad de atención percibida por el paciente como el tiempo de espera hasta ser atendido por el médico, la percepción positiva sobre el horario de atención del Centro de Salud, entre otras, influyen en la satisfacción del paciente. Además se establece al PDRQ-9 como un predictor fiable de continuidad de uso del servicio de salud con una sensibilidad de 84,91%, una especificidad de 89,47% y un valor predictivo positivo de 99,12%.

Conclusiones: Es muy conveniente integrar instrumentos de medida de la satisfacción del paciente, principalmente en Atención Primaria, puesto que datos de diferentes estudios demuestran que la satisfacción es una medida fiable de la calidad de atención brindada por el personal de salud.

ABSTRACT

Background: In recent years the national health system has changed substantially, not only at structural and organizational level, but equally in the relationship with the patient. In the current patient-centered medical model, the primary care physician is the cornerstone that provides comprehensive care, patient-centered attention and accessible to users of the health system; therefore, patient satisfaction not only becomes one of the objectives of care provided by health professionals but also a reliable measure of the quality care perceived by the user.

Objective: To describe patient satisfaction using the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) as well as the relationship with the quality of care perceived by the patient in the population served by general physicians and posgraduate students of Family Medicine.

Design: Cross-sectional study

Methods: A survey was applied to 284 patients, divided into equal groups after receiving medical care by general physicians or by posgraduate students of Family Medicine, that met the inclusion and exclusion criteria who volunteered wanted to be part of this study. The survey included sociodemographic variables and variables related to quality care perceived by the patient as well as the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) that assesses patient satisfaction.

Results: 79.9% of patients has a higher or equal to 4 score in the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), which ultimately results in patient satisfaction regarding the relationship with their doctor. The average score on the Likert scale in the answers of patients surveyed by general physicians is 4.1948 and 4.6228 in posgraduate doctors. Finally, it was found that certain variables immersed in the study of quality care perceived by the patient

such as the waiting time until the patient receive medical attention or the positive perception of the opening hours of the Health Center, among others, influence patient satisfaction. In addition, PDRQ-9 is established as a reliable predictor of continued use of the health service with a sensitivity of 84.91%, a specificity of 89.47% and a positive predictive value of 99.12%.

Conclusions: It is very convenient to integrate instruments for measuring patient satisfaction, especially in primary care, since data from different studies show that satisfaction is a reliable measure of the quality of care provided by health personnel.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La relación médico paciente desde años atrás se consideró como una característica natural en todo médico que entraba en contacto con el paciente. Se estableció su existencia por muchos años como la base del trabajo del médico, describiéndose posteriormente como el encuentro de una conciencia con una confianza; y es sabido que desde aquellos tiempos en los que no existían estudios sobre esta relación interpersonal, la relación médico-paciente ya había sido capaz de lograr muchas curaciones³.

Es en tiempos actuales cuando el tema de la relación médico-paciente sale a flote, para alarmarnos sobre su posible pérdida en el sistema de salud actual, conformado ya no solo por el médico quien depende únicamente de sus conocimientos sino la inmersión en esta misma relación de factores externos como procedimientos diagnósticos y terapéuticos que ahora están al alcance del médico, e incluso la inmersión de diversos especialistas en el tratamiento de un solo paciente³.

Por lo tanto es necesario establecer la duda ¿Es válida la preocupación actual sobre la pérdida de dicha relación médico-paciente? Cabe destacar que en tiempos de antaño cuando la frase “Apenas llegó usted y me sentí mejor” que era pronunciada con frecuencia por los pacientes, cuando aquellas consultas que se ejecutaban en casa o en pequeños consultorios podían relevar de su dolor al paciente, posiblemente esta relación de entera confianza había sido eficaz. Sin embargo, en el tiempo actual cabe preguntar ¿son todos los avances tecnológicos suficientes para curar?³

Es un hecho reconocido actualmente que la alta tecnificación de la medicina moderna ha llegado a convertirse en una amenaza para esta relación, existiendo una alarmante tendencia a concebir el acto médico libre de esta relación y basado enteramente en datos obtenidos de

máquinas y computadoras; puesto que dicho esquema utópico planteado como la posibilidad de que el acto médico sea reemplazado por máquinas y computadoras que en efecto, llevan a cabo procedimientos sin entrar en contacto con el paciente, libres de error y asociados con programas médicos computarizados mejoraría la atención en salud. Sin embargo, hoy en día se escuchan menos elogios a dicho esquema que surgió como una posibilidad de mejorar el sistema de salud⁴.

Pero ¿Qué importancia tiene una relación médico-paciente adecuada? Hace 2500 años un aforismo hipocrático ya lo manifestaba “Muchos pacientes se curan con la satisfacción que le produce un médico que los escucha”⁵. El paciente necesita y espera que se trate su enfermedad utilizando todos los conocimientos científico-técnicos que se encuentren al alcance, pero lo más valorado por el paciente y su familia es el juicio individualizado, el trato humanístico del médico puesto en función del paciente, el altruismo, ese sentido de servir a los demás⁶. En las últimas décadas se ha producido una erosión en la confianza que el paciente depositaba en el médico, viéndose reflejado incluso por las altas demandas de mala praxis.⁴ Las demandas se deben en gran parte a la pérdida de esta relación, basada en la confianza de los pacientes en la medicina y los médicos. Las demandas son la negación de la relación médico-paciente.³ Una encuesta realizada entre abogados argentinos que defienden médicos, mostró que el 70% de los juicios por mala praxis fueron aparentemente precipitados por una mala comunicación con el paciente o por actitudes negativas del médico hacia el mismo.⁶

Se dice que la comunicación es el mejor indicador de la calidad de una relación, especialmente en aquella interacción que se establece entre los médicos y sus pacientes, éstos últimos al carecer de los conocimientos técnicos se basan en la calidad de la interacción humana para establecer la calidad de atención.⁶ El médico por otra parte, debe estar

consciente que el paciente no es solo una enfermedad, sino poseer una visión integral hacia el mismo; entender que el enfermar conduce a sufrir. Por todo ello no es vano recordar aquella sabia frase que señala “El médico pocas veces cura, algunas sana, pero siempre debe consolar”.³ Es por esta razón, que el estilo y el nivel de comunicación entre el paciente y el médico es un hecho fundamental que finalmente determinará la calidad de la atención médica. En la práctica se ha visto que estilos de comunicación más empáticos, centrados en el paciente, se asocian con mejores resultados en salud y por lo tanto en altos índices de satisfacción por parte del paciente.⁷

La satisfacción por otro lado, se establece en la actualidad como un indicador fiable no solo de la calidad de la atención médica recibida, sino que complementariamente se han descubierto que existen elementos que finalmente influirán en dicha satisfacción. Hoy en día el concepto de satisfacción toma en cuenta cómo es la atención médica percibida por el paciente, además de sus expectativas y otras consideraciones que van más allá de curarse.⁸ Conocer la satisfacción del paciente puede predecir, entre otras cosas, el cumplimiento terapéutico y el retorno al mismo centro asistencial en otro episodio.⁹

La escasa información pública existente sobre los usuarios de los servicios de salud acerca de su percepción de la calidad de atención o cuán satisfechos están no permite tener un conocimiento certero en esta área de investigación. Cotidianamente se difunden a través de diversos medios de comunicación críticas realizadas hacia los servicios de salud por parte de los usuarios. Sin embargo, pocos han sido los estudios que se dedican a conocer con precisión cuáles son estos factores que inciden en un bajo nivel de satisfacción o por el contrario cuáles son aquellos que fortalecen dicha satisfacción con el fin de establecer lineamientos que permitan fortalecer dichas aptitudes.⁸

Con todas estas interrogantes actuales y con la idea de indagar en el campo desconocido aún de la satisfacción, se ha propuesto esta investigación con el fin de determinar el nivel de satisfacción de los pacientes usuarios de los servicios de salud así como determinar de qué forma influyen las diversas variables de calidad de atención percibida por el paciente en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

1. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:

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.¹⁰ 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.¹¹

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.¹⁰

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.¹²

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.¹³

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.¹³ 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.¹³ 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.¹³ 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.¹⁴

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.¹⁴

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 proxi-midad, 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 individual¹³; 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. 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.¹³

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.¹⁴

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.¹²

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.¹⁵

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.¹² 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.¹⁶ 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.^{12,13} Este cambio intentó recuperar el poder de la palabra como factor terapéutico, lo que hizo resaltar la relación entre médico y paciente.¹²

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 perturbadora¹⁴, llamando resistencia a la falta de comunicación entre ellos.¹⁷ 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.¹² 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.^{12,14}

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. 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.¹⁴

1.2 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: UN BREVE VISTAZO A LA SITUACIÓN ACTUAL

En los últimos años el sistema de salud nacional ha cambiado sustancialmente. Estos cambios han afectado a la práctica clínica en muchos aspectos, no solo a nivel estructural y organizativo, sino también y de manera directa en la relación con el paciente.¹ En el modelo médico actual, enfocado en el paciente y su cuidado, el médico de atención primaria es la piedra angular para la prestación de una atención integral, centrada en el paciente, y accesible. Por este motivo, el estudio de la calidad de la relación médico-paciente es un aspecto relevante de investigación en medicina², ya que es una de las modalidades más complejas de las relaciones interpersonales de los seres humanos, que sirve de base a la gestión de salud, en la cual el médico debe poner a las órdenes del paciente, a más de sus conocimientos técnicos y científicos, una ayuda humanitaria en forma sensible, sin aspiración de reciprocidad, teniendo en cuenta su condición de eje principal en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.^{18,19}

De manera general se habla del cuidado centrado en el paciente como un aspecto de la relación médico-paciente, que toma en consideración sus preferencias, problemas y emociones.²⁰ Actualmente, una adecuada relación entre paciente-galeno es considerada

como un mecanismo a través del cual se obtienen los mejores resultados para el paciente a nivel físico, psicológico y social.¹

La relación médico-paciente (RMP) es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre. Ésta permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud y al médico, cumplir con una de sus funciones sociales más importantes.¹⁰

La interacción, fundamental en la atención de salud, es aquella que se realiza entre el paciente y el médico²¹, esta relación es inherentemente una acción benevolente, en la que una persona pone su vida en manos de otra, un acto de notable confianza, esperanza y respeto²², no se limita solo al vínculo médico-enfermedad, ya que se incorporan sentimientos, principios y vivencias del paciente y del profesional.¹⁸

Sin embargo, pese a estas aseveraciones la relación entre pacientes y médicos en el ámbito clínico se ha enmarcado en términos de paternalismo benevolente. Hasta aproximadamente 1960, la mayoría de los códigos de ética se basaban en gran medida en la tradición hipocrática, enmarcando las obligaciones de los médicos únicamente en términos de promoción del bienestar del paciente, mientras que los derechos de los pacientes se mantenían en silencio.²³

Actualmente, la RMP es esencial para la atención sanitaria y ha sido profusamente investigada, pero los estudios se han enfocado poco acerca de los conocimientos, percepciones y actitudes que los médicos poseen sobre ella.²⁴ Los resultados de investigaciones muestran que a pesar del esfuerzo realizado por los profesionales de la enseñanza, médicos y las instituciones, los estudiantes de los últimos años de medicina tienden a poseer más actitudes orientadas al paternalismo en la interacción médico-paciente

de las esperadas, a pesar de conocer que una interacción centrada en el médico está relacionada con una menor satisfacción y confianza del paciente en la figura del médico.^{25,26}

Con frecuencia se ha estudiado la relación médico-paciente desde la perspectiva del profesional y se ha catalogado a los pacientes con una mala relación con su médico como “pacientes difíciles”.²⁷ Se ha descrito en diversos estudios que estos pacientes presentan en muchos casos trastornos psicológicos, de personalidad y de somatización.²⁸ Estudios posteriores se han centrado en la búsqueda de estrategias de detección y manejo del paciente difícil, pero siempre desde la perspectiva paternalista del cuidado.²⁹

Sin embargo, una relación médico-paciente apropiada y de calidad se caracteriza por una relación longitudinal entre el médico y el paciente (continuidad del cuidado)³⁰, un acuerdo entre ambos sobre el problema clínico y su tratamiento³¹, una confianza mutua y una comunicación fluida y abierta entre ambos.³²

Es un fenómeno complejo conformado por varios aspectos, entre los que se pueden señalar la comunicación médico-paciente, la participación del paciente en la toma de decisiones y la satisfacción del paciente.³³

Una buena RMP viene definida principalmente por la existencia de confianza. La confianza existe cuando el paciente está dispuesto a exponer sus problemas, la actitud del médico de mostrar interés y garantizar la confidencialidad, facilita la confianza necesaria para que el paciente exponga sus problemas.²¹ La genuina RMP, la que es capaz de generar la atmósfera de confianza, fe, comprensión y respeto, que permite al paciente revelar sus más íntimos pensamientos y sentimientos, cuyo conocimiento puede aportar la clave del diagnóstico; es la que posibilita al médico, no solo entender al paciente, sino sentir lo que está sintiendo.²⁴

Los pacientes, independientemente de su estatus socioeconómico o grupo étnico, generalmente desean conocer plenamente los detalles de su diagnóstico y su posibilidad de cura³⁴. Sin embargo, diversos estudios indican que la información que proveen los médicos resulta parcial.³⁵ Este hecho contrasta con las demandas de información precisa de los síntomas y patologías de los pacientes para establecer el diagnóstico y tratamiento apropiados. Comunicación y honestidad entre médicos y pacientes es de vital importancia. Existe evidencia de que una comunicación explícita en el momento del diagnóstico, junto con la apertura a una discusión abierta sobre los posibles errores aumenta la relación médico-paciente y previene el número de errores en el tratamiento.³⁶ Estos datos reflejan la importancia de la participación del paciente en la toma de decisiones.³⁷ Sin embargo, generalmente los pacientes son excluidos de este proceso a pesar del legítimo derecho de los pacientes de aceptar o rechazar el tratamiento³⁸. Asimismo, se han realizado diversos estudios cualitativos que describen el papel positivo de una comunicación precisa y afectiva³⁹. En estos estudios la relación médico-paciente se explora a través del efecto terapéutico, los modelos de enfermedad y las expectativas del paciente.¹

El estilo y el nivel de comunicación entre médico y paciente es un hecho fundamental que determina la calidad de su relación. En el ámbito de Atención Primaria se ha observado que determinados estilos de comunicación más empáticos, más centrados en el paciente y que ofrecen seguridad y apoyo se asocian con mejores resultados en salud⁷, esto es especialmente importante en el manejo de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades coronarias, insuficiencia cardíaca congestiva, etc.⁴⁰ Cuando los pacientes son informados e implicados en la toma de decisiones, son más adherentes a las recomendaciones propuestas por el médico y llevan a cabo cambios en su estilo de vida que se relacionan con su estado de salud, por ejemplo, realizar dieta, ejercicio, dejar de fumar,

etc.⁴¹ Dicha toma de decisiones conjunta requiere que los pacientes se encuentren plenamente informados sobre las alternativas y riesgos potenciales de tratamiento²⁵, por lo tanto deben confiar en su médico.

Por desgracia, la relación médico paciente con frecuencia ha sido juzgada de forma negativa.⁴² En un estudio realizado en Estados Unidos, con 640 pacientes, los médicos obtuvieron la peor puntuación en las habilidades de comunicación y en la atención a los costos de los tratamientos proporcionados.⁴³ Los médicos de medicina general fueron calificados con puntuaciones más bajas que médicos de otras áreas. Por lo tanto el estudio concluye que en las áreas de comunicación, no siempre se cumplen las necesidades de los usuarios de salud pública, pese a que ellos consideran a la comunicación como una de las tres principales competencias que un médico debe poseer.⁴³

Estas y otras conclusiones sugieren la necesidad de una mayor atención a las habilidades de comunicación en la educación del médico⁷, tanto en el área de medicina general que probablemente sea la puerta de entrada al sistema de salud como en el área de Medicina Familiar, la cual se encarga ampliamente de tratar pacientes con enfermedades crónicas. Es en este marco en el cual la relación médico paciente, puede incidir de forma verdadera tanto en la promoción de la salud como en la prevención primaria y secundaria de enfermedades que han ido en ascenso en el mundo actual por nuestros diversos estilos de vida.

1.3 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.⁴⁴

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.¹⁰ 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.⁴⁵

1.4 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.¹⁰

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.⁴⁶

1.4.1 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.¹⁰

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.”*¹⁰

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.^{10,45}

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: ⁴⁷

- 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:

1.4.1.1 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. 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

1.4.1.2 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.¹⁰

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.¹⁰

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.⁴⁵

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-Arce¹⁰ 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:

-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.

-Escutar 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.

1.4.2 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.⁴⁸ 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.⁵⁰

1.4.2.1 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.⁵¹

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.⁵¹

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).⁵¹

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.⁵¹

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”.*⁵¹

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.⁵¹

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: ⁵¹

- 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.”*⁵¹

1.4.2.2 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. Es decir que el paciente tenga libertad de comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión.⁵²

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.⁵³

1.4.2.3 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. 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.⁴⁸

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.⁵⁶

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.⁴⁸

1.4.3 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. 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.”⁵¹

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.⁵¹

1.5 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.

1.5.1 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.¹⁰

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.⁵⁷

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.⁵⁷

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.¹⁰

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 confié en el médico y colaborará con el mismo.¹⁰

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.”*¹⁰

¿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 en todo 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.

Siempre. Si uno no lo hace, hace mal la medicina.

(Entrevista a médico pediatra)

Braga, 2011

1.5.2 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.¹⁰

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.¹⁰ Por lo tanto uno de los objetivos más importantes que el médico debe cumplir con adolescentes es de prevención e información.⁵⁹

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.¹⁰

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.⁵⁹

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.⁵⁹ Debe en todo momento mantener la identidad propia y no tratar de identificarse con el adolescente en sus actitudes o su vestuario.¹⁰

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.”*⁵⁹

La entrevista motivacional se puede considerar como un método esencial para mejorar la comunicación médico-adolescente, cuyos principios básicos son:⁵⁹

-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.⁵⁹

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.”*⁵⁹

1.5.3 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.¹⁰

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.¹⁰

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).”*¹⁰

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.

1.5.4 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.⁶⁰

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.¹⁰

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. ¹⁰

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.¹⁰

1.6 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.⁶¹ Actualmente existen 4 modelos de relación médico-paciente que han sido identificados y han tomado importancia en la actualidad:

1.6.1 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.⁶¹ 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.⁶³

1.6.2 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.⁶¹

1.6.3 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.⁶² 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.⁶¹

1.6.4 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.⁶¹

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.⁶⁴ 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.⁶⁷

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.⁶⁸ La implicación del paciente en la toma de

decisiones propicia mejores resultados para el paciente y por tanto el cumplimiento de sus expectativas.⁶⁹

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.^{18,70} 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.⁷¹

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.⁷² 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.⁶⁴ 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.⁷³

Fitzpatrick (1991) en su artículo *Surveys of patient satisfaction: 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.⁶⁸ La evidencia sugiere que la satisfacción se ha relacionado ampliamente con mejoras en el estado de salud del paciente.⁷³ 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.⁷⁴ Y por último, la retroalimentación brindada por el paciente sirve de mejora continua de la calidad de los servicios de salud.⁷³

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.

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.⁷⁵

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: ⁷⁵

- **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.⁷¹

- **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. Aquellos médicos que ejercen un trato personalizado y abren canales de comunicación directa con sus pacientes, generan un sólido sentimiento de seguridad y confianza, lo que finalmente influye en la recuperación del paciente.^{75,76}
- **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.⁷⁵
- **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.⁷⁵
- **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.⁷⁷ El médico además de establecer una relación médico-paciente con la cual el paciente se sienta comfortable, 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.⁷⁶

- **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.⁷⁶ 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.⁷⁸
- **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.⁷⁶

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.³³ 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.⁸⁰ 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.⁸¹

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.² Más tarde Mingote et al (2008)¹ adaptaron el cuestionario al castellano.³³

Tabla N°1. Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)

PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (VERSIÓN DE 9 PREGUNTAS)
1. Mi médico me ayuda
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mí
3. Creo en mi médico
4. Mi médico me entiende
5. Mi médico se dedica a ayudarme
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas
7. Puedo hablar con mi médico
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico
9. Siento a mi médico fácilmente accesible

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.

*Es necesario recalcar que cada respuesta viene contestada en una escala tipo Likert con 5 categorías.

Uno de los aspectos principales de la relación médico-paciente yace en los niveles de satisfacción. La satisfacción del paciente en cuanto a su cuidado refleja su percepción en cuanto a la calidad de la atención y el tratamiento recibido.¹ Generalmente ha sido evaluada mediante autoinforme, existiendo diversos cuestionarios centrados en la toma de decisiones⁸², en el acceso y uso de distintos servicios sanitarios⁸³ o en los niveles de satisfacción con el tratamiento.⁸⁴ Esta alianza terapéutica resulta esencial para la evaluación de la satisfacción médico-paciente que se relaciona con el desarrollo de una comprensión empática, una apertura interpersonal, un clima de autenticidad, confianza y aceptación.³⁹

Sin embargo, en la práctica hay una carencia de instrumentos de medida fiables y sensibles centrados en el paciente que evalúen la calidad de la relación médico-paciente.¹ La mayoría de los instrumentos de medida se centran en la experiencia del paciente en lugar de las características específicas de la relación en curso durante la atención médica, tales como la confianza en el médico o su apertura a un diálogo.⁸⁵ Por lo tanto, la adaptación del presente cuestionario resulta en este sentido oportuna, en la medida en que se trata de un instrumento validado internacionalmente que nos permite la comparación entre diferentes países, regiones y posibilita la investigación.²⁸

Zenger et al. validaron la versión alemana del PDRQ-9, concluyendo que tanto las expectativas del paciente y del médico debían ser consideradas para entender la relación médico-paciente. Se han hecho esfuerzos sustanciales para desarrollar instrumentos con el fin de evaluar la relación médico-paciente, durante los cuales se ha establecido al PDRQ-9 como una medida útil y breve de la relación médico-paciente desde la perspectiva de éste

último; con buenas propiedades psicométricas y que puede ser utilizado para la investigación en atención primaria, salud pública y encuestas aplicables a la población.^{81, 86}

La satisfacción en general, tanto con la organización como con los profesionales de Atención Primaria³³, en nuestro medio, no ha sido evaluada. Por lo tanto, resulta interesante y objetivo medir la satisfacción con la relación médico-paciente con herramientas específicas en Atención Primaria, utilizando el cuestionario PDRQ mencionado previamente, que no ha sido probado en este entorno hasta el momento.

3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD:

3.1 INTRODUCCIÓN:

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.⁸⁷ 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.⁸⁸

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.⁸⁸

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

3.2 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.”⁹²

3.3 CALIDAD EN SALUD:

En cuanto a la calidad de atención en salud, una de las definiciones más reconocidas, ha sido enunciada por Avedis Donabedian, 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.”*⁹⁴

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.”*⁹⁵

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.”*⁹⁶

3.4 DIMENSIONES DE LA CALIDAD:

Avedis Donabedian propuso 2 componentes de la calidad asistencial:⁹⁶

-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 brinde el servicio.^{96,97}

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.⁸⁸

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.⁹⁷

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:⁹⁶

-Efectividad: se define como la capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento para obtener los objetivos propuestos.⁹⁶

-Eficiencia: se define como la relación existente entre el trabajo desarrollado, el tiempo invertido, la inversión realizada en hacer algo y el resultado logrado. (94) Es conseguir el más alto nivel de calidad al menor costo razonable.⁹⁸

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

^{96,98}

-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.^{96,98}

3.5 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD:

Avedis Donabedian enfatiza la evaluación de la calidad partiendo de tres enfoques diferentes:^{88,99}

-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,⁹⁷ 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 mejorar la calidad del mismo utilizando un cuestionario que evalúa cinco dimensiones las cuales son:

100,101

-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.¹⁰⁰

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.⁸⁸

3.6 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.⁸⁸

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.⁸⁸

3.7 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD:

Bravo Tapia M. define a la percepción como: *“la capacidad de organizar los datos y la información que llega a través de los sentidos en un todo, creando un concepto, basado en nuestra formación y experiencia.”* Por lo tanto, son varios los aspectos que pueden influir sobre la percepción en una persona como: ⁸⁸

- Las necesidades propias y deseos

- Las expectativas

- El estilo de cada persona para enfrentarse al ambiente que lo rodea

- Nivel de instrucción

Es así, la percepción del usuario se refiere a como éste estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo con la forma como el mismo valora lo que recibe. Las expectativas del usuario y en este caso del paciente definen lo que espera del servicio que está entregando la organización proveedora del servicio. Esta expectativa básicamente se forma por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, la

comunicación de boca a boca y por la información externa que generalmente realizan los proveedores del servicio a través de publicidad o acciones promocionales. A partir de esta información que provee el usuario, puede existir una retroalimentación hacia el servicio una vez que el cliente emita un juicio de su percepción.¹⁰¹

Por lo tanto, se puede concluir que toda la información que el paciente recibe a través de los sentidos, más todos los aspectos que influyen en su forma de percibir, terminarán por elaborar un concepto sobre un objeto determinado. Es de importancia mencionar que el personal que entra en contacto con el paciente debe tener una capacitación para adquirir y desarrollar habilidades y actitudes que logren despertar en el paciente tanto su satisfacción como el deseo de volver.⁸⁸

3.8 EL PROBLEMA DE LA CALIDAD EN SALUD:

Actualmente el interés de la población se ha enfocado hacia la calidad en los servicios de salud. En 1994 en México se realizó un estudio cuyo objetivo fue describir la percepción de la calidad de atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. Los resultados finales fueron que aproximadamente el 81.2% de los usuarios consideraron que la atención que recibieron fue buena mientras que el 18.8% la consideraron mala. Los principales motivos que definieron la calidad como buena fue el trato personal en un 23.2% y la mejoría en salud en un 11.9% y los motivos de mala calidad fueron los largos tiempos de espera en un 23.7% y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico con un 11.7%. Por otro lado, se concluyó que aquellos que utilizaron los servicios de la seguridad social percibieron 2.6 veces más la mala calidad de atención que aquellos que acudieron a servicios privados. Finalmente, la conclusión de este estudio radica en que es necesario

profundizar en las perspectivas poblacionales, junto a la necesidad de servicios de salud y acciones de mejora continua de la calidad de la atención.^{97, 102}

Según otra encuesta realizada por el Banco Mundial en el año 2001, se concluye que la insatisfacción de los pacientes de los servicios de salud es mayor al 50%, revelando que de este grupo de pacientes el 40% sentía que no se les trataba adecuadamente, el 52% consideraba que existía demasiada burocracia y el 8% que no había recibido tratamiento médico cuando lo había necesitado. Datos arrojaron que al menos 4 de cada 10 pacientes mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se ofrece en las unidades de salud. Lo preocupante de estos datos, de un país latinoamericano, es que la calidad no solo se establece como un problema desde que surgió el interés de estudio, sino que parece empeorar a lo largo de los años.⁹⁸

De acuerdo a estos datos concluyentes, es importante mencionar que finalmente la calidad de un servicio de salud se juzga como un todo, sin dissociar sus componentes, siendo considerados parámetros de calidad en un servicio de salud:⁸⁸

- Puntualidad

- Agilidad en la atención

- Presentación del personal

- Cortesía, amabilidad, respeto

- Trato humano

- Diligencia para utilizar medios diagnósticos

- Agilidad para identificar el problema
- Efectividad en los procedimientos
- Comunicación con el usuario y la familia
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios
- Aceptación de sugerencias
- Capacidad profesional
- Ética
- Equidad
- Presentación física de las instalaciones
- Presentación adecuada de las instalaciones
- Presentación adecuada de los utensilios y elementos
- Educación continua a personal del servicio y a usuarios

Bravo Tapia M. finalmente concluye: *“La ausencia de calidad, origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir.”*⁸⁸

-Servicio de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios

-La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional

-El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas

-La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Se existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido.

-La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.

-Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de atención.

El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a sus necesidades, hace que cada vez menos personas recurran a los centros de salud o puestos de atención primaria.

Por lo tanto, calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él, es capacidad, es atender adecuadamente, es liderar el proceso, e interesarse por todo y por todos.”⁸⁸

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública como la entidad rectora de la calidad de los servicios de salud, viene desarrollando desde hace ya varios años, un proceso de reforma y modernización de los servicios de salud¹⁰³; contando con la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, la cual tiene la misión de garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el

marco de los derechos de las personas, con el propósito de lograr la excelencia en los servicios.¹⁰⁴

4. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Desde hace más de 25 años, se reconoce a la Atención Primaria de Salud como una de las piezas clave en un sistema de salud efectivo; puesto que un sistema de salud basado en la Atención Primaria está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, promoviendo la equidad, prestando atención integral e integrada a lo largo del tiempo, destacando la importancia de la promoción y prevención y siendo el primer contacto del paciente con el sistema de salud, tomando a la familia como base para la acción y la planificación.¹⁰⁵

La Atención Primaria de Salud es una estrategia cuyo objetivo fundamental es dar atención en salud con la mayor calidad y tecnología posible, pero siempre de acuerdo a la realidad de la población. Un buen sistema de salud debe estar estructurado en base a la satisfacción del paciente, ya que alrededor del 80-90% de problemas de salud pueden ser resueltos en Atención Primaria, con un menor costo y con una mayor optimización de los recursos.¹⁰⁶

En un sistema de salud donde la puerta de entrada es la Atención Primaria, son muchas veces los médicos generales los encargados de atender a los pacientes en forma horizontal viendo la generalidad y la integralidad de los problemas. Sin embargo, es el médico familiar quien después de tres años de estudio, posee además de la capacidad de resolver problemas orgánicos, la facilidad de ver a la enfermedad como un proceso sistémico que incluye lo psicológico y social poniendo énfasis en la familia como núcleo de la sociedad y como una potencial estructura sanadora.¹⁰⁶

En el Ecuador, los posgrados de Medicina Familiar y Comunitaria aparecieron en 1987, sin embargo, es en el año 2010 cuando el Ministerio de Salud Pública reconoce esta especialidad.¹⁰⁷ Este programa de posgrado responde a la necesidad del sistema Nacional de Salud de implementar un sistema de calidad, con capacitación a médicos generales en los principios de la medicina familiar que permitirán desarrollar conocimientos, actitudes y destrezas que finalmente serán aplicadas en el modelo de Atención Integral de Salud con un enfoque familiar e intercultural al servicio de la comunidad ecuatoriana.¹⁰⁸

4.1 UNIDADES ASISTENCIALES DOCENTES:

La relación asistencial-docente se fundamenta en la necesidad de que la formación profesional esté integrada con el trabajo asistencial en todos los niveles y en todo el territorio nacional en el que funciona el Sistema Nacional de Salud. Es en sí, un vínculo estratégico y de largo plazo que se establece entre los sectores de salud y las instituciones de educación superior con el objetivo de formar y disponer de profesionales y técnicos competentes para satisfacer las necesidades de salud de la población, generando de esta forma un beneficio sobre la calidad de atención que reciben los usuarios de la Red Integral en Salud y de las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud.¹¹⁰

En este marco, la relación asistencial-docente debe: ¹¹⁰

- a. Promover la colaboración entre las tareas asistenciales y docentes
- b. Promover una cultura de servicio al público y el respeto a los derechos de los pacientes
- c. Promover la investigación científica de acuerdo al portafolio de prioridades de investigación en salud
- d. Promover los principios de Bioética en la práctica asistencial

- e. Optimizar el uso de recursos de la Red Pública Integral de Salud
- f. Promover el desarrollo científico-tecnológico
- g. Desarrollar la planificación estratégica sectorial
- h. Reconocer los roles y autonomías de los diferentes actores: los establecimientos de salud a través de su estructura y del personal de su dependencia, colaboran en el proceso de formación de profesionales y técnicos.

Se define a la Unidad Asistencial Docente como un sistema institucional de relación técnica entre el Sistema Nacional de Salud y la academia, que se caracteriza por buscar la excelencia académica, disminuir el riesgo al paciente, buscar el equilibrio entre la acción asistencial y docente, implementar procesos, cumplir normativas consensuadas. Tiene una estructura participativa y responsabilidades designadas específicas.¹¹⁰

Por lo tanto, las Unidades Asistenciales Docentes, facilitan el proceso de aprendizaje debido a su estructura y órganos de dirección, planta física, recursos asistenciales y cartera de servicios, índices mínimos para una correcta relación alumno/camas/pacientes, indicadores docentes, biblioteca, control de calidad, estructura de investigación, órganos de participación, entre otros. Para cumplir los cometidos institucionales y legalmente atribuidos al Ministerio de Salud Pública, es importante contar con talento humano debidamente formado y capacitado en los diversos campos de la salud. Resulta por tanto, necesario reglamentar la actividad clínica asistencial, la asignación de Unidades Asistenciales Docentes y a las diferentes entidades encargadas de la formación de talento humano, en vista de proteger y velar por los derechos de los pacientes, el buen servicio público, el patrimonio institucional y la excelencia académica.¹¹⁰

Actualmente, cursando en el 2do año del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en la provincia de Imbabura se encuentran 36 médicos, 19 de los cuales se encuentran en Unidades Asistenciales Docentes de la provincia.

Son en total 7 Unidades Asistenciales Docentes en la provincia de Imbabura, donde los Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE cursan el posgrado, siendo unidades de salud del primer nivel.

4.2 UNIDADES OPERATIVAS DEL MINISTERIO DE SALUD. (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)

Es importante mencionar las diferentes unidades operativas que rige el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el primer nivel de atención con el fin de determinar sus características y poder identificarlas adecuadamente. Es así que podemos definir las como:

- **PUESTO DE SALUD:**

Es un establecimiento de salud que presta servicios de promoción y prevención de la salud, actividades de participación comunitaria y primeros auxilios; su población asignada adscrita es de menos de 2000 habitantes; cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública, cuenta con un botiquín e informa mensualmente de sus actividades al nivel correspondiente. Es la Unidad de máxima desconcentración, atendida por un/a auxiliar de enfermería o técnico/a superior en enfermería; está ubicado en la zona rural de amplia dispersión poblacional.¹¹¹

- **CENTRO DE SALUD:**

Es una unidad operacional implementada para producir acciones de salud integral de tipo ambulatorio.¹¹¹

- **CENTRO DE SALUD TIPO A:**

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 2.000 a 10.000 habitantes, asignados o adscritos, presta servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria; tiene farmacia/botiquín institucional; cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública.¹¹¹ En el marco de nuestra investigación se encuentran incluidos en este apartado los Centros de Salud tipo A de San Antonio, San Roque y San Pablo, cumpliendo con las características antes descritas.

- **CENTRO DE SALUD TIPO B:**

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 10.000 a 50.000 habitantes, asignados o adscritos, que brinda acciones de salud de promoción, prevención, recuperación de la salud y cuidados paliativos, través de los servicios de medicina general, odontología, psicología, enfermería; puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría y farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública. Atiende referencia y contrareferencia.¹¹¹ De acuerdo a estas características en las calles García Moreno y Rocafuerte, en la ciudad de Ibarra se encuentra ubicado el Centro de Salud tipo B N°1 Ibarra, constituyéndose como uno de los centros de atención con mayor afluencia de pacientes en la localidad.¹⁰⁹

- **CENTRO DE SALUD TIPO C:**

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que realiza acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general y de especialidades básicas (ginecología y pediatría), odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia y emergencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública. Atiende referencia y contrareferencia.¹¹¹

- **UNIDAD ANIDADA:**

Son establecimientos de menor nivel de complejidad (Centro de Salud tipo A o B) que son implementados dentro de los hospitales básicos con el fin de realizar referencia y contrareferencia de usuarios y/o pacientes.¹¹¹ En esta investigación se incluye en esta definición al Centro de Salud anidado en el Hospital de Atuntaqui, Centro de Salud anidado en el Hospital Asdrúbal de la Torre y Centro de Salud anidado en el Hospital San Luis de Otavalo.

CAPÍTULO III. MÉTODOS

3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Existe diferencia en cuanto a los resultados de satisfacción de atención por parte de los pacientes atendidos por médicos generales vs Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE , valorada a través del cuestionario PDRQ-9, en las unidades asistenciales docentes de la provincia de Imbabura, septiembre-octubre 2015?
2. ¿Qué factores de la percepción del usuario sobre la calidad de atención influyen en el nivel de satisfacción del paciente con su médico, en la población atendida por médicos generales y Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE?

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir la satisfacción del paciente respecto a la relación con su médico mediante la utilización del Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), además de su relación con la calidad de atención médica percibida por la población atendida por médicos generales y especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar cuál de los indicadores del cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) obtiene el nivel de satisfacción más elevado y el nivel de satisfacción más bajo.

2. Determinar si los médicos posgradistas poseen una mejor relación médico-paciente que los médicos generales.
3. 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.
4. Identificar variables relacionadas con la calidad de atención percibida por el usuario que influyen en la satisfacción del usuario y la relación médico-paciente.

3.3 HIPÓTESIS:

1. Los pacientes atendidos por los Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE percibieron una mejor relación médico-paciente con respecto a los atendidos por médicos generales en las unidades asistenciales docentes de la Provincia de Imbabura.
2. El nivel de satisfacción de los pacientes con su médico de familia es mayor al 75%.
3. La variable que obtiene el nivel de satisfacción más elevado entre los pacientes atendidos tanto por médicos generales como médicos posgradistas es “puedo hablar con mi médico” y el nivel de satisfacción más bajo es “mi médico me dedica suficiente tiempo”.
4. Las personas con mayor nivel socioeconómico y mayor nivel de educación percibieron una mejor relación médico-paciente, que las personas de bajo nivel socioeconómico y bajo nivel de educación.
5. La relación médico – paciente se ve influenciada por variables de la percepción del usuario acerca de la calidad de atención recibida en los diferentes centros de salud.

3.4. METODOLOGÍA

3.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla N°2 Operacionalización de variables de estudio

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA/ ESCALA	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
EDAD	Años de vida cumplidos al momento de ingresar al estudio	0-12 años 12-18 años 18-30 años 31-50 años 51-70 años	Cuantitativa	Observación # de años Análisis: promedio Medidas de frecuencia
SEXO	Según género sexual	Hombre Mujer	Cualitativa	# hombres/total # mujeres/total Observaciones
ESCOLARIDAD	Años de estudio académico que tiene una persona	# años	Cuantitativa continua	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	Cualitativa	Medidas de frecuencia. Medidas de tendencia central y dispersión
LUGAR DEL CENTRO DE SALUD	Sector al que pertenece el centro de salud	Ibarra San Pablo Otavalo Cotacachi San Roque Atuntaqui San Antonio	Cualitativa	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	Cualitativa ordinal	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	Cuantitativa	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	Cuantitativa	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	Cuantitativa	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	Cualitativa	Medidas de asociación y frecuencias
NÚMERO DE CITA	Atención por primera vez o subsecuente	Primera vez Subsecuente	Cualitativa	# 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	Cualitativa	Medidas de asociación y frecuencias
LIMPIEZA	Opinión del paciente sobre el estado de limpieza de las instalaciones	Excelente Bueno Regular Malo	Cualitativa	Medidas de asociación y frecuencias
IMAGEN DEL MÉDICO	Opinión del paciente sobre la presentación del personal que atiende al paciente.	Excelente Bueno Regular Malo	Cualitativa	Medidas de asociación y frecuencias

PRESENTACIÓN DEL MÉDICO	El médico se presentó ante su paciente y lo saludó	Sí No	Cualitativa	Medidas de asociación y frecuencias
NOMBRE DEL MÉDICO	Paciente conocía el nombre del médico que lo atendió con anterioridad a la atención.	Sí No	Cualitativa	Medidas de asociación y frecuencias
MÉDICO QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN	Profesional de salud que brindó la atención médica	Medico posgradista de Medicina Familiar de la PUCE Médico general	Cualitativa	Medidas de tendencia central y dispersión. Medidas de frecuencia.
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA/ES CALA	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
“Mi médico me ayuda”	Posición del paciente respecto a su percepción de ayuda por parte de su médico.	1. (“Nunca”), 2 (“Casi nunca”), 3 (“A veces”), 4 (“Casi siempre”), 5 (“Siempre”)	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación.
“Mi médico tiene suficiente tiempo para mí”	Percepción del paciente acerca de la cantidad de tiempo de atención que recibió	1. (“Nunca”), 2 (“Casi nunca”), 3 (“A veces”), 4 (“Casi siempre”), 5 (“Siempre”)	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación
“Creo en mi médico”	Confianza del paciente en el médico	1. (“Nunca”), 2 (“Casi nunca”), 3 (“A veces”), 4 (“Casi siempre”), 5 (“Siempre”)	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación
“Mi médico me entiende”	El paciente siente que su médico entiende lo que le quiere decir	1. (“Nunca”), 2 (“Casi nunca”), 3 (“A veces”), 4 (“Casi siempre”), 5 (“Siempre”)	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación

“Mi médico se dedica a ayudarme”	Percepción de la dedicación que brinda el médico para ayudar a su paciente.	1. (“Nunca”), 2 (“Casi nunca”), 3 (“A veces”), 4 (“Casi siempre”), 5 (“Siempre”)	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación
“Mi médico y yo estamos de acuerdo a la naturaleza de mis síntomas”	El médico conversó con el paciente de las causas de sus síntomas	1. (“Nunca”), 2 (“Casi nunca”), 3 (“A veces”), 4 (“Casi siempre”), 5 (“Siempre”)	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación
“Puedo hablar con mi médico”	Sentimiento del paciente sobre poder decirle lo que desea a su médico	1. (“Nunca”), 2 (“Casi nunca”), 3 (“A veces”), 4 (“Casi siempre”), 5 (“Siempre”)	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación
“Me siento contento con el tratamiento de mi médico”	Sensación de felicidad del paciente con el tratamiento recibido	1. (“Nunca”), 2 (“Casi nunca”), 3 (“A veces”), 4 (“Casi siempre”), 5 (“Siempre”)	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación
“Siento a mi médico fácilmente accesible”	El paciente siente que puede llegar a su médico fácilmente tanto en su tiempo de espera y ubicación.	1. (“Nunca”), 2 (“Casi nunca”), 3 (“A veces”), 4 (“Casi siempre”), 5 (“Siempre”)	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación
Resultado Promedio de PDRQ-9	Promedio de los nueve parámetros del cuestionario PDRQ-9	Mayor o igual a 4 Menor a 4	Cuantitativa	Medidas de tendencia central y medidas de asociación Medidas de frecuencia
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD	Opinión del paciente sobre la calidad de atención recibida.	Excelente Bueno Regular Malo	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación

SATISFACCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN	Punto de vista acerca de la satisfacción del paciente sobre la atención recibida.	Satisfecho Medianamente satisfecho. Insatisfecho	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación
CONTINUIDAD DE USO	Paciente volvería a usar el servicio recibido	Sí No	Cualitativa	Medidas de frecuencia Medidas de asociación

3.4.2 MUESTRA

El muestreo se realizó en base a un estimado de atención de pacientes de médicos generales de 1 paciente cada 20 minutos y de médicos posgradistas de Medicina Familiar de la PUCE de 1 paciente cada 30 minutos. El total de médicos posgradistas de Medicina Familiar del 2do año que se encuentran en la provincia de Imbabura, brindando su atención en las unidades asistenciales docentes es de 19 y se tomarán 19 médicos generales que se encuentren trabajando en la misma institución al momento del estudio; obteniendo un universo de 15.200 pacientes mensuales. Con una proporción esperada de 75% de satisfacción, dato obtenido de un estudio publicado en la revista Atención Primaria en el 2010, donde se valoró la satisfacción del paciente con su médico de familia utilizando el instrumento Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9); con un nivel de confianza del 95% y con una precisión del 5%, se obtuvo un tamaño muestral de 283 pacientes. Este tamaño muestral será dividido para los dos grupos a estudiar, es decir 142 pacientes pertenecerán a los atendidos por médicos generales y de igual forma 142 pacientes pertenecerán a los atendidos por los posgradistas de 2do año de Medicina Familiar de la PUCE. Finalmente, se dividirán los 142 pacientes para 16 pacientes atendidos por médicos posgradistas de Medicina Familiar diariamente y se deberá tomar a 9 médicos posgradistas al azar, al igual que 9 médicos generales.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes de sexo masculino o femenino de 0 a 70 años, que acudan a la consulta de Atención Primaria con médico general o médico posgradista de Medicina Familiar de la PUCE, en los centros de Atención Primaria de Imbabura, en el período de septiembre-octubre del 2015, y que acepten voluntariamente participar en el estudio, en caso de pacientes menores de 18 años que el representante legal acepte participar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

-Pacientes que no desean participar en el estudio

-Pacientes mayores de 70 años

-Pacientes que acuden a consulta con otra especialidad que no sean las mencionadas previamente (Consulta de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Odontología, etc).

3.4.3 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio a realizarse es descriptivo transversal

3.4.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

A pesar que el cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) ha sido validado en español¹, es importante antes de iniciar el estudio realizar una prueba piloto en 20 participantes con el fin de demostrar la capacidad del instrumento de recolección de información para ser comprensible y aplicable en la población a encuestar, además de descartar que existan preguntas contradictorias o de difícil interpretación. Posterior a esta prueba piloto, se determinó que más del 50% de pacientes no comprendía la escala de Likert, desde muy apropiado (5) a nada apropiado (1), por lo tanto se decidió sustituir dicha escala,

por otra escala de Likert, determinando al número 5 como “siempre”, 4 como “casi siempre”, 3 “a veces”, 2 “casi nunca” y 1 “nunca”, con el fin de que los pacientes pudieran calificar su nivel de satisfacción con cada enunciado del PDRQ-9, similar a lo realizado en el estudio realizado Ríos-Álvarez en México quienes evaluaron los enunciados del PDRQ-9 de forma similar.¹¹⁵ Posteriormente, se aplicó otra prueba piloto encontrando que los pacientes ya podían comprender la manera de calificar cada enunciado.

La recolección de datos se hará por parte de la autora de esta investigación mediante la aplicación de cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) y la aplicación de una encuesta, elaborada en base a la clasificación propuesta por Donabedian, para explorar la calidad percibida por los usuarios, además de incluir datos sociodemográficos que permitirán determinar de qué forma dichos indicadores influyen en la satisfacción del paciente respecto a la relación con su médico.

3.4.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenida la muestra, se procederá a tabular los datos en Microsoft Excel, después de lo cual se analizará las variables a través de los programas Epi Info 6.0 y Epidat 3.1 y SPSS 18. De esta forma se obtendrán medidas de tendencia central (media, moda, mediana, etc) para las variables sociodemográficas, para el resto de variables se trabajará con análisis de proporción, medidas de asociación, razón de prevalencias y medidas de significancia.

3.5 ASPECTOS BIOÉTICOS

Antes de iniciar el estudio, se socializará el proyecto de investigación con los médicos que participarán en el mismo, con previo envío de carta a los directores tanto de los centros de salud como del director del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE.

Una vez obtenida la autorización por parte de la coordinación zonal de salud N°1, a la que se rigen las 7 unidades asistenciales docentes donde realizan sus diversas rotaciones los Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE, se procederá a aplicar el cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) junto a la encuesta modificada basada en Donabedian en todos los pacientes que acudan diariamente a dichos centros de salud, minutos después de finalizar su tiempo de consulta. Serán encuestados tanto los pacientes que acuden a la consulta en Medicina Familiar como los que acuden a la consulta de Medicina General.

La encuesta será realizada por los pacientes de forma autodirigida y anónima, con presencia de la autora de la investigación con el fin de ayudar a la resolución de la encuesta y solventar preguntas. El proceso de evaluación partirá del previo consentimiento informado de los pacientes junto con una hoja introductoria con información acerca del motivo de la investigación; en caso de pacientes menores de 18 años, el mismo será llenado por el representante que se encontrara con el menor.

Dicha autorización una vez codificada será separada inmediatamente del resto de los cuestionarios de evaluación con el objetivo de guardar el anonimato del paciente.

Es necesario destacar que la encuesta será realizada por la autora de esta investigación en caso de que el paciente fuera analfabeto o tuviera discapacidad visual.

En caso de que los resultados del cuestionario PDRQ-9 y de la calidad de atención percibida por el paciente reflejen una insatisfacción por parte del paciente, se proporcionarán consejos de cómo mejorar la relación médico paciente. Por el contrario, si los resultados son favorables, se incentivará a los médicos a seguir realizando su trabajo de mejor manera y con

mayor pasión para mantener y mejorar la atención brindada enfocándose en una relación médico paciente de fortaleza y confianza.

Es importante recalcar que se guardará confidencialidad en todo momento del estudio para posteriormente socializar los resultados con los implicados en este estudio e incidir de forma positiva en la calidad de atención y la relación médico-paciente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO)

ENCUESTA (ANEXO)

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se realizó el análisis de datos de la muestra obtenida de 283 pacientes, sin embargo se recolectaron 284 pacientes para dividir en grupos iguales a aquellos que recibieron atención médica en las unidades asistenciales docentes de la provincia de Imbabura, brindada por los Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE y por médicos generales de las mismas instituciones, en el período de Septiembre a Octubre del 2015, utilizando el programa SPSS Statistics versión 20; así se obtuvieron los siguientes resultados para las variables.

ANÁLISIS UNIVARIAL

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 Sexo

De los 284 pacientes que participaron, se mantuvo la proporción mujeres-hombres de 2,38:1.

Tabla N°3 Sexo de los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	200	70.4
Masculino	84	29.6
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Del total de la muestra, participaron en total 88 pacientes pediátricos. El 95,5% de ellos se encontraba en compañía de su madre y el 4,5% en compañía de su padre.

Tabla N°4 Sexo de los padres de los pacientes pediátricos atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	84	95,5
Masculino	4	4,5
Total	88	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

1.2 Edad

El rango de edad de los 284 pacientes participantes fue desde menores de 1 año hasta 70 años, con una media de 28,72 años y una desviación estándar de 20,921. El 31 % de la muestra pertenece al grupo de edad de 31 a 50 años, el 30,6% pertenece al grupo de 0 a 12 años, y el tercer restante de la muestra se reparte con un 17,3% en el grupo de 51 a 70 años, 16,9% en el grupo de 19 a 30 años y finalmente el 4,2% en el grupo de 13-18 años.

Tabla N°5 Edad y sus medidas de tendencia central en pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.							
Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	28,72	30,00	3	437,706	0	70	20,921

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Por otro lado, el rango de edad de los padres de los pacientes pediátricos fue desde 17 a 40 años, con una media de 25,14 años y una desviación estándar de 5,233.

Tabla N°6 Edad de los padres de pacientes pediátricos y sus medidas de tendencia central en pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.							
Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
88	25,14	24,00	21	27,383	17	40	5,233

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

1.3 Años de estudio

La media de años de estudio de la muestra estudiada es de 5,66, con una desviación estándar de 4,980 y con un rango desde 0 a 16 años de estudio, en el que se completan los estudios superiores. Es decir, la mayoría de la población posee educación primaria.

Tabla N°7 Años de estudio de la muestra y sus medidas de tendencia central en pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.							
Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	5,66	6,00	0	24,797	0	16	4,980

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Se obtuvieron los resultados de años de estudio de los padres de pacientes pediátricos, con un rango entre 2 años de estudio y 16 años que corresponde a educación superior completa.

Con una media de años de estudio de 9,88 y una desviación estándar de 3,667.

Tabla N°8 Años de estudio de los padres de pacientes pediátricos y sus medidas de tendencia central en pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.							
Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
88	9,88	11,00	12	13,444	2	16	3,667

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

1.4 Educación

De los 284 pacientes que participaron en el estudio, el 28,2% pertenece al grupo que no realizó estudios, 26,4% completó la primaria, 13,7% completó la secundaria, 5,6% completó los estudios superiores.

De los 80 pacientes que no realizó estudios, 65 de ellos pertenecen al grupo de pacientes menores de 18 años.

Tabla N°9 Educación de los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.		
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
No estudió	80	28,2
Primaria Incompleta	45	15,8
Primaria Completa	75	26,4
Secundaria Incompleta	25	8,8
Secundaria Completa	39	13,7
Superior Incompleta	4	1,4
Superior Completa	16	5,6
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

De los 88 padres de pacientes pediátricos, el 35,2% siendo la mayoría pertenece al grupo que completaron los estudios de secundaria.

Tabla N°10 Educación de los padres de pacientes pediátricos atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.		
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Incompleta	6	2,1
Primaria Completa	26	9,2
Secundaria Incompleta	13	4,6
Secundaria Completa	31	10,9
Superior Incompleta	3	1,1
Superior Completa	9	3,2
Total	88	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

1.5 Estado Civil

De los 284 pacientes el 44,4% son solteros, y el 33,8% son casados.

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	126	44,4
Casado/a	96	33,8
Unión Libre	35	12,3
Viudo/a	15	5,3
Divorciado/a	12	4,2
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

De los 88 padres de pacientes pediátricos, un tercio pertenecen al grupo de solteros, y dos tercios se reparten entre aquellos que se encuentran casados y en unión de hecho.

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	31	35,2
Casado/a	29	33,0
Unión Libre	26	29,5
Viudo/a	1	1,1
Divorciado/a	1	1,1
Total	88	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

1.6 Centro de Salud donde recibió la atención médica

Se recolectó la muestra por partes iguales en las 7 Unidades Asistenciales Docentes, representando el 14,1% de la muestra en cada una de ellas, excepto en Ibarra que fue de 15,5% debido a que es el centro más grande de atención.

1.7 Médico que brindó la atención

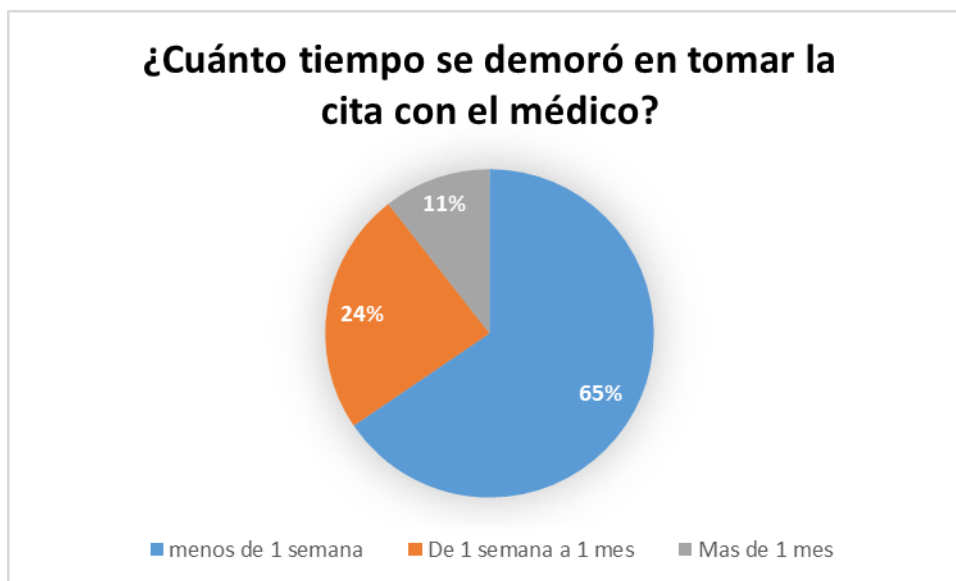
La muestra se repartió en partes iguales entre médicos generales y especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria.

2. INFORMACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN

2.1 Tiempo en tomar cita con el médico

El 65,5% de pacientes respondió que se demoró menos de 1 semana en tomar la cita con el médico.

Figura N°1. Tiempo en tomar la cita con el médico de los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.



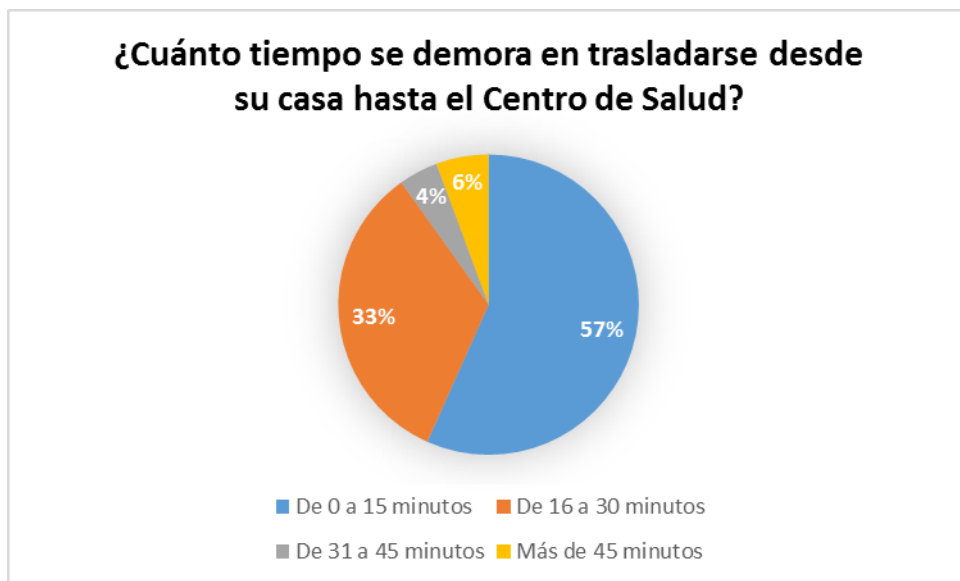
Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.2 Tiempo de traslado desde casa del usuario hasta el Centro de Salud

El 56,7% de pacientes respondió que se demora alrededor de 0 a 15 minutos en trasladarse desde su casa hasta el Centro de Salud.

Figura N°2. Tiempo de traslado desde su casa hasta el Centro de Salud, en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.3 Tiempo de espera hasta recibir atención médica

El 42,3% de pacientes respondió haber esperado atención médica por más de 25 minutos, lo que constituye el grupo mayoritario de la muestra de pacientes participantes.

Figura N°3. Tiempo de espera hasta ser atendido por el médico en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.4 Duración de la atención médica

Más de la mitad de la muestra de pacientes participantes en el estudio, respondió que la duración de la atención médica fue alrededor de 5 a 15 minutos.

Figura N°4. Duración de la atención médica en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.5 Percepción del paciente sobre el horario de atención

Se evidenció que el 78,2% de participantes contestó que le parece adecuado el horario en que atiende el Centro de Salud.

Tabla N°13 Pregunta: ¿El horario en que atiende el Centro de Salud le parece adecuado?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	222	78,2
No	62	21,8
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.6 Atención por primera vez en el Centro de Salud

Se demostró que tan solo el 9,8% de pacientes que participaron en el estudio acudía por primera vez a las unidades de atención.

Tabla N°14 Pregunta: ¿Es la primera vez que acude a este Centro de Salud?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	9,2
No	258	90,8
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.7 Atención por primera vez o subsecuente por el médico que le atiende en esta ocasión

La mitad de los pacientes participantes respondió haber sido atendido antes por el médico que le brindó atención médica en esta ocasión.

Tabla N°15 Pregunta: ¿Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	143	50,4
No	141	49,6
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.8 Estado de instalaciones, tomando en cuenta comodidad y seguridad

Se observó que el 64,1% de pacientes manifestaron que el estado de las instalaciones tomando en cuenta la comodidad y seguridad es bueno, recalcando de igual forma que el 20,1% de pacientes consideran que el estado de las instalaciones es excelente.

Tabla N°16 Pregunta: Califique el estado de las instalaciones, tomando en cuenta la comodidad y seguridad que ofrece		
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	57	20,1
Bueno	182	64,1
Regular	44	15,5
Malo	1	0,4
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.9 Estado de limpieza y aseo de las instalaciones

El 92% de los pacientes entrevistados opinan que el estado de limpieza y aseo de las instalaciones está entre bueno y excelente; sin embargo, hay que recalcar que un 7,7% lo califica como regular.

Tabla N°17 Pregunta: Califique el estado de limpieza y aseo de las instalaciones		
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	86	30,3
Bueno	176	62,0
Regular	22	7,7
Malo	0	0
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.10 Presentación personal del médico

Es importante destacar que el 66,9% de pacientes entrevistados consideraron que la presentación personal del médico que los atendió es excelente y el 32,4% consideraron que la misma es buena.

Tabla N°18 Pregunta: Califique la presentación personal del médico que le atendió		
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	190	66,9
Bueno	92	32,4
Regular	2	0,7
Malo	0	0
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.11 Presentación del médico antes de iniciar la consulta

El 59,5% de pacientes que participaron en la investigación respondió que el médico se presentó antes de iniciar la consulta.

Tabla N°19 Pregunta: ¿El médico que le atendió se presentó antes de iniciar la consulta?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	169	59,5
No	115	40,5
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

2.12 Conocer con anticipación el nombre del médico

El 66,2% de los usuarios conocían con anticipación el nombre del médico que los atendió.

Tabla N°20 Pregunta ¿Conoce usted el nombre del médico que le brindó la atención?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	188	66,2
No	96	33,8
Total	284	100

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

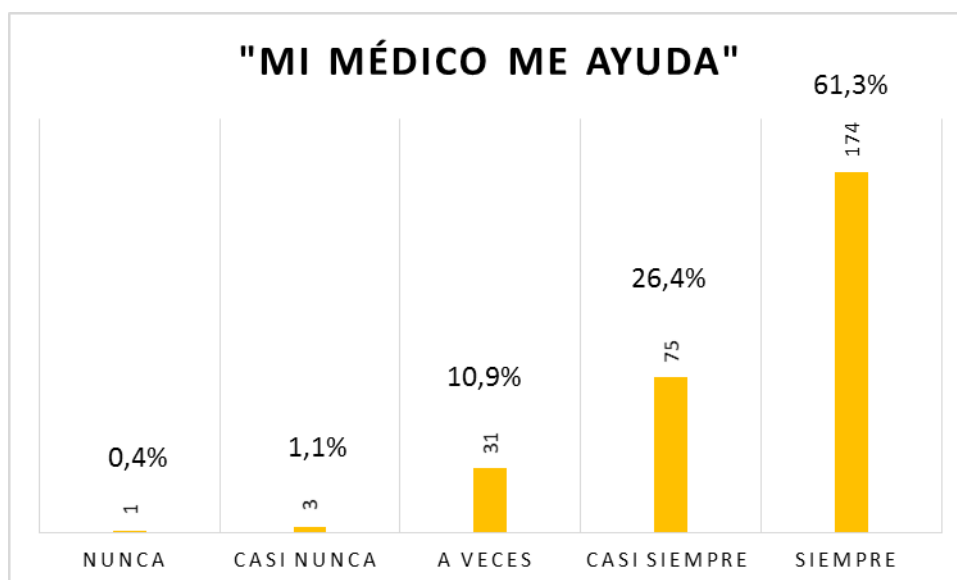
3. PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (PDRQ-9)

3.1 "Mi médico me ayuda"

Es importante destacar que el 61,3% de los pacientes entrevistados contestó que siempre percibe la ayuda del médico. Existiendo un 10,9% de pacientes que percibe la misma ayuda del médico solo en determinadas ocasiones.

Se obtuvo una media de respuesta en las 284 encuestas aplicadas a los participantes de este estudio de 4,47 puntos en la escala de Likert y una desviación estándar de 0,758.

Figura N°5. Distribución de respuestas al enunciado "Mi médico me ayuda"



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Tabla N°21 "Mi médico me ayuda" y sus medidas de tendencia central							
Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	4,47	5,00	5	0,575	1	5	0,758

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

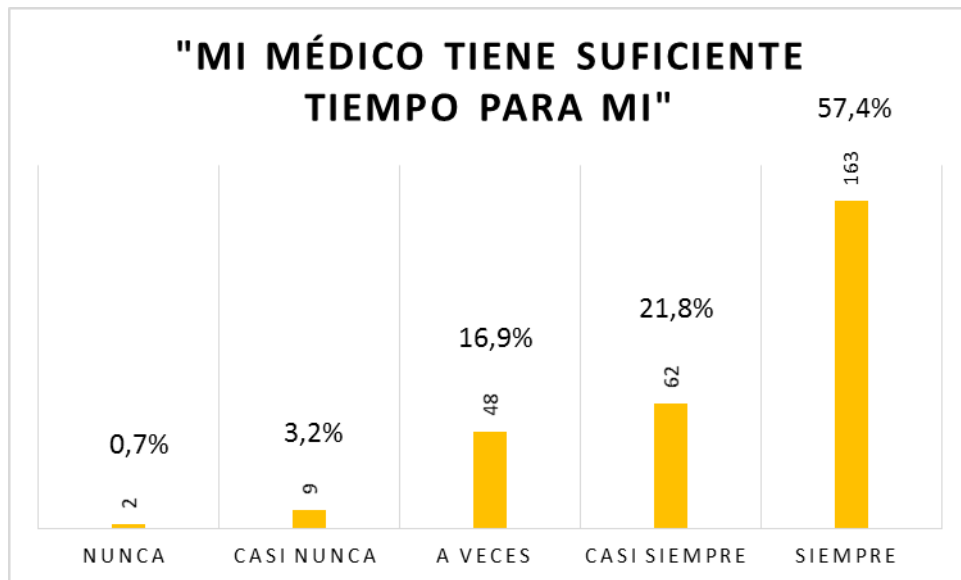
Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

3.2 “Mi médico tiene suficiente tiempo para mí”

El 57,4% de los pacientes entrevistados percibieron que su médico siempre tiene suficiente tiempo para ellos, siendo un 16,9% los que respondieron que a veces se cumple dicha afirmación.

Se obtuvo una media de respuesta en la escala de Likert de 4,32, en las 284 encuestas practicadas a los pacientes de este estudio.

Figura N°6. Distribución de respuestas al enunciado “Mi médico tiene suficiente tiempo para mí”



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	4,32	5,00	5	0,833	1	5	0,913

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

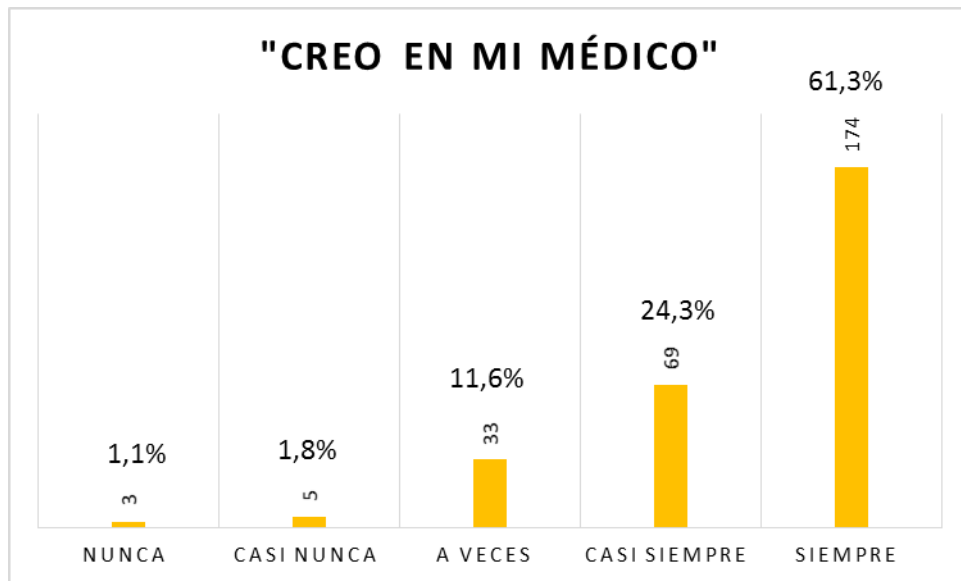
Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

3.3 “Creo en mi médico”

Es importante recalcar que el 61,3% de los pacientes entrevistados contestó creer siempre en su médico, y el 24,3% lo hacen casi siempre; aspecto importante a destacar que se integra a la satisfacción del paciente.

Se obtuvo una media de respuesta de 4,43 puntos en la escala de Likert, de los 284 participantes de este estudio; con un rango que va desde 1 a 5 y una desviación estándar de 0,844.

Figura N°7. Distribución de respuestas al enunciado “Creo en mi médico”



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	4,43	5,00	5	0,712	1	5	0,844

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

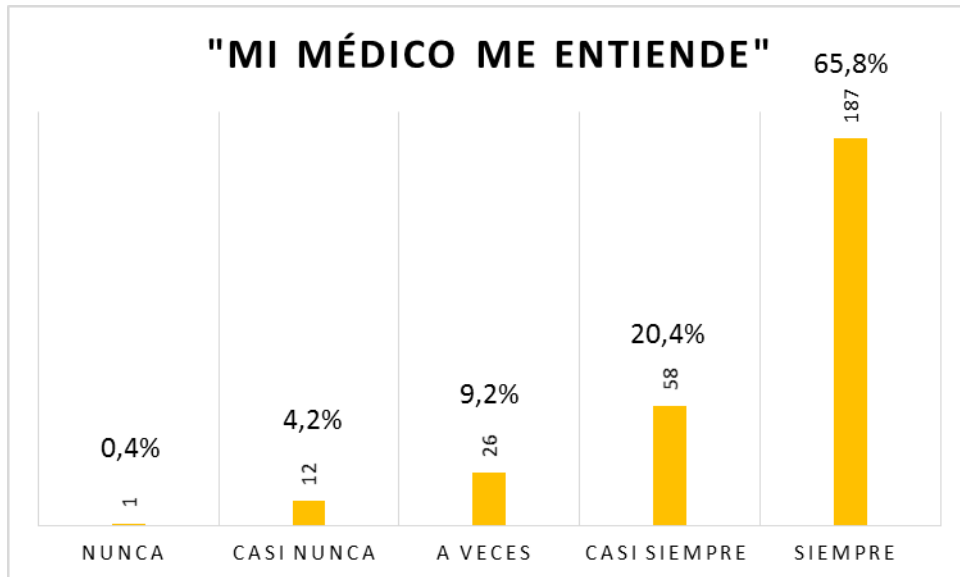
Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

3.4 “Mi médico me entiende”

El 65,8% de los pacientes entrevistados contestó siempre a la afirmación “Mi médico me entiende” y el 20,4% considera que casi siempre se cumple dicho enunciado.

Se obtuvo una media de respuesta de 4,47 puntos en la escala de Likert, en los 284 pacientes participantes y una desviación estándar de 0,855.

Figura N°8. Distribución de respuestas al enunciado “Mi médico me entiende”



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Tabla N°24 “Mi médico me entiende” y sus medidas de tendencia central							
Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	4,47	5,00	5	0,731	1	5	0,855

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

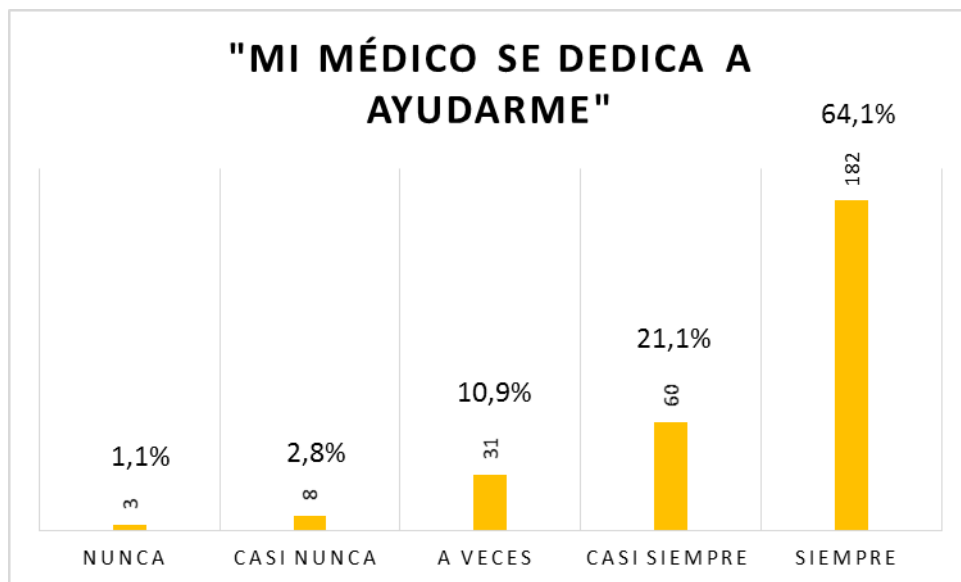
Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

3.5 “Mi médico se dedica a ayudarme”

A la afirmación “Mi médico se dedica a ayudarme” contestó siempre el 64,1% de los pacientes entrevistados, mientras que el 21,1% contestó que dicha afirmación se cumple casi siempre.

Se encontró una media de respuesta en los 284 pacientes encuestados de 4,44 puntos en la escala de Likert, con una desviación estándar de 0,874.

Figura N°9. Distribución de respuestas al enunciado “Mi médico se dedica a ayudarme”



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	4,44	5,00	5	0,764	1	5	0,874

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

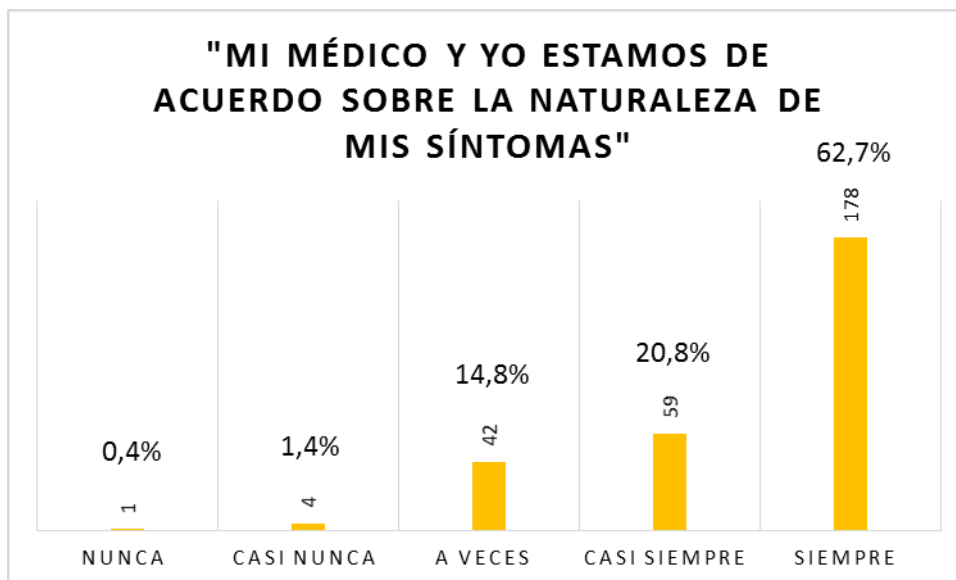
Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

3.6 “Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas”

El 62,7% de los pacientes entrevistados refiere estar siempre de acuerdo con el médico sobre la naturaleza de sus síntomas, mientras que el 14,8% de pacientes refiere estarlo solo en ciertas ocasiones.

Se obtuvo una media de respuestas de 4,44 puntos en la escala de Likert, de los 284 pacientes encuestados con una desviación estándar de 0,819.

Figura N°10. Distribución de respuestas al enunciado “Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas”



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	4,44	5,00	5	0,671	1	5	0,819

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

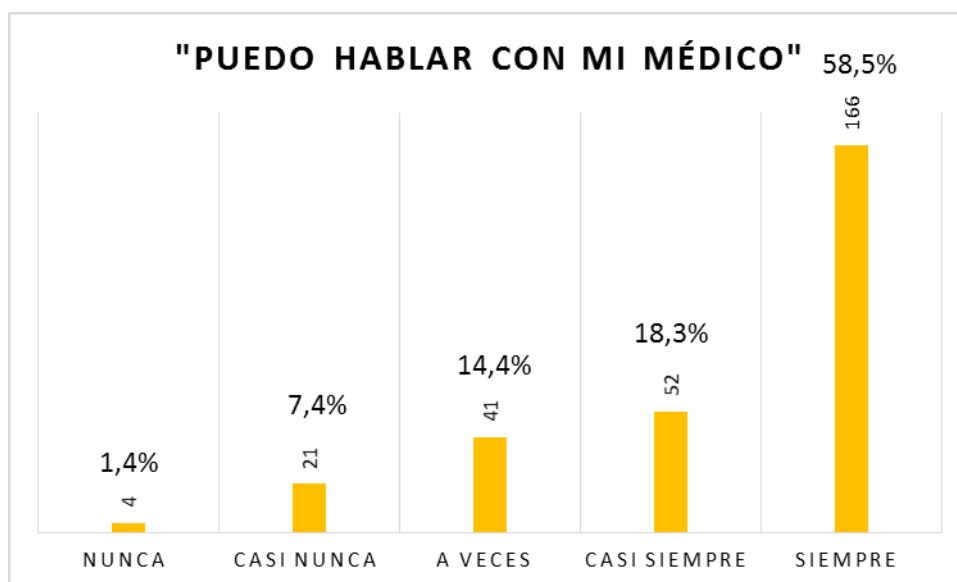
Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

3.7 “Puedo hablar con mi médico”

El 58,5% de pacientes entrevistados consideran que siempre pueden hablar con su médico, mientras que el 14,4% consideran que solo a veces pueden hacerlo.

Se encontró una media de respuestas de 4,25 puntos en la escala de Likert, de los 284 pacientes encuestados y una desviación estándar de 1,045.

Figura N°11. Distribución de respuestas al enunciado “Puedo hablar con mi médico”



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	4,25	5,00	5	1,093	1	5	1,045

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

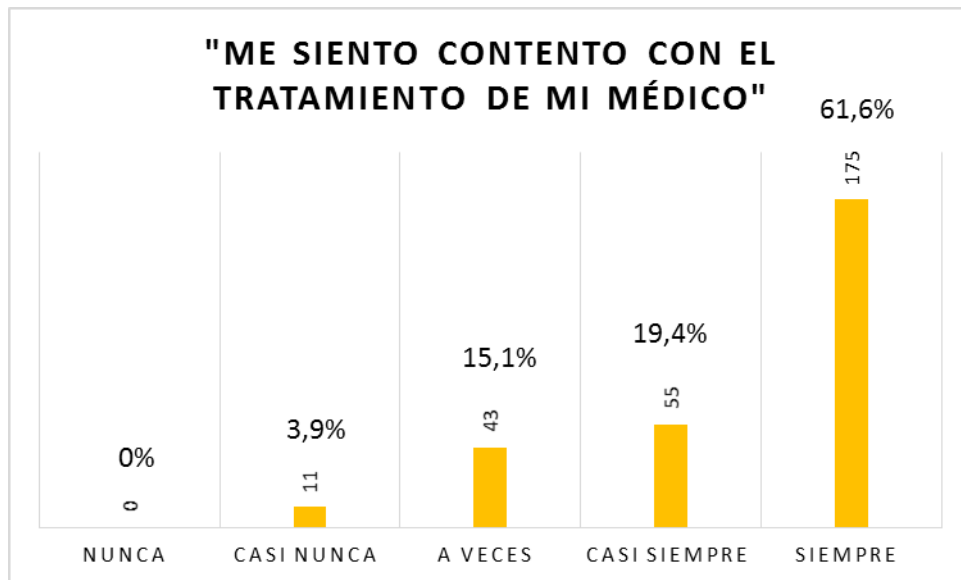
Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

3.8 “Me siento contento con el tratamiento de mi médico”

Es importante destacar que el 61,6% de pacientes entrevistados siempre se sienten contentos con el tratamiento brindado por su médico, mientras que el 15,1% refieren hacerlo a veces y el 3,9% refieren hacerlo casi nunca.

Se evidenció una media de respuestas de 4,39 puntos en la escala de Likert, en la encuesta aplicada a los 284 pacientes que participaron en este estudio; con una desviación estándar de 0,880.

Figura N°12. Distribución de respuestas al enunciado “Me siento contento con el tratamiento de mi médico”



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	4,39	5,00	5	0,775	2	5	0,880

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

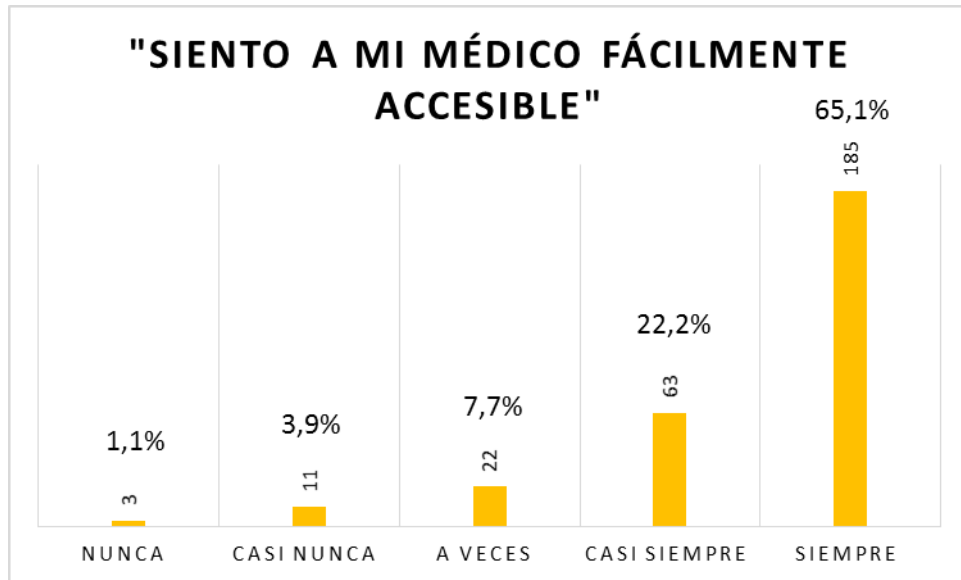
Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

3.9 “Siento a mi médico fácilmente accesible”

El 65,1% de pacientes sienten a su médico fácilmente accesible, y el 22,2% de pacientes sienten que casi siempre esta afirmación es cierta; contrastando con tan solo el 1,1% que percibe que su médico nunca es accesible.

Se obtuvo una media de respuesta de 4,46 puntos en la escala de Likert, de los 284 pacientes encuestados y una desviación estándar de 0,875.

Figura N°13. Distribución de respuestas al enunciado “Siento a mi médico fácilmente accesible”



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

Tabla N°29 “Siento a mi médico fácilmente accesible” y sus medidas de tendencia central							
Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	4,46	5,00	5	0,766	1	5	0,875

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

4. PROMEDIO PDRQ-9

Para evaluar los resultados finales del Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) se realizó el promedio obtenido en cada encuesta, finalmente de los 284 pacientes se obtuvo una media de 4,408, con un rango que va desde 1,89 hasta 5.

Tabla N°30 Promedio de PDRQ-9 y sus medidas de tendencia central en pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, período Septiembre-Octubre 2015.							
Total pacientes	Media	Mediana	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
284	4,408	4,555	5,00	0,432	1,89	5,00	0,656

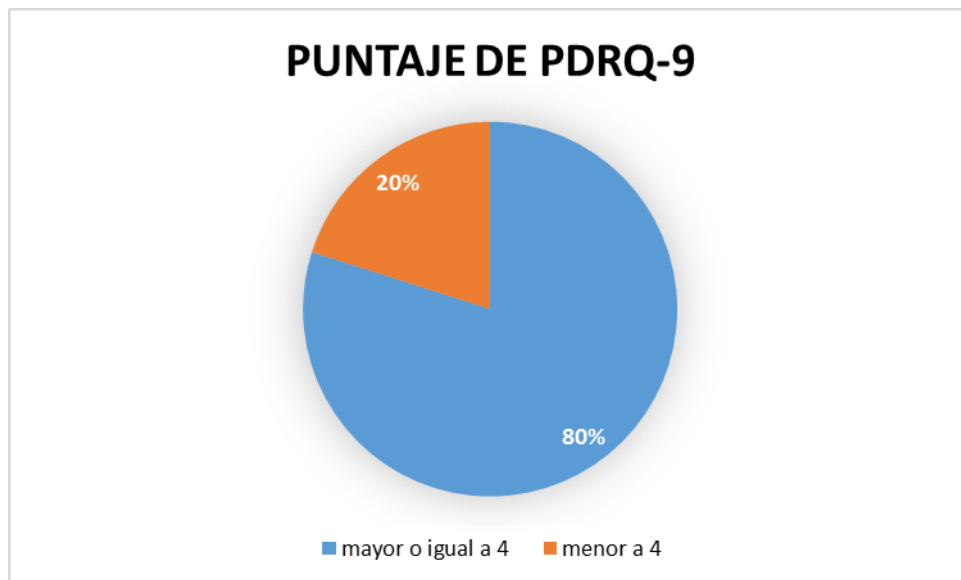
Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

5. PUNTAJE DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

Se observa que el 79,9% de pacientes entrevistados poseen un puntaje mayor o igual a 4 en el Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas, lo que finalmente se traduce en satisfacción con la relación establecida con su médico.

Figura N°14. Puntaje de PDRQ-9 mayor o igual a 4 en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.



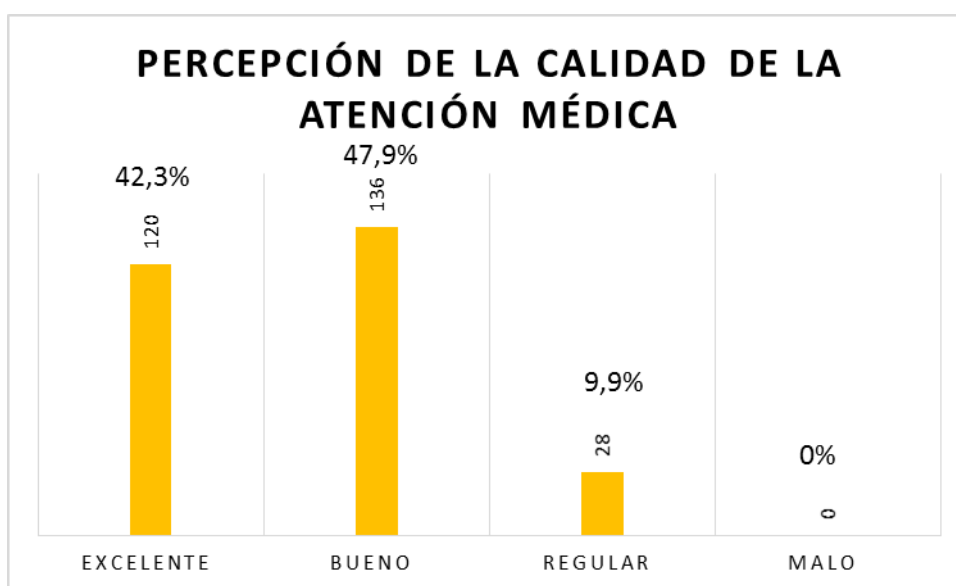
Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

6. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

Es importante destacar que el 90,2% de pacientes consideran la calidad de atención médica entre buena y excelente.

Figura N°15. Percepción de la calidad de la atención médica en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.



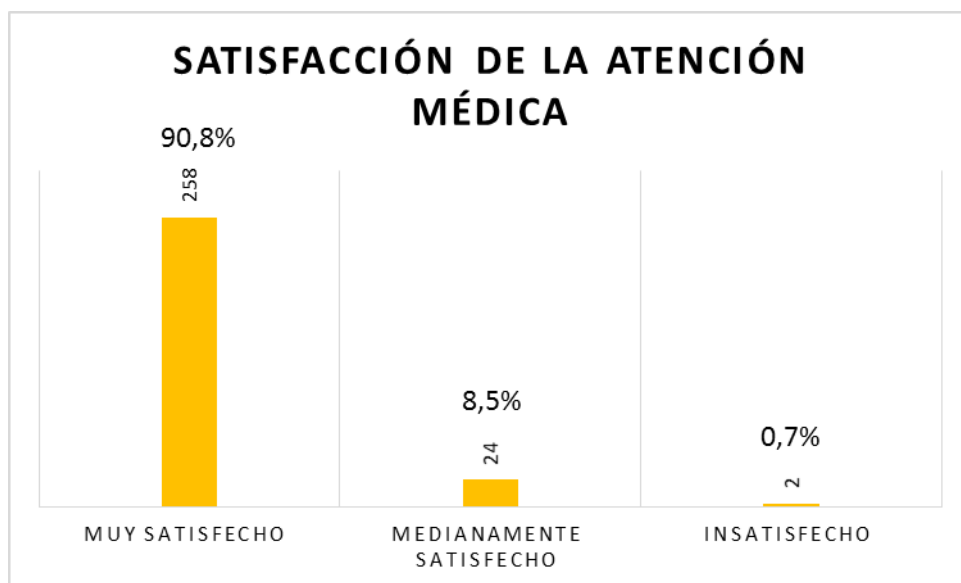
Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

7. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

El 90,8% de los pacientes encuestados se consideró muy satisfecho respecto a la atención médica recibida contrastando con tan solo el 0,7% de pacientes que se sintieron insatisfechos.

Figura N°16. Satisfacción de la atención médica en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

8. CONTINUIDAD DE USO

Existe una clara evidencia de fidelidad a los servicios de salud puesto que el 93,3% de pacientes encuestados contestó que volvería a utilizar el servicio médico recibido.

Figura N°17. Continuidad de uso del servicio médico recibido en los pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.



Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015.

ANÁLISIS BIVARIAL

1. RELACIÓN ENTRE SEXO Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

La relación entre las variables sexo y resultado de PDRQ mayor o igual a 4 no es estadísticamente significativa. **(OR 1,673; IC 95% 0,911-3,072; p= 0,095)**

			Promedio mayor de 4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
SEXO	Femenino	Recuento	165	35	200
		% dentro de Cuál es su sexo?	82,5%	17,5%	100,0%
	Masculino	Recuento	62	22	84
		% dentro de Cuál es su sexo?	73,8%	26,2%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de Cuál es su sexo?	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

2. RELACIÓN ENTRE GRUPOS DE EDAD Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

Se dividió a los diversos grupos de edad en aquellos menores de 18 años y mayores de 18 años. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre los grupos de edad y el resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4. **(OR 0,817; IC 95% 0,448-1,488; p=0,508)**

Tabla N°32 Relación entre grupos de edad y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4					
			Promedio >4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
GRUPO DE EDAD	< 18 años	Recuento	77	22	99
		% dentro de GRUPO DE EDAD	77,8%	22,2%	100,0%
	> de 18 años	Recuento	150	35	185
		% dentro de GRUPO DE EDAD	81,1%	18,9%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de GRUPO DE EDAD	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

3. RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

No se encontró relación estadísticamente significativa entre poseer un mayor o menor grado de escolaridad y que el resultado de PDRQ-9 sea mayor o igual a 4, lo que determinaría mayor satisfacción. **(OR 0,912; IC 95% 0,479-1,737; p=0,780)**

			Promedio >4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
AÑOS ESTUDIO	Ning.- Prim.	Recuento	159	41	200
		% dentro de AÑOESTUDIO	79,5%	20,5%	100,0%
	Sec.-Sup.	Recuento	68	16	84
		% dentro de AÑOESTUDIO	81,0%	19,0%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de AÑOESTUDIO	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

4. RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

No se encontró significancia estadística entre los diversos estados civiles (Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a, Unión Libre o Viudo/a) y obtener un resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4. **(OR 0,859; IC 95% 0,480-1,538; p=0,610)**

Tabla N°34 Relación entre estado civil y resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4					
			Promedio >4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
EST. CIVIL	Soltero	Recuento	99	27	126
		% dentro de EST. CIVIL	78,6%	21,4%	100,0%
	Otros estados civiles	Recuento	128	30	158
		% dentro de EST. CIVIL	81,0%	19,0%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de EST. CIVIL	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

5. RELACIÓN ENTRE MÉDICO QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

Si se encuentra diferencia estadística en el resultado del PDRQ al ser atendido por médico general o por médico posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria. (OR 0,157, IC 95% 0,074-0,318 y Valor de P 0,000).

Lo que también se traduce en que el ser atendido por un médico posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, aumenta la probabilidad de obtener un PDRQ mayor o igual a 4 en más de 6 veces (**OR 6,53; IC 95% 3,14 – 13,57; p = 0,000**).

Tabla N°35 Relación entre médico que brindó la atención y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4					
			Promedio mayor de 4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
MÉDICO	Médico general	Recuento	95	47	142
		% dentro de MEDICO	66,9%	33,1%	100,0%
	Medico posgradista	Recuento	132	10	142
		% dentro de MEDICO	93,0%	7,0%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de MEDICO	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

6. RELACIÓN DE DIFERENCIA DE MEDIAS DEL MÉDICO QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN CON EL PROMEDIO DE PDRQ-9.

La media obtenida en las 142 encuestas realizadas a pacientes atendidos por médicos generales en el puntaje total del PDRQ-9 es de 4,1948; mientras que en médicos posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE es de 4,6228.

Médico	Media	N
Médico general	4,1948	142
Médico posgradista	4,6228	142
Total	4,4088	284

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

La diferencia de medias entre médicos generales y médicos posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE fue de 0,428. Estas diferencias son estadísticamente significativas (**prueba T 0,000; IC 0,282-0,573**)

7. RELACIÓN ENTRE TIEMPO EN TOMAR LA CITA CON EL MÉDICO Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tiempo en que se demora el paciente en tomar la cita con el médico y obtener un mayor puntaje en el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. **(OR 1,504; IC 95% 0,830-2,725; p=0,177).**

		Promedio mayor de 4			Total
		Mayor o igual a 4	Menor a 4		
TIEMPO EN TOMAR CITA	< de 1 semana	Recuento	153	33	186
		% dentro de TIEMPO CITA	82,3%	17,7%	100,0%
	> ó = a 1 semana	Recuento	74	24	98
		% dentro de TIEMPO CITA	75,5%	24,5%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de TIEMPO CITA	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

8. RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE TRASLADO DESDE CASA HASTA CENTRO DE SALUD Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

No se encontró significancia estadística entre el tiempo de traslado desde la casa del paciente hasta el Centro de Salud y un resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4. **(OR 0,940; IC 95% 0,522-1,692; p= 0,837)**

Tabla N°38 Relación entre tiempo de traslado de la casa hasta el Centro de Salud y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4					
			Promedio >4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
T. TRASLADO	< o = a 15 min.	Recuento	128	33	161
		% dentro de T. TRASLADO	79,5%	20,5%	100,0%
	> a 15 min.	Recuento	99	24	123
		% dentro de T. TRASLADO	80,5%	19,5%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de T. TRASLADO	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

**9. RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ESPERA HASTA SER ATENDIDO Y RESULTADO DE PDRQ-9
MAYOR O IGUAL A 4**

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de espera del paciente hasta recibir atención médica y obtener un resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4.

(OR 2,349; IC 95% 1,199-4,604; p=0,011).

Lo que se traduce en que un tiempo de espera menor o igual a 15 minutos duplica la probabilidad de obtener un puntaje mayor o igual a 4 en el PDRQ-9, influyendo en la satisfacción del paciente.

Tabla N° 39 Relación entre tiempo de espera hasta recibir atención médica y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4					
			Promedio >4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
T. ESPERA	< o = a 15 min.	Recuento	93	13	106
		% dentro de T. ESPERA	87,7%	12,3%	100,0%
	> a 15 min.	Recuento	134	44	178
		% dentro de T. ESPERA	75,3%	24,7%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de T. ESPERA	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

10. RELACIÓN ENTRE DURACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y RESULTADO DE PDRQ-9

MAYOR O IGUAL A 4

No se encontró significancia estadística entre la duración de la atención médica y un resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4. (OR 0,718; IC 95% 0,396-1,299; p=0,272).

Tabla N°40 Relación entre duración de la atención médica y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4					
			Promedio >4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
T. ATENCIÓN	< o = a 15 min.	Recuento	121	35	156
		% dentro de T. ATENCIÓN	77,6%	22,4%	100,0%
	> a 15 min.	Recuento	106	22	128
		% dentro de T. ATENCIÓN	82,8%	17,2%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de T. ATENCIÓN	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

11. RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SI ES ADECUADO EL HORARIO DE ATENCIÓN DEL CENTRO DE SALUD Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

Existe significancia estadística entre la percepción positiva del paciente acerca del horario de atención del Centro de Salud y el resultado de PDRQ, siendo casi 3 veces más probable obtener un valor mayor o igual a 4 en la escala. **(OR 2,939; IC 95% 1,560-5,535; p=0,001)**

			Promedio mayor de 4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
El horario en que atiende el Centro de Salud le parece adecuado?	Si	Recuento	187	35	222
		% dentro de El horario en que atiende el Centro de Salud le parece adecuado?	84,2%	15,8%	100,0%
	No	Recuento	40	22	62
		% dentro de El horario en que atiende el Centro de Salud le parece adecuado?	64,5%	35,5%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de El horario en que atiende el Centro de Salud le parece adecuado?	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

12. RELACIÓN ENTRE PRIMERA VEZ DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

No existe relación estadísticamente significativa entre la variable primera vez de atención en el Centro de Salud y el resultado de PDRQ-9. (OR 0,821; IC 95% 0,314-2,150; p=0,688)

Tabla N°42 Relación entre primera vez de atención en el Centro de Salud y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4					
			Promedio mayor de 4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
Es la primera vez que acude a este Centro de Salud?	Si	Recuento	20	6	26
		% dentro de Es la primera vez que acude a este Centro de Salud?	76,9%	23,1%	100,0%
	No	Recuento	207	51	258
		% dentro de Es la primera vez que acude a este Centro de Salud?	80,2%	19,8%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de Es la primera vez que acude a este Centro de Salud?	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

13. RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE HABER SIDO ATENDIDO ANTES POR EL MÉDICO QUE LE ATENDIÓ EN ESTA OCASIÓN Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

No se encontró significancia estadística entre la variable haber sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión y el resultado de PDRQ-9. (OR 1,515; IC 95% 0,843-2,724; p= 0,164).

Tabla N°43 Relación entre haber sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4					
			Promedio mayor de 4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión?	Si	Recuento	119	24	143
		% dentro de Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión?	83,2%	16,8%	100,0%
	No	Recuento	108	33	141
		% dentro de Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión?	76,6%	23,4%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión?	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

14. RELACIÓN ENTRE ESTADO DE LAS INSTALACIONES, TOMANDO EN CUENTA LA COMODIDAD Y LA SEGURIDAD QUE OFRECE Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el estado de las instalaciones y obtener un resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4. (**OR 1,800; IC 95% 0,874-3,710; p=0,107**).

			Promedio >4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
EST. INSTAL.	Exc. y Bueno	Recuento	195	44	239
		% dentro de EST. INSTAL.	81,6%	18,4%	100,0%
	Reg. y Malo	Recuento	32	13	45
		% dentro de EST. INSTAL.	71,1%	28,9%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de EST. INSTAL.	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

15. RELACIÓN ENTRE ESTADO DE LIMPIEZA Y ASEO DE LAS INSTALACIONES Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

No se encontró significancia estadística entre el estado de limpieza y aseo de las instalaciones y el resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4. **(OR 1,551; IC 95% 0,578-4,162; p=0,380).**

			Promedio mayor de 4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
LIMPIEZA INST.	Exc. y Bueno	Recuento	211	51	262
		% dentro de LIMPIEZA INST.	80,5%	19,5%	100,0%
	Reg. y Malo	Recuento	16	6	22
		% dentro de LIMPIEZA INST.	72,7%	27,3%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de LIMPIEZA INST.	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

16. RELACIÓN ENTRE PRESENTACIÓN PERSONAL DEL MÉDICO Y RESULTADO DE PDRQ-9

MAYOR O IGUAL A 4

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presentación personal del médico y el resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4. (OR 4,036; IC 95% 0,249-65,522; p (estadístico exacto de Fisher) = 0,362)

Tabla N° 46 Relación entre presentación personal del médico y promedio de PDRQ-9 Mayor o igual a 4					
			Promedio >4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
PRES. MD	Exc. y Bueno	Recuento	226	56	282
		% dentro de PRES. MD	80,1%	19,9%	100,0%
	Reg. y Malo	Recuento	1	1	2
		% dentro de PRES. MD	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de PRES. MD	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

17. RELACIÓN ENTRE PRESENTACIÓN DEL MÉDICO ANTES DE INICIAR LA CONSULTA Y RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

Existe una relación estadísticamente significativa entre la variable presentación del médico antes de iniciar la consulta y el resultado de PDRQ-9; existiendo una mayor probabilidad, en casi 6 veces más, de un resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4 si el médico se presenta antes de iniciar la consulta; lo que finalmente se traducirá en una mayor satisfacción. **(OR 5,907; IC 95% 3,077-11,338; p=0,000).**

Tabla N°47 Relación entre presentación del médico antes de iniciar la consulta y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4					
			Promedio mayor de 4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
El médico que le atendió se presentó antes de iniciar la consulta?	Si	Recuento	154	15	169
		% dentro de El médico que le atendió se presentó antes de iniciar la consulta?	91,1%	8,9%	100,0%
	No	Recuento	73	42	115
		% dentro de El médico que le atendió se presentó antes de iniciar la consulta?	63,5%	36,5%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de El médico que le atendió se presentó antes de iniciar la consulta?	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

18. RELACIÓN ENTRE CONOCER EL NOMBRE DEL MÉDICO QUE LE BRINDÓ LA ATENCIÓN Y

RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4

Existe significancia estadística entre conocer el nombre del médico que le brindó la atención y el resultado de PDRQ-9; la cual se traduce en una mayor probabilidad de obtener un resultado mayor o igual a 4 en la escala. **(OR 6,462; IC 95% 3,428-12,181; p= 0,000).**

Tabla N°48 Relación entre conocer el nombre del médico que le brindó la atención y promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4					
			Promedio mayor de 4		Total
			Mayor o igual a 4	Menor a 4	
Conoce usted el nombre del médico que le brindó la atención?	Si	Recuento	170	18	188
		% dentro de Conoce usted el nombre del médico que le brindó la atención?	90,4%	9,6%	100,0%
	No	Recuento	57	39	96
		% dentro de Conoce usted el nombre del médico que le brindó la atención?	59,4%	40,6%	100,0%
Total		Recuento	227	57	284
		% dentro de Conoce usted el nombre del médico que le brindó la atención?	79,9%	20,1%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el período de septiembre-octubre del 2015

19. RELACIÓN ENTRE RESULTADO DE PDRQ-9 MAYOR O IGUAL A 4 Y CONTINUIDAD DE USO

Existe significancia estadística entre el resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4 y la continuidad de uso por parte del usuario del Centro de Salud. **(OR 47,813; IC 95% 10,634-214,982; p=0,000)**

Se demuestra que un resultado mayor o igual a 4 es un factor que aumenta la probabilidad en aproximadamente 48 veces de continuidad de uso por parte del paciente del servicio de salud.

Tabla N°49 Relación entre promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4 y continuidad de uso del servicio médico brindado					
			Volvería a utilizar el servicio médico recibido?		Total
			SI	No	
Promedio >4	Mayor o igual a 4	Recuento	225	2	227
		% dentro de Promedio >4	99,1%	0,9%	100,0%
	Menor a 4	Recuento	40	17	57
		% dentro de Promedio >4	70,2%	29,8%	100,0%
Total		Recuento	265	19	284
		% dentro de Promedio >4	93,3%	6,7%	100,0%

Elaborado por: Ana Carolina Izurieta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes atendidos en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura en el periodo de septiembre-octubre del 2015

PREDICTORES DE CONTINUIDAD DE USO

1. SENSIBILIDAD:

La sensibilidad del PDRQ-9 como predictor de continuidad de uso es de 84,91%

2. ESPECIFICIDAD:

La especificidad del PDRQ-9 como predictor de continuidad de uso es de 89,47%

3. VALOR PREDICTIVO POSITIVO y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO:

El valor predictivo positivo del PDRQ-9 es de 99,12% y el valor predictivo negativo es de 29,82% en relación a la continuidad de uso.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

Debido a los cambios actuales en el Sistema de Salud, no solo aquellos que se ejecutan a nivel organizativo y estructural sino también y de forma directa en la relación con el paciente¹, ha habido una creciente preocupación actual sobre la importancia de la relación médico-paciente y cómo dicha relación influye directamente sobre la satisfacción del paciente. Es por esta razón, que evaluar la satisfacción del paciente se convierte en un resultado medible y fiable que refleja la calidad de atención del médico.¹¹²

La satisfacción en general en nuestro medio, no ha sido evaluada. Por esta razón, resulta interesante y objetivo medir la satisfacción con la relación médico-paciente con herramientas que han sido creadas específicamente para utilizar en Atención Primaria; utilizando el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), el cual ha sido validado internacionalmente, y que no ha sido probado en este entorno hasta el momento.

En la presente investigación, se plantea valorar la satisfacción de la atención médica percibida por los pacientes en las Unidades Asistenciales Docentes de la provincia de Imbabura, en los pacientes atendidos por los Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE y por médicos generales, con el fin de determinar de una manera objetiva el nivel de satisfacción de los pacientes, mediante la aplicación del cuestionario PDRQ-9 y cómo los diversos indicadores de calidad de atención médica percibida por los usuarios influyen en dicho objetivo. Además de proporcionar medidas prácticas aplicables tanto para Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria y médicos generales sobre la relación médico-paciente y detectar las causas de insatisfacción de pacientes atendidos en dicha unidades, para finalmente establecer recomendaciones sobre cómo mejorar la relación médico-paciente y de igual forma con aquellos resultados favorables incentivar a los médicos a seguir realizando su trabajo de

mejor manera y con mayor pasión para mantener y mejorar la atención brindada enfocándose en una relación médico-paciente de fortaleza y confianza.

De esta forma se tomó como referencia 7 Unidades Asistenciales Docentes en la provincia de Imbabura en donde se encuestó a pacientes atendidos tanto por médicos posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE y por médicos generales obteniendo los siguientes resultados:

Con un total de 284 pacientes, se dividió a los mismos en 2 grupos, 142 pacientes atendidos por los Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE y 142 pacientes atendidos por médicos generales de la misma institución, seleccionados con los criterios de inclusión y exclusión ya expuestos, se aplicaron encuestas basadas en parámetros de calidad de atención percibida por el paciente así como el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) después de recibir la atención médica.

En cuanto a la información sociodemográfica el 70,4% de pacientes encuestados son de sexo femenino y el 29,6% son de sexo masculino, con una media de 28,72 años. Del total de la muestra, participaron en total 88 pacientes pediátricos, los cuales el 95,5% se encontraba en compañía de su madre y el 4,5% en compañía de su padre. Por otro lado, en cuanto a la escolaridad de los pacientes estudiados se encontró que la media de años de estudio es de 5,66 años, con un rango que va desde ningún año de estudio hasta superior completa. Es importante destacar que probablemente la media de años de estudio sea tan solo de casi 6 años, debido a que un tercio de la muestra pertenece al grupo de pacientes de 0 a 12 años. Respecto al estado civil de la muestra estudiada en la provincia de Imbabura, de los 284 pacientes el 44,4% son solteros, el 33,8% son casados y el 12,3% se encuentran en unión de hecho; el porcentaje restante se encuentra dividido entre los demás estados civiles. No se encontró que dichos indicadores sociodemográficos mencionados influyan en el nivel de satisfacción. Martín-

Fernández et al. en el 2010³³, concluyeron que la edad, el vivir en una zona rural, el poseer solo estudios primarios parecían relacionarse con una mejor satisfacción con la relación médico-paciente, finalmente determinaron en su estudio que solo la edad y el vivir en una zona rural se asociaban con el hecho de tener una mayor satisfacción en la relación con el médico³³. Campbell et al. en el 2001¹¹³, ya habían determinado cierta diferencia entre la entre las personas de diferentes edades, y etnia con respecto a su evaluación sobre la calidad de atención percibida en Atención Primaria y su satisfacción, determinando que aquellos pacientes con mayor edad, califican a la calidad de atención y por tanto su satisfacción, con puntajes más elevados. Sin embargo, el estudio concluye que esto es probable, debido a que las personas mayores, por sus distintas morbilidades se encuentran en un contacto más estrecho con los médicos de Atención Primaria.¹¹⁴ Contrario a esto Zenger M. et al. en el 2014 concluyen que la edad, la diferencia de género o incluso el estatus socioeconómico tienen un impacto mínimo sobre la satisfacción.⁸⁶

Posteriormente se procedió a analizar los dos grupos mayoritarios de atención que se incluyeron en este trabajo de investigación, al realizar el cruce de variables con el promedio de PDRQ-9 mayor o igual a 4 que finalmente denota satisfacción del paciente con la relación con su médico se encontró una relación estadísticamente significativa, lo que se traduce en que el ser atendido por un médico posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, aumenta la probabilidad de obtener un PDRQ-9 mayor o igual a 4, lo que finalmente demuestra la primera hipótesis planteada en este trabajo de investigación descrita en el tercer capítulo.

En esta investigación, al analizar los indicadores de calidad de atención percibidos por el paciente se encontró que alrededor del 65,1% de pacientes se demoró menos de 1 semana en tomar la cita con el médico; el 56,7% respondió que se demora de 0 a 15 minutos en llegar desde su casa hasta el Centro de Salud, denotando buena accesibilidad y más de la mitad de pacientes

encuestados determinó que la duración de la atención médica fue de 5 a 15 minutos. Sin embargo, ninguno de estos indicadores pareció influir sobre la satisfacción del paciente.

Por otro lado, se encontró que el 42,3% de pacientes respondió haber esperado por más de 25 minutos hasta recibir atención médica, y que el 78,2% de pacientes considera adecuado el horario en el que atiende el Centro de Salud, determinando que un tiempo de espera menor o igual a 15 minutos y la percepción positiva acerca del horario de atención duplican la probabilidad de obtener un puntaje elevado en el PDRQ-9. Contrario a lo establecido por Martín-Fernández J. et al. quienes determinan que la accesibilidad a la consulta no es un factor determinante de la satisfacción del paciente; sin embargo, en la muestra seleccionada por dicho estudio realizado en 6 unidades de Atención Primaria en Madrid el 70% de pacientes refirió haber esperado menos de 15 minutos a ser atendidos.³³

Es de igual importancia destacar que no se encontró relación estadísticamente significativa entre ir por primera vez o de forma subsecuente tanto al Centro de Salud como el ser atendido antes por el médico que le brindó la atención médica en esta ocasión e incluso por el estado de las instalaciones en cuanto a comodidad, seguridad y aseo de las mismas y su influencia en la satisfacción del paciente.

Sin embargo, una parte fundamental de la relación médico-paciente yace en que el médico antes de la consulta brinde la confianza suficiente para que el paciente deposite en él todas sus preocupaciones en cuanto a su estado de salud, esto muchas veces se logra con la presentación del médico antes de iniciar dicha consulta, el 59,5% de pacientes encuestados en esta investigación respondió que el médico se presentó antes de iniciar la consulta y se encontró una relación estadísticamente significativa con obtener un puntaje de PDRQ-9 mayor o igual a 4, indicando que existe una mayor probabilidad de satisfacción cuando el médico realiza una

pequeña introducción antes de iniciar la consulta y de igual forma cuando el paciente conoce con anterioridad el nombre del médico que brindará la atención médica.

En cuanto a los resultados obtenidos en el cuestionario de satisfacción con la relación con su médico, medidos por el Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas, se encontró en esta investigación una media de 4,408 en la escala de Likert, de los 284 pacientes participantes con un rango que va desde 1,89 hasta 5. Sin embargo, es importante destacar que al realizar la media entre médicos generales y médicos posgradistas, quienes obtienen una media superior en la escala de Likert son éstos últimos con un puntaje de 4,6228.

En su formato original, el cuestionario se evaluó en pacientes atendidos en Atención Primaria y en otros que acudían a una consulta específica de Neurología. Van Der Feltz-Cornelis et al. en el 2004 encontraron una media de satisfacción en Atención Primaria de 4,06.⁷⁹ Cuando la entrevista se hacía al especialista, la media bajaba a 3,60.⁷⁹ Los resultados encontrados en el estudio realizado por Martín-Fernández et al. en el 2010 demuestran una media de 4,41 en dicho cuestionario.³³ Al adaptar el cuestionario al castellano, realizado por Mingote et al. en el 2008 se encontró una media de satisfacción de 3,62 puntos.¹ Sin embargo, el cuestionario utilizado fue la versión de 13 preguntas y el mismo no se realizó en Atención Primaria sino en una consulta externa de un hospital.³³

Finalmente, se observa que el 79,9% de pacientes encuestados obtuvo un puntaje mayor o igual a 4 en la escala de Likert lo que denota una satisfacción general por parte de los usuarios de los servicios de salud con la relación con su médico; comprobándose la segunda hipótesis descrita en este trabajo de investigación. Estos resultados coinciden con otros estudios relacionados como el realizado por Martín-Fernández et al. en el 2010 quien concluye que solo el 25,0% de los pacientes expresa un resultado menor que 4 ³³ o el realizado por Ríos-Álvarez et al. en el

2011, en el que concluye que el 75% de pacientes se encuentra satisfecho con su médico aplicado en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.¹¹⁵

Al analizar la distribución de cada una de las 9 preguntas del cuestionario, se encontró que la media más alta de respuestas con 4,47 puntos en la escala de Likert, evaluada en las 284 encuestas de los pacientes participantes, la poseen los enunciados “Mi médico me ayuda” y “Mi médico me entiende”, mientras que la media más baja en dicha escala de Likert con 4,25 puntos es del enunciado “Puedo hablar con mi médico”. De esta forma se rechaza la tercera hipótesis propuesta en este trabajo de investigación. Contrastando con el trabajo realizado por Martín-Fernández et al., quienes encuentran que el puntaje más alto lo posee el enunciado “Mi médico tiene suficiente tiempo para mí” con una media de respuestas de 4,62 puntos en la escala de Likert y el más bajo lo determina el enunciado “Mi médico me ayuda” con una media de respuestas de 4,32 puntos.³³

Por último, evaluando la continuidad de uso del servicio médico recibido, el 93,3% de pacientes determinó que si volvería a utilizar el servicio recibido. Se estableció la influencia de un puntaje en el PDRQ-9 mayor o igual a 4 en la continuidad de uso, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre dichas variables, pues el obtener un puntaje mayor o igual a 4 en el PDRQ-9 aumenta la probabilidad de continuidad de uso del servicio de salud en aproximadamente 48 veces.

De esta manera se puede afirmar, que los usuarios de las Unidades Asistenciales Docentes se encuentran satisfechos con la atención brindada tanto por médicos generales como por Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE. Los hallazgos de esta investigación demuestran la importancia de las habilidades del médico para establecer una relación de confianza con el paciente, desde incluso antes de conocerlo. Esta investigación ha permitido pautar lineamientos importantes tanto para el médico general como para el médico

posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, que finalmente influirán en la satisfacción del paciente y en la continuidad de uso del servicio de salud por parte del paciente. Por otro lado, es importante mencionar que no existen estudios a nivel local o incluso a nivel latinoamericano que apliquen el PDRQ-9 como un cuestionario para evaluar la satisfacción del paciente, por lo tanto, no es posible la comparación con una población de estudio similar a la participante en esta investigación.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

- En la presente investigación no se encontró una relación estadísticamente significativa entre variables sociodemográficas como sexo, edad, escolaridad, estado civil y la satisfacción del paciente con la relación con su médico. Además, el estado de las instalaciones en cuanto a comodidad, seguridad y limpieza e incluso la presentación personal del médico no influyen de forma significativa en dicha satisfacción.
- Aproximadamente el 80% de los encuestados refirieron sentirse satisfechos por la atención recibida, sin embargo, el ser atendido por un médico posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE aumenta la probabilidad de satisfacción del paciente con la relación con su médico, en aproximadamente 6 veces. (OR 6,53; IC 95% 3,14-13,57; $p=0,000$)
- En cuanto a las variables inmersas en el estudio de la calidad de atención percibida por el paciente, el tiempo en tomar la cita, el tiempo de traslado desde la casa del paciente hasta el Centro de Salud, la duración de la atención médica, el acudir por primera vez o de forma subsecuente al Centro de Salud y el haber sido atendido antes por el médico que le atiende en esta ocasión no influyen en la satisfacción del paciente con la relación con su médico.
- El tiempo de espera menor o igual a 15 minutos ($p=0,011$) y la percepción positiva del paciente acerca del horario de atención del Centro de Salud ($p=0,001$); así como conocer el nombre del médico antes de iniciar la consulta ($p=0,000$) y el hecho de presentarse antes de iniciar la atención médica ($p=0,000$) influyen de forma significativa en una mayor satisfacción del paciente con la relación con su médico.
- Se establece al Patient-Doctor Relationship Questionnaire, versión de 9 preguntas como un predictor fiable de la continuidad de uso, puesto que el obtener un puntaje mayor o igual a 4 en la escala de Likert de dicho cuestionario aumenta la probabilidad en aproximadamente

48 veces de continuidad de uso del servicio de salud. (OR 47,813; IC 95% 10,634-214,982;
p=0,000)

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios posteriores que además de incluir a médicos generales y posgradistas en Medicina familiar y Comunitaria, se incluya a todo el equipo de salud que se encuentra en contacto con el paciente con el fin de determinar aspectos importantes que influyen en la satisfacción del paciente a más de los presentados en este trabajo de investigación.
- Realizar estudios con una población más grande, con el fin de determinar la satisfacción con la relación médico-paciente y establecer lineamientos a niveles provinciales e incluso nacionales para mejorar la calidad de atención en salud.
- El tiempo de espera para el paciente hasta recibir atención médica debe ser el mínimo posible con el fin de evitar que el paciente se sienta insatisfecho con la atención médica recibida.
- Se recomienda que los horarios de atención de las Unidades Asistenciales Docentes se amplíen a manera que el paciente perciba que puede acudir a la atención médica sin tener que incomodar sus actividades cotidianas y puedan acceder a una atención médica integral.
- Las Unidades Asistenciales Docentes deben dar a conocer el nombre de los médicos que atienden en dichas unidades, puesto que el paciente sentirá mayor confianza al momento de recibir la atención médica, lo que se reflejará en su satisfacción.
- De igual forma se recomienda que todo médico que entre en contacto con el paciente, antes de iniciar la consulta médica realice una pequeña presentación del mismo con el fin de generar un ambiente de confianza y seguridad para el paciente, práctica que se debe fomentar desde la educación en pregrado en todas las facultades de Medicina del país.
- Integrar instrumentos de medida de la satisfacción del paciente, principalmente en Atención Primaria, puesto que datos de diferentes estudios demuestran que la satisfacción es una medida fiable de la calidad de atención brindada por el personal de salud.

BIBLIOGRAFÍA

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. 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.
3. Arrubarrena Aragón V.M. La relación médico-paciente. *Cirujano General*. 2011; 33(2): 122-125.
4. Rivero Varona M. La relación médico-paciente: una dimensión virtuosa y digna. *Bioética* 2011; 113: 14-17.
5. Maglio F. El "escuchatorio" en la relación médico-paciente. Argentina: Intranet, 2011.
6. Antúnez Baró A., Torres González A. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *Mediciego* 2014. 20(1): 1-10.
7. Beck S. R., Daughtridge R., Sloane P.D. Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2002. 15(1) : 25-38.
8. Departamento de Estudios y Desarrollo. *Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores*. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. 2013
9. Monteagudo O., Navarro C., Alonso P., Casas R., Rodríguez L., Gracia J., García-Caballero J., Herruzo R. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Revista de Calidad Asistencial* 2003; 18(5): 263-71.
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. *Rev Clin Esp* 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. *An Fac 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. *Fam Pract* 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 Salud Ment* 2005. 8:12-20.
39. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci 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 134ericos-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. *Arch Fam Med* 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*. 1ª 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. *Cancer Prev Control* 1999 Feb;3(1):25-30.
50. Kaplan C.B., Siegel B., Madill J., Epstein R. Communication and medical interview. *Journal of General Internal Medicine* 1997. 12(2): 49-55.
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.
52. Makoul G., Arntson P., Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(9):1241-54.
53. Britten N., Stevenson F.A., Barry C.A., Barber N., Bradley C.P. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*. 2000 Feb 19; 320(7233): 484–488.
54. Stewart M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 May 1; 152(9): 1423–1433.
55. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.

56. Durántez Torío J., García Tirado M.C. Relación médico-paciente y entrevista clínica: opinión y preferencias de los médicos. *Atención Primaria* 1997. 19(1): 1-5.
57. Braga M.L., Tarantino M.G. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. *Arch Argent Pediatr* 2011. 109(1): 36-41.
58. Serwint JR, Rutherford L. Sharing bad news with parents. *Contemp Pediatr*; 17(3):45-66.
59. Gaspá-Martí J., García-Tornel S. Relación médico-adolescente. Técnicas de la entrevista. Aspectos legales. *Pediatr Integral* 2005. 9(1): 13-19.
60. Barrantes-Monge M., Rodríguez E., Lama A. Relación médico-paciente: Derechos del adulto mayor. *Acta Bioethica* 2009. 15(2): 216-221.
61. Emanuel E.J., Emanuel L.L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 1992;267(16):2221-2226
62. Chwialkowska A. The factors influencing the physician-patient relationship-The case study of Poland. *Journal of Health Sciences* 2013. 3(11): 37-50.
63. Greenfield J.A. Medical Decisionmaking: models of the Doctor-Patient Relationship. *Healthcare Communication* 2001. 1(1): 1-2.
64. Serrano-del Rosal R., Loriente-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud pública de México* 2008. 50(2): 162-172.
65. Aharony L., Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev.* 1993 Spring;50(1):49-79.
66. Ford R.C., Bach S.A., Fottler M.D. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Manage Rev.* 1997 Spring;22(2):74-89.
67. Ruiz-Moral R., Pérula de Torres L.A., Muñoz Alamo M., Jiménez García C., González Nebauer V., Alba Dios A., Barrios Blasco L., Criado Larumbe M. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Revista Española de Salud Pública* 2011. 85(3): 315-322.
68. Kincey J., Bradshaw P., Ley P. Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners.* 1975. 25(157): 558-566.
69. Jahng K.H., Martin L.R., Golin C.E., DiMatteo M.R. Preferences for medical collaboration: patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Educ Couns.* 2005 Jun;57(3):308-14.
70. Chang de la Rosa M., Alemán Lage M.C., Cañizares Pérez M., Ibarra A.M. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 1999. 15(5): 541-7.
71. Williams S., Weinman J., Dale J. Doctor-Patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice* 1998. 15(5): 480-492.
72. Serrano del Rosal R., Biedma Velásquez L. El usuario del sistema sanitario: gestor de calidad. *Salud pública de México* 2008. 50(2): 175
73. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *Br Med J* 1991;302:887-889.
74. Savage R., Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *BMJ.* 1990 Oct 27; 301(6758): 968-970.

75. Grupo de trabajo de Clínicas de Chile A.G. *¿Qué influye en el nivel de satisfacción de un paciente?* Santiago, Chile. 2012
76. Mero Ávila R., Andrade García M.D. *Grado de satisfacción del usuario respecto a la atención de enfermería que reciben en los servicios de salud preventivo y hospitalario. Período Enero-Junio del 2012.* Tesis previa a la obtención del título de Licenciada y Licenciado en Ciencias de la Enfermería. Universidad laica "Eloy Alfaro de Manabí" 2012.
77. Gherardi C.R. La relación médico-paciente en la práctica actual de la medicina. *Claves en Psicoanálisis y Medicina* 1998. 13-14: 18-23.
78. Beattie P.F., Pinto M.B., Nelson M.K., Nelson R. Patient Satisfaction with Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation. *Journal of the American Physical Therapy Association* 2002. 82(6): 557-565.
79. Van der Feltz-Cornelis C.M., Van Oppen P., Van Marwijk H.W., De Beurs E., Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry* 2004. 26(2): 115-120.
80. Hahn S.R., Thompson K.S., Wills T.A., Stern V., Budner N.S. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol.* 1994 Jun;47(6):647-57.
81. Arafat Y. *Psychometric validation of the Bangla versión of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9).* Thesis proposal prepared for the partial fulfillment of the requirements of the Master of Public Health (MPH) degree. University of Bangladesh 2015.
82. Lerman C.E., Brody D.S., Caputo G.C., Smith D.G., Lazaro G.C., Wolfson H.G. Patients' Perceived Involvement in Care Scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *J Gen Intern Med* 1990. 5(1): 29-33.
83. Steven I.D., Thomas S.A., Eckerman E., Browning C., Dickens E. A patient determined general practice satisfaction questionnaire. *Aust Fam Physician* 1999. 28(4): 342-348.
84. Beattie P.F., Pinto M.B., Nelson M.K., Nelson R. Patient Satisfaction with Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation. *Journal of the American Physical Therapy Association* 2002. 82(6): 557-565.
85. Ridd M.J., Lewis G., Peters T.J., Salisbury C. Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation. *Ann Fam Med* 2011; 9: 538-545.
86. Zenger M., Schaefert R., Van der Feltz-Cornelis C., Brahler E., Hauser W. Validation of the Patient-Doctor-Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a Representative Cross-Sectional German Population Survey. *Plos One* 2014. 9(3): 1-8.
87. Morales Rivas M., Carvajal Garcés C. Percepción de la calidad de atención por el usuario e Consulta Externa del Centro de Salud Villa Candelaria. *Revistas Bolivianas.* 2007; 24:28
88. Bravo Tapia M.R. *Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña.* Tesis previa a la obtención del título de Diploma Superior en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud. Universidad Técnica Particular de Loja. Escuela de Medicina. 2011
89. Jiménez Paneque R.E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública* 2004; 30(1)

90. Asorey G. La calidad del Servicio y el Profesional de la Salud. *Rev Bioanálisis*. 2009; 5(26): 37-38
91. Bigné E. Moline M. Sánchez J. Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y 137eriféricos Área de Comercialización e Investigación de Mercados. Dpto. de Admin. De Empresas y Marketing. Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas. 1998. Universitat Jaume I. Castellón.
92. Chandia Vidal Y. Introducción a la Calidad en Salud. Manual de Calidad. 2006.
93. Miller Franco L., Silimperi D., Van Zanten T., MacAulay C., Askov K., Bouchet B., Marquez L. *Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud: Institucionalización de la Garantía de la Calidad*. Center for Human Services. 2004
94. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Health Serv Res*. 1981 Summer; 16(2): 236–237.
95. International Organization for Standardization. Quality: terms and definitions. 1989.
96. Net A., Suñol R. La Calidad de la Atención. Instituto Universitario Avedis Donabedian- Universidad Autónoma de Barcelona.
97. González Díaz H.E. Calidad de la Atención. Atlantic International University.
98. García Maldonado J. *Evaluación de la calidad y calidez de atención a los usuarios del Subcentro de Salud “El Bosque”. Propuesta gerencial de mejoramiento. Período 2011*. Tesis presentada como requisito para optar por el grado de magíster en gerencia y administración de salud. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas 2012.
99. Donabedian A. *Garantía y monitoría de la calidad de atención médica: Un texto introductorio*. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública 1992
100. Aiteco Consultores. El modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio. URL: <http://www.aiteco.com/modelo-servqual-de-calidad-de-servicio/>
101. Grupo de trabajo del Hospital Universitario del Valle. *Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios*. Cali, Colombia. 2010
102. Castro M.C. La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica. *Región y Sociedad* 2004. 16(30): 43-83.
103. Espinosa Barrera N. *Sistema para garantizar calidad de atención primaria en el Centro de Salud N°8 de la ciudad de Quito*. Trabajo de investigación previo a la obtención del Grado de Magister en Gerencia de los Servicios de Salud. Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud. 2010
104. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.
105. Macinko J., Montenegro H., Nebot Adell C., Etienne C. y Grupo de trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública* 2007. 21(2/3): 73-84.
106. Equipo de Salud de Altura. Entrevista al Dr. Rodrigo Díaz, médico familiar, Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar.
107. Equipo de redacción Sociedad-Diario el Telégrafo. Medicina familiar, una especialidad sin “explorar”. *El Telégrafo*. 30 de septiembre de 2013.
108. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Perfil profesional Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

109. Equipo de redacción Diario "La Hora". Buscan un nuevo Centro de Salud para Ibarra. *La Hora*. 1 de abril de 2012.
110. Ministerio de Salud Pública y Consejo de Educación Superior. *Norma Técnica para Unidades Asistenciales-Docentes*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; Marzo, 2013.
111. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. *Unidades Operativas del Ministerio de Salud*.
URL: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figlo_uniope.htm
112. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice* 1990. 40: 487-490.
113. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care*. 2001;10:90-5.
114. Allan J, Schattner P, Stocks N, Ramsay E. Does patient satisfaction of general practice change over a decade? *BMC Fam Pract*. 2009;10:13.
115. Ríos-Álvarez M., Acevedo-Giles O., González-Pedraza A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2011. 19(4): 149-153.

ANEXOS

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:

“SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DOCENTES DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, BRINDADA POR LOS ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA PUCE, DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE-OCTUBRE DEL 2015.”

Objetivo:

El propósito de este trabajo de investigación es determinar de una manera objetiva el nivel de satisfacción de los pacientes, mediante la aplicación del cuestionario PDRQ -9 validado por diferentes autores, que evaluará la relación médico-paciente en los pacientes atendidos tanto por médicos generales como por Especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE en las unidades asistenciales docentes, y su correlación con la calidad de la atención médica percibida por los usuarios de dichas unidades asistenciales; con el fin de determinar de qué forma inciden las diferentes variables de calidad de atención en la relación médico-paciente.

Esta investigación se realizará mediante la aplicación de una encuesta que recoja los diferentes aspectos a investigar de calidad de atención percibida por el paciente y el cuestionario PDRQ-9, misma que se realizará una vez finalizada la consulta sea en el área de Medicina General o Medicina Familiar.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

Confidencialidad:

Se guardará absoluta confidencialidad de las personas que participen en este trabajo de investigación.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, _____ con CI _____

He leído ó escuchado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre esta información y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre de la persona encuestada: _____

Firma:

ENCUESTA

Mi nombre es Ana Carolina Izurieta Pacheco, egresada de la Facultad de Medicina de la PUCE y voy a realizar una encuesta con fines académicos para el estudio de la SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DOCENTES DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, brindada por los especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE y médicos generales, durante los meses de septiembre-octubre del 2015.

Presento a continuación la encuesta con la intención de conocer su opinión sobre este tema. Sus respuestas serán absolutamente confidenciales y su uso servirá para medir el nivel de satisfacción de la relación médico-paciente.

Marque con una **X** lo que usted crea conveniente.

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. **¿Cuál es el centro de Salud donde recibió la atención médica?**
a. Ibarra b. San Pablo c. Otavalo d. San Antonio
e. Cotacachi f. San Roque g. Atuntaqui
6. **¿Qué médico brindó la atención?** a. Médico general b. Médico Posgradista
7. **¿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
8. **¿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
9. **¿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
10. **¿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
11. **¿El horario en que atiende el Centro de Salud le parece adecuado?**
a. Si b. No
12. **¿Es la primera vez que acude a este Centro de Salud?**
a. Si b. No
13. **¿Ha sido atendido antes por el médico que le atendió en esta ocasión?**
a. Si b. No

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

a. Excelente b. Bueno c. Regular d. Malo

15. Califique el estado de limpieza y aseo de las instalaciones.

a. Excelente b. Bueno c. Regular d. Malo

16. Califique la presentación personal del médico que le atendió.

a. Excelente b. Bueno c. Regular d. Malo

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

a. Si b. No

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

a. Si b. No

19. 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

a. "Mi médico me ayuda"

b. "Mi médico tiene suficiente tiempo para mi"

c. "Creo en mi médico"

d. "Mi médico me entiende"

e. "Mi médico se dedica a ayudarme"

f. "Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas"

g. "Puedo hablar con mi médico"

h. "Me siento contento con el tratamiento de mi médico"

i. "Siento a mi médico fácilmente accesible"

20. Califique la CALIDAD de la atención médica percibida por usted.

a. Excelente b. Bueno c. Regular d. Malo

21. 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

