

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Percepción de las relaciones médico-paciente por parte
de los usuarios externos del Departamento de Medicina
del Hospital Carrión, Callao-Perú**

TESIS

para optar el título de Médico Cirujano

AUTORA

Claudia Carolina Ramos Rodríguez

ASESOR

Alberto Perales Cabrera

Lima – Perú

2008

Dedicatoria:

Le dedico esta tesis a Juana, Víctor, Mariana, Vanesa, Marco y Constanza quienes estuvieron conmigo en todo momento y su esfuerzo me incentivó a salir adelante en cada paso y en cada caída.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Mariana Ramos Rodríguez
Dr. Marco Ramírez Huaranga
Dr. Cesar Gutierrez
Dr. Pedro Ortiz Cabanillas
Dr. Erick Bravo Basaldua
Dr. Bernardo Cano Uría
Dra. Ana María Llanos Alvarado
Dra. Marcela Rosas Cárdenas

Agradezco también al Consejo Superior de Investigación de la UNMSM y a la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina de San Fernando, quienes organizaron el Tercer concurso de Proyectos de Investigación, gracias al cual este proyecto de tesis fue financiado, siendo de vital ayuda para la realización de mi tesis.

Un agradecimiento especial al Dr. Alberto Perales Cabrera, mi asesor, quien no escatimó en tiempo y consejos para ayudarme a salir triunfante de esta difícil prueba. Muchas gracias.

INDICE

Resumen	4
Abstract	5
I. Introducción	
1.1. El acto médico y la relación médico-paciente.....	6
1.2. Importancia de la relación médico-paciente.....	6
1.3. Características de una adecuada relación médico-paciente.	8
1.4. Situación Actual.....	11
II. Objetivos.....	13
III. Metodología	
3.1. Diseño del estudio	14
3.2. Universo y muestra	14
3.3. Variables.....	15
3.4. Procedimiento de Recolección de datos.....	15
IV. Aspectos Éticos.....	17
V. Resultados	17
VI. Discusión.....	22
VII. Conclusiones.....	28
VIII. Recomendaciones.....	29
IX. Bibliografía.....	30
Anexo 1	
Anexo 2	

RESUMEN

Introducción: La relación médico paciente es la mayor potencia recuperadora de la salud, sin embargo está hoy amenazada por los cambios que afectan la practica médica y a los cambios en ambas partes. **Objetivos:** Determinar la percepción, por parte de los usuarios externos, de la calidad de sus relaciones médico-paciente y su asociación con las características del médico y el paciente. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se aplicó un cuestionario semi-abierto de 21 preguntas a los pacientes seleccionados por muestreo sistemático al salir del consultorio. Se les realizó análisis univariado y bivariado. **Resultados:** Se encuestaron 168 pacientes, de los cuales 61.3% eran mujeres, 46.4% eran adultos jóvenes, 44.1% tenían grado de instrucción secundario. El 39.9% ya habían acudido a otro lugar por su problema de salud. 76.8% de los médicos eran varones, 47% de mediana edad, 74.4% no fueron elegidos por los pacientes. 51.2% de los pacientes fueron atendidos por primera vez por ése médico. Se encontró una adecuada relación médico-paciente en un 92.3 % y el 89.3% afirmó estar muy satisfecho. Fueron el grupo de pacientes adultos jóvenes los que percibieron una relación médico-paciente inadecuada con mayor frecuencia. El grado de Instrucción, grupo etáreo al que pertenece el médico, la concordancia de género, la concordancia de grupo etáreo, el género del médico, ni la continuidad del manejo médico se asocian a la calidad percibida de relación médico-paciente. Se observó que mayor es el grado de satisfacción de la consulta a mejor percepción de la calidad de RMP ($p < 0.001$, OR 61.2), 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 (OR 298 y OR 48 respectivamente). Haber elegido o no al médico también se asoció significativamente a la calidad percibida de la RMP ($p 0.02$). **Conclusiones:** Se encontró una adecuada relación médico-paciente en un 92.3 % y el 89.3% afirmó estar muy satisfecho con la atención médica.

Palabras claves: Relación médico-paciente, satisfacción de la atención médica.

ABSTRACT

Introduction: Physician-patient relationship is the most important power to recover health, nevertheless it is threaten for many changes that affect medical practice today. **Objectives:** Determinate perception, since the point of view of external patient, of the quality of their physician –patient relationships and its association with physician and patient's characteristics. **Methods:** Observational, descriptive, transversal study. A 21 questions semi-opened questionnaire was applied to patient selected systematically after left doctors' office. Analysis univariad and bivariad was used. **Results:** 168 patients was enquired, 61.3% was woman, 46.4% was young adults, 29.2% had secondary instruction. 39.9% had gone to another place before for the same health problem. Talking about physician 76.8% was male, 47% was middle age, 74.4% was not chosen by patients. 51.2% first met those patients. An adequate physician-patient relationship was found in 92.3 % and 89.3% was very satisfied. Youngest patients perceived an inadequate physician-patient relationship more frequently than others. Instruction level, physician age, gender concordance, age concordance, physician gender, neither medical manage continuity was associated to quality of perceived relationship. Was observed that the quality perceived of physician-patient relationship was strongly associated to the medical attention satisfaction ($p < 0.001$, OR 61.2), Both, was too associated to the recommendation intention (OR 298 y OR 48 respectively). Chose physician was associated to quality of perceived physician-patient relationship ($p 0.02$). **Conclusions:** Se encontró una adecuada relación médico-paciente en un 92.3 % y el 89.3% afirmó estar muy satisfecho con la atención médica.

Key words: Physician–patient relationship, medical attention satisfaction.

I. Introducción

1.1. El acto médico y la Relación Médico-Paciente (RMP).

La actividad laboral del médico tiene su expresión más cabal en el acto médico. Ésta se define como toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de su profesión ², por medio de la cual, el galeno interviene, científica y éticamente, sobre otra persona que se supone enferma o lo está realmente¹, teniendo para ello el consentimiento del sujeto enfermo, el familiar responsable o la población³. La **consulta médica** constituye el más frecuente acto médico ⁴.

Es esencial destacar, que en éste, como en todo contacto humano, se crea una relación interpersonal, siendo la primera vez que nos enfrentamos con un semejante la que suele decidir el futuro de ella, situación aun más importante si se trata de un encuentro médico ⁵.

Esa relación interpersonal a la cual nos referimos, la **relación médico-paciente**, debe ser adecuada de manera indispensable para que el acto médico tenga los efectos positivos que debe tener ^{5,6}.

1.2. Importancia de la RMP.

1.2.1. Consecuencias positivas de una adecuada RMP:

Está demostrado una relación médico-paciente positiva actúa como inhibidor de la ansiedad del paciente y genera cambios en su equilibrio neurovegetativo produciendo mejoría psicósomática, en alguna medida ⁷. Según Balint, es el propio médico el primero de los medicamentos que él prescribe ⁶. Por ello talvez sea mejor, para evaluar la calidad de una consulta, tomar más en cuenta sus **efectos** que su proceso, los cuales habrán de evidenciarse en ambos participantes, **médico y paciente**.

Para el paciente, las consecuencias inmediatas de una buena consulta médica serán el consentimiento del plan terapéutico propuesto, **la satisfacción**

con la atención recibida, la recolección mnésica de lo que se dijo, y algún cambio en el grado inicial de preocupación que lo llevó al consultorio; los efectos intermedios serán la adherencia al tratamiento propuesto; y, a largo plazo, el cambio en su salud y en su “*entendimiento*” ⁴.

Para el médico, la consecuencia inmediata será una experiencia placentera o no, que influirá en el estilo de sus posteriores consultas; el efecto intermedio será el retorno del paciente a una segunda cita (**continuidad del manejo**); y a largo plazo la satisfacción con su trabajo ⁴.

Acerca de esto último, y a la inversa, también se ha descrito que los médicos que se involucran en procesos empáticos, que les causan satisfacción profesional, son médicos más efectivos ^{8,9}.

De la misma forma, la continuidad del manejo médico por un profesional en particular, fruto del establecimiento de una adecuada relación interpersonal, se ha asociado al mejoramiento en los servicios de salud y al uso de la medicina preventiva ^{10, 11, 12}. La continuidad es considerada tan importante que algunos autores se preguntan hasta ahora si fue primero, la continuidad o la satisfacción ¹³.

A la inversa de lo expuesto anteriormente, también la satisfacción del paciente con el manejo médico, se relaciona con el establecimiento de adecuadas relaciones médico-paciente ¹⁴.

Es importante recalcar que la **satisfacción**, puede ser definida como una experiencia racional o cognoscitiva derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del servicio que recibe y está subordinada a numerosos **factores** como los valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria ¹⁵. Por lo tanto ante una misma situación dos personas experimentarán diferentes grados de satisfacción.

Debemos agregar que una adecuada comunicación con el paciente y/o su familia y la satisfacción de éstos se correlacionan no sólo con los resultados del manejo y el uso de los servicios de salud, sino también con la disminución de los litigios por malapraxis ¹⁶.

1.2.2. Consecuencias negativas de una Inadecuada RMP

La percepción de desinterés del médico, de su prisa o falta de calor humano, actitudes que causan una inadecuada RMP, generalmente contribuyen a que el paciente no aporte los datos que se le pidan o los dé con similar espíritu de salir del paso ⁵. Como consecuencia de esto, se elaborará una historia clínica incompleta, que llevará al planteamiento de un diagnóstico diferencial inadecuado, por esto, el diagnóstico probablemente será erróneo y el plan terapéutico inadecuado. Finalmente los resultados médicos no serán óptimos. Esto iniciará un círculo vicioso, porque el paciente perderá aún más la confianza en el médico y tal vez, también, en su gremio.

Por otra parte, ya que una adecuada relación médico-paciente favorece la adherencia terapéutica (grado en que el paciente sigue las recomendaciones del médico), si la relación es inadecuada puede suceder todo lo contrario aunque los conocimientos del médico sean amplios ⁶.

1.3. Características de una adecuada relación médico-paciente

1.3.1. Comportamiento objetivo del médico que ayudan a lograr una adecuada RMP:

Siendo tan importante una adecuada relación médico-paciente, una buena pregunta sería ¿cómo se logra establecerla o mantenerla?. Para hacerlo muchas recomendaciones en la literatura son dadas al médico.

Es fundamental que el profesional asuma su papel presentándose al paciente en forma concordante con la imagen social que le corresponde, es decir con una vestimenta apropiada e higiene cuidadosa. Igual de pulcro, privado y adecuado debe ser el lugar donde se realice toda atención médica ^{17, 32}.

El médico debe saludar afectuosamente y con respeto a su paciente. Siendo el primer acto del tratamiento el dar la mano al paciente, según Von Leyden citado por Laín Entralgo ⁶.

Los pacientes deben conocer el nombre, el cargo, y la situación laboral de la persona que está encargada de su cuidado; a la inversa el médico debe asegurarse de conocer el nombre del paciente ¹⁸.

Es recomendable que el médico se siente frente al enfermo, le mire a la cara, preferentemente a los ojos, y se siente junto a su cama al hablarle ya que son actitudes muy valoradas ¹⁹.

El vocabulario con el que se dirige a su paciente y a los demás también debe ser depurado, si bien, se ha observado que un lenguaje más informal hace sentir a los pacientes más identificados con su médico, según un estudio cualitativo del uso de servicios de consulta médica vía correo electrónico ²⁰

Como ya se mencionó antes, la continuidad del manejo por el mismo médico, que es difícil asegurar actualmente, en que la atención médica es un trabajo en equipo, de igual modo influye de forma positiva en la relación interpersonal, a consecuencia del mejor conocimiento de los participantes ^{21,22}.

1.3.2. Percepción subjetiva del paciente acerca de las actitudes y comportamiento del médico que fundamentan la adecuada RMP.

La persona enferma no sólo necesita un médico que pueda entender su enfermedad, sino un profesional que sea su compañero en el camino de su dolencia, que lo reconozca como una persona parte de la sociedad, con un hogar, un trabajo, con amigos, alegrías, tristezas, esperanzas e ideales ^{23,24,25,26,27}. Así, el médico debe desarrollar su capacidad de **empatía** ⁹, definiéndose ésta como la habilidad de entender cognitivamente y afectivamente la situación, la perspectiva y los sentimientos del paciente y hacer que él sienta que se le está comprendiendo ^{28,29}. El efectivo uso de ella también gratifica al médico ²⁸ y le hace mejorar como profesional y como persona.

El médico debe poseer y expresar **humanidad** ^{7, 31}. Ser humano “*es poseer el don de la abnegación, la sensibilidad.*” ³³. Siendo indispensable poseerla para ser un buen médico según Nothnagel ³³.

El médico debe dar siempre la sensación de seguridad ³⁴ y debe lograr la **confianza** del paciente en su persona y en su profesionalismo ya que en el encuentro entre el médico y el paciente se habrán de tomar decisiones relacionadas con la vida del último ¹⁷. Por esa misma razón el médico debe tener la habilidad de calmar la ansiedad con la que aquél viene ³⁵. Además se ha observado que la confianza en el médico (no significativo) y la concordancia (OR 1.34, IC 1.04-1.72) con él se relacionaban a la adherencia terapéutica, conocido efecto benéfico de una adecuada RMP, según un estudio en Aukland ³⁷.

Es muy valiosa la capacidad y en especial la **disponibilidad a escuchar** con atención e impasibilidad ^{34, 38, 67}. Un buen médico debe dejar que el enfermo exponga libremente sus molestias ³⁴. Asegurar la falta de interrupciones (entrada de otras pacientes, estudiantes o trabajadores aunque sean médicos o las llamadas por teléfono que distraen la atención del paciente). Esto muestra al paciente que lo que dice es merecedor de la máxima consideración ³⁴, especialmente necesario cuando se discuten los temas que más le atañen como en una consulta médica.

Finalmente la **participación** proporcional de ambas partes es necesaria ³⁹ ya que para que una comunicación efectiva se produzca se deben intercambiar los puntos de vista acerca de la enfermedad del paciente durante la consulta y así no dejar discrepancias sin resolver ⁴⁰. Tuckett et al. citados en ⁴ definen la consulta como un encuentro entre expertos: *“El médico conoce en gran medida como el cuerpo trabaja... el paciente conoce acerca de él mismo: acerca de la experiencia de su problema, acerca de sus valores y necesidades ... conoce acerca de su estilo de vida, y el contexto social en el cual cualquier plan de manejo será ejecutado”*. Para ello es primordial que el médico explique al paciente el plan terapéutico en un lenguaje comprensible ³⁴, permitiéndole responder y formular preguntas ¹⁸. El paciente debe ser partícipe de las decisiones terapéuticas ¹⁸. El paciente tiene derecho a su autonomía y a la libre elección, derechos básicos de toda persona ⁴¹. En una adecuada relación médico-paciente este último **elige al médico** para su atención y su autonomía concede al médico asesor su estudio y tratamiento ⁴².

La concordancia, entre médico y paciente, sobre el problema o la necesidad de su manejo, es otro aspecto fundamental que influye en la relación médico-paciente ⁵¹. Según Michael Jibson los pacientes pueden ver en la prescripción, la validación por parte de los médicos, de que sus síntomas son reales ⁴⁸.

Hay que recalcar que compartir la toma de decisiones no toma más tiempo y es asociado a mayor satisfacción del paciente ^{43,16}. Una igual distribución de la conversación en la consulta se asocia a los más altos niveles de satisfacción y los más bajos niveles de reclamos por malapraxis ⁴⁵. El problema es que muchas veces depende del tiempo ^{45, 46, 47} asignado a cada consulta, siendo este cada vez más corta en todo el mundo ⁴⁸ afectándose la posibilidad de entablar una adecuada relación médico-paciente ⁴⁹.

Para terminar, el médico debe ser **veraz** ¹⁸, educador y alentador al hacerle conocer al paciente la naturaleza de su afección debiendo invertir tiempo en responder preguntas y usar materiales escritos o gráficos para ser más explícito ⁵⁰.

1.4. Situación actual

En el tiempo que nos tocó vivir, la relación médico-paciente se ha visto alterada por el impacto de los cambios económicos en la práctica médica y por el desarrollo de la organización y en la distribución de la atención médica ²⁹.

Se han sustituido los términos médico y paciente por los de proveedor y cliente, lo que refleja la hoy común impersonalidad del encuentro y la comercialización de la medicina, desnaturalizándola ^{41, 42, 52}. Sin embargo, no al mismo ritmo, se ha producido el cambio de las expectativas de los pacientes, en su calidad de seres dolientes, sobre lo que hay que recibir de los médicos, es decir, humanidad, comprensión y conocimiento ⁵².

Los conceptos democráticos han tocado a la RMP, que ya no puede ser paternalista, o mucho menos autoritaria como lo era en tiempos pasados. Los pacientes tienen acceso a información médica en Internet y los medios de comunicación masivo, tienen mejores grados de instrucción que años atrás y mejor capacidad adquisitiva también.

Otro de los aspectos que amenazan la RMP, es que la continuidad del manejo no se puede garantizar, por la casi extinción del “médico tratante” que se convirtió en “equipo tratante” especialmente cierto en el caso del manejo de los pacientes hospitalizados.

Por otra parte, los profesionales médicos han perdido “status” y ya no son vistos como semi-dioses mágicamente sanadores, pudiendo haber influido en ello el desprestigio de la profesión en los litigios por malapraxis y lo mal pagados que hoy han llegado a estar en nuestra sociedad.

Y como si esto fuera poco, el tiempo de la consulta y la visita médica es cada vez más corto, en buena parte por la productividad exigida hoy a los galenos que trabajan en instituciones médicas.

Al mismo tiempo en que se produce la situación descrita en el párrafo anterior, la formación médica universitaria tampoco se imparte de manera acorde con los cambios acaecidos en la RMP. La educación médica en las aulas aún reproduce una imagen omnipotente y autosuficiente del médico que nada tiene que ver con la realidad ³⁵. El principio de autonomía, que implica aceptar que el paciente tiene, en la relación clínica, tanto peso como el del propio médico, no se respeta ⁵³.

Lograr una “conducta de médico” por el bien de la relación médico-paciente debería ser el objetivo esencial en la currícula universitaria, de forma que el perfil del profesional egresado consista en actuar apropiada y moralmente, al atender la salud de una persona.

Como ya hemos reflexionado anteriormente los médicos deben poseer, además de sólo sólidos conocimientos, vocación ⁶ y destrezas.

Muchos piensan que con la internalización de los principios éticos en el estudiante se garantizará su competencia intelectual y moral, siendo esto último el que permitirá un trato respetuoso y amable de manera que logre dar al paciente serenidad y la certeza que la enfermedad no ha menoscabado su dignidad humana ⁴². Otros como Gregorio Marañón no concuerdan con esto. Marañón expone que el médico de vocación no necesita reglamentos para su rectitud, en el caso contrario los consejos morales no serán útiles. Más

explícitos Culver y colaboradores afirman que el carácter moral básico del estudiante de medicina ya está formado al entrar a la escuela de medicina ⁵⁴.

También se ha planteado que a mayor densidad poblacional médica en el mercado laboral, mayor riesgo de conductas profesionales corruptas siendo tal riesgo mayor en los médicos con características personales más vulnerables ⁵⁵, situación a resaltar en nuestro país en que año a año la producción de profesionales médicos es muy alta desde las 30 facultades de medicina que existen.

II. Objetivos.

2.1. General.

Determinar la percepción, por parte de los usuarios externos del Hosp. Daniel A. Carrión (H.N.D.A.C), de la calidad de sus relaciones médico-paciente (RMP) y su asociación con las características del médico y el paciente.

2.2. Específicos

- Describir la percepción vivenciada del paciente de su RMP.
- Determinar si existe asociación entre la percepción de la calidad de la RMP y el grado de instrucción del paciente.
- Determinar si existe asociación entre la percepción de la calidad de RMP y el grupo etario del paciente.
- Determinar si existe asociación entre la percepción de la calidad de RMP y el grupo etario del médico.
- Determinar si existe asociación entre la percepción de la calidad de RMP y concordancia entre grupo etario del médico y del paciente.
- Determinar si existe asociación entre la percepción de la calidad de RMP y el género del médico tratante.
- Determinar si existe asociación entre la percepción de la calidad de RMP y concordancia de género del médico y el paciente.

- Determinar si existe asociación entre la percepción de la calidad de RMP y la continuidad del manejo.
- Determinar si existe asociación entre la percepción de la calidad de RMP y la satisfacción del paciente.

III. Metodología

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 Universo

Pacientes usuarios externos del Departamento de Medicina del H.N.D.A.C. durante Febrero de 2006.

3.2.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión.

- Usuarios externos del departamento de medicina.

Criterios de exclusión.

- Personas con retardo mental u otra condición que afecte su lucidez.
- Pacientes que no den su consentimiento para participar en el estudio.
- Menores de 18 y mayores de 75 años.

3.2.3 Muestra y muestreo.

Tipo de Muestreo: Muestreo sistemático.

Unidad de Información: Paciente.

Unidad de Análisis: Relación médico-paciente.

Unidad de Muestreo: Pacientes

Tamaño de la población: 370 pacientes (basado en número de pacientes según estadísticas del año anterior).

Tamaño de la muestra: 187 pacientes (IC = 95%, 6% de error absoluto).

3.3. Variables y operacionalización (ver anexo 1)

3.4. Procedimiento de recolección de datos

3.4.1. Instrumento de recolección de datos

Se usó un cuestionario estructurado semi-abierto (ver Anexo 2) al que se tituló PREMEPA (percepción de la relación médico-paciente), específicamente diseñado para el propósito del estudio, cuyo bloque 1 fue validado por juicio de expertos (5 especialistas en el área), y evaluado en confiabilidad (consistencia interna) por la fórmula de Kúcler-Richarson ($K=0.833$, índice de fiabilidad del 91.3%). Después de dos aplicaciones-piloto con un total de 70 usuarios externos del Departamento de Cirugía y Gineco-obstetricia del Hospital Carrión.

El cuestionario PREMEPA contiene 3 bloques:

El Bloque I fue titulado “Percepción de la relación médico-paciente” y consta de 14 preguntas:

La primera es una pregunta abierta que tiene como objetivo averiguar si acudió a otra institución de salud o si consultó ayuda previa antes por el mismo problema que ahora lo trae al consultorio.

Las preguntas de la 2 a la 9 son de opción múltiple (4 opciones cada una) y evalúan por medio de una escala de Likert modificada (valores del 0 al 3) las actitudes y características del profesional percibidas en la consulta en cuanto a respeto y cortesía, disponibilidad de escuchar, comprensión, sensibilidad humana así como el grado de confianza en su capacidad profesional y la participación del paciente en la consulta. Los valores obtenidos en estas preguntas y las preguntas dicotómicas 10 a la 13 (valores 0 y 3) serán luego convertidas a una variable cualitativa llamada “calidad de relación médico-paciente” mediante sumatoria de los puntajes que ubicará la RMP evaluada en tres categorías donde una RMP adecuada, se definía como aquella que lograba un puntaje mayor o igual a 15; RMP inadecuada, aquella con puntaje menor o igual a 8; y RMP medianamente adecuada las de puntaje intermedio (ver anexo 1).

La pregunta 14, acerca de satisfacción del paciente con la atención médica, fue evaluada mediante la escala vigesimal otorgado por el paciente el cual también fue transformado a grados de satisfacción donde muy satisfecho era un puntaje mayor de 15, poco satisfecho uno menor de 10 y medianamente satisfecho el puntaje intermedio.

El Bloque II fue titulado “Datos generales del médico” e incluía sexo, grupo étnico, número de consultas anteriores con ese médico y elección o no del médico.

El Bloque III fue titulado “Datos generales del paciente” e incluía sexo, edad, tipo de paciente (nuevo, continuador) y grado de instrucción.

3.4.2. Reclutamiento de los participantes

El estudio fue aplicado en los consultorios de Medicina Interna, Neumología, Reumatología, Cardiología, Endocrinología, Neurología, Nefrología, Infectología, Hematología y Dermatología. Se acudió a encuestar en un solo día elegido al azar en el mes de Febrero.

Se les aplicaría la encuesta al primero, segundo, cuarto y quinto de cada 5 pacientes que abandonaron los consultorios. De estos pacientes elegibles sólo se tomaron los que no cumplían con los criterios de exclusión y si previamente habían aceptado verbalmente (en la sala de espera) luego de leer el Consentimiento Informado de la ficha informativa del estudio.

3.5. Análisis de Datos.

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos y se procedió a realizar análisis univariado (distribución de frecuencias y otras medidas de resumen), análisis bivariado (chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher y regresión logística simple) utilizando el paquete estadístico SPSS 11.0 (con un nivel de confianza del 95%).

IV. Aspectos Éticos.

Este trabajo no presentaba riesgos para los sujetos de estudio. Sólo se aplicó el instrumento a los pacientes que dieron respuesta positiva al Consentimiento Informado (ver anexo 2) y no se propició su participación por medios diferentes a éste, respetando así los códigos de Helsinki y el Colegio Médico del Perú. El beneficio se inscribe en el principio de solidaridad, extendido a todos los pacientes, y se deriva de las sugerencias que se desprendan para optimizar el sistema de atención de salud en el citado hospital.

V. Resultados

Se encuestó un total de 168 pacientes (tasa de respuesta 89%) que acudieron a los 16 consultorios externos de medicina interna, endocrinología, infectología, cardiología, dermatología, neumología, reumatología, hematología, nefrología y neurología. En el servicio de Gastroenterología no se aplicó el cuestionario por motivos de coordinación.

5.1. Características de los pacientes:

La mayor parte de los pacientes encuestados fueron mujeres (61.3%). Al distribuir el total en tres grupos etarios se obtuvo que poco menos de la mitad eran adultos jóvenes (18 a 39 años) 79 pacientes (46.4%). Del total de pacientes encuestados el 52.4% ya habían acudido a algún servicio del hospital.

La mayor parte de los pacientes que se encuestaron (60.1%) acudían a los consultorios externos del Dpto. de Medicina a pedir ayuda por primera vez para el problema de salud que les hizo ir ese día a consultorio. El 39.9% de ellos acudieron previamente a buscar ayuda en otro lugar por su problema.

Al clasificarlos según su grado de instrucción descubrimos que en 29.2% de los pacientes el grado de instrucción alcanzado era el secundario completo, siguiéndole en frecuencia el grado superior con 24.4%.

En la **tabla 1** se exponen con más detalle los datos obtenidos en las variables antes mencionadas.

Tabla 1: Características generales de los pacientes

Variable		Número de ptes.
Sexo	Masculino	65 (38.7%)
	Femenino	103 (61.3%)
Edad	Adulto joven	78 (46.4%)
	Mediana edad	50 (29.8%)
	Adulto mayor	40 (23%)
Tipo de Paciente	Nuevo	80 (47.6%)
	Continuador	88 (52.4%)
Grado de Instrucción	Analfabeto	(0.6 %)
	Primaria incompleta	21 (12.5 %)
	Primaria completa	15 (8.9%)
	S. incompleta	25 (14.9 %)
	Secundaria completa	49 (29.2%)
	Superior incompleta	16 (9.5%)
	Superior completa	41 (24.4%)

5.2. Características de los médicos:

Los pacientes entrevistados fueron atendidos por médicos de género masculino en el 76.8% de las veces.

47% de los pacientes catalogaron a los médicos como de mediana edad.

La mayor parte de los pacientes (74.4%) afirmaron no haber elegido al médico que les atendió ese día en la consulta.

Aproximadamente la mitad (51.2%) de los pacientes negaron haber acudido antes a consulta con ése médico y por el contrario una cuarta parte de los encuestados (el 25.6%) acudieron a más de cuatro consultas previas.

Tabla 2: Características generales de los médicos

Variable		Número
Sexo	Masculino	129 (76.8%)
	Femenino	39 (23.2%)
Edad	Adulto joven	64 (38.1%)
	Mediana edad	79 (47%)
	Adulto mayor	25 (14.9%)
Elegido por los pctes	No	125 (74.4%)
	Si	43 (25.6%)
Nº de consultas anteriores	0 consultas	86 (51.2%)
	1 a 3 consultas	39 (23.2%)
	más de 4	43 (25.6%)

5.3. Calidad de la relación médico-paciente y satisfacción en la consulta médica.

Las respuestas recibidas en las preguntas que evalúan la calidad de la RMP en cuanto a respeto y cortesía, disponibilidad de escuchar, comprensión, sensibilidad humana así como el grado de confianza en su capacidad profesional y la participación del paciente en la consulta son resumidas en las siguientes tablas.

Tabla 3: Actitudes de los médicos y características de la RMP

	Número (y porcentaje) de pctes				Puntaje Promedio
	No (0)	Muy poco (1)	Medianamente (2)	Totalmente (3)	
Respeto y Cortesía	2 (1.1)	7 (4.2)	13 (7.7)	146 (86.9)	2.80
Disponibilidad a escuchar	0 (0.0)	6 (3.6)	9 (5.4)	153 (91.1)	2.88
Comprensión	0 (0.0)	9 (5.4)	20 (11.9)	139 (82.7)	2.77
Sensibilidad	1 (0.6)	3 (1.8)	36 (21.4)	128 (76.2)	2.73
Confianza	4 (2.4)	2 (1.2)	42 (25.0)	120 (71.4)	2.65
Participación	5 (3.0)	6 (3.6)	17 (10.2)	140 (84)	2.74

En la **tabla 3** se aprecia las características que nos proporcionaron los puntajes para calificar las RMP percibidas. Como puede apreciarse el puntaje promedio obtenido en cada ítem estaba entre 2.65 y 2.88 en la escala del 0 al 3.

En el rubro participación del paciente debemos mencionar que el 2.4% de los pacientes refirió que no entendieron la explicación del diagnóstico. El 1.2% dijo que lo hicieron muy poco. También un 2.4% refirió que no entendieron la explicación de su tratamiento. El 6.5% dijo que entendieron muy poco. El 91.1% estaba conforme con éste último, pero de los que no lo estaban, la mayoría (73.3%) no pidió otras opciones.

Se halló una relación médico-paciente adecuada en el 92.3% de las RMP evaluadas, es decir un puntaje entre 15 y 21, luego de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada ítem evaluado. Diez pacientes (6%) tuvieron respuestas que cayeron en la categoría de relación médico-paciente medianamente adecuada (puntaje entre 9 y 14) y 3 (1.8%) en la categoría de relación médico-paciente inadecuada (puntaje menor o igual a 8). El promedio del puntaje de RMP fue 19 en éste estudio.

El grado de satisfacción fue también clasificado en tres grados. Se encontró poca satisfacción (valor dado de 10 o menos) en 10 pacientes (6%), mediana satisfacción (valor entre 11 y 14) en 8 (4.8%), y mucha satisfacción (puntaje entre 15 y 20) en 150 pacientes (89.3%). La media fue de 17.

Una mayoría también (89.3% es decir 150 pacientes) afirmó que recomendarían al médico que los atendió en esa oportunidad con sus familiares o amigos y 10.7% (18 pacientes) dijo que no lo harían.

5.4. Asociaciones encontradas entre variables.

Se encontró una asociación significativa (Fisher 0.02 y OR 4.2) entre el grupo etario del paciente y la calidad de relación percibida, siendo las relaciones médico paciente del grupo de pacientes adultos jóvenes las que fueron más frecuentemente categorizadas como no adecuadas con mayor frecuencia que las de los pacientes mayores.

Se observó que el grado de instrucción no se asoció (Fisher 0.249) a la calidad percibida de relación médico-paciente (RMP).

Tabla 4: Asociación entre percepción de la calidad de la relación médico-paciente y las variables de estudio

Variables	Valor p
Grado de instrucción del pcte	0.25
Grupo étnico del pcte	0.02
Grupo étnico del médico	0.40
Concordancia de grupo étnico entre médico y pcte	0.59
Género del médico	0.15
Concordancia de género del médico y pcte	0.15
Continuidad del manejo médico	0.30
Elección del médico antes de la consulta	0.02
Intención de recomendación del médico	< 0.001
Satisfacción de la consulta	< 0.001

En éste estudio no se vio asociación (Fisher 0.148) entre género del médico y la calidad percibida de relación médico-paciente, sin embargo las respuestas de los paciente cayeron en la categoría de adecuada relación médico-paciente en mayor porcentaje cuando fueron atendidos por médicos mujeres, que cuando fueron atendidos por médicos varones (97.4 vs 90.7% de RMPA).

Se observó que mayor es el grado de satisfacción de la consulta a mejor percepción de la calidad de RMP, o en otras palabras, mayores puntajes en las características de la relación o actitudes de los médicos evaluadas, Siendo una asociación fuertemente significativa (ver tabla 5) 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.

Tabla 5: Regresión logística entre variables del estudio

Variables	OR	IC (95%)
Calidad RMP vs. Satisfacción en la consulta	61.2	14.0 - 267.3
Calidad RMP vs. Intención de recomendación	298	33 - 2681
Calidad RMP vs. Grupo étnico	4.2	1.1 - 16.1
Calidad RMP vs. Elección del médico	1.3	1.2 - 1.5
Satisfacción vs. Intención de recomendación	48	13.4 - 171.8

El haber elegido o no al médico no se asoció a la intención de recomendar al médico a amigos o familiares ($p = 0.110$), pero la frecuencia de haber elegido al médico y desear recomendarlo fue un poco mayor (95.4%) que

cuando no fue elegido el médico por el paciente (87.2%). Haber elegido o no al médico también se asoció significativamente a la calidad percibida de la RMP ($p = 0.02$).

VI. Discusión

En ésta investigación, la frecuencia hallada en la percepción de una RMP adecuada fue de 92.3 %, un porcentaje alto no esperado por la autora. Sin embargo, en otras investigaciones realizadas en poblaciones muy diferentes a la nuestra, se obtuvieron datos similares cuando se estudiaron los ítems que evaluamos para categorizar la calidad de la relación médico-paciente, es decir: cortesía, disponibilidad a escuchar, empatía, humanidad, confianza, participación, e intención de retorno.

La **amabilidad (cortesía)** es una característica importante en el médico que entabla RMP exitosas. Fernández, en el hospital Militar geriátrico de Lima, en el 2003, encontró que un 74% de pacientes describieron a su médico como amable, un porcentaje menor a lo encontrado en este estudio en que el 86.9% contestaron que el médico fue muy respetuoso y cortés⁵⁹.

Miettola en su estudio realizado en Finlandia, obtuvo que el 70%, de los estudiantes de medicina de primer año en su segundo día de clases, opinó en informes escritos, que los médicos generales con los que rotaban tenían actitudes positivas y muy positivas hacia las preocupaciones de sus pacientes⁵⁸.

En la tesis de Mulanovich, realizada en 46 pacientes internados en los hospitales limeños Arzobispo Loayza y Cayetano Heredia, el promedio del puntaje dado a la **disponibilidad de escuchar** por parte de su médico fue de 4.03 en una escala del 1 al 5. En **empatía** del médico el puntaje fue 4.63, trato como persona fue de 5.0 y confianza en el médico fue de 4.47 en promedio¹⁹, mientras en nuestro estudio obtuvimos valores de 2.88, 2.77 y 2.65 sobre 3 respectivamente.

Hay que destacar que algunas de estas características fueron alteradas por diversos factores del médico y del paciente. Epstein en su investigación donde se grabaron 100 videos de consultas médicas de internistas en EEUU, se vio que la respuesta empática de médicos mujeres fue significativamente más frecuente que entre los galenos varones ($p < 0.01$)⁶⁴.

Miettola en el estudio finlandés, citado anteriormente, anotó que los estudiantes también percibieron que los médicos usaban diferentes formas de comunicación con los pacientes dependiendo del paciente, añadiendo que si bien la comunicación con pacientes ordinarios era empática, se tornaba más distante en casos especiales/críticos como con los niños, retardados mentales, ancianos, pacientes socialmente marginados y con pacientes en la sala de emergencia⁵⁸. Estos casos especiales de RMP no pudieron ser evaluados en ésta tesis por la metodología que se planteó.

Acerca de la **confianza** en el médico, una de las características principales de una adecuada relación médico-paciente, fue declarada como plena por 71.4% de los entrevistados en ésta tesis, cifra muy cercana a la encontrada por Andía en un estudio en Cuzco-Perú en un hospital del Seguro social del 2002, donde el 62.2% de los 91 usuarios encuestados respondió tener plena confianza y seguridad en el médico¹⁵.

Keating, en un cuestionario telefónico de 8 ítems aplicado a 424 pacientes en un lapso de 1 a 2 semanas desde que acudieron por primera vez al consultorio de 92 especialistas, encontró que 79% afirmaron sentir plena confianza en el médico que los atendió y los factores que fueron encontrados asociados a esta respuesta fueron: la participación del paciente en la toma de decisiones, duración de la consulta tal como la deseaba el paciente, entre otros⁴⁶.

Otro factor que influye grandemente en el grado de confianza a lograrse dentro de la relación médico-paciente es el sentimiento de vulnerabilidad del paciente, según un estudio nacional de Shenolikar en Gran Bretaña en el 2004³⁶.

Kroenke, en un cuestionario telefónico realizado en 1117 pactes de una muestra nacional, tomó en cuenta las variables satisfacción y confianza en el médico en situaciones médicas críticas tales como hospitalización, cirugías, efectos colaterales serios de medicinas, o evaluación por cáncer u otra

condición médica severa. Se encontró una relación significativa entre la confianza en el médico y ser evaluado por enfermedades serias y menor confianza si la medicación recibida había producido efectos colaterales severos ⁶².

La **participación**, también fue mencionada en el estudio de Fernández, en donde se señala que los médicos les explicaron su diagnóstico y tratamiento al 85% y 88% de los pacientes entrevistados respectivamente, aunque no da mayores detalles acerca de si compartieron las decisiones terapéuticas ⁵⁹. En el estudio de Andía en el Cuzco, el 67.1 % los pacientes dijeron estar muy satisfechos (de manera general) y satisfechos con la explicación del médico acerca de su enfermedad ¹⁵.

En una encuesta en 370 usuarios externos del hospital “Cesar Garaya García” de Iquitos, los pacientes opinaron que en el 85% de las veces el médico les hizo entender su problema de salud y que en el 72% les explicó su tratamiento y cuidados a seguir ⁶⁵.

Refiriéndose al mismo tema, Mulanovich concluye que existe menos satisfacción con la información recibida sobre la enfermedad, lo que implica participación del paciente; que con la conducta del médico o con el aspecto afectivo de la relación médico-paciente ¹⁹.

Cooper también encontró factores asociados a la participación en la consulta, por ejemplo, que las mujeres médicos dan consultas con mayor participación del paciente que los profesionales varones ⁴⁵.

En mi estudio, el género del médico no se asoció a la calidad percibida de relación médico paciente, sin embargo hubo una ligera diferencia entre las frecuencias en los pacientes atendidos por médico varones versus los que fueron atendidos por mujeres (90.7% vs. 97.4% respectivamente tuvieron RMP adecuada).

Otros factores del paciente señalados por Back fueron el estado emocional y grado de educación ⁴³. La disparidad de razas también ha sido implicada. Cooper afirmó que los pacientes con etnicidad concordante a la de sus

médicos participan más en la consulta y que los pacientes afro-americanos tienen, significativamente, menos participación en la entrevista que los blancos ⁴⁵. En mi estudio, realizado en una población predominantemente mestiza, estas diferencias no fueron evaluadas.

El 25% de los pacientes refirieron haber tenido cuatro o más consultas con el médico que lo atendió el día de la encuesta con motivo de esta tesis. Pero no hubo asociación significativa entre el número de consultas previas y la calidad de RMP. A diferencia de lo que se halló en el estudio de Von Bultzingslowen donde se investigó a pacientes crónicos quienes tuvieron ambas situaciones, es decir, médicos que los trataron por largo tiempo (“doctor personal”) y médicos que los atendieron en una sola consulta. En dicho estudio 13 de 14 respondieron que preferían un doctor personal. La mayoría de ellos expuso que les causaba ansiedad e inseguridad tener uno por corto tiempo y que sentían más comprensión y empatía con un “médico personal” previamente conocido ⁶³.

Miettola también halló que los alumnos finlandeses de primer año también resaltaron la continuidad del manejo médico como elemento importante de la relación médico-paciente, añadiendo que cuando conocen al médico, los pacientes parecen ser más abiertos ⁵⁸.

El grado de satisfacción señalado por los pacientes en esta tesis fue *muy satisfecho* en 89.3%. El promedio del puntaje de satisfacción en esta tesis fue de 17 sobre 20 puntos.

En el estudio de Sulmasy, publicado en el 2002, en 84 pacientes terminales hospitalizados, se encontró que la satisfacción acerca de la atención del médico fue, en promedio, de 4.39 (en una escala del 1 al 5) ⁶⁰.

En el estudio del Cuzco, Andía afirmó que el promedio de nivel de satisfacción del médico u odontólogo fue 3.67 en una escala del 1 al 5 ¹⁵.

En el estudio del hospital “Cesar Garaya García” de Iquitos, se menciona que el 65% de los pacientes que respondieron estuvo satisfecho de su atención, de manera general ⁶⁵.

Cifras más cercanas a las de nuestra investigación fueron halladas en el estudio de Tsuchida en Lima-Perú realizada en el 2003, en las salas de

hospitalización de medicina interna del Hospital Loayza, en el cual se encontró un nivel de satisfacción general de 82.8%, pero niveles de satisfacción menores para las habilidades de comunicación del médico con el paciente (73%)⁶¹.

Acerca de este punto, también se encontraron asociaciones, en éste y otros estudios, por ejemplo, en un estudio realizado de Frostholm en Dinamarca en el 2005, los pacientes que consultaron un médico más experimentado y de sexo femenino tenían más probabilidad de estar más satisfechos (OR 0.7), al igual que con los médicos entrenados en el trato con el paciente (OR 0.7)⁶⁹, punto que resaltaré más adelante.

Por otro lado, en el estudio de Vedsted, publicado en el 2002, se observó que los pacientes con niveles socioeconómicos más altos eran los que mostraban índices de satisfacción más bajos⁵¹.

También se ha evaluado la variable grupo étnico. En una encuesta telefónica hecha en 1816 pacientes adultos que visitaron al médico del primer nivel de atención, se evaluó satisfacción con escalas de 0 al 4 en los 5 ítems siguientes: satisfacción de la atención en general, habilidades de los médicos, explicación del problema del paciente y su tratamiento y cortesía-respeto-sensibilidad – amistad y se obtuvieron los mayores puntajes de satisfacción en pacientes mayores de 40 años (76%). También Cooper halló mayores porcentajes de satisfacción entre los pacientes con educación universitaria (77.9%)⁴⁵.

Veebek en una investigación en Italia, en donde en una investigación en 2567 madres de niños pre-escolares y 276 pediatras, encontró que las madres más jóvenes y de menor grado de instrucción tenían más probabilidades de estar menos satisfechas²¹. Similar situación sucedió en el estudio de Mulanovich, antes citado, donde la insatisfacción sobre la relación médico-paciente era mayor en pacientes con menor nivel educativo¹⁹.

Estos datos fueron contrarios a los hallados en mi tesis, en la que, si bien, el grado de instrucción no se asoció significativamente a la calidad percibida de RMP, los pacientes sin educación escolar y los que tuvieron educación escolar únicamente, respondieron un poco más frecuentemente tener una RMP adecuada que los pacientes con educación superior (93.7% vs. 89.4%). En el mismo sentido, en un estudio en Lima-Perú llevado a cabo en el servicio de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue (2000), donde se usó una encuesta

semi-estructurada basada en la encuesta Servqual en 66 pacientes hospitalizados y en 31 acompañantes, se observó que las calificaciones sobre el servicio fueron más bajas entre los usuarios con educación superior ⁶⁷. En el estudio de Saco en Cuzco en el 2001 realizada en Centros de salud del primer nivel de atención, donde se entrevistaron a 360 usuarios, no se encontró relación entre el grado de instrucción y la percepción de la calidad de atención, ni tampoco entre el género, ocupación y estado civil del usuario con su satisfacción general ⁶⁶.

En mi tesis, lo único que se asoció significativamente a la calidad percibida de RMP fue el grupo etario al que pertenecía el paciente, siendo el de adultos jóvenes (18-39 a) los que perciben una RMPI con mayor frecuencia que los demás pacientes. De manera similar, en el estudio realizado de Frosthalm donde los pacientes mayores mostraron más probabilidad de estar satisfechos que los menores (OR 0.4) ⁶⁹.

En nuestra investigación, la satisfacción se asoció significativamente a la percepción de la calidad de la RMP. Es decir que las características y actitudes que evaluamos en ella realmente son importantes para el paciente y, por lógica, se asociarán a todos aquellos beneficios que la satisfacción de la consulta médica le trae, motivo por el cual deben ser tenidos en cuenta en cada acto médico que realicemos.

De igual modo, se asoció la intensidad de recomendación del médico y la satisfacción, confirmando lo que también se observó en el estudio de Andía, en el cual los más satisfechos de la atención en el hospital fueron los que afirmaron que lo recomendarían a sus amigos y familiares ¹⁵.

Muchas de las variables que afectan a las características involucradas en la relación médico-paciente no pueden ser modificadas. Por lo que luego de la exposición de los datos previos, queda comentar los esfuerzos que pueden ser realizados para mejorar esta vital relación.

En la universidad de Minnessota-EEUU, se instauró “el programa de mentores” donde los estudiantes del 3^{er} año de medicina pasan su tiempo libre durante 9 meses con un mentor, cuidadosamente seleccionado, que es ejemplo de

profesionalismo y les da la oportunidad de reflexionar sobre las experiencias del día en la práctica médica compartida con sus pupilos⁶⁸. Este programa tiene como objetivo lograr mejorar las habilidades y reforzar valores en los alumnos para que logren mejores relaciones médico-paciente en su futura vida profesional, ya que es sabido que las habilidades de comunicación son un aspecto vital que si pueden ser desarrolladas en los estudiantes, y que por el contrario sin ser incentivadas se podrían perder⁵⁷.

Si bien es verdad que se puede guiar a los alumnos en el camino a ser mejores profesionales, los valores de los futuros médicos fueron forjados mucho antes de ingresar a la facultad. En éste aspecto, creo que se ha perdido una buena costumbre, que puede ser crucial en facultades donde se forman profesionales que tratarán con seres humanos, hablo de la entrevista personal y por que no, una evaluación psiquiátrica, podría ser útil para elegir a los que serán los futuros médicos del Perú.

VII. Conclusiones

La percepción de la calidad de la relación médico-paciente por parte de los usuarios externos del departamento de Medicina del hospital Daniel A. Carrión es de una *adecuada relación médico-paciente* en un 92.3 % de los casos.

El grado de satisfacción señalado por los pacientes es *muy satisfecho* (entre 15 y 20 en la escala vigesimal) en 89.3% de las veces.

El grupo etario al que pertenece el paciente se asoció significativamente a la calidad percibida de relación médico-paciente, siendo el grupo de pacientes adultos jóvenes (18-39 años) los que perciben una relación médico-paciente inadecuada con mayor frecuencia que los demás pacientes.

El grado de instrucción, el grupo etario al que pertenece el médico, la concordancia de género, la concordancia de grupo etario, el género del médico, ni la continuidad del manejo médico se asocian a la calidad percibida de relación médico-paciente.

VIII. Recomendaciones

Es necesario que se realicen estudios como éste en otras instituciones de salud, y se averigüen las deficiencias y fortalezas de los actos médicos en otros escenarios, que podrían ser diferentes al mostrado en nuestra investigación.

Se sugiere, para optimizar la gestión de recursos humanos, la implantación de un programa de técnicas de comunicación, relaciones interpersonales y la generación de una ética laboral, que no sólo deberá ser impartida a estudiantes y médicos, sino también, a los demás trabajadores de la salud de la institución.

Un programa de mentores también podría ser implantado en las facultades de medicina del país, ya que los buenos ejemplos y la sensibilización de los estudiantes han mostrado buenos resultados.

La realización de entrevistas personales, de preferencia a los aspirantes a la carrera médica y a otras áreas de la salud, es otro punto a sugerir.

Finalmente recomendar a mis compañeros y futuros colegas tener siempre en cuenta que la amabilidad, el respeto, la disponibilidad a escuchar, la sensibilidad y la confianza son, probablemente, características primordiales que un paciente busca en el médico y que si bien no siempre podremos curarlo por lo menos aliviarlo debe ser nuestro objetivo principal.

IX. Bibliografía

1. Ortiz, Pedro. Introducción a la medicina clínica, El examen clínico esencial. 1ª edición. Centro de producción editorial UNMSM. Lima. 1996
2. Keating N, Gandhi T, Orav EJ, Bates D, Ayanian J. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physician. Arch Intern Med 2004;164: 1015-1020.
3. Perales, Alberto. El acto médico: Criterios de definición y límites. Diagnóstico; 40:46-50.
4. Pandleton, David; Schofield, Theo; Tate, Peter; Havelock, Pater. The new consultation: developing doctor-patient communication. 2ª Edición. Oxford University Press. New York 2003.
5. Seguin C.A. Introducción a la medicina psicosomática. 1ª Edición. Ed T. Scheuch S.A.. Lima 1947. p140-142.
6. Pedro Laín Entralgo. La Relación Médico-Paciente: Historia y teoría. 1ª Edición. Ed. Castilla Madrid 1964. p15-26.
7. Seguin A.C. Amor y psicoterapia. 1ª edición. Ed. Paidós. Buenos Aires 1963. p9-15.
8. Valdivia R, Méndez S. Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de EsSalud del Cusco. Situa 2003; 12 (23) : 11-22
9. Larson E., Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. JAMA 2005, 239: 1100-1106.
10. Gill J, Mainous AI. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Arch Fam Med. 1998;7: 352-357.
11. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ. 1992; 304:1287-1290.
12. Saveliz J, Albendanci W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. Ann Fam Med. 2004; 2:445-551.
13. Stewart M. Continuity, care and commitment: The course of patient-clinician relationship. Ann Fam Med 2004;2: 388-390.
14. Langen I., Myhren H., Ekeberg O., Stokland O. Patient's satisfaction and distress compared with expectations of medical staff. Patient Education and Counseling 2005; 59: 260-66.
15. Andia C., Pineda A., Sottec V., Santos j., Molina M., Romero Z. Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa del hospital I Espinal. SITUA (UNSAAC) 2002, 20: 18-22.

16. Epstein R., Hundert E. Defining and assessing professional competence. JAMA 2002; 257(2): 226-233.
17. Celeno, Celmo. Semiología médica. 3ª Edición. Mac Graw Hill Interamericana. México D.F. 1999.
18. Kaplan H., Sadock B., Grebb J. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta y psiquiatría clínica. 7ª edición. Ed Médica Panamericana. Buenos Aires 1996.p1-15.
19. Victor Mulanovich Pinillos. Relación médico-paciente en servicios docentes de hospitalización del servicio de medicina. Lima-Perú 1989. Tesis de Bachiller para optar por el título de médico-cirujano.
20. Andreassen H., Trondse M., Kummervold P., Gammon D., Hjortdahl P. Patient who use e-mediated communication with their doctor: New constructions of trust in the patient- doctor relationship. Qualitative Health Research 2006, 16 (2): 238-48.
21. Veerbek J., Boer A., Von der Weide W., Piirainen H., Anema J., Van Amstel R., Hariog F. Patient satisfaction with occupational health physicians, development of a questionnaire. Occup Environ Med 2005, 62:119-123.
22. Braunwald, Eugene. Hauser, Stephen. Fauci, Anthony. Longo, Dan. Kasper, Dennis. Jameson, J Larry. Principios de Medicina Interna Harrison 15ª Edición. Ed Mac Graw Hill. Madrid 2002. p1-2.
23. Kravtman, Maurice. El diagnóstico a través de la historia clínica. 1ª Edición. Ed IDEPSA. Madrid. 1995.
24. Myerscough P. Talking with patient. 1ª Edición. Oxford University Press. New York 1989.
25. Browne K., Freeling P. Doctor-patient relationship 2ª Edición. Ed. Churchill livings. Edimburgo 1976.
26. Ley P. Communicating with patient. 1ª edición. Ed Choomheld. Wales 1988.
27. Jinich, Horacio. Síntomas y signos cardinales de las enfermedades. 3ª edición. Ed. Manual Moderno. México D. F. 2001.
28. Coulehan, John et al. "Let me see if I have this right....: Words that help build empathy". Ann Intern Med 2001; 135:221-226.
29. Hojat Mohammadreza et al. Physician Empathy: Definition, components, and relationship to gender and specialty. Am J Psychiatry 2002; 159: 1563-1569.
30. Beckman H, Markakis K, Suchman A, Frankel R. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994; 154: 1365-70.

31. Delgado H. El médico, la medicina y el alma. 1ª edición. Editorial Paz Montalvo. Madrid 1952. p13-18.
32. Dapper docs. Scrubs versus shirt and tie: physicians think patients care about the way they dress. *Minn Med*. 2007 Aug; 90(8):10-1.
33. Ramírez Ramos, Alberto. La faceta humana del médico. *Diagnóstico* 1995; 34(2): 38-43.
34. Surós, Antonio. Surós, Juan. *Semiología médica y técnica exploratoria*. 8ª edición. Ed. Masson. Barcelona 2001.
35. Tate, Peter. *The doctor's communication handbook*. 4ª edición. Medical Press. Londres 2003.
36. Shenolikar et al. "How patient-physician encounters in critical medical situations affect trust: results of a national survey". *BMC Health Services Research*. 2004;4:24-30.
37. Ngaire Kerse, Stephen Buetow, Arch G. Mainous, Gregory Young, Gregor Coster, Bruce Arroll, *Physician-patient relationship and medication compliance: A primary care investigation*. *Ann Fam Med* 2004, 2 (5): 455-461.
38. Le Fanu, James. *Doctor's diary*. 1ª Edición. Ed. Robinson. Londres 1996.
39. Stewart M, Brown J, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999;3:25-30.
40. Kleiman A. The cultural meanings and social uses of illness. *J Fam Pract* 1983; 16: 539-45.
41. Santilla, Carlos. Impacto de la reforma en salud en el Perú sobre el acto médico. *Pediátrica* 2001, 4(2): 48-53.
42. Vera-Bejar E. La enseñanza ética en el pre-grado. *Boletín de la Sociedad peruana de Medicina Interna* 2001, 14(2).
43. Back A., Antold R., Baile W., Tulsy J., Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication task in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005, 55:164-177.
44. Von Bultzingslowen et al. Patients' view on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Family Practice* 2005; 22 (2): 254-9.
45. Cooper L, Gallo J, Gonzales J, Vu HT, Powe N, Nelson C, Ford D . "Race, gender and partnership in the patient-physician relationship". *JAMA* 1999; 262: 583-589.
46. Keating N, Gandhi T, Orav EJ, Bates D, Ayanian J. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physician. *Arch Intern Med* 2004;164: 1015-1020.

47. Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú. Sección tercera, Título I. Art 43°.
48. Lambert L. Patient physician relationship critical even during brief. Medical Checks". JAMA 2000; 284:29-31.
49. Felitman D, Nevack D, Gracely E. Effects of managed care on physician patient relationship, quality of care, and the ethical practice of medicine. Arch Intern Med. 1998; 158: 1626-1632.
50. Johnsen J., Makerud K. What did the doctor say- what did the patient hear? Operational knowledge in clinical communication. Fam Pract 1997;14: 382-6.
51. Vedsted P, Mainz J, Lauritzen T, Olesen F. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. Fam Pract. 2002; 19: 339-343.
52. Potter S., Mc Kinlay J. From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship. Social Science and Medicine 2005, 61: 465-479.
53. Zárate E. Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en el Perú. SITUA (UNSAAC) 2001, 23:4-10.
54. Sogi C., Zavala S., Ortiz P. ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica?. Ann Fac Med (UNMSM) 2005; 66 (2): 174-185.
55. Perales A., Mendoza A., Ortiz P. El Mercado profesional como determinante de la conducta médica. An Fac Med (UNMSM) 2000, 61 (3).
57. Aspergren K., Lonberg P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? Medical Teacher 2005; 27 (6): 539-43.
58. Miettola J., Mantyselka P., Vaskilampi T. Doctor-patient interaction in Finnish primary health care as perceived by first year medical students. BMC Medical Education 2005, 5:34-40.
59. Fernández Malaspina, Jorge Francisco. Grado de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa del Hospital Militar Geriátrico. Tesis para optar por el título de especialista en medicina integral y gestión en salud. Lima-Perú 2003.
60. Sulmasy D., Mc Ilvane J. Patient's ratings of quality and satisfaction with care at the end of life. Arch Intern Med. 2002;162: 2098-2104.
61. Tsuchida M., Bandres M., Guevara X. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico-paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. Rev Med Hered 2003; 14: 175-180.
62. Kroenke, J. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic. Arch Intern Med. 1999 May 24;159(10):1069-75.

63. Von Bultzingslowen et al. Patients' view on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2005; 22 (2): 254-9.
64. Epstein R., Bortell F. Pudor, honor, and autoridad: the evolving patient-physician relationship in Spain. *Patient Education and counseling* 2001, 45:51-57.
65. Informe técnico; encuesta de satisfacción de usuarios del Hospital César Garayar García, Mayo 2005. MINSA Unidad de gestión de calidad en salud.
66. Saco S., Farfán R., Andrade V., Martínez C. Diagnóstico basal de la calidad de atención de los establecimientos de salud de la red de Quispicanchi y Acomayo desde la perspectiva del usuario. *SITUA (UNSAAC)* 2001, 19: 24-35.
67. Manzoni GC, Torelli P. The patient-physician relationship in the approach to therapeutic management. *Neurol Sci.* 2007 May;28 Suppl 2:S130-3. Review
68. Howard Bell. The mentor's image, observing other is the best way for students to learn professionalism. *Minnesota Medicine* 2007. 90(8):24-30.
69. Frostholm L, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, Weinman J. The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. *Psychosomatic medicine* 2005; 67:897-905.
70. Schouten et al. The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in the Netherlands. *Patient Education and Counseling* 2005; 58: 288-295.

Anexo 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Componentes de la variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Tipo de variable	Escala de medición	Valores finales	Criterios	Instrumento	
<i>Relación médico-paciente</i>	Empatía	Capacidad de sentir y entender los sentimientos del paciente como propios y hacer que éste lo sienta.	4. ¿ Que tan comprendido se sintió cuando estaba con el médico?	Puntaje 0,1,2,3	Cualitativa	Nominal	1.- Relación médico-paciente adecuada 2.- Relación médico-paciente medianamente adecuada. 3.- Relación medico-paciente inadecuada	1. RMPA: SI en más de 60% del puntaje total posible (>15 pts.) 2. RMPMA: Situación que no cumple con los criterios de relación adecuada ni relación inadecuada. 3. RMPI.: SI en menos de 40% del puntaje total posible (<8 pts.).	Cuestionario: preguntas de la 2 a la 13.	
			3. ¿ En el aspecto de escuchar, ¿Qué nos puede decir del médico que lo atendió?	0,1,2,3						
	Cortesía	Trato que manifiesta atención, afecto o respeto.	2. Con respecto al respeto y la cortesía, ¿Qué tan bien lo trató el médico?	0,1,2,3						
	Humanidad	Compasión por la problemática del paciente	5. , ¿Qué tan sensible fue su médico?	0,1,2,3						
	Confianza	Sensación del paciente de competencia del médico .	6. ¿Qué tanta confianza le tiene ahora al médico que lo atendió?	0,1,2,3						
	Participación	Grado de intervención del paciente en la consulta.	7. En el aspecto explicación de su problema de salud, entendió la explicación del médico?	0,1,2,3						0 , 1 , 2 , 3
			9. En el aspecto explicación del procedimiento a seguir con Ud., entendió la explicación del médico?	0,1,2,3						
			9. ¿le pidió otras opciones?	Si = 3, No = 0						
			10. ¿El médico le dio otras opciones?	Si = 3, No = 0						
	Intención de retorno	Expresión de querer regresar	11. ¿Recomendaría Ud. a un familiar que se atienda con el mismo médico que lo/la atendió hoy?	Si = 3, No = 0						

<i>Satisfacción en la consulta</i>	-	Valor numérico dado por el paciente para calificar su agrado con la consulta.	Por favor, califique su satisfacción de la consulta.	Del 0 al 20	Cuantitativa	De razón	Muy satisfecho Medianamente s. Poco satisfecho	Muy s: mas de 15, mediana s: 11-14 poco s: menos de 10	Cuestionario: pregunta 14.
<i>Grupo etario del paciente</i>	-	Años cumplidos	-	-	Cuantitativa	De razón	Adulto joven Mediana Edad Adulto mayor	Adulto joven de 18 a 39 años, Mediana Edad 40 a 60, Adulto mayor 61 a más	Cuestionario: pregunta 20.
<i>Grupo etario del médico</i>		Percepción del paciente del grupo etario al que el méd. pertenece			Cualitativa	Nominal	Adulto Joven Mediana edad Adulto mayor	-	Encuesta auto-ad Cuestionario: pregunta 16.
<i>Género del médico</i>	-	Genero al que pertenece el médico	-	-	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino	-	Cuestionario: pregunta 15.
<i>Género del paciente</i>	-	Genero al que pertenece el patient	-	-	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino	-	Cuestionario: pregunta 19.
<i>Concordancia de género/g.eta</i>	-	Igual sexo/g.etar ente médico y pac.	-	-	Cualitativa	Nominal	Concordancia No concordanci	-	Cuestionario: Preguntas 15 , 16, 19 y 20.
<i>Continuidad del manejo</i>	-	Tiempo que conoce al medico que lo atendió.	-	-	Cualitativa	Nominal	0 veces De 1 a 4 veces Mas de 4 veces	-	Cuestionario: pregunta 18.
<i>Tipo de paciente</i>	-	Según visitas anteriores al servicio por el mismo problema de salud.	-	-	Cualitativa	Nominal	Paciente nuevo Continuador Quequeo médico.	-	Cuestionario: pregunta 21.
<i>Elección del medico</i>	-	Paciente eligió al medico.	-	-	Cualitativa	Nominal	Si No	-	Cuestionario: pregunta 17.
<i>Grado de instrucción del paciente</i>	-	Nivel de educación que alcanzo	-	-	Cualitativa	Ordinal	Ninguna, Primaria Completa/ Incompleta/ Secundaria Compl/ Incomp, Superior Comp/ Incompleta.	-	Cuestionario: pregunta 22.

Anexo 2: Cuestionario PREMEPA

Percepción de la relación médico-paciente por parte de los usuarios externos del H.N.D.A.C.

Bloque I: Percepción de la Relación médico-paciente:

1.- Antes de venir ¿acudió a buscar otro tipo de ayuda para su problema de salud?

0. No 3. Si , Porque no persistió allí? _____

2.- Con respecto al **respeto y la cortesía**, ¿Qué tan bien lo trató el médico?

0. No fue cortes ni respetuoso 1. Fue muy poco cortés y respetuoso
2. Medianamente respetoso y cortés 3. Fue muy respetuoso y cortés.

3.- En el aspecto de **escuchar**, ¿Qué nos puede decir del médico que lo atendió?

0. No me dejo hablar 1. Si me escucho pero poco 2. Me dejo hablar pero no escucho todo lo que quería decir. 3. Me escuchó todo lo que quería decirle.

4.- En el aspecto de **comprensión hacia Ud.**, ¿Que tan comprendido se sintió cuando estaba con el médico?

0. No me comprendió 1. Me comprendió pero poco
2. Si me comprendió pero no totalmente 3. Me sentí totalmente comprendido

5.- En el aspecto de **sensibilidad hacia su problema**, ¿Qué tan sensible fue su médico?

0. No tuvo tacto 1. Fue poco sensible 2. Medianamente 3. Totalmente sensible

6.- En el aspecto **confianza en su capacidad profesional**, ¿Qué tanta confianza le tiene ahora al médico que lo atendió?

0. No le tengo confianza 1. Muy poca 2. Mediana 3. Confío plenamente

7.- En el aspecto **explicación de su problema de salud**, entendió la explicación del médico?

00. No me explicó 0. No entendí nada
1. Entendí muy poco 2. Medianamente 3. Entendí claramente

9.- En el aspecto **explicación del procedimiento a seguir con Ud.**, entendió la explicación del médico?

00. No me explicó 0. No entendí nada 1. Entendí muy poco
2. Medianamente 3. Entendí claramente

