Revista Electrónica de Psicología Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 3 **Septiembre de 2019**

SATISFACCIÓN PERCIBIDA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN SISTEMAS DE SALUD

Patricia Edith Farias[1], María Lourdes Tapia[2] y Sonia Tifner[3]
Universidad Nacional de San Luis
Argentina

RESUMEN

El presente trabajo busca explorar la calidad de la Relación Médico-Paciente en sujetos que asisten a servicios de salud, focalizando en el grado de satisfacción e insatisfacción respecto a la calidad de la atención médica y las posibles asociaciones con características demográficas de los usuarios Se trabajó con una muestra intencional de 100 sujetos que asistieron a Instituciones públicas y privadas de una localidad de la provincia de San Juan (Argentina). Se administró de forma individual y previo consentimiento informado, el *Cuestionario estructurado tipo encuesta* (Urquizo Chávez, 2011) para evaluar la percepción de los usuarios respecto del servicio médico recibido y el nivel de satisfacción. Los usuarios manifestaron satisfacción en la atención con independencia de las variables sociodemográficas. Se halló relación entre calidad de atención y tipo de atención pública y privada. Se considera el trabajo aporta información para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención de los sistemas de salud.

Palabras clave: atención médica satisfacción relación médico paciente

[1] Lic. En Psicología. Clínica Los Alamos. San Juan. paedfa@hotmail.com
[2] Mag. En Psicología Clínica Mención Cognitiva Integrativa. JTP Exclusivo. Co- directora Proyecto PROICO 12-0316. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis mtapia@unsl.edu.ar
[3] Dra. En Psicología. Facultad de Psicología. Prof. Adjunta Exclusivo. Proyecto PROICO 12-1304. Universidad Nacional de San Luis stifner@unsl.edu.ar
La investigación se llevó a cabo en la Localidad de Media Agua (San Juan, Argentina)

PERCEIVED SATISFACTION AND QUALITY OF MEDICAL CARE IN HEALTH SYSTEMS

ABSTRACT

The present study to explore the quality of the Physician-Patient Relationship in subjects attending health services, focusing on the degree of satisfaction and dissatisfaction with the quality of medical care and the possible associations with demographic characteristics of the Users. We worked with an intentional sample of 100 subjects who attended public and private institutions of a locality of the province of San Juan (Argentina). The structured survey questionnaire (Urquizo Chávez, 2011) was administered individually and with prior informed consent in order to assess the users' perception of the medical service received and the level of satisfaction.

Users expressed satisfaction in care regardless of sociodemographic variables. The relationship between quality of care and type of public and private attention was found. It is considered the work provides information for the continuous improvement of the quality in the attention of the health systems.

Key words: medical care satisfaction patient medical relationship

Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible.

De Francisco (1999), plantea que esta relación ha existido desde los albores de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales (Rodríguez Silva, 2006).

Hablar de la relación médico-paciente (RMP) es referirse a una relación humana, es decir, entre personas; es referirse a la dignidad en el diálogo entre dos seres humanos: una “persona” que está enferma, que sufre y pide ayuda, y otra “persona”, un médico experto, quien debe sanarla, y si no lo consigue, al menos aliviarla, consolarla y acompañarla. Este diálogo debe darse entre seres con iguales derechos y dignidades (Celedón, 2003).

La RMP puede ser definida como una relación interpersonal, asimétrica, modulada e influenciada por factores sociales y culturales. Se desarrolla en un plano

intelectual, técnico, afectivo y ético (Cruz Martínez, Fragoso Marchante, González Morales, Sierra Martínez, Labrada González, 2010).

Cortese y cols. (2004) sostienen que la RMP es la base de la práctica médica. Se establece un vínculo terapéutico, en el cual el médico, desde el inicio, se responsabiliza por la salud del paciente, lo que lo obliga a atenderlo de la mejor manera posible, dentro de un marco científico y ético.

Díaz Muñoz (2011), expresa que la relación médico-paciente, es la base fundamental de una buena consulta médica, tiene connotaciones humanas, éticas, filosóficas, sociológicas y hasta implicaciones legales por las consecuencias que su alteración puede producir. Debe ser considerada por los profesionales como un pilar esencial del ejercicio médico y los pacientes deben reclamarlo como un derecho.

Dicha relación no debe limitarse sólo al vínculo médico-enfermedad, ya que también se incorporan sentimientos, principios y vivencias del paciente y muchas veces del profesional. Se establece una relación persona a persona con todo el compromiso que esto involucra.

Sánchez González (2007), expresa que la genuina RMP es aquella capaz de generar la atmósfera de confianza, de fe, de comprensión y de respeto, que permite al paciente revelar sus más íntimos pensamientos y sentimientos, cuyo conocimiento puede aportar la clave del diagnóstico.

Los elementos que facilitan al médico una buena relación médico-paciente son: conocimientos médicos sólidos, autoconfianza fundada en la competencia, control emocional, cordialidad, empatía y flexibilidad. Y más aún, ahora desde la perspectiva de los médicos, se ha descrito a la Medicina Asertiva, como una propuesta que combate la medicina defensiva y ayuda a mejorar la relación médico-paciente, disminuyendo la desconfianza y la inconformidad derivada del acto médico.

En este sentido, la práctica médica se enmarca en torno a algunos principios básicos:

Privacidad: Hace referencia al ámbito restringido de la información del paciente respecto a su vida personal.

Confidencialidad: Involucra la obligación del médico de no revelar información suministrada por el paciente. De esta regla surge el concepto de "secreto profesional", el que establece que el médico no puede exponer información del paciente bajo ningún concepto, salvo situaciones específicamente definidas por la ley.

Veracidad: Para que el individuo pueda tomar decisiones en forma autónoma, el médico debe informar al paciente en forma veraz. Se debe evitar todo tipo de engaño o ambigüedad, y el ocultamiento de información necesaria para preservar el principio de autonomía.

Consentimiento informado: Es un proceso temporal y dinámico entre el médico y el paciente. Requiere que el médico informe adecuadamente sobre un procedimiento o indicación y que el paciente, con estos elementos, y respetando su autonomía, tome una decisión. Requiere de la aplicación de los principios y reglas anteriormente descriptas.

Como en toda relación interpersonal, la empatía cobra un papel preponderante. En salud mental se la considera como la capacidad de percibir pensamientos, sentimientos y conductas de otras personas. Requiere habilidades que evolucionan con la madurez y las relaciones interpersonales (Vidal, Alarcón, y Lolas Stepke, 1995). Es decir, constituye la base de una comunicación adecuada para entender los motivos que generan sentimientos y emociones.

Por su parte, Bueno (2000), refiere que en medicina, uno de los fundamentos del vínculo empático plantea que se trata de demostrar interés personal, conocer a fondo las características del paciente y entender sus necesidades, dedicarle tiempo, estar dispuesto a escuchar y contestar preguntas utilizando un lenguaje comprensible.

Mucci (2007), expresa que ello implica "personalizar" al enfermo, entendiendo que la actitud médica de distancia y asepsia cosifica y desubjetiviza. El proceder empático posibilita respetar la dignidad en la relación médico-paciente. Se trata de ponerse en el lugar del otro, escuchar su decir, sentir con su piel, ver desde su mirada.

En este sentido, Carl Rogers (1989), estableció siete áreas que permiten mejorar la RMP:

- *Comprensión empática*: significa escuchar los sentimientos del paciente en un marco de comprensión.
- *Comunicación de respeto*: valora el respeto del médico ante el problema del paciente; se debe buscar que el enfermo no se sienta raro o incómodo con el problema que lo aqueja.
- *Concretar la expresión*: consiste en buscar la expresión directa de sentimientos y experiencias. Hay que estimular al paciente para que lo haga, sin dar por hecho las cosas. No se debe sugerir respuestas, ni sacar conclusiones precipitadas.
- *Autenticidad y congruencia*: tiene que existir congruencia entre nuestras respuestas y lo que el paciente expresa. Por ello, no hay que contestar de manera huidiza ni generalizar sobre sus problemas. Se debe procurar la mayor objetividad posible en las opiniones.
- *Auto revelación facilitadora*: el médico puede aportar experiencias personales para facilitar la revelación del paciente. Así, al ponerse en el lugar del paciente se percibe que se entiende lo que cuenta.
- *Confrontación en procesos inter-intrapersonales*: se basa en la comunicación no verbal, tanto del paciente como del entrevistador, buscando congruencia entre gestos y palabras.

La comunicación constituye un proceso fundamental para el desarrollo de una relación médico-paciente eficaz. Autores como Bateson y Ruesch (1951), Watzlawick (1981), entre otros, sentaron las bases de diversos modelos de comunicación utilizados para comprender las relaciones humanas y específicamente las que se desarrollan entre el paciente y el médico o cualquier otro profesional del equipo de salud. En este sentido, el proceso comunicacional en la relación paciente y profesional de la salud es multidimensional, incluyendo el análisis de las relaciones, las interacciones y el contexto, en la relación médico - paciente.

Sánchez González (2007), plantea que al estudiar el tipo de relación que se presenta entre médico y paciente, puede observarse que no existe un modelo

único y que siempre está influido por aspectos cognitivos de ambos integrantes del binomio. Lo que queda claro es que el mayor esfuerzo lo deben realizar los profesionales de la salud. El médico debe tener la responsabilidad y capacidad de adoptar un estilo para cada tipo de paciente. La cosmovisión de la enfermedad pone en evidencia que en cada paciente influyen, en diferente magnitud, los factores psicológicos, familiares, sociales y ambientales en los que se desarrolla (Urquizo Chávez, 2011).

En conjunto, la atención médica debe dar respuestas a las necesidades de los pacientes, con la aplicación del mejor conocimiento científico, técnico y de las relaciones humanas, entendiendo el aporte del vínculo establecido en la satisfacción del paciente, adherencia y compromiso activo en su tratamiento.

OBJETIVO

General:

Explorar la calidad de la Relación Médico-Paciente en sujetos que asisten a servicios de salud pública y privada.

Específicos:

- Determinar el grado de satisfacción e insatisfacción respecto a la calidad de la atención médica.
- Indagar posibles asociaciones entre las características demográficas de los usuarios y su satisfacción respecto a la calidad de la atención médica.
- Proporcionar información para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención.

MÉTODO

Muestra: se conformó una muestra intencional de 100 pacientes que asistieron a ámbitos de salud pública (n=50) y privada (n=50). Teniendo en cuenta el *género*, el 62 % de los encuestados eran de sexo femenino y 38 % masculino.

Respecto a las *edades*, la máxima fue de 86 años y la mínima de 18, siendo la edad promedio de 36 años. Tabla 1.

Edad categorizada	Porcentaje
18-29 años	39 %
30-40 años	31 %
41-52 años	14 %
53-64 años	10 %
65-86 años	6 %

Tabla 1
Distribución de la muestra total (N=100) según la edad

En cuanto al *estado civil*, el 55 % de los entrevistados era soltero, el 36 % casado, un 5 % manifestó ser viudo y el 4 % restante indicó ser divorciado.
El 62 % refirió tener hijos, frente a un 38 % que dijo no tenerlos. Tabla 2.

Cantidad de Hijos	Porcentaje
1 hijo	18 %
2 hijos	24 %
3 hijos	12 %
4 hijos	5 %
6 hijos	2 %
7 hijos	1 %

Tabla 2
Distribución de los sujetos según cantidad de hijos en la muestra total (N=100)

Con respecto al *trabajo*, el 32 % de los encuestados refirió ser empleado en relación de dependencia, un 24 % no trabajaba, un 19 % estaba incluido en la categoría: “retirados y amas de casa”, el 18 % de los usuarios era profesional y, por último, el 7 % indicó ser empleado independiente.
En cuanto al *nivel de escolaridad*, el 59 % cursó el secundario completo, el 20 % el nivel primario, el 11 % accedió a un grado universitario y sólo y el 8 % a un nivel terciario.
Respecto al *tipo de atención*, el 50 % de los usuarios asistió a Servicio Público y el otro 50% a Clínicas o consultorios privados.

INSTRUMENTO

Cuestionario estructurado tipo encuesta, elaborado por Urquizo Chávez, D. (2011). Evalúa la percepción de los usuarios respecto del servicio médico recibido a partir de un conjunto de preguntas (12) con respuestas que buscan que el usuario defina posturas polares (bueno - malo ó sí – no), y una pregunta abierta. Los aspectos centrales a medir están relacionados con los atributos de calidad establecidos para el nivel de atención. También se deja abierta la posibilidad de dar opiniones y/o sugerencias.

También se indagaron variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel escolaridad.

Procedimiento: se asistió a las salas de espera de Instituciones públicas y privadas donde, previo consentimiento de los pacientes voluntarios, se les administró el instrumento de forma individual.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En cuanto a la satisfacción del usuario, el mayor porcentaje (72 %) se encuentra satisfecho. Del total de encuestas realizadas se encontró que el 90% percibe la atención como buena (Tabla 3, 4).

Luego de atención Ud. se encuentra	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecho	10	10%
Satisfecho	72	72%
Muy satisfecho	18	18%
Total	100	100%

Tabla 3
Satisfacción con la atención médica

¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?	Frecuencia	Porcentaje
Mala	10	10,0%
Buena	90	90,0%
Total	100	100,0%

Tabla 4
Percepción general de la calidad de la atención médica

Los resultados encontrados en cuanto al tiempo de espera indican que la mayor parte de usuarios (30 %) esperan alrededor de una hora, seguido por el 18% que refiere esperar media hora. El 78% de los sujetos prefiere asistir a la visita médica con una cita previa y no ser atendidos por orden de llegada al establecimiento de salud (Tabla 5, 6).

¿Qué tiempo transcurre desde que llega hasta que recibe la atención médica? (en minutos)	Frecuencia	Porcentaje
5	1	1%
15	4	4%
20	8	8%
30	18	18%
40	4	4%
45	1	1%
50	1	1%
60	30	30%
75	1	1%
90	7	7%
120	13	13%
150	1	1%
180	5	5%
210	1	1%
240	2	2%
300	2	2%
360	1	1%
Total	100	100%

Tabla 5
Tiempo de espera

¿Le gustaría que la atención en esta casa de salud sea con cita previa?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	78	78%
No	22	22%
Total	100	100%

Tabla 6
Cita previa

De los encuestados, casi la totalidad (93 %) de los usuarios afirman ser informados y conocer su diagnóstico luego de ser atendidos por el médico. El 90 % de los usuarios consideran que el médico es amable. En relación a esta pregunta el 78 % de los usuarios responden que sí existe la escucha suficiente por parte del profesional médico. El 74 % de los usuarios encuestados responde que el médico sí le explica suficientemente la receta prescrita (Tablas 7,8,9,10)

¿El médico le informa qué diagnóstico tiene después de ser atendido?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	93	93%
No	7	7%
Total	100	100%

Tabla 7
Comunicación del diagnóstico por parte del médico, luego de la atención

¿El médico es amable con Ud.?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	90	90%
No	10	10%
Total	100	100%

Tabla 8
Amabilidad del médico

¿El médico escucha el tiempo necesario su problema de salud?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	78	78%
No	22	22%
Total	100	100%

Tabla 9
El médico escucha el tiempo necesario el problema

¿El médico le explica lo suficiente acerca de la receta que le prescribe?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	74	74%
No	26	26%
Total	100	100%

Tabla 10
Explicación suficiente de la prescripción

La mayoría de los encuestados (53%) manifestó falta de interés del médico respecto a las preocupaciones que presenta el paciente en torno a la sintomatología, diagnóstico y tratamiento. Frente a esta pregunta, un 57 % respondió negativamente, sosteniendo que el médico no indaga sobre las posibles expectativas que presentan los pacientes luego de la consulta médica. El 66% de los sujetos afirma que el médico no le preguntó sobre cómo se lleva con los miembros de la familia. En relación a esta pregunta el 74 % de los encuestados refieren haber sido tratados por su nombre durante la consulta médica (Tablas 11, 12, 13, 14).

¿Durante la consulta, el médico le preguntó acerca de sus preocupaciones?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	47	47%
No	53	53%
Total	100	100%

Tabla 11
Durante la consulta el médico pregunta sobre sus preocupaciones

Durante la consulta, ¿el médico le preguntó acerca de sus expectativas? (o sea lo que espera de su consulta)	Frecuencia	Porcentaje
Sí	43	43%
No	57	57%
Total	100	100%

Tabla 12
Durante la consulta el médico pregunta sobre sus expectativas

Durante la consulta, el médico le preguntó ¿cómo se lleva con los miembros de su familia?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	34	34,0%
No	66	66,0%
Total	100	100,0%

Tabla 13
Durante la consulta el médico pregunta sobre sus relaciones con los demás miembros de su familia

¿El médico le trató por su nombre?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	74	74,0%
No	26	26,0%
Total	100	100,0%

Tabla 14
El médico trata por el nombre al usuario

El 84 % de los usuarios manifestó que volvería al establecimiento de Salud, manifestando algún nivel de satisfacción en la atención recibida.

En esta pregunta, donde los usuarios dan su opinión, existe un porcentaje de personas que no responden (19 %), mientras que un 10 % alega que no regresaría por causas personales, un 15 % indica que no regresaría por motivos que tienen que ver con el médico, un 12 % por causas relacionadas con la institución y el 44 % de los entrevistados indica que no volvería a esa Casa de Salud por al menos dos de las causas mencionadas (Tabla 15, 16).

¿Volvería a consultar en esta casa de salud?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	84	84,0%
No	16	16,0%
Total	100	100,0%

Tabla 15
Volvería a consultar en esta Casa de Salud

Motivo por el que no regresaría (categorizado)	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	19	19,0%
Causas personales	10	10,0%
Causas relacionadas con el médico	15	15,0%
Causas relacionadas con la institución	12	12,0%
Todas las anteriores	44	44,0%
Total	100	100,0%

Tabla 16
Motivos por los que no regresaría a esta Unidad de Salud

ANÁLISIS CORRELACIONAL

Se analizaron las relaciones entre distintas variables sociodemográficas, el nivel de satisfacción y calidad de la atención experimentados por los sujetos. Se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson y tablas de contingencia dependiendo del tipo de variable estudiada. A continuación se detallan los resultados encontrados:

Sexo		Luego de atención Ud. se encuentra			Total
		Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
	Masculino	4	31	3	38
	Femenino	6	41	15	62
Total		10	72	18	100

Tabla 17
*de contingencia Sexo de los sujetos * Nivel de satisfacción*

No se encontró relación entre el sexo de los sujetos y el nivel de satisfacción experimentado (X^2=4,275, p=,118), observándose porcentajes similares entre varones y mujeres que refieren sentirse satisfechos.

	Luego de atención Ud. se encuentra			
Edad categorizada	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Total
18-28	4	32	3	39
30-40	3	22	6	31
41-51	2	8	4	14
53-63	1	5	4	10
65-86	0	5	1	6
Total	10	72	18	100

Tabla 18
*de contingencia Edad Categorizada * Nivel de satisfacción*

No se ha hallado ninguna relación entre la edad (categorizada) y el nivel de satisfacción luego de la atención (X^2=8,521, p=,384). En las distintas edades se manifiesta un porcentaje de satisfacción similar (declaran sentirse satisfechos), acorde a la cantidad de personas encuestadas.

	Luego de atención Ud. se encuentra			
Estado Civil	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Total
Soltero	6	45	4	55
Casado	3	21	12	36
Divorciado	0	3	1	4
Viudo	1	3	1	5
Total	10	72	18	100

Tabla 19
*de contingencia Estado Civil * Nivel de satisfacción*

No se ha encontrado una relación entre el estado civil y el nivel de satisfacción de la atención del médico (X^2= 11,159, p=,084). La mayoría de los usuarios reveló que se encontraba satisfecho.

Trabajo categorizado		Luego de atención Ud. se encuentra			
		Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Total
	No trabaja	1	19	4	24
	Retirados y amas de casa	3	12	4	19
	Empleados en relación de dependencia	1	22	9	32
	Empleados independientes	2	4	1	7
	Profesionales	3	15	0	18
Total		10	72	18	100

Tabla 20
*de contingencia Trabajo categorizado * Nivel de satisfacción*

El cruce de variables trabajo categorizado*nivel de satisfacción no muestra relación alguna (X^2= 86,787, p=,062). Se observan porcentajes similares en los diversos tipos de trabajos, en donde la mayor parte de los encuestados refiere sentirse satisfecho.

Tipo de atención médica		Nivel de satisfacción			
		Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Total
	Pública	8	35	7	50
	Privada	2	37	11	50
Total		10	72	18	100

Tabla 21
*de contingencia Tipo de atención médica * Nivel de satisfacción*

No se ha encontrado una relación entre el tipo de atención médica y el nivel de satisfacción de la atención del médico (X^2= 4,544, p=,103). Se observan porcentajes análogos entre quienes accedieron a la atención pública y privada, expresando sentirse satisfechos, en general.

A continuación, se muestra el análisis de la relación de las variables sociodemográficas con la calidad de la atención médica percibida por los sujetos.

		¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?		
Sexo		Mala	Buena	Total
	Masculino	3	35	38
	Femenino	7	55	62
Total		10	90	100

Tabla 22

*de contingencia Sexo * ¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?*

No se hallado ninguna relación entre el sexo y la percepción del usuario sobre la calidad de la atención médica (X^2=,302, p=,583). Notándose porcentajes similares en ambos sexos, quienes indicaron que percibían la atención como buena.

		¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?		
Edad Categorizada		Mala	Buena	Total
	18-28	7	32	39
	30-40	1	30	31
	41-51	1	13	14
	53-63	1	9	10
	65-86	0	6	6
Total		10	90	100

Tabla 23

*de contingencia Edad Categorizada * ¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?*

Respecto a esta variable (edad categorizada*percepción de la calidad de la atención), no se encontró ninguna relación (X^2= 5,112, p=,276), la mayoría de los usuarios refirió que valoraba la atención como buena.

		¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?		
Estado Civil		Mala	Buena	Total
	Soltero	8	47	55
	Casado	1	35	36
	Divorciado	0	4	4
	Viudo	1	4	5
Total		10	90	100

Tabla 24
*de contingencia Estado Civil * ¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?*

La variable estado civil*calidad de la atención no revela ninguna relación (X^2=4,349, p=,226). Se advierte que, en general, los entrevistados consideran la calidad de la atención como buena, no apreciándose diferencias significativas.

Tipo de atención médica	¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?		Total
	Mala	Buena	
Pública	9	41	50
	18,0%	82,0%	100,0%
Privada	1	49	50
	2,0%	98,0%	100,0%
Total	10	90	100
	10,0%	90,0%	100,0%

Tabla 25
*de contingencia Tipo de Atención Médica * ¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?*

Se ha hallado una relación entre el tipo de atención: pública o privada y la calidad de la atención (X^2= 7,111, p=,008).

		¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?		
Trabajo categorizado		Mala	Buena	Total
	No trabaja	2	22	24
	Retirados y amas de casa	3	16	19
	Empleados en relación de dependencia	2	30	32
	Empleados independientes	1	6	7
	Profesionales	2	16	18
Total		10	90	100

Tabla 26

*de contingencia Trabajo categorizado * ¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?*

No se encontró relación entre las variables trabajo categorizado y percepción sobre la calidad de la atención médica (X^2 =1,449, p=,836). Se observa un porcentaje similar en los diversos niveles, donde la mayoría de las personas encuestadas manifiesta que considera como buena la calidad de la atención.

		Nivel de satisfacción
Nivel de escolaridad	Correlación de Pearson	-,147
	Sig. (bilateral)	,144
	N	100

Tabla 27

Correlación entre nivel de escolaridad y nivel de satisfacción de la atención

No se halló ninguna relación entre el nivel de escolaridad y el nivel de satisfacción en la atención.

		¿Cómo calificaría la calidad de atención del médico en esta casa de salud?
Nivel de escolaridad	Correlación de Pearson	-,063
	Sig. (bilateral)	,533
	N	100

Tabla 28
Correlación entre nivel de escolaridad y percepción de la calidad de atención

No se halló ninguna correlación entre el nivel de escolaridad y la percepción del nivel de atención del médico.

DISCUSIÓN

Cada persona, en cualquier relación con otra, está comprometida en un campo interpersonal, no como una entidad aislada, sino en procesos que afectan y son afectados por el campo. Una relación interpersonal, es entonces, toda relación en que dos o más personas están ligadas entre sí en un campo interpersonal.

Las relaciones interpersonales consisten en la interacción recíproca entre dos o más personas. Involucra destrezas sociales y emocionales que promueven las habilidades para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno mismo.

Un factor importante en cómo los pacientes experimentan el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad o dolencia, dependerá en buena medida de la calidad del vínculo que puedan establecer médico-paciente. En tal sentido, aspectos como la calidez, empatía, autenticidad, apoyo, buenos deseos, competencia intelectual, son algunas de las actitudes y destrezas que los profesionales deben poner en juego en sus vínculos con sus pacientes a fin de establecer una relación terapéutica efectiva que posibilite que éstos puedan hallar una mejora en su padecimiento.

Hall y Dornan (1990), observaron que las características demográficas que influían notablemente en la satisfacción eran la edad, el nivel de educación y el salario. Las puntuaciones de satisfacción más altas eran manifestadas por los pacientes con edad más avanzada y educación de un nivel más bajo. En divergencia con los

resultados de este trabajo en el que no se halló una relación entre el nivel de escolaridad, edad, sexo, estado civil y ocupación con la satisfacción de la atención recibida, entendiendo que la experiencia positiva en cuanto a la atención es independiente de las características demográficas de estos sujetos.

Otros factores determinantes, tanto de la satisfacción con la atención médica como de la satisfacción con el tratamiento, son el estado de la enfermedad, la relación médico-paciente, las expectativas del paciente y la historia de la enfermedad (Revicki, 2004).

Respecto al tiempo de espera, la mayoría manifestó que esperó una hora, aproximadamente. Una encuesta de Eroski Consumer (2013) a 960 pacientes mayores de edad de 48 centros de salud de España, informa que el 86 por ciento de los pacientes de centros de salud de atención primaria deben esperar una media de 22 minutos para entrar a la consulta del médico, un retraso que asciende a los 52 minutos en Valencia y que se reduce a los 8 minutos en Barcelona.

En lo referido a la atención con cita previa, el mayor porcentaje de entrevistados indicó que le agradaría que fuera de ese modo. Al respecto, Isanta Pomar, Rivera Torres, Pedraja Iglesias y Giménez Blasco (2000), realizaron un trabajo de investigación cuyo objetivo consistió en la cuantificación de las visitas realizadas sin citación previa, así como en el conocimiento de las características de los pacientes que originan dichas visitas y el momento de la consulta en el que solicitan ser atendidos. El tiempo de espera para acceder a la consulta está considerado un indicador de satisfacción. Las conclusiones a las que se arriban es que hay un elevado número de visitas sin cita previa. Son necesarias medidas que puedan conducir a la utilización del sistema de organización de las consultas y a la mejora de aquellas situaciones que impliquen una falta de accesibilidad, con la finalidad última de mejorar la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos.

La gran mayoría de los usuarios contestó que el médico les informa el diagnóstico, luego de la atención. A menudo, si el paciente no le comunica al médico todo lo

que sabe, es posible que éste no le proporcione un diagnóstico correcto.

La Dirección de Seguridad de los Pacientes de Pennsylvania (2010) publicó información respecto a los diagnósticos omitidos o tardíos. Los errores relacionados a los diagnósticos omitidos o tardíos son a menudo la causa de lesiones en pacientes. El error de diagnóstico es un diagnóstico que se omite, que es incorrecto o tardío, según lo que se detectó por medio de una prueba definitiva o hallazgo que tuvieron lugar posteriormente.

La totalidad de los encuestados declaró que el médico era amable. Esta afirmación se corresponde con lo hallado por Fernández Malaspina (2003), quien investigó acerca del nivel de satisfacción del paciente en el Hospital Militar Geriátrico de Lima, Perú. El autor concluyó que la amabilidad es una cualidad sumamente importante en el médico que entabla relaciones médico-paciente (RMP) exitosas. Halló que un 74% de pacientes describieron a su médico como amable.

La mayoría de los entrevistados respondió que el médico efectúa una explicación suficiente de la prescripción. Aplicar las buenas prácticas de prescripción implica comprender la prescripción como un proceso en el cual deben considerarse los siguientes aspectos:

• Terapia Razonada
• Selección de los medicamentos
• Información al paciente
• Seguimiento de tratamiento

Respecto a la información al paciente, el prescriptor debe comunicarse de manera efectiva con el paciente, explicándole los objetivos del tratamiento, la eficacia esperada, los problemas que puedan surgir y medidas a tomar (Guía de buenas prácticas de prescripción). Para que el paciente esté correctamente informado se le debe dar información escrita a través de la etiqueta, e información hablada sobre la toma del medicamento, los efectos y precauciones. Hay que verificar si el paciente entendió lo explicado pidiendo que las repita y haciéndole preguntas.

Lo que debe explicarse al paciente con paciencia y claridad es:

cómo va actuar el medicamento en el paciente (efectos); cuánto medicamento debe tomar; vía de administración (oral, inyectables, etc.); efectos secundarios más frecuentes.- precauciones- duración del tratamiento indicado.- cuántas veces al día y en qué momento del día va a tomarlas, considerando las costumbres del paciente como el horario en que está despierto, si sabe o no leer, entre otros.

El mayor porcentaje de entrevistados refirió que se siente considerado por el médico como un ser individual, con características propias y con aspectos que pueden incidir en el vínculo médico-paciente.

Sin embargo, respecto a si el médico indagó sobre los vínculos interpersonales y de apoyo del usuario durante la consulta, la mayoría de los encuestados respondió que no. De esta manera se observa que, la mayoría de los profesionales de la salud no tienen en cuenta lo vincular en el tratamiento, enfatizando lo físico sin reparar en la necesidad de una mirada holística. Al respecto, McWhinney (1989) y Steward, (1989), desarrollaron el modelo de entrevista centrada en el paciente, que aunque sigue considerando el tiempo como valioso indicador, toma en cuenta otros factores. Asegura que lo importante es darle facilidades al paciente para que exprese sus pensamientos, sentimientos y expectativas, en otras palabras, que se comunique.

Para Henbest y Fehrsen (1992) este modelo de entrevista significa poner la persona del paciente en el centro de la consulta e intentar entender sus pensamientos, sentimientos y expectativas, tanto como sus síntomas. Un abordaje centrado en el paciente implica dejar de pensar y responder en términos de enfermedad y patología, para volverse hacia la comprensión y el cuidado de la persona y sus problemas. La evaluación de este modelo se asoció con mejores resultados: se encontraron asociaciones positivas entre la entrevista centrada en el paciente y la sensación de éste de sentirse comprendido, lo mismo que ponerse de acuerdo con el médico y la resolución de los problemas.

Diferentes estudios, entre otros el realizado por Ridderikhoff (1993) muestran la estrecha relación que hay entre el tiempo disponible para que el paciente hable en la entrevista y el material que se obtiene de ella. Además, estudios como los de Anderson y Zimmerman (1993) muestran relación directa entre la satisfacción del

paciente y la posibilidad de expresar ideas, dudas, sentimientos, preocupaciones y expectativas. En el estudio realizado por Robbins, Bertakis, Helms, Azari, Callahan y Creten (1993) también se demuestra que a un mayor porcentaje de tiempo hablado por el paciente hay mayor satisfacción

La mayoría de los usuarios reveló que volvería a consultar en esa Casa de Salud; y en cuanto a los motivos por los que no regresaría existe un porcentaje de entrevistados que no responden (19 %), un 10 % declara que no regresaría por cuestiones personales, un 15 % revela que no regresaría por motivos que tienen que ver con el médico, un 12 % por causas relacionadas con la institución y el 44 % de los usuarios manifiesta que no volvería a esa Casa de Salud por al menos dos de las causas mencionadas. Entre las variables institucionales señaladas por los usuarios se encuentran: tiempo de espera, falta de higiene, aumento en el número de pacientes, condiciones edilicias precarias, falta de insumos, mala recepción e insuficiencia en el número de especialistas. Cabe mencionar también las causas que tienen que ver con el médico: incumplimiento en los horarios, insuficiencia en la información proporcionada al paciente, carencia de empatía, mala atención, discriminación, mala praxis y falta de respeto hacia el paciente.

Las causas citadas (tanto las institucionales como aquellas relacionadas con el médico) podrían incidir en la satisfacción de la calidad de atención percibida.

En el estudio realizado no se encontró asociación entre género y el grado de satisfacción experimentado, observándose en ambos sexos, porcentajes similares de sujetos que refieren sentirse satisfechos. Tampoco se ha hallado ninguna relación entre la edad y el nivel de satisfacción luego de la atención. Se manifiesta en las diferentes edades un porcentaje similar que declaran sentirse satisfechos.

No se encontró asociación entre estado civil, trabajo categorizado, tipo de atención médica y el nivel de satisfacción de la atención del médico. La experiencia de sentirse satisfecho con la atención recibida es independiente de las variables mencionadas.

Al analizar la relación entre la percepción de la calidad de la atención y variables sociodemográficas, se observa que no se encontró asociación entre el sexo y la

percepción del usuario. Se advierten porcentajes similares en ambos sexos, de quienes indicaron que percibían la atención como buena.

Respecto a la edad categorizada y percepción de la calidad de la atención, no se halló relación, la mayoría de los usuarios refirió que valoraba la atención como buena.

En cuanto al estado civil y calidad de la atención, no se revela ninguna relación. Se observa que, en general, los entrevistados consideran la calidad de la atención como buena.

Se ha observado que la calidad en la atención está asociada al tipo de atención. Dos son los tipos de atención que se brinda en los centros de salud: pública y privada.

Mientras que el 98% de la atención privada es buena, sólo el 82% de la atención pública es buena. Y, mientras que solamente el 2% de la atención privada es mala, el 18% de la atención pública es mala. Podría pensarse que esto estaría asociado que al abonar el costo de la consulta en centros privados, los usuarios consideran que la calidad de la atención es superior. Las opiniones respecto a la calidad de atención pública y privada son encontradas. Investigaciones sostienen que la calidad de los servicios médicos proveídos por las instituciones privadas es menor que la proveída por las instituciones públicas (Guyat y col. citado en Navarro, 2013).

En lo que respecta a trabajo categorizado y percepción sobre la calidad de la atención médica, no se encontró asociación. Se observa un porcentaje similar en las diversas ocupaciones, donde la mayoría de las personas encuestadas considera buena la calidad de la atención.

Tampoco se halló ninguna relación entre el nivel de escolaridad y el nivel de satisfacción en la atención y la percepción del nivel de atención del médico.

Estos resultados indican que la percepción de la satisfacción en la atención es independiente del sexo, la edad, el estado civil, trabajo y nivel de escolaridad que posean los pacientes, pudiéndose atribuir más a aspectos intrínsecos del vínculo establecido entre paciente y médico.

Referido a lo anteriormente citado, Ramos Rodríguez (2008) estudió la percepción que tienen los usuarios de la calidad de su relación con el médico y su asociación con las características del médico y el paciente. Se encontró una adecuada relación médico-paciente en la mayoría y, en general, afirmaron estar muy satisfechos. Fue el grupo de pacientes adultos jóvenes los que percibieron una relación médico-paciente inadecuada con mayor frecuencia. Se observó que a mejor percepción de la calidad de RMP, mayor es el grado de satisfacción de la consulta; de la misma forma que la calidad de RMP hallada y el grado de satisfacción de la consulta médica se asociaron a la intención de recomendación del médico, así como haber elegido o no al médico también se asoció significativamente a la calidad percibida de la RMP.

CONCLUSIÓN

La opinión emitida en las encuestas y/o cuestionarios ofrece la oportunidad de mejorar la calidad de los servicios para aumentar el porcentaje de satisfacción.

Se puede concluir con este estudio que en los Centros de Salud donde se realizaron las entrevistas existe un alto porcentaje de satisfacción de los usuarios, que perciben como buena la calidad de la atención que brinda el profesional médico. Sin embargo, se conoce que la satisfacción del usuario que se expresa en entrevistas y encuestas no necesariamente significa que la calidad es buena. Puede ocurrir que el usuario manifieste estar satisfecho porque pretende complacer al entrevistador o porque teme que no se le presten servicios en un futuro, debido a las normas que existen en contra de las quejas.

La mayoría de los usuarios afirman estar satisfechos independientemente de la calidad real ofrecida por las Instituciones.

Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, midiendo el parecer de los que han recibido asistencia; pero no representa la opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario. Las encuestas más utilizadas en los servicios de salud son las de satisfacción realizadas tras la realización del proceso de atención. Por otro lado, los métodos cualitativos si bien pueden aportar

información más exhaustiva sobre esta condición básicamente subjetiva, son complejos y exigen amplia preparación y experiencia en su manejo.

La mejora de la atención y de la relación médico-paciente en atención primaria requiere una visión y una actuación multidimensional que va más allá de las intervenciones sobre factores individuales del médico y del paciente.

Es fundamental adquirir la capacidad de entender a la enfermedad como una respuesta global del ser humano, no sólo de un órgano o función. Es necesario reconocer la dignidad del enfermo, tratarlo en su totalidad, respetar su libertad de elección, fomentar su participación y desde luego, ponerse en el lugar del otro.

Desde el campo de la Salud mental, la relación paciente-terapeuta y la efectividad del vínculo establecido, tienen un peso importante en el desarrollo del proceso terapéutico. La Psicoterapia es un tratamiento cuya pieza fundamental es la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente, una relación profunda que tiene un gran aspecto afectivo y que representa la clave para que la psicoterapia funcione. En este sentido, los aspectos analizados del vínculo médico-paciente, pueden aportar a la comprensión de la compleja relación paciente-terapeuta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, L. y Zimmerman, M. (1993). Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management, en Patient Education and Counseling. ***Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd****, 20*:27-36.

Bateson, G. y Ruesch, J. (1951). ***Comunicación: la matriz social de la psiquiatría.*** Norton and Company. USA

Celedón, C. (2003). Desafíos actuales en la relación Médico-Paciente. ***Revista. Otorrinolaringología. Cabeza Cuello,*** *63*: 93-94.

Cortese, E., Cortese, R., cols. (2004). Relación Médico – Paciente. En E. Cortese, R. Cortese, V. Díaz Álvarez, A. Esquisito, R. Kuzmicki, A. Pilatti, N. Pilatti, N. Salvatti y G. Van Oostveldt (Eds.), ***Psicología Médica Salud Mental***. 37-49. Buenos Aires: Editorial Nobuko.

Cruz Martínez, O.; Fragoso Marchante, M.; González Morales, I.; Sierra Martínez, D.; Labrada González, J., 2010). La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. ***Medisur****, 8*(5): 110-120. Suplemento "El método clínico".

De Francisco, A. (1999). Los fundamentos de la relación médico-paciente. ***Acta Médica Colombiana****, 24* N°3.

Díaz Muñoz, K. (2011). Relación entre la satisfacción del usuario y la calidad de la comunicación médico-paciente en el Centro de Salud de Conocoto. (Tesis para optar por el título de Diplomado de Gerencia y Calidad en servicios de Salud. Universidad Técnica Particular de Loja. Quito, Ecuador).

Fernández Malaspina, J. (2003). Grado de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa del Hospital Militar Geriátrico (HMG). (Tesis para optar por el título de Especialista en Medicina Integral y Gestión en Salud. Lima. Perú).

Hall, J. y Dornan, M. (1990). Patients sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. ***Society Science Medical****;30*:811-8.

Henbest, R. y Stewart, M. (1992). Patient centredness: is it applicable outside the west? Its measurement and effect on outcomes. ***Family Practice****, 9*:311-7.

McWhinney, I. (1995). Comunicación médico paciente. En: ***Medicina de familia***. pp. 89-113.Editorial Doyma.

Mucci, M. (2007). La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante? ***Psicodebate 8. Psicología, Cultura y Sociedad,*** pp 61-78.

Navarro, V. (2013). ***¿Sanidad pública o privada? PÚBLICO.*** Recuperado de: http://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2013/12/24/sanidad-publica-o-privada/

Pomar, I., Rivera Torres, C., Pedraja Iglesias, P., y Giménez Blasco, N. (2000). Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. ***Revista Española Salud Pública 2000;*** *74*; 263-274 N° 3. Recuperado de: http://www.patientsafetyauthority.org/PATIENTSCONSUMERS/PatientConsumerTips/Pages/S_Help_Your_Doctor_Diagnose_You_Correctly.aspx

Ramos Rodríguez, C. (2008). Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú. (Tesis para optar por el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú).

Ridderikhoff, J. (1993). Information exchange in a patient-physician encounter. A quantitative approach. ***Methods of information in Medicine.*** *32*:73-8.

Robbins, J., Bertakis K., Helms, L., Azari, R., Callahan, E., y Creten, D. (1993). The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. ***Family Medicine****, 25,* 17-20.

Rodríguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. ***Revista Cubana Salud Pública****, 32*(4).

Rogers, C. (1989). ***El proceso de convertirse en persona****.* Barcelona: Editorial Paidós.

Sánchez González, J. (2007). La Relación Médico-Paciente. Algunos factores asociados que la afectan. ***Revista CONAMED***, *12*, Núm. 1.

Steward, M., Belle Brown, J. y Wayne Wetson, W. (1989). Patient-centered interviewing: five provocative questions. *Canadian Family Physician, 35*:159-161. Recuperado de: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4210/lcd1de1.pdf?sequence=1

Vidal, G., Alarcón, R.. y Lolas Stepke, F. (1995). ***Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría***. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. y Jackson, D. (1967). ***Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas****.* Barcelona: Herder Editorial, S. L., 1981.