

Especialización en Gestión de Organizaciones de Salud

Escuela de Economía de la Salud

Universidad Nacional de La Plata (UNLP)

Trabajo Final Integrador

“La gestión de la comunicación como aporte a la mejora de la calidad de la relación médico-paciente y de la gestión del paciente.”

Autora del TIF: Carina Nuñez

Directora del TIF: María del Carmen Tamargo

La Plata, noviembre 2020

| | |
|--|-----------|
| Contenido | |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPÍTULO I | |
| FUNDAMENTACIÓN | 4 |
| CAPÍTULO II | |
| MARCO TEÓRICO | 6 |
| II.1. LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE | 6 |
| II.2. LA NATURALEZA DE LA DEMANDA | 7 |
| II.3. LA RELACIÓN DE AGENCIA | 7 |
| II.4. MODELOS DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE | 8 |
| II.5. LA COMUNICACIÓN MÉDICO – PACIENTE | 9 |
| II.6. LA GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN | 11 |
| II.7. BARRERAS DE COMUNICACIÓN | 12 |
| II.8. LA ESCUCHA | 13 |
| II.9. MODELOS DE COMUNICACIÓN | 14 |
| II.10 LA GESTIÓN DEL PACIENTE | 16 |
| CAPÍTULO III | |
| OBJETIVO GENERAL | 19 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 19 |
| HIPÓTESIS | 19 |
| CAPÍTULO IV | |
| METODOLOGÍA | 20 |
| IV.1. El diseño metodológico | 20 |
| IV.2. Las dimensiones de análisis | 20 |
| CAPÍTULO V | |
| V. EI ANÁLISIS DE LOS DATOS | 23 |
| V.1. Breve caracterización de las Instituciones incluidas en el estudio | 23 |
| V.2. El análisis de las entrevistas a profesionales médicos/as | 25 |
| V.4. El análisis de las encuestas a pacientes | 35 |
| CAPÍTULO VI | |
| CONCLUSIONES | 39 |
| BIBLIOGRAFÍA | 45 |
| ANEXOS | 47 |
| ANEXO I – Guías de Entrevistas | |
| ANEXO II –Resumen de Entrevistas de Pacientes (ICM) | |
| ANEXO III –Resumen de Entrevistas de Pacientes (Sanatorio IPENSA) | |
| ANEXO IV – ENCUESTA: Consideraciones de pacientes | |

TITULO: “La gestión de la comunicación como aporte a una mejora de la calidad de la relación médico-paciente y de la gestión del paciente.”

INTRODUCCIÓN

La comunicación y la salud constituyen un campo transdisciplinar emergente a partir de reconocer la existencia de una relación estrecha entre ambos. Los vínculos entre comunicación y salud conforman un conjunto integrado que no solo afecta a la organización de cada uno, sino que genera una novedad para la calidad de la gestión del paciente, la cual requiere estrategias prácticas y analíticas específicas.

La complejidad del campo de la salud hace necesario repensar la comunicación como soporte fundamental para contrarrestar las distorsiones que produce en la relación médico – paciente y en consecuencia en la gestión.

Los fenómenos que corresponden tanto al dominio de la comunicación como al de la salud conforman sistemas complejos. Al problematizar la relación médico-paciente podemos advertir que condensa de modo indisoluble aspectos comunicacionales y de salud, sea planteada como una relación interpersonal presencial entre médicos y pacientes o como una relación mediada tecnológicamente en la que intervienen dispositivos de comunicación. En este entramado comunicación-salud se produce un efecto sinérgico, donde cualquier modificación tendrá impacto en la organización de salud, entraña la dualidad como principio constitutivo de ambos saberes.

Como se indica al inicio y siguiendo a Petracci (2017), el campo de comunicación y salud conlleva la construcción de un saber emergente y transdisciplinar que resulta de pensar la complejidad de los procesos de salud y comunicación como unidad constitutiva de las experiencias problematizadas.

En este sentido, se asume la complejidad para pensar la comunicación y la salud, procurando trazar una serie de coordenadas que estimulen la reflexión y la producción en esta área. En este Trabajo de Integración Final se analizará el modelo de gestión de la comunicación en la relación médico – paciente, en dos instituciones de salud específicas, con el fin de ampliar la base de conocimiento que permita comprender la complejidad de la comunicación y la salud proporcionando un aporte para la gestión del paciente.

El enfoque del trabajo se basa en que la comunicación en salud no debe ser considerada como un aspecto más en la estructura de las organizaciones, sino como una unidad dialéctica en donde comunicación-salud forman un todo integrado cuya trama contiene a los pacientes con sus

problemáticas particulares, a los profesionales con sus necesidades y a la propia organización que tendrá que mediar en ese hiato, todo dentro de un contexto particular.

De esta manera, se abordará la relación entre diferentes variables que hacen a la especificidad de la relación médico-paciente, la comunicación médico-paciente, la gestión del paciente, la calidad en la gestión del paciente, los modelos de comunicación posibles y la gestión integral de la comunicación en este marco.

El presente trabajo se organiza a partir de esta Introducción y VI capítulos en los que se presenta, en primer lugar la Fundamentación donde se explicita la caracterización del problema y de su relevancia. Luego en el Capítulo II se desarrolla el Marco Teórico, en el cual los conceptos fundamentales son: la relación médico – paciente, los modelos de la relación médico – paciente, modelos de comunicación y la gestión de la comunicación médico - paciente, y la calidad en la gestión del paciente. Luego, en el Capítulo III, se definen los Objetivos de la investigación y las Hipótesis y preguntas centrales.

En el capítulo IV se describe la metodología de la investigación, en el capítulo V se desarrolla el análisis de la información, en el Capítulo VI se establecen orientaciones o criterios para una eficaz gestión de la comunicación y las principales conclusiones que surgen de la investigación.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN

Los cambios en los hábitos de vida y en cómo se piensa en términos de lazos vinculares y de salud, hacen necesario revisar la relación médico – paciente a fin de determinar cuáles son las variables a considerar en este vínculo y los atributos valorados. Esta dinámica médico-paciente refiere a un contexto histórico, la relación fue mutando ante los cambios de epistemes¹, pero se sostuvo en la asimetría.

Hoy nos enfrentamos a un nuevo escenario, donde el paciente parece ser más exigente hacia los servicios y donde el acceso a la información y a las consultas por redes sociales impacta en el modelo hegemónico médico – paciente. Se establece una nueva dimensión, las necesidades cambian y la comunicación requiere adaptarse.

En este sentido es importante reflexionar sobre las cuestiones de la gestión de la comunicación en las organizaciones que promueven el conflicto entre médico – paciente perjudicando el proceso y que aspectos funcionan como facilitadores y favorecen la relación entre ambos partícipes del sistema.

Se trata del encuentro entre dos personas donde hay una asimetría, el paciente con su padecer y el médico con su saber. Para el paciente es importante establecer una relación de confianza con el médico, pero muchas veces éste último, atento a cuestiones pragmáticas no está receptivo de estas necesidades. Producto de la relación así establecida, el paciente tiene dudas que no son evacuadas o se ve limitado a preguntar o cuestionar, muchas veces por no establecer un vínculo que lo permita, esto a su vez promueve bajas adherencias a los tratamientos indicados por el médico. Según ensayos controlados de Kaplan y col² se demostró que aspectos específicos de una buena comunicación médico – paciente estaban estrechamente relacionados con los resultados de salud medidos objetivamente.

Las instancias en esta relación suelen estar contaminadas por interrupciones externas o del propio médico, esto interfiere en la escucha activa e inciden negativamente en el diálogo, lo cual es clave para que se establezca empatía.

¹ La episteme es ese conjunto de configuraciones que han dado lugar a las diversas formas del conocimiento. Es un sistema de interpretación que condiciona los modos de entender el mundo y aprehenderlo en un tiempo determinado.

² KAPLAN SH, GREENFIELD S, WARE JE, Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989; 26: 285-294.

A su vez, la escasa relevancia sobre la gestión de la comunicación por parte de la organización incide negativamente en toda acción tendiente a mejorar el vínculo entre médico – paciente. Cuando se efectúan encuestas de atención es habitual que se realicen sobre el personal de contacto y no así en los médicos. Tampoco se fomentan capacitaciones con el objetivo de brindar herramientas para que el médico pueda tener un mejor manejo de lo vincular.

El paciente puede estar bien diagnosticado, pero no es suficiente para que se involucre en el tratamiento. No todos los pacientes necesitan, valoran y responden de la misma manera frente al mismo estilo de comunicación, desde la gestión del paciente será importante entender la subjetividad y brindar al médico las herramientas que le permitan establecer con el paciente el vínculo más apropiado. La relación se verá fortalecida con una organización ocupada de la gestión de la comunicación. Por ello, el propósito de esta investigación es aportar a la comprensión de la incidencia de la comunicación en la relación médico – paciente articulando distintas dimensiones de análisis referidas a la gestión de la comunicación en salud, buscando identificar los atributos valorados en la relación, que a su vez condicionan la satisfacción con la atención por parte del paciente y la adherencia a los tratamientos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Los ejes conceptuales en los que se centra el desarrollo del marco conceptual son: la relación médico – paciente, la comunicación médico – paciente y los modelos de comunicación en el campo de las organizaciones de salud; la gestión del paciente, la calidad en la gestión del paciente y la gestión de la comunicación. También se analizan los conceptos de barreras de comunicación y la noción de escucha activa.

II.1. LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

La relación médico – paciente es una relación social asimétrica. La diferencia de saberes de vocabulario y lenguaje, son elementos que construyen una relación de poder desigual entre ambos que pueden ser considerados obstaculizadores en la fluidez de dicha relación.

El médico como poseedor de un saber es el actor alrededor del cual se estructura esa relación; por ello puede decirse que es una relación de poder asimétrica. Para Foucault las relaciones de poder son inmanentes, constituyen los efectos inmediatos de las particiones, desigualdades y desequilibrios que se producen.³

Para dicho autor no hay exterioridad del poder, sino un entramado de relaciones de poder en el que algunos asumen la conducción de la relación y otros son conducidos; ese poder se puede ejercer de maneras diferentes según sea el contexto y el dispositivo en el que se canaliza esa relación.

Así, el poder no es una institución ni una estructura, ni un atributo, es una situación estratégica compleja, que está presente en la relación médico-paciente.

En la relación médico – paciente se asume un vínculo de estas características ya que se establece un dispositivo en el cual uno es poseedor del saber y conduce, y otro es conducido, uno ejerce el poder y otro asume una posición pasiva, depositando la confianza en la persona que porta el conocimiento.

La relación médico - paciente se da en un contexto organizacional que define roles y funciones, que se organizan a partir de una cierta manera de conceptualizar la relación. Los modos y tipos de comunicación que se espera se establezcan son elementos que moldean y organizan esa relación dentro de los roles establecidos en función de la conceptualización de la relación.

3 Foucault, M. Historia de la Sexualidad. Siglo veintiuno. Buenos Aires, 2019.

Es importante analizar cómo se abordan desde la gestión de las organizaciones de salud algunos aspectos particulares que hay que considerar para el abordaje de la relación médico - paciente y la comunicación. Estos aspectos son: la naturaleza de la demanda, la asimetría de la información y la relación de agencia.

II.2. LA NATURALEZA DE LA DEMANDA

La **función de la demanda** de servicios de salud se define en un proceso de comportamiento dinámico en el cual se combinan recursos, conocimientos y patrones de comportamiento, con la tecnología, los servicios y la información disponible, con la finalidad de poder restaurar, mantener y promover la salud de sus miembros. Lo que se busca es maximizar la salud de la persona. La función de la demanda de los servicios de salud se describe, desde la economía, como una función de las características de las personas y atributos de los oferentes como la calidad en el trato, los tiempos de espera, transporte, otros.

Pensar la relación médico paciente desde la demanda, supone considerar al paciente como consumidor. Desde esta perspectiva predomina la idea de que el comportamiento del médico esté guiado por el interés hacia el paciente, de atender específicamente sus necesidades y demandas.

Esto lleva a valorar por parte del paciente el establecimiento de una relación de confianza. Pero es claro que esta relación es asimétrica en cuanto al saber y a la información que cada uno posee y dispone. Es decir hay **asimetría de la información** donde la información, sea en volumen o calidad, no es la misma. El paciente no decide el tratamiento que va a recibir, lo que hace es seleccionar a un médico (en el caso de libre elección) que será el que toma la decisión. El médico cumple un doble rol, por un lado actúa en interés del paciente y por otro, en función de su propio interés, como oferente del servicio poniendo en juego su saber y cumpliendo protocolos y normas de atención. Por lo cual, el médico puede inducir demanda.

II.3. LA RELACIÓN DE AGENCIA

Una relación de agencia se forma siempre que un principal delega una decisión a otra parte, el agente. En la relación médico-paciente, el paciente delega la autoridad al médico, quien en muchos casos será también proveedor de los servicios recomendados. Si el médico actuara como **agente perfecto**, éste elegiría como el paciente mismo hubiera elegido si tuviera la información que el médico posee.

Sin embargo, por otro lado las nuevas tecnologías de la información introdujeron modificaciones al modelo, yendo desde un modelo en el que la relación era dominada por el médico, con el

enfermo en una actitud pasiva, hasta un modelo de relación más activo, de participación conjunta. Los pacientes se muestran más demandantes de información, muchas veces llegan a la consulta después de investigar su padecer por internet, el exceso de información disponible requiere un espacio en la consulta donde se pueda establecer un vínculo de confianza para que el paciente se pueda comprometer al tratamiento prescrito por el médico. A su vez, también es importante incluir en la relación médico – paciente a la familia, dado que juega un rol clave en esta dinámica.

II.4. MODELOS DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

Al investigar la teoría, se plantean los siguientes modelos de relación médico-paciente. Sánchez⁴ y Ordóñez y Lacasta refieren cuatro modelos principales de relación médico-paciente.

1. Paternalista o Instrumental. Es el clásico modelo de relación, en el cual se considera al enfermo como un ser frágil al que se debe guiar. El médico activamente selecciona la intervención que le permita cumplir con su objetivo, sin considerar las preferencias del paciente, el médico toma la decisión terapéutica al objetivar los valores y decidir por el enfermo. El paciente no interviene. La comunicación es unidireccional. La información conduce al enfermo a consentir la propuesta del médico en su condición de experto, quien no tiene en cuenta los valores del paciente e impone una terapéutica.

2. Informativo. También llamado método científico- técnico. El experto (médico) informa sobre diversas técnicas diagnósticas y terapéuticas, observa regularmente los valores del paciente, pero no decide por él. El paciente después de informarse decide qué tratamientos recibirá. El valor del médico es técnico, impersonal, especializado y no considera los valores del enfermo.

3. Interpretativo. El médico rescata los valores del paciente en la toma de decisiones. Se proporciona información, opciones de tratamiento y consecuencias de los mismos. Se ayuda al paciente a pensar y articular sus valores con los posibles tratamientos. Su papel es meramente consultivo. El paciente decide en función de los valores interpretados. Ante la angustia y la confusión que obstaculizan la capacidad de discernir del enfermo, el profesional contiene, aconseja y orienta hacia el tratamiento más adecuado.

4. Deliberativo. Es un modelo participativo. La comunicación es bidireccional, activa. Promueve la autonomía del paciente e incorpora la familia al proceso de toma de decisiones. Propone que el enfermo determine, elija los valores relacionados a su salud y que considera adecuados para él. Se discuten y desarrollan valores con el paciente, se le ayuda a elegir. Se recomiendan tratamientos respetando los valores, y se coadyuva al paciente en la selección adecuada del plan

⁴ Sánchez GJM, Rivera CAE, Hernández GLE, et al La Relación médico paciente y la comunicación deben estar asociados a la Ética Médica., 8 (Revista Calimed 2002), pp. 21-22.

médico a seguir. La decisión la toma el paciente, con base en la información recibida. Ambos en la relación se comprometen a deliberar conjuntamente, pero el paciente decide, desarrolla e identifica a través de una discusión en colaboración con su médico, las mejores alternativas.

Ordoñez y Lacasta⁵, sugieren el modelo deliberativo (participativo o colaborativo) como el más adecuado. El tipo de relación que se establezca es un proceso que determinan el médico, el paciente y la familia. No todos los pacientes optan por el mismo modelo, o en algún momento pueden desear un cambio según las circunstancias en la evolución de la enfermedad. En esos casos, el profesional de la salud tiene que adaptarse a los requerimientos del paciente. El médico debe tener la capacidad y responsabilidad de adoptar un estilo para cada tipo de paciente en particular. Los factores psicológicos, familiares, sociales y ambientales diferentes requieren de una relación médico-paciente-familia individualizada.

Otro aspecto a tener en cuenta en los modelos de relación médico – paciente es la dimensión sociocultural. Para Laín Entralgo (1982)⁶ el contexto socio – cultural se instituye como mediador entre el médico y el paciente, ya que “todo juicio sobre la salud debe ser referido al sistema de creencias y convenciones propios del grupo al que pertenece el sujeto cuyo estado se juzga”. En este sentido, cada contexto sociocultural integra saberes que justifican distintas concepciones sobre el cuerpo, en que también se significan los sistemas de creencias. La diversidad cultural plantea que las evaluaciones y los actos profesionales de la salud pueden ser válidos para un contexto y no para otro.

La relación con el paciente debe basarse en la confianza, respeto, conocimiento mutuo y reconocimiento de las ventajas, que para ambos supone trabajar de forma colaborativa, pues esto permitirá dar un diagnóstico y tratamiento adecuados. El médico aporta sus conocimientos técnicos y el paciente su propia experiencia.

II.5. LA COMUNICACIÓN MÉDICO – PACIENTE

La calidad de la comunicación médico – paciente es fundamental para incrementar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento y establecer un apoyo como contención para el paciente. Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista durante la consulta no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos.

5 Ordóñez GA, Lacasta RMA. Cómo dar malas noticias. Diálogo terapéutico y preguntas difíciles.

6 Laín Entralgo, P. El diagnóstico médico. Historia y teoría, Barcelona, Salvat, 1982.

La mejora de las habilidades de comunicación por parte de los profesionales de atención primaria se relaciona positivamente con la calidad de atención, la satisfacción de los pacientes y médicos y los resultados de salud. El desarrollo de estas habilidades aumenta la capacidad resolutoria de los profesionales.

Muchas de las contrariedades que se presentan entre los pacientes, sus familiares y el médico son resultado de la insatisfacción en el trato más que por el diagnóstico y tratamiento.⁷

La mejora de la comunicación médico paciente, también se relaciona con otras variables del proceso: una mayor participación del paciente en la toma de decisiones, un mayor entendimiento, un mayor cumplimiento de las expectativas del paciente y su satisfacción, derivan en una mayor satisfacción personal y mayor adherencia a los tratamientos. Si una persona participa más en la toma de decisiones sobre su salud- enfermedad, cumple mejor con los tratamientos y aumenta la probabilidad de curarse-controlarse de la enfermedad que padezca. Si está más satisfecha con su médico también mejora su percepción de salud y su adherencia a los tratamientos.

A su vez, unas buenas habilidades de comunicación se han relacionado con una mejora en la gestión del tiempo de consulta. Los médicos que han desarrollado aspectos como la empatía, la exploración de creencias, de diversidad y expectativas de los pacientes, como la participación del paciente en las decisiones, han consumido el mismo tiempo de consulta que los que no lo hacen. La mejora del abordaje psicosocial por parte de los médicos se ha conseguido de forma eficiente cuando se han entrenado las habilidades de comunicación. Si el profesional no va más allá, se corre el riesgo de que el paciente trate de suplir su déficit de apoyo social con el propio profesional sanitario, sustituyendo sus relaciones sociales por relaciones sanitario-pacientes. Una deficiente comunicación entre médico-paciente produce un mayor uso de servicios de salud y su consecuente incremento en costos del sistema de salud en su conjunto.

La capacitación sobre habilidades de comunicación para médicos promueve la calidad de las interacciones que tienen con los pacientes. Estas intervenciones tienen en común la escucha activa, la ayuda al paciente para relatar sus historias, el incremento de la confianza en la relación, la reducción del enfoque biomédico de la entrevista y una mayor participación por parte del paciente en la toma de decisiones. A su vez, otorga flexibilidad al profesional, donde es posible adoptar distintos estilos de comunicación según el tipo de paciente, siendo este enfoque una de las características que definan la buena comunicación.

La empatía es un factor importante en la comunicación, puede ser desarrollada por el profesional de salud a fin de enriquecer su trato interpersonal.

⁷ LOYALA-DURÁN, L., LANDGRAVE-IBAÑEZ, S., PONCE-ROSAS, E., GONZÁLEZ-PEDRAZA AVILÉS, A. Nivel de empatía en médicos del servicio de urgencias de un hospital público de salud de México. México 2015.

Otro elemento valioso para destacar la importancia de la comunicación en el trabajo del médico, se encuentra en el ensayo de García Vigil⁸ el cual describe las características de distintos tipos de entrevistas, en todas ellas se advierte la presencia constante de las necesidades comunicativas entre el médico y el paciente, privilegiando el modelo de entrevista antropológica. Este tipo de entrevista privilegia la escucha del relato del paciente sobre su dolencia en relación a su vida en general, trasciende la anamnesis siendo que procura rescatar la singularidad. No se establecen las preguntas en la consulta para que el paciente encuadre en cierto tipo definido de padecer, por el contrario busca la vivencia particular y subjetiva del paciente.

En este sentido, García, refiere que la relación médico - paciente es la punta de entrada para la realización de la historia clínica, y la oportunidad más importante que tiene el médico para conocer el padecimiento de su paciente. Conviene que en esta interacción exista una conexión real entre médico y paciente, de tal forma que puedan comunicarse sentimientos y pensamientos, no sólo derivados de la afección orgánica sino también del malestar por conflictos emocionales, laborales y socioculturales.

Las conclusiones del autor llevan a reconocer que una adecuada orientación comunicativa permite entre otras cosas: mejorar la comprensión del proceso salud-enfermedad, realizar un enfoque humano al enfatizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales del entrevistado (sin olvidar su substrato biológico), – mediante un uso deliberado de la palabra como herramienta poderosa de comunicación intra e interpersonal, y un máximo aprovechamiento del efecto terapéutico de la palabra per se.

II.6. LA GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

La comunicación contempla procesos más amplios que los de transmisión de información, es decir es más que la transmisión de información unidireccional sino que concierne a procesos dialógicos, participativos e intercambios discursivos de carácter sociocultural y organizacional.

De este modo, la comunicación puede y debería entenderse como un medio y como un signo de creación de relación. En donde la organización cumple la función de gestionar las prácticas tendientes a mejorar la comunicación entre médico y paciente.

Una efectiva gestión de la comunicación tendrá como resultado una mayor satisfacción del médico y el paciente, adherencia a los planes de tratamiento por parte del paciente, decisiones

⁸ García VJ. Relación médico paciente en un modelo de comunicación humana. Rev. Med. IMSS. 1999; 37 (3): 213-220

médicas más adecuadas, mejores resultados de salud, disminución de quejas y de demandas por mala praxis.

La comunicación eficaz, integrada y coordinada es esencial para alcanzar el objetivo de mejorar las perspectivas de futuro y la salud de las personas de todo el mundo. En este sentido, la OMS establece un enfoque estratégico sobre la comunicación eficaz donde contempla seis atributos básicos a saber, accesible, factible, creíble y fiable, pertinente, a tiempo y fácil de entender.⁹

El objetivo de una comunicación integrada en el sistema de salud es proporcionar información, recomendaciones y orientación a los médicos para que estén capacitados en herramientas de comunicación y puedan aportar a los pacientes contención, información para una mejor toma de decisiones y dignidad.

La gestión de la comunicación asume todos los aspectos relacionados con la comunicación médico – paciente, pero desde una perspectiva organizacional, donde se determinen las acciones concretas a llevar a cabo para cumplir con los objetivos. Estas acciones deberán formar parte de una planificación integral donde el médico sea capacitado a fin de establecer herramientas que permitan contener al paciente, y acompañarlo en el proceso de su padecer. Los mejores resultados en el contexto médico, dependen no solo del diagnóstico y tratamiento adecuado, sino también de una interacción empática, la cual involucra al médico y a la organización en su conjunto.

II.7. BARRERAS DE COMUNICACIÓN

En la práctica médica se utiliza como vía de comunicación la entrevista clínica, en la que con preguntas claves, el médico conocerá qué siente el paciente, qué le preocupa, cómo y cuándo comenzó la alteración de su bienestar anterior y cuál era su historia de salud antes de acudir a consulta. La palabra resulta un instrumento de gran valor en la relación médico - paciente, toda entrevista es una conversación, donde prima la escucha.

La distorsión del mensaje es provocada por obstáculos llamados barreras o ruidos, que pueden ser relativos al conocimiento humano o determinados por la cultura, costumbres, religión, hábitos de vida o prejuicios.

El objetivo de la entrevista médica es facilitar el cumplimiento de la propia finalidad del sistema donde se desarrolla, facilitar la toma de decisiones, dar a conocer las políticas y facilitar su cumplimiento y control, evitar errores en la manipulación de la información que se recibe, emite y

⁹ Organización Mundial de la Salud. Marco estratégico de la OMS para las comunicaciones eficaces.

procesa. En este proceso comunicativo a veces se produce la pérdida de la calidad del mensaje, lo que impide la mejor realización del mismo por la presencia de ruidos o barreras.

Las barreras más comunes son:

- **Mecánicas o naturales:**
 - Cuando se producen ruidos ambientales.
 - Cuando la distancia entre los hablantes no es la correcta.
 - Cuando personas ajenas a la entrevista interrumpen la comunicación y distraen a uno de los participantes.
- **Gnoseológicas:** relativas al conocimiento, se producen cuando el sujeto emite o recibe el mensaje, tiene poca o nula experiencia. Se confía todo al poder de la técnica y se deja a un lado a la persona, en general. En la relación médico – paciente la asimetría de información actuaría como barrera en la comunicación cuando el médico no logra contener al paciente o a sus familiares con la información que les brinda.
- **Socio-psicológicas:** referidas a aquellas ideas que el sujeto tiene como válidas y bien fundamentadas y que actúan como elementos de bloqueo en las nuevas informaciones que le pretendan transmitir, especialmente si están opuestas a las anteriores.¹⁰

II.8. LA ESCUCHA

“Se trata de saber, más allá de qué enfermedad tiene un paciente, qué paciente tiene una enfermedad.

La urdimbre de creencias de las personas influye sobre el modo en que viven la salud y la enfermedad”

Fernando Lolás Stepke

La escucha remite a tres ámbitos diferentes: el ámbito de la acción, el ámbito de las inquietudes (que le confieren sentido a la acción) y el ámbito de lo posible (definido por las consecuencias de las acciones de hablar).¹¹

- **El ámbito de la acción:** una primera forma a través de la cual se confiere sentido al hablar guarda relación con identificar las acciones comprometidas en el hablar. Utilizando la propuesta de Austin¹² hay tres tipos de acciones involucradas: las que tienen relación con lo que se dice; las que tienen relación con aquello que se ejecuta al decir lo que se dice y las relacionadas con los efectos en el otro que resultan de decir lo que se dijo.
- **El ámbito de las inquietudes:** al escuchar se genera una interpretación sobre aquello de lo que la persona que habla se está haciendo cargo al hablar. La convivencia con otros

10 Suarez Cuba Miguel Ángel. MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE. Rev. Méd. La Paz, 2012.

11 ECHEVERRÍA, R., Ontología del Lenguaje. Editorial Granica. Buenos Aires, 2013.

12 Austin, J.L. (1982) Cómo hacer cosas con palabras, Paidós, Barcelona.

descansa, en gran medida, en la capacidad de atender mutuamente, de hacerse cargo de las inquietudes que mutuamente se tiene. Esto guarda relación con la preocupación y cuidado por el otro. Una de las maneras de realizarlo es a través del cumplimiento de las peticiones que el otro hace. Porque se es capaz de escuchar las inquietudes del otro se puede estar en condiciones de hacerse cargo, por lo tanto ofrecer condiciones de satisfacción que éste no sabría cómo pedir.

- **El ámbito de lo posible:** el hablar trae consecuencias. Luego que alguien dice algo, nuevas posibilidades emergen y antiguas posibilidades dejan de existir. El hablar modifica lo posible. En una conversación, el hablar de uno modifica lo posible para el otro, permitiendo decir lo que antes no habría dicho.

En el hablar, como una forma importante del actuar, se constituye el ser y el sentido. Al identificar las condiciones requeridas para escuchar, se puede intervenir a nivel de ellas y mejorar las competencias.

El dominio de la confianza tiene especial importancia, dado que la confianza afecta directamente la credibilidad de lo que se dice y por consiguiente la forma en que se es escuchado.

Dentro de las habilidades que requiere el médico para desempeñarse bajo el método centrado en el paciente, se encuentra la de escuchar en forma activa, una escucha atenta. No sólo escuchar el significado literal de las palabras, sino el significado de las expresiones incluso de los silencios, esto implica un diálogo donde impere la escucha del médico. Así, lo que se denomina “escuchar activamente”, se convierte en un requisito para mantener la comunicación en los planos verbal y no verbal, pero también para mantenerla en un nivel afectivo que permita comprender el verdadero significado de la enfermedad para el paciente, y la expresión abierta de sus sentimientos, lo cual refuerza que la comunicación y el sentido humanístico del médico son cualidades muy valoradas por el paciente y necesarias para la adherencia a los tratamientos.

II.9. MODELOS DE COMUNICACIÓN

El proceso comunicacional es la expresión más compleja de las relaciones interpersonales y en medicina tiene una especificidad. Para la salud del paciente es importante que los médicos escuchen la información biomédica y la información psicosocial del paciente. En el estilo actual, el médico suele hablar más que el paciente, interrogar en forma directa, mientras que el enfermo se limita a asentir o negar. La relación médico – paciente requiere un diálogo en el que, el proceso de informar sea fluido y bidireccional.

Existen distintos modelos de comunicación en función de la relación médico – paciente.

- **Modelo de las tres funciones del médico:** que consiste en recolectar información, responder a las emociones de su paciente y educar e influenciar la conducta del paciente para obtener mejores resultados en relación a su salud.
- **Modelo clínico centrado en el paciente:** el cual presupone que la experiencia del enfermo se mueve cada vez más a niveles más abstractos, que se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente y también sugiere una comprensión compartida del médico y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. Exige del médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Dicho modelo implica primero considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el médico debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente y en tercer lugar, considerar que se debe tener actitud mental en el proceso de escuchar, para captar las expresiones verbales y no verbales del paciente, así como entender que el trato de persona a persona se basa en la confianza y el compromiso.
- **Modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente:** desarrollado desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas, considera tres principios: que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad; que deja de ser válida la ilusión de una díada en la atención médica, para convertirse en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados y que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de una interacción compleja de múltiples factores y que el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.¹³
- **Modelo del autoconocimiento del médico:** parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos, el autoconocimiento no deberá significar un fin en sí mismo, sino un medio para ser más empático con la experiencia del paciente.

En todos los modelos se aprecia la importancia de relacionarse adecuadamente con el paciente, lo cual requiere una buena capacitación del médico en habilidades comunicativas para el mejor manejo en su trabajo cotidiano con sus pacientes.

13 Hernández-Torres I. y cols. Archivos en Medicina Familiar.

II.10 LA GESTIÓN DEL PACIENTE

La gestión del paciente es un proceso dirigido a mejorar la eficiencia institucional, facilitando el camino al paciente, para que transcurra por el proceso asistencial con menos burocracia, más satisfacción, escucha y diligencia. También implica un proceso de optimización, de programación, de gestión de recursos, de previsiones y de atención, para asegurar a cada paciente un servicio asistencial adecuado. Se vincula a un modelo donde la centralidad está en el paciente, satisfacer sus necesidades de salud, disminuir costos, aumentar la cobertura, mejorar los procesos y darle valor agregado a la cadena asistencial.

Díaz, C.A (2006), dice que la gestión de pacientes comienza con un cambio cultural. Dentro de la organización, donde el usuario encuentre facilitados los accesos al sistema de atención, y para que el médico con criterio de costo-efectividad y protocolos, puedan otorgar el mejor servicio.

Ese cambio cultural es pensar en la demanda, para satisfacer sus necesidades de salud, disminuir costos, aumentar los servicios, mejorar los procesos y darle valor agregado a la cadena asistencial. Es pensar en el paciente como usuario y no como enfermo.

Para que el paciente adquiera el rol de usuario en el proceso habrá que capacitar al personal, aumentar sus competencias, que conozca todos los aspectos de la cadena asistencial de valor, que asesore correctamente, que contenga, que los pacientes encuentren una solución integral.

En el enfoque de gestión del paciente se incluyen todos los intervinientes en la cadena de atención, cada encuentro es parte de la experiencia del paciente e influye en su apreciación general. Por esto, es importante comprender que en la comunicación con el paciente está involucrado todo el personal que establece un contacto, desde la recepcionista, la secretaria, enfermera o médica. Todo vínculo personal en la organización puede establecer una mirada en donde incida positiva o negativamente en la apreciación final de la experiencia.

Que los profesionales atiendan su demanda sin interferencias, con tiempo y escucha activa, anticipándose a lo que el paciente requiere, a sus necesidades. Generar un cambio en la perspectiva, donde al paciente es usuario de un servicio y como tal demanda calidad.

La conversión de paciente a usuario se realiza mediante un proceso que aborde todos los aspectos de la atención, con el fortalecimiento de las características diferenciales de una organización de salud, la capacitación del personal de contacto, el ordenamiento de los procesos, en las obligaciones contractuales y en las responsabilidades institucionales, en la mejora estructural y en la instalación de procesos adecuados de control interno.

Así las acciones implicadas en la conversión de paciente a usuario estarán relacionadas con la capacitación del personal, la optimización de los tiempos de espera, la oferta del servicio, la accesibilidad, la calidad en los servicios ofrecidos y la comunicación.

Las habilidades en la comunicación durante la entrevista, el diálogo y la interacción clínica son claves para pensar en la calidad de gestión del paciente. El lenguaje y otras expresiones hacen posible comunicar el padecer y eventualmente obtener alivio y contención, va a estar relacionado con el vínculo que se establece entre las partes.

El médico recaba la información del paciente a través del diálogo en la anamnesis, la inspección de su cuerpo en la exploración física, el dictamen semiológico del diagnóstico y la propuesta terapéutica, cuatro pasos fundados en una relación, un trato y un lazo que requiere un vínculo particular. Las señales de comunicación tienen una intención distinta para cada uno de los involucrados en la consulta: solicitud de ayuda, consuelo y beneficio por parte del paciente y provisión de atención, compasión y alivio por parte del médico.

En cuanto a la duración de las entrevistas, si bien se relacionan con aspectos de la comunicación médico – paciente, no siempre está vinculada al tiempo efectivo de la consulta y dependerá de cada caso en particular. A su vez se relaciona la menor duración de las consultas con una mayor prescripción de medicamentos, mayor número de derivaciones, menor posibilidad de que el paciente haga preguntas, menor información brindada por el médico, menos consejos preventivos, peor satisfacción y aumento de revisitas. La gestión eficiente del tiempo de consulta será el resultado de mantener tiempos flexibles por paciente. Los médicos con déficit en habilidades de comunicación suelen dedicar en todos los casos el mismo tiempo.¹⁴

Es clave para lo referente a la gestión del paciente el enfoque que considera que la mejor relación médico – paciente es aquella enfocada en este último. La atención centrada en el paciente es definida como “congruente con” y “sensible a” las necesidades y preferencias del paciente. Esto implica enfocar el diálogo terapéutico más en un paradigma psicosocial que biomédico, con compromiso activo del paciente en ese diálogo, siendo el médico abierto y sensible a la agenda y perspectivas del paciente, incluyendo intereses, expectativas y preferencias de tratamiento, y estableciendo una relación emocional.

En la gestión de la calidad del paciente será conveniente trabajar con un modelo de relación médico – paciente deliberativo, donde ambos se comprometan a deliberar conjuntamente sobre qué valores puede y debe buscar el paciente, ya que en última instancia la decisión es suya. Como interlocutor el médico se compromete en un diálogo psicoeducativo sobre qué actuación sería la más adecuada.

La entrevista y la exploración involucran múltiples canales de comunicación además de la verbal que contribuyen al vínculo, la confianza y determinan el éxito o fracaso de la intención terapéutica.

14 BELLÓN, JA. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. Navarra 2001.

Las habilidades de la entrevista incluyen atención, memoria, lenguaje y emociones sociales como la compasión, el consuelo y el manejo de la ansiedad ajena.

La atención médica no sólo es diálogo y relación interpersonal, requiere un pacto de confianza, una forma de relación sin la cual la terapéutica propuesta probablemente fracase. Es esencial para la práctica médica la comunicación verbal y no verbal que se establece entre el médico y el paciente.

La comunicación centrada en el paciente, puede lograr que el paciente perciba haber encontrado puntos comunes de acuerdo con su médico que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada, y que su nivel preocupación ha sido considerado. Esta relación se traducirá en una mayor recuperación del estado de salud del paciente, contribuyendo a disminuir la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o referencias a otros niveles de atención, con lo que la también el sistema de salud público podrá observar los beneficios.

El marco teórico procura contener todos los aspectos importantes para comprender lo vinculado a la gestión de la comunicación del vínculo médico – paciente, haciendo referencia para el encuadre a la relación médico- paciente, los modelos en torno a ella, la comunicación del vínculo con sus modelos referenciales, la gestión de la comunicación, que involucra aspectos como las barreras y la escucha y la gestión del paciente que retoma los conceptos anteriores, pero bajo la órbita de la organización.

CAPÍTULO III

OBJETIVO GENERAL

- Analizar el modelo de gestión de la comunicación y su incidencia en la relación médico-paciente en Ipena y en el Instituto Central de Medicina, ambas instituciones de salud de la ciudad de La Plata.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las modalidades de comunicación (formales e informales) entre médico paciente predominantes en las dos instituciones de salud seleccionadas.
- Conocer las percepciones y opiniones de médicos y pacientes sobre la relación médico paciente
- Relevar y analizar la presencia o ausencia de atributos relevantes para una gestión de la comunicación basada en la empatía, escucha activa e involucramiento del paciente en la gestión de estado de salud-enfermedad.
- Elaborar recomendaciones para el desarrollo de un modelo de comunicación colaborativo y participativo que mejore la gestión del paciente en un marco respetuoso del derecho a la salud, el derecho a la comunicación, la perspectiva de género, y la autonomía del paciente.

HIPÓTESIS

- La gestión de la comunicación entre médico-paciente basada en un modelo colaborativo y participativo incide positivamente en la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y médicos y en la adherencia a los tratamientos.
- La percepción negativa del paciente sobre la capacidad de escucha del médico incide negativamente en la confianza hacia el profesional y en la comprensión de las indicaciones para tratamientos.
- La inexistencia y/o el desconocimiento por parte de las y los profesionales de orientaciones institucionales que regulen y orienten la comunicación médico - paciente por parte de la institución, puede derivar en una gestión deficiente de la comunicación y desorientar al paciente expuesto a criterios diversos de escucha y diálogo en el diagnóstico y tratamiento.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

IV.1. El diseño metodológico

El diseño metodológico de esta investigación es descriptivo y cuali – cuantitativo.

La investigación se realizó en dos Instituciones de la ciudad de La Plata, la Clínica Ipena, y el Instituto Central de Medicina, durante el mes de julio 2020. Ambas organizaciones atienden diversas especialidades y trabajan con obras sociales.

Las fuentes de información utilizadas fueron: por un lado, secundarias entre las cuales se incluyeron manuales de procedimiento para la comunicación médico – paciente de las Instituciones seleccionadas, la información vertida en las respectivas páginas Web, en libros de quejas y encuestas realizadas por las propias instituciones.

Por otro lado, las fuentes de información primaria fueron entrevistas en profundidad con actores clave y encuesta a pacientes.

En total se realizaron 8 entrevistas en profundidad distribuidas del siguiente modo: dos (2) directivos y seis (6) médicos. Como instrumento de recolección de datos se confeccionó una Guía de entrevista abierta no estructurada.

El abordaje de los pacientes se realizó a través de la aplicación de entrevistas telefónicas, y video llamadas, utilizando un cuestionario a modo de guía. Se logró entrevistar a dieciséis (16) pacientes.

También se realizó una encuesta por Formulario Google entre los días 18 y 22 de julio, respondieron ciento ochenta y siete (187) personas, para la misma se utilizó un cuestionario realizado con preguntas cerradas, dicotómicas y de opción múltiple a partir de la guía administrada a pacientes a fin de poder establecer relaciones entre los resultados.

Si bien la guía de preguntas para las entrevistas a los 16 pacientes y la encuesta a las 187 personas utilizaron la misma lógica, en la entrevista se brindó un espacio más amplio para que el paciente expresara sus opiniones.

IV.2. Las dimensiones de análisis

Las dimensiones de análisis seleccionadas a partir de las cuales se definieron las preguntas de indagación tanto en las entrevistas como en los cuestionarios fueron las siguientes:

- modalidades de comunicación médico paciente
- la comunicación en la gestión del paciente

- la calidad de la comunicación en la relación médico – paciente

Las variables a estudiar surgen de las dimensiones de análisis y a partir de ellas se elaboraron las guías para las entrevistas en profundidad y cuestionarios.

A continuación se describen las variables que corresponden a cada dimensión, diferenciando las que corresponden a la indagación con directivos y médicos y las que competen a la indagación desde el punto de vista de los pacientes/usuarios del sistema de salud.

Para directivos y médicos

- **Modalidades de comunicación médico paciente:** canales y modalidades de comunicación entre médico y paciente; existencia de protocolos/manuales para orientar la comunicación; barreras observadas, debilidades y fortalezas de la comunicación médico paciente en general y en la institución en particular
- **La comunicación en la gestión del paciente:** importancia asignada a la comunicación médico paciente en la institución; aporte de la comunicación en la gestión del paciente, debilidades y fortalezas de la comunicación en la gestión del paciente; la incidencia de la comunicación médico paciente en la construcción de un vínculo de confianza; el rol de los familiares en la comunicación médico paciente; estrategias para abordar la comunicación entre médico-paciente y familiares; valoración de las consecuencias y/o efectos de la comunicación médico paciente en la adherencia a tratamientos (cumplimiento de las consultas programadas; cumplimiento de las indicaciones y tratamientos, etc.); características que consideran valiosas para una comunicación eficaz entre médico paciente (claridad, exhaustividad, pertinencia, oportunidad, etc.)
- **La calidad de la comunicación en la relación médico – paciente:** identificación de barreras para la comunicación entre médico-pacientes y familiares; debilidades y fortalezas de la comunicación entre médicos, pacientes y familiares; valoración del grado de satisfacción de la institución sobre el modo en que abordan la comunicación médico paciente; valoración del grado de satisfacción de la institución sobre el modo en que abordan la comunicación con los familiares de los pacientes; percepciones sobre el grado de satisfacción de pacientes y familiares sobre la comunicación con los médicos y el personal de salud en general.

Para pacientes/familiares

- **Modalidades de comunicación médico paciente:** formas de comunicación; comunicación directa médico paciente o comunicación intermediada por otro personal de salud (enfermera, residentes, etc.); frecuencia de la comunicación; oportunidad de la comunicación, estilo de comunicación, tiempo dedicado a la comunicación con el paciente/familiares por parte de los médicos, etc.
- **La calidad de la comunicación en la relación médico paciente:** valoración grado de satisfacción con la comunicación médico paciente; fortalezas y debilidades de esa comunicación; espacio dedicado a la escucha del paciente/familiares; grado de satisfacción respecto de la claridad de la información recibida; información suficiente/insuficiente; valoración de la capacidad de escucha de los médicos y otros integrantes del equipo de salud; grado de satisfacción con el tiempo destinado a la atención y comunicación con el paciente; valoración de la cantidad y oportunidad de la información proporcionada; valoración sobre la claridad del lenguaje utilizado por el médico y otros integrantes del equipo de salud; opiniones/percepciones sobre la incidencia de la comunicación médico paciente en la adherencia a los tratamientos (cumplimiento de visitas programadas, cumplimiento del tratamiento e indicaciones prescriptas, etc.)

CAPÍTULO V

V. EI ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos que se analizan a continuación surgen de:

- Entrevistas telefónicas a pacientes
- Entrevistas a médicos presenciales y telefónicas
- Entrevistas a directivos / encargados de área de comunicación
- Revisión de la información de fuentes secundarias.
- Encuestas auto administradas a pacientes

En primera instancia se revisarán los datos relacionados con el Instituto Central de Medicina e Ipena y luego se analizarán los datos de la encuesta general a pacientes.

V.1. Breve caracterización de las Instituciones incluidas en el estudio

El Instituto Central de Medicina (ICM) es una institución polivalente de la ciudad de La Plata, categoría III, de 57 camas, que brinda atención a pacientes mutualizados y privados mayoritariamente del área urbana, y en menor magnitud, a pacientes del interior de la provincia de Buenos Aires. El ICM implementa programas de Calidad de la Atención Médica a través del CIDCAM¹⁵.

Como misión expresan en su web: “El Instituto Central de Medicina es una entidad polivalente dedicada a la promoción, prevención y recuperación de la salud, que brinda atención a la comunidad toda, con mayor impacto en la región de La Plata y su área de influencia. Nuestra política es brindar prestaciones de Calidad en un ámbito de calidez y confort, haciendo énfasis en la capacitación de nuestros planteles y orientados a la mejora continua.”

En cuanto a su visión, enuncian lo siguiente: “Ser y ser percibidos por instituciones pares, financiadores y pacientes como la organización Modelo en Calidad de la región y sustentarlo en el tiempo. Orientando nuestros esfuerzos en lograr una atención médica integrada desde el ingreso hasta el egreso institucional, brindada por un plantel técnico profesional en capacitación continua, comprometido con el paciente y su familia. En un ámbito confortable y seguro.”

En cuanto a los valores, destacan la honestidad; el firme compromiso institucional; la confianza; la Ética y la Calidad Asistencial tanto técnica como percibida.¹⁶

¹⁵ Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica. <https://cidcam.org/institucional/>

¹⁶ <http://icmsalud.com.ar/>

El Instituto tiene un área encargada de la calidad y la gestión de la comunicación, desde allí se lleva a cabo un trabajo interdisciplinario. La encargada del área, quien brindó la entrevista, informó que es un área que oficia de mediadora entre la parte operativa y la dirección del Instituto, procuran dar siempre una respuesta tendiente a la mejora continua. Trabajan tanto la comunicación interna como externa, realizan encuestas tanto a pacientes y familiares ambulatorios como a internados. También se realizan encuestas internas e informes con propuestas que elevan al Directorio.

La institución le da gran importancia al consentimiento informado y el área de comunicación recibe las consultas de los pacientes y se encargan de poner en conocimiento al médico para que pueda evacuar las dudas con mayor información.

El área le da importancia a la comunicación de los derechos de los pacientes. También utilizan un libro de reclamos de donde relevan información sustancial para promover cambios o mejoras. En general los pacientes evalúan como satisfactoria la atención y la contención.

Si bien se realizaron cursos sobre comunicación, trabajo en equipo, reuniones efectivas, no se han realizado capacitaciones sobre la comunicación en el vínculo médico – paciente en particular.

Por otro lado, tomó para el análisis al Sanatorio Ipenza, éste cuenta con un equipo médico especializado, en su gran mayoría, docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata (UNLP). Entre sus miembros ejercen varios profesores titulares y adjuntos destacándose su uniformidad de formación y dedicación a la asistencia. Tiene su Sede Central en La Plata y consultorios periféricos en Los Hornos y City Bell.

Para Ipenza su misión es ser reconocidos como una institución comprometida con la comunidad que trabaja en pos de la prevención, diagnóstico y tratamiento integral de las personas para mejorar su calidad de vida. Basándose en la ética, la capacitación constante, la equidad, la vocación de servicio y una atención de calidad certificada.

Su visión radica en “Ser reconocidos como una Institución de excelencia, prestigio científico y calidad humana en la prevención, diagnóstico y tratamiento integral de las personas.”

Sus valores son la atención personalizada, ética, seriedad y honestidad, cordialidad y responsabilidad.

La entrevista se realizó con la encargada del área de Comunicación, quien tiene la responsabilidad de revisar todos los aspectos de la institución vinculados con la gestión de la atención por parte de los profesionales y personal de contacto, a su vez integra el Comité de Calidad.

Elaboran encuestas de opinión, llevan un registro de quejas y elevan informes con sugerencias para corregir desvíos y evitar mayores problemas, también relevan todo lo referente a la accesibilidad de los pacientes, señalética, folletería, información de turnos, programas, etc.

Es un área que no posee recursos propios para propiciar programas de capacitación o cursos donde se trabajen aspectos que impacten en la mejora de atención.

Del libro de quejas surge un reclamo reiterado por el tiempo excesivo de espera para los turnos de consultorios y de trato para pacientes que reclaman por las demoras. También reclaman llegadas tarde de médicos, malos modales, agresividad manifiesta en el trato prepotente. El informe termina con sugerencias. No hay un seguimiento de las quejas en particular.

También elaboraran folletería para difundir entre los pacientes y familiares los derechos y deberes de los pacientes.

La institución tiene manuales de procedimientos en relación a aspectos de la clínica, pero nada vinculado a la comunicación médico paciente. Certifican normas de calidad con lo cual para la acreditación trabajan específicamente los aspectos que corresponden a la aprobación.

El área tiene en agenda el trabajo sobre aspectos relacionados con el vínculo médico paciente, pero la encargada refiere que la posición de los médicos en general dificulta llevar acciones tendientes a mejorar estos aspectos, no hay un objetivo estratégico desde la organización que facilite el proceso hacia un trabajo conjunto.

La gestión de la comunicación depende de cada empleado de contacto con el paciente, no es la institución que promueve un estilo particular de comunicación. Tampoco se realizan jornadas o cursos donde se trabajen temas relacionados a la comunicación médico paciente.

V.2. El análisis de las entrevistas a profesionales médicos/as

Las y los médicos entrevistados en el Instituto Central de Medicina (ANEXO IV) son clínicos y terapistas, coinciden en la importancia de mantener un lenguaje claro con los pacientes y familiares, cada uno con un estilo de comunicación diferente, yendo desde una distancia pragmática con el paciente hasta un involucramiento afectivo. Coinciden en sostener la comunicación y acompañar al paciente y/o familiares al desenlace esperado, pero con la mayor aceptación posible. Estos médicos mantienen una comunicación fluida con los familiares por ser sus pacientes críticos y con pronósticos difíciles. Son los que, junto con los enfermeros, acompañan el proceso de padecimiento. Por tener diferentes estilos de comunicación, los familiares suelen requerir a uno en particular, con el cual se sienten más contenidos, esto dependerá del vínculo que se establezca.

Ninguno de los médicos tuvo una capacitación específica por parte de la institución en lo que se refiere a comunicación con el paciente y familiares o manejo de ansiedades. Cada profesional en base a su experiencia y a su estilo enfrenta la comunicación con el paciente.

Si bien la totalidad de médicos entrevistados dijo tener experiencia para enfrentar situaciones adversas con pacientes, la diferencia de las personalidades produce una diversa visión sobre la mejor posibilidad de contención y acercamiento a los mismos, de esta manera cada familiar solicita la intervención del profesional según su apreciación subjetiva.

La actitud frente al paciente también está influenciada por factores externos, en el caso de consultorios, dependerá del atraso y de la cantidad de pacientes con sobre turnos; los médicos suelen sentirse presionados para corregir el desvío en el tiempo de atención y dedican un menor tiempo a cada paciente. Las quejas en la demora de las consultas suelen ser frecuentes.

La mayoría de los médicos dijo enfocarse en la entrevista con el paciente en aspectos biomédicos, solo una de las médicas se caracteriza por observar también o adicionalmente los aspectos socio-emocionales. Todos los médicos tienen la misma visión sobre la importancia de la empatía en el trato con el paciente y familiares para una mejor evolución y para evitar conflictos, pero con diferencias en cuanto a lo que entienden por ello que pueden estar vinculadas con las características de personalidad, la formación y la falta de tiempo para las consultas.

En relación al manejo de emociones, la mayoría de los médicos entrevistados dicen estar atentos a las necesidades particulares de los pacientes, y dependiendo de las características individuales de los mismos o de sus familiares adaptan el lenguaje para que puedan comprender todo lo relacionado al diagnóstico y tratamiento a seguir, procuran establecer un vínculo cordial y de contención, pero manteniendo la distancia prudencial.

En la mayoría de los casos los médicos carecen de herramientas que les permitan no verse afectados emocionalmente ante un mal desenlace, tampoco reciben contención por parte de la institución. Cuando se les preguntó sobre el rol de la Institución en el momento de brindar una mala noticia, comentaron que no hay un lugar físico apropiado para comunicar a los familiares el desenlace y que son ellos mismos los que contienen.

Los médicos entrevistados en Ipena se dedican a la Clínica, también refirieron no haber recibido capacitaciones formales por parte de la Institución en temas vinculados a la comunicación con el paciente. Tampoco han adquirido conocimientos sobre la comunicación médico – paciente en la facultad (Recibidos todos hace 20 años). Las herramientas que utilizan para vincularse con el paciente las fueron construyendo en base a su experiencia particular.

Para todos es importante la escucha activa lo que les permite elaborar una mejor historia clínica. Una de las médicas entrevistadas dijo que los pacientes actualmente tienen un mayor acceso a

la información, pero no al conocimiento, siendo que muchas veces llegan a consulta con preguntas más complejas producto de haber investigado por internet. También procura un trato ameno y amable, llegando a establecer lazos de afecto con los pacientes. Los médicos clínicos suelen conservar los pacientes a largo plazo, con lo cual establecen un vínculo más cercano, no sucede lo mismo con médicos especialistas dado que las consultas son puntuales y los tratamientos tienen una duración acotada en el tiempo.

El tiempo de espera prolongado en la atención hizo que reestructure el procedimiento, a los pacientes que acuden por primera vez se les asigna doble turno por requerir más tiempo, en esta modificación no intervino la institución, siendo que cada médico modifica el procedimiento de atención de acuerdo a los inconvenientes que surjan o a situaciones que requieran un cambio.

A los médicos entrevistados les parece muy importante el uso del lenguaje claro y procuran, incluso con recursos gráficos, que los pacientes comprendan el diagnóstico y tratamiento a seguir. Consideran que el modelo nuevo de atención requiere del lenguaje claro y la escucha activa, que el modelo donde el médico era poseedor del conocimiento y el paciente cumplía con lo indicado está siendo modificada por la necesidad de los pacientes a sentirse escuchados.

Conocen que la institución certifica procesos como historia clínica y consentimiento informado, pero no hay una fluida comunicación interna de los procesos certificados, siendo que solo conocen los procesos en los que estuvieron involucrados activamente.

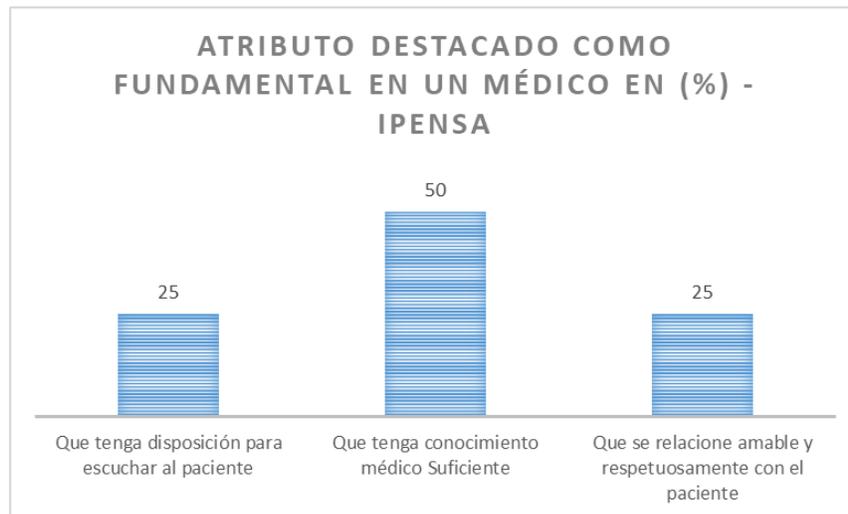
V.3. El análisis de las entrevistas a pacientes

Se entrevistaron ocho (8) pacientes atendidos en el ICM (ANEXO II), el 75% entre 31 y 50 años y el 25% entre 51 y 65 años. Los pacientes realizaron consultas con diversas especialidades, otorrinolaringología, ginecología, traumatología, clínica, gastroenterología, pediatría y endocrinología y referencian haber tenido una Buena atención por parte de la Institución en general un 37,5% de los pacientes y una Excelente atención otro 37,5%, el 25% consideró a la atención como Regular. Al valorar el trato recibido por el médico lo consideraron como Distante un 25%, Afectuoso 25% y Cordial un 50%.

También se entrevistaron ocho (8) pacientes atendidos en el IPENSA (ANEXO III), de los cuales, el 50% son menores de 30 años y el 50% tienen entre 31 y 50 años. Los pacientes realizaron consultas con diversas especialidades, otorrinolaringología, traumatología, clínica, cirugía y hematología. Respondieron haber tenido una Buena atención por parte de la Institución en general un 77% de los pacientes y una Excelente atención un 33%. Al valorar el trato recibido por el médico lo consideraron como Distante un 12,5%, Afectuoso 37,5% y Cordial un 50%.

En las entrevistas, un 50% de los pacientes de Ipensa consideran como atributo fundamental en un médico que posea “Conocimiento médico Suficiente”, el 25% cree que lo importante es la disponibilidad para escuchar y el 25% restante considera más importante que se relacione amable y respetuosamente con el paciente. Si bien la mitad de los entrevistados optó como atributo destacado el conocimiento médico suficiente, los mismos consideraron que ese valor fundamental si no está también acompañado por el trato respetuoso no es suficiente para volver a tratarse con el mismo profesional.

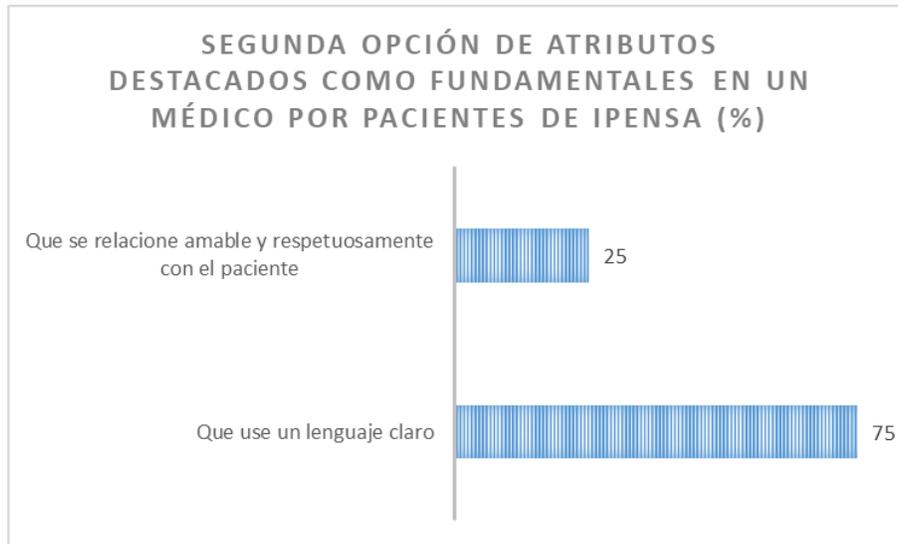
Gráfico 1



Cuando los entrevistados tuvieron que optar por un segundo atributo considerado como importante, un 75% indicó el uso de un lenguaje claro y el 25% que se relacione amable y respetuosamente con el paciente. A su vez, el uso de un lenguaje claro fue comentado por los entrevistados en reiteradas oportunidades al referirse a sus experiencias personales y/o familiares.

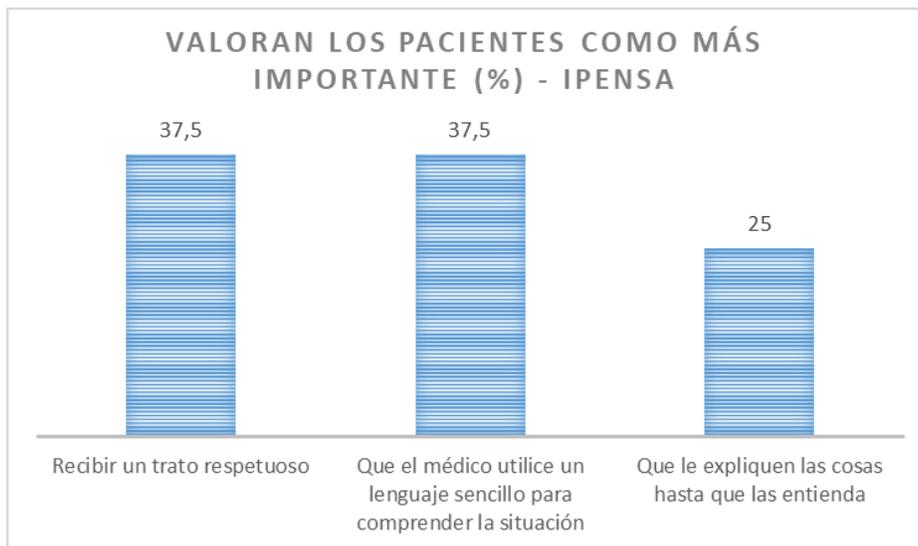
Otro atributo que nombraron fue el horario, destacando que habían tenido experiencias negativas en este aspecto, consideraron que los médicos solían empezar a atender más tarde del horario indicado atrasando así progresivamente todos los turnos y produciendo excesivas demoras. Un paciente referenció que sabiendo este comportamiento habitual sacó un primer turno y que de todos modos tuvo que esperar porque el médico llegó tarde al consultorio.

Gráfico 2



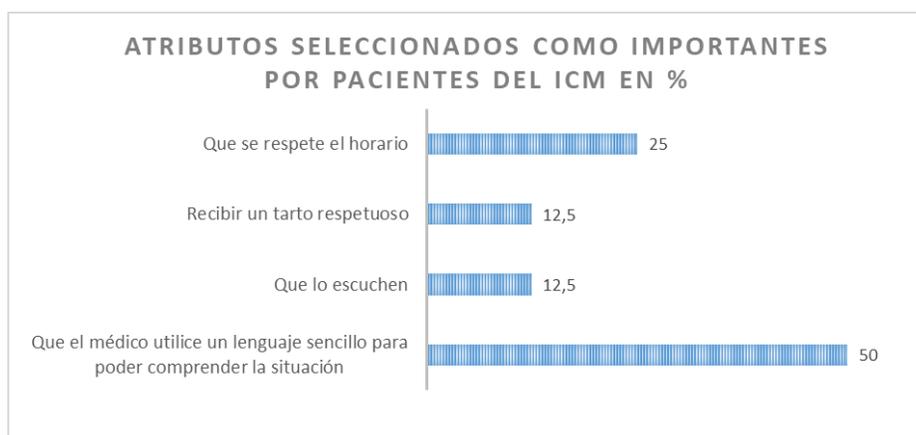
Cuando se les consultó sobre que valoran como atributo importante en un médico, el 37,5 % dijo valorar recibir un trato respetuoso, 37,5% que el médico utilice un lenguaje sencillo para comprender la situación y el 25% restante valora que le expliquen las cosas hasta que las entienda.

Gráfico 3



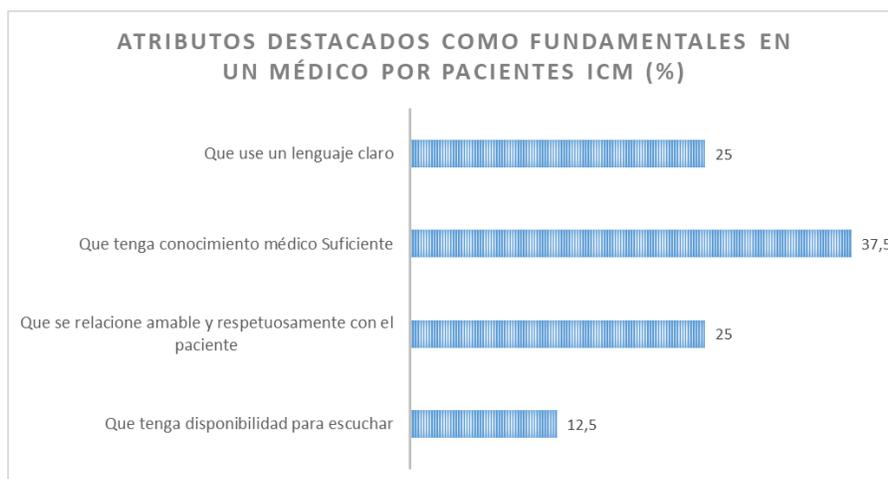
Un 50% de los pacientes de ICM entrevistados consideran importante que el médico utilice un lenguaje sencillo para poder comprender la situación, un 25% le parece importante el respeto por el horario, un 12,5% recibir un trato respetuoso y otro 12,5% ser escuchados.

Gráfico 4



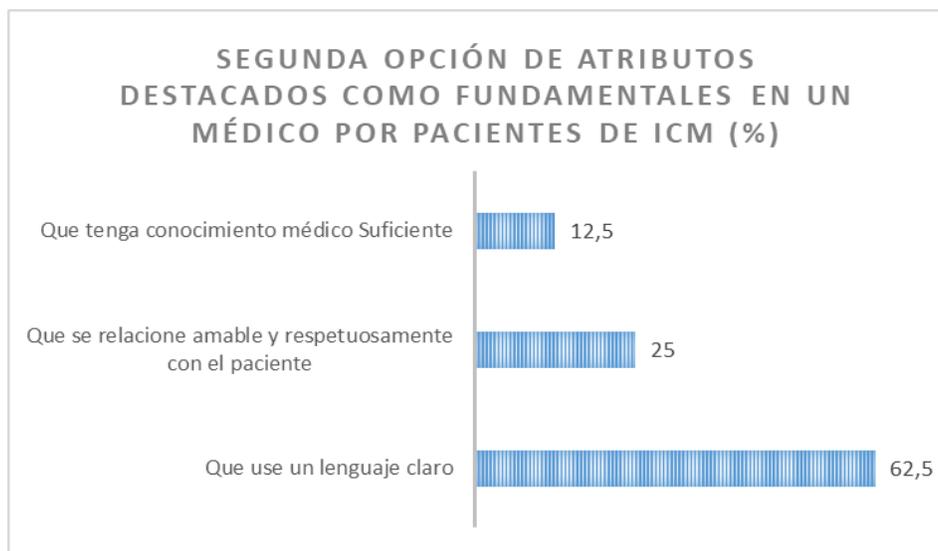
Cuando se pregunta sobre atributos fundamentales en un médico y dentro de las opciones está “Conocimiento médico suficiente” el 37,5% lo considera como fundamental. Sin embargo, al igual que sucedió con Ipena, al solicitarles una segunda opción agregan el uso del lenguaje claro y cuando se les pide que amplíen su respuesta, dicen en la mayoría de los casos que no pueden desvincular aspectos como el respeto o el lenguaje claro con los conocimientos del médico. Los encuestados consideran fundamental en un 25% que se relacione amable y respetuosamente con el paciente y un 12,5% que tenga disponibilidad para escuchar. Con respecto al horario, los entrevistados también lo consideran como parte del trato respetuoso, percibiendo la falla tanto en el médico como en la institución, en cambio en aspectos como el uso del lenguaje, la escucha o el trato, son todos valores atribuidos únicamente al médico.

Gráfico 5



En la segunda opción de atributos considerados como fundamentales, un 62,5% considera importante el uso de un lenguaje claro, un 25% que se relacione amable y respetuosamente con el paciente y el 12,5% restante consideran importante el conocimiento médico suficiente.

Gráfico 6



En general, los pacientes valoran un lenguaje claro, y dicen querer comprender acerca de su padecer. En las entrevistas varios pacientes expresaron que el cumplimiento en el horario de atención lo consideran como parte de un trato respetuoso, otros también consideraron que la escucha por parte del profesional se vincula con el respeto, de esta manera, el respeto abarcaría la predisposición a la escucha y el cumplimiento del horario, con lo cual la implicancia de los atributos valorados representa el 50% (que se respete el horario, recibir un trato respetuoso, que lo escuchen), el otro 50% está relacionado al uso de un lenguaje claro.

En la guía utilizada para las entrevistas a pacientes hay un espacio donde se les solicita que con sus palabras describan los atributos que valoran en un médico, los siguientes son los testimonios textuales de los pacientes:

- “Valoro el conocimiento del profesional, pero si no respeta mis tiempos y no usa un lenguaje claro siento que no es suficiente para que me efectúe un tratamiento.”
- “Valoro el respeto y la buena atención para con el paciente. Que sea siempre claro y que esté dispuesto a escuchar todo lo que el paciente tenga para decir.”

- “Que escuche lo suficiente para poder darme un buen diagnóstico, lo más acertado posible y la solución a ese problema. Amabilidad y respeto”
- “Es importante que el médico genere confianza, ya sea con la relación que genera con el paciente como con los conocimientos que manifiesta.”
- “Que el médico sea amable, que haga las preguntas necesarias para llegar a un correcto diagnóstico y que se tome el tiempo de consulta necesario con cada uno de sus pacientes (que la consulta no sea un “tramite”). También que lo sea en la explicación del tratamiento.”
- “Entiendo que el médico debe tener una atención responsable y respetuosa, y con ello involucró a todos los aspectos desde respeto del horario, del lugar donde atiende, su atención médica específica y que la respuesta esté relacionada con mis intereses no con los de él.”
- “Que sea idóneo, que sepa escuchar, que sea respetuoso y entable un diálogo indicando diagnóstico y tratamiento con claridad. También que esté abierto a tratamientos y opciones alternativas en pos de minimizar la medicación y mejorar la calidad de vida del paciente.”
- “Es fundamental que el profesional tenga vastos conocimientos en el área de su especialización, rescatando también el trato cordial y respetuoso hacia el paciente siendo claro y específico al momento de emitir el diagnóstico y tratamiento.”
- “Me parece que lo más importante es el respeto y escuchar eso siempre q este hace la consulta mucho mejor y más llevadera Además permite crear un acercamiento con el médico así sacarte todas las dudas q tengas sobre el problema q estás pasando.”
- “Que sea respetuoso y cordial al momento de la atención ya que estamos ahí por una situación inusual y por lo tanto estamos nerviosos, con miedo e incertidumbre. Generalmente algunos médicos no le dan importancia a estos temas. O lo hacen ver así.”
- “Que den espacio para que el paciente se saque todas las dudas. Que no esté parado en el lugar del saber. Que sea respetuoso y considerado con cada paciente.”
- “La escucha al paciente sobre los síntomas y cómo se siente respecto a estos. Que me explique de forma clara lo que me sucede, los pasos a seguir en el tratamiento con los pro y contras.”
- “Que el circuito de llegada, aviso y espera para la consulta sea más ágil. No se valoran los tiempos.”

- “El conocimiento e interés del profesional sobre el tema de la consulta del paciente, el trato cordial y respetuoso hacia el mismo, la paciencia para poder despejarle las dudas que tenga la persona que fue a atenderse y explicar los temas con palabras de conocimiento general para un mayor comprensión.”
- “La rapidez en la atención, el trato cordial y respetuoso, y la clara explicación de la situación del paciente.”
- “Me importa la relación médico paciente. Que se dé el espacio de confianza para poder llegar a un buen diagnóstico. La puntualidad también me importa mucho. Y la predisposición del profesional para poder resolver la situación.”

Los entrevistados rescatan valores relacionados con el conocimiento, el respeto, la escucha, la confianza, la claridad del lenguaje utilizado por el médico y el cumplimiento en el horario de atención.

Resulta interesante vincular la apreciación por parte de los pacientes (Gráfico 6) y la consideración de los médicos entrevistados sobre el uso del lenguaje técnico. Los mismos médicos coincidieron en que el uso de este lenguaje por parte de los profesionales de la salud responde a aspectos relacionados con la inseguridad o la falta de experiencia de algunos profesionales que se amparan en un lenguaje poco accesible para marcar una distancia y ocultar a su vez la falta de respuestas. Ambas apreciaciones redundan en un problema de comunicación. También los pacientes hacen referencia a este aspecto cuando describen los atributos más valorados en un médico.

Para ICM el vínculo que se establece entre médico y paciente recae en el propio médico que en base a su experiencia e interés propicia el uso de un lenguaje claro que permita contener al paciente y a sus familiares. La institución procura cuidar aspectos vinculados a lo legal con el uso del “consentimiento informado”, no se realizan capacitaciones sobre aspectos relacionados a la gestión de la comunicación. Para la institución la persona que acude a un turno o ingresa por una urgencia es un “cliente” y para el médico es un “paciente”, esta distinción implica un trato diferente. El hecho de considerar al paciente como un cliente, hace que la institución promueva aspectos relacionados a la hotelería y al servicio en general sin adentrarse en cuestiones vinculadas con la relación médico – paciente como el fortalecimiento de herramientas para la comunicación en particular.

Del relevo de información se puede mencionar que el ICM trabaja en un programa de calidad, para el cual se suscribieron convenios con la CIDCAM y el CENAS para la acreditación y mejora continua de los procesos a certificar.

Desde la gestión dicen haber optado por una estrategia de participación horizontal, donde involucran a todos los agentes de la estructura buscando lograr un compromiso del personal de contacto que permita un trato cercano y cálido para con el paciente y su familia. También llevan a cabo acciones orientadas a fomentar la capacitación del personal, tanto técnico como profesional.

En cambio, en las entrevistas con los médicos no se puede apreciar que se esté llevando a cabo desde la institución capacitaciones que permitan cumplir con la visión que se menciona desde la gestión. En cuanto a la certificación de los procesos, en Terapia Intensiva se elaboró un protocolo, por parte de un médico en particular, que se utiliza como modelo para la realización de otros manuales de procedimientos en la misma institución, pero no da cuenta de aspectos relacionales por no ser ese su objetivo. Los médicos no tienen protocolos a seguir ni han realizado capacitaciones para manejo de ansiedad o para brindar malas noticias por parte de la Institución, todos referencian haberse capacitado en base a la experiencia. La institución promueve el uso del Consentimiento informado para asegurarse de que el paciente conoce y acepta la práctica a efectuarle con todo lo que esta implica, hay un protocolo para su correcto uso. Los juicios por mala praxis son nombrados en las entrevistas, cada médico procura relacionarse con el paciente – familiares a fin de evitar problemas a futuro, la organización contempla para ello el uso del Consentimiento informado, el cual no impide que se realice un juicio, pero lo que sí lo impide, según los médicos, es un buen vínculo y una comunicación fluida.

Por la diferencia en el estilo de comunicación de los médicos de terapia intensiva, la institución promueve que el informe sea elevado a los pacientes únicamente por el médico de cabecera, y de esta manera evitar los conflictos que pudieran surgir con los familiares en virtud de los diferentes estilos de comunicación. La falta de políticas de comunicación en este sentido impacta negativamente en el médico quien es el que posee el mayor conocimiento del paciente en su tránsito por terapia. De todos modos, al estar a diario en la terapia son los que terminan por informar a los familiares.

Los médicos que atienden en consultorios suelen tener reclamos por demoras, en ocasiones para corregir este aspecto se acota el tiempo destinado a la consulta sin brindar así el espacio suficiente para que el paciente realice las preguntas o evacue sus dudas, a su vez, según surge de las entrevistas a médicos, esta manera de atención provoca en el profesional una ansiedad laboral que repercute en su propia salud.

V.4. El análisis de las encuestas a pacientes

De los datos que arrojó la encuesta¹⁷ a pacientes (189) es interesante resaltar la importancia que tiene como valor el uso de un lenguaje claro y sencillo de comprender, casi el 40% de los pacientes coincidieron en destacar ese atributo.

Otro atributo destacado es el respeto y la amabilidad siendo este valor coincidente en un 20,9% de los pacientes.

Cuando se agrega el atributo “conocimiento médico suficiente” éste toma el valor fundamental llegando a un 51,3%, pero el uso de un lenguaje claro sigue presente, también el respeto y la amabilidad, la disposición para escuchar y el respeto por el horario.

Gráfico 7

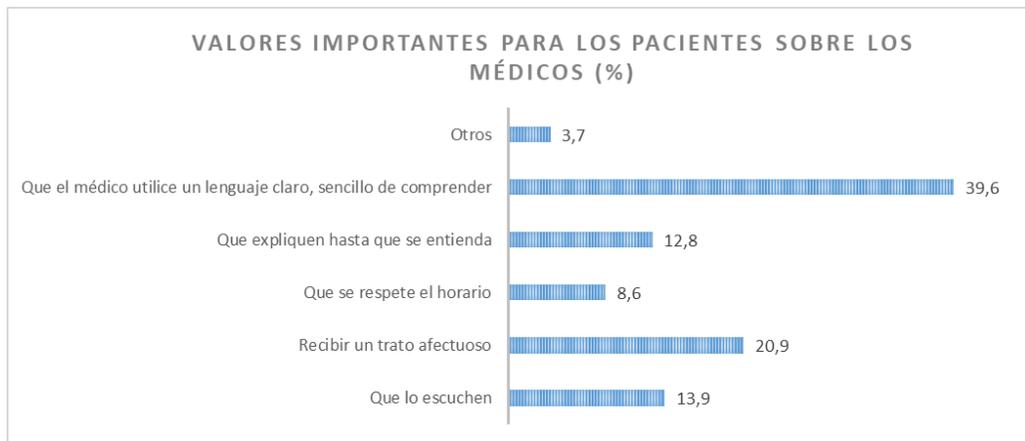
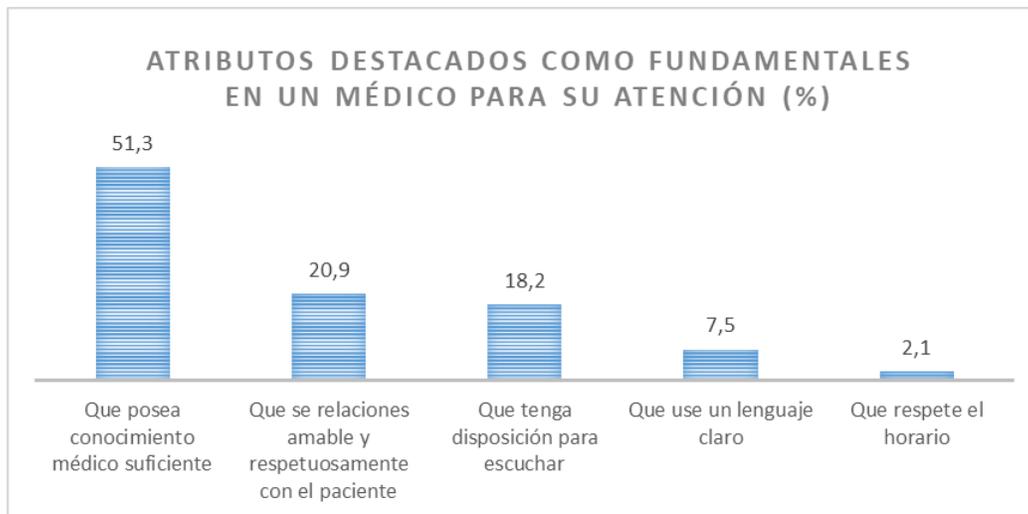


Gráfico 8

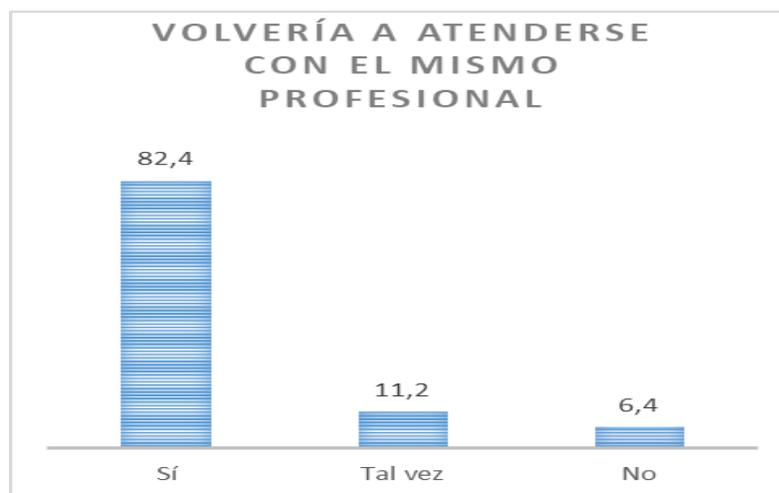


¹⁷ <https://docs.google.com/forms/d/1KHJ7fXrL7HwcDYo-emT2Q8729cXdctPo9jqIBeHvNs/edit#responses>

Cuando se preguntó al paciente si volvería a atenderse con el mismo profesional, el 82,4% contestó que sí lo haría, el 11,2% que tal vez y el 6,4 que no. Si a estos datos los cotejamos con las respuestas sobre lenguaje claro, vemos que los que respondieron “tal vez” y “no” contestaron también que valoran un trato amable y respetuoso y un lenguaje claro, pero aún quienes valoran estos atributos y no los han encontrado en el médico que los atendió, volvería a atenderse con el mismo profesional por considerar el conocimiento médico como lo más importante, aunque no comprendan el lenguaje utilizado por el especialista.

Todos los que respondieron que no volverían a atenderse también tuvieron consideraciones negativas con respecto al espacio para realizar preguntas, a la escucha, a satisfacción con respecto a las respuestas del profesional. Se destaca que todos los que contestaron que no volverían a atenderse con el mismo profesional también expresaron haberse sentido poco o nada escuchados.

Gráfico 9

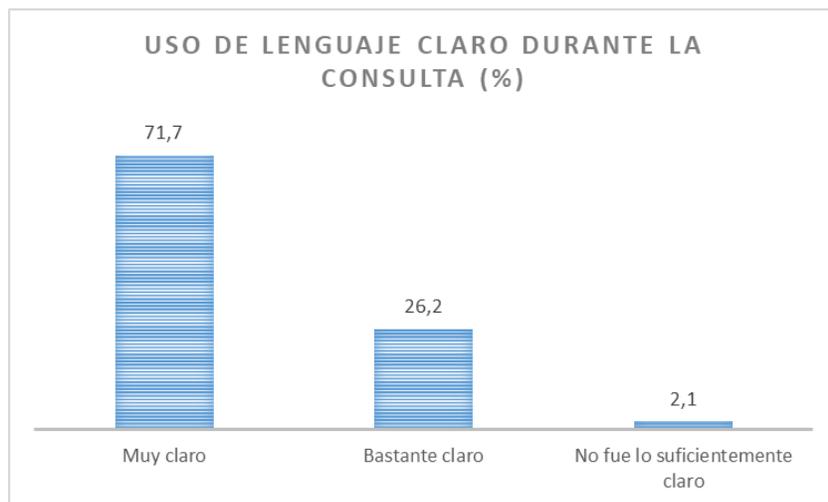


El 89,8% de los pacientes consideró que el médico les brindó un espacio suficiente para la atención, siendo que el 10,2% consideró que no fue suficiente, de este último porcentaje, la totalidad respondió que el profesional les generó poca confianza.

Casi la totalidad de los encuestados contestaron que comprendieron claramente la explicación del médico/a sobre su diagnóstico y tratamiento, solo el 1,1% contestó que no comprendió, este dato resulta interesante al cotejarlo con la estimación que hacen los pacientes sobre el lenguaje claro, siendo uno de los valores más destacados, asimismo cuando se les preguntó si las

indicaciones para el tratamiento de su enfermedad fueron claras, indicaron que lo fueron en un 84%, pero en un 15,5% indicaron que fueron parcialmente claras, dato que no se corresponde con la pregunta sobre si comprendió las explicaciones, esta brecha puede indicar que el paciente cree que es él el que no comprende y que el médico fue claro. A su vez, se puede ver que cuando se le consultó al paciente sobre si el profesional utilizó un lenguaje claro durante la consulta, el 71,7% respondió que fue claro, el 26,2% bastante claro y solo el 2,1% dijo que el médico no fue lo suficientemente claro.

Gráfico 10



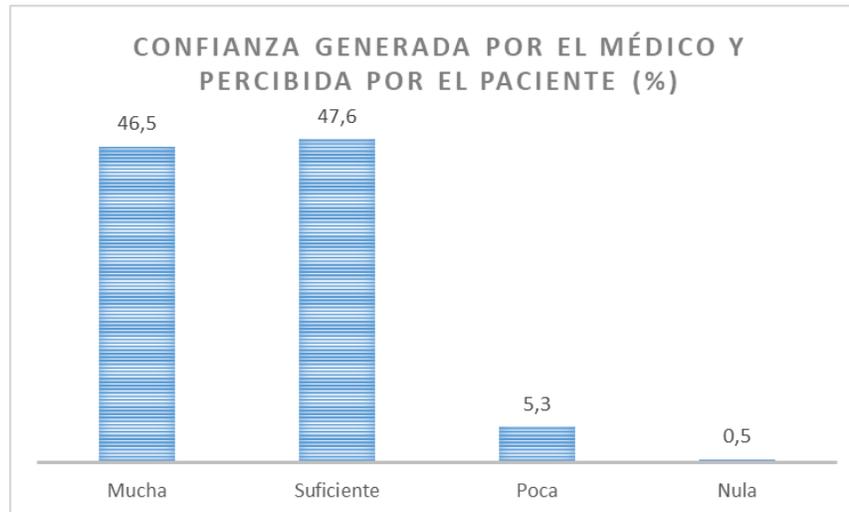
A pesar de que el 84% de los pacientes respondió que las indicaciones fueron del todo claras, solo el 71,7% respondió que durante la consulta el médico se manejó con un lenguaje claro. Casi el mismo porcentaje, un 70,6% indicó que el espacio que le dio el médico para realizar las preguntas no fue lo suficiente, se pudo establecer un vínculo entre el espacio suficiente para hacer preguntas y el lenguaje claro del médico.

A su vez, se consultó sobre si el médico respondió a todas sus preguntas, siendo que si bien el 90,9% respondió afirmativamente, el 9,1% dijo no haber tenido un espacio suficiente para realizarlas.

El 46,5% de pacientes contestaron que el médico les generó mucha confianza, el 47,6% suficiente confianza y solo el 5,3% poca confianza y 0,5% no les generó confianza, a pesar de estos datos, solo el 70,6 consideró el tiempo para hacer preguntas suficiente.

Del 7,5% que respondió que no fue suficiente el espacio para realizar consultas, el 100% consideró que el médico no le generó confianza o solo le generó poca confianza.

Gráfico 11



Entre los que respondieron que el médico les generó poca o nula confianza (5,8%), la totalidad indicó que el médico no respondió satisfactoriamente, se sintieron poco escuchados, el espacio para las preguntas no fue suficiente y el trato fue distante en la mayoría de los casos.

En la última pregunta, donde se solicitó al encuestado que indique con sus palabras que valora más en la atención médica, la mayoría de los encuestados nombró directa o indirectamente la escucha, respeto y lenguaje claro, el 90% de las respuestas está relacionada con cuestiones vinculadas con el trato empático.

Se resumen a modo de ejemplo algunas de las consideraciones de pacientes encuestados:

- ✓ “Prestar real atención, tener capacidad de relacionar todos los datos que aporta el paciente, que tenga suficientes conocimientos y trato humano”
- ✓ “La escucha al paciente, su conocimiento sobre la especialidad, su compromiso con el paciente, que sea claro al explicar sobre la situación”
- ✓ “En la atención médica valoro tanto el buen trato, el respeto y sobre todo el lenguaje claro a la hora de explicar toda clase de tratamiento”

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

El objetivo de la investigación fue analizar el modelo de gestión de la comunicación y su incidencia en la relación médico-paciente en Ipena y en el Instituto Central de Medicina, intentando profundizar en el conocimiento de algunas dimensiones clave de dicha comunicación como lo son las modalidades de comunicación médico - paciente; la comunicación en la gestión del paciente y la calidad de la comunicación.

Se obtuvo información acerca de las percepciones y opiniones de médicos y pacientes sobre el vínculo, y se relevaron y analizaron la presencia o ausencia de atributos relevantes para una gestión de la comunicación basada en la empatía, escucha activa e involucramiento del paciente en la gestión de estado de salud-enfermedad.

A partir de la información cualitativa recogida y de su análisis a la luz del marco teórico que orientó la investigación se esbozan las siguientes conclusiones:

- En las entrevistas a los médicos se puede apreciar una homogeneidad en las respuestas, reconociendo los mismos la falta de recursos a la hora de comunicarse con un paciente. En ambas instituciones se realizan acciones de comunicación centradas en el paciente, pero no se brinda a los médicos capacitaciones donde se exploren herramientas para fortalecer el vínculo. Tampoco referencian una oferta de cursos sobre temas concernientes a la comunicación y la relación con el paciente por fuera de la institución a la cual pertenecen. Los profesionales aprenden en base a su propio trayecto, esto es notable en los relatos de cada médico cuando hacen referencias a experiencias particulares vinculadas a la contención y manejo de ansiedades de los pacientes y familiares. También relatan aprendizajes en base a la experiencia compartida de casos atendidos por sus colegas, pero estas experiencias y aprendizajes individuales no son llevados a nivel institucional.
- En el caso de entrevistas a pacientes se observa una fuerte valoración respecto de cuestiones relacionadas con la empatía, la escucha y la claridad del lenguaje utilizado por el médico. En cuanto al conocimiento médico si bien es tenido en cuenta, se toma como algo básico y por tal esencial al quehacer profesional. La amabilidad y el trato respetuoso son vistos por el paciente como un plus de valor.

- En general, la autonomía del paciente se reduce a consentir las recomendaciones del médico, este aspecto está relacionado con la asimetría de información entre ambos, aun cuando haya igualdad en el acceso a la información producto del sencillo ingreso desde la tecnología disponible a búsquedas en páginas web o redes sociales, no hay equiparación en conocimientos.
- Resulta interesante destacar que entre los valores importantes para los pacientes sobre los médicos (Gráfico 7) se encuentran los vinculados al lenguaje claro 52,4% (39,6 y 12,8), y vinculados a la empatía 34,8% (20,9 y 13,9) representando un 87,2% la importancia de estos aspectos. Teniendo en cuenta este significativo porcentaje (87,2%) se infiere la necesidad de invertir recursos en este atributo, siendo además que los pacientes parecen sostener que sus médicos son portadores del conocimiento y reclaman una escucha activa y un lenguaje claro para poder comprender la explicación del médico sobre su propia enfermedad y sobre las implicancias de las diversas posibilidades de tratamientos a seguir.
- Se puede observar a través del análisis de los datos que muchos de los problemas entre el paciente y el médico son resultado de un trato deficiente y un lenguaje poco claro más que del diagnóstico y tratamiento en sí.
- También en las entrevistas con los médicos se pudo constatar que las y los médicos comprenden la importancia que el vínculo tiene para el paciente en el proceso de tratamiento; si bien esto se conoce, se asume que es difícil sostenerlo en el sistema organizativo. En muchos casos la premura por atender a todos los turnos otorgados en el día hace dificultoso potenciar un vínculo más sólido. En la mayoría de los casos, los pacientes entrevistados entienden la demora del turno como una falta y desinterés del médico, pero no valoran la situación del mismo modo cuando son ellos mismos los que están en situación de consulta.
- Con respecto al tiempo de atención efectivo de la consulta consideran que es importante que el médico se tome todo el tiempo que necesita, se produce en este punto una contradicción. El paciente pretende un turno a horario y una atención sin preocupación por el tiempo en la demora dentro del consultorio cuando se trata de su propia atención o

la de un familiar. Pero se inquieta cuando le toca el rol de paciente en espera de que se cumpla su turno.

- A través de políticas de gestión de la comunicación médico - paciente por parte de la institución se podría brindar herramientas al médico que permitan favorecer la comunicación y fortalecer el vínculo, sin embargo en ninguno de los casos se utilizan. En ambas instituciones se realizan diferentes piezas gráficas de comunicación donde se informa al paciente sus derechos y la oferta de servicios, hay una mirada centrada en la relación con el paciente con la institución pero no así desde la relación médico paciente. Si desde la organización se identificara al médico como objetivo de comunicación se fortalecerían sus recursos y a la vez impactaría en la atención del paciente quien recibiría la solicitud que reclama.
- Es notable la consideración sobre el “consentimiento informado”, utilizado como herramienta legal, pero reconocido por los profesionales y la institución como una herramienta clave de comunicación: este es un claro ejemplo de lo que se considera comunicación para el paciente. Siendo que tanto médicos como desde la gestión nombraron esta herramienta como elemento principal de comunicación, sin tener en cuenta la vía unidireccional que representa.
- No hay en las herramientas habitualmente utilizadas una retroalimentación, la información es solo emitida y como se ha visto en el desarrollo del marco teórico, la comunicación contempla procesos más amplios que la transmisión de información unidireccional, concierne a procesos dialógicos y participativos. Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre médico y paciente, donde la consulta se centra en la misma relación, siendo fundamental para incrementar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento y en términos de contención del paciente.
- En la gestión de la comunicación intervienen necesariamente todos los aspectos relacionados con la comunicación médico – paciente, por lo cual se deberán determinar desde la propia organización, acciones concretas para cumplir con los objetivos que determine la institución a ese nivel.

- Del análisis surge que si la gestión de la comunicación entre médico - paciente estuviera basada en un modelo colaborativo y participativo esto generaría una mejor valoración de la relación médico paciente y por ello – tal como se señaló en el marco teórico- esto incidiría positivamente en la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y médicos y en la adherencia a los tratamientos. Esto se fundamenta en el hecho de que los pacientes demandan – y así lo manifiestan en las entrevistas/encuestas- un profesional empático, con una escucha más atenta por parte de los médicos que les permita entender a la persona más allá de la enfermedad.
- Cuando se trata de relaciones entre individuos es difícil establecer un patrón estandarizado, dado que las propias singularidades de cada sujeto/a harán que la relación se modifique y a su vez cada persona tendrá una demanda diferente; en este sentido el profesional necesitará incorporar herramientas que le permitan percibir las particularidades y actuar en un plan de capacitación en el cuál la comunicación sea un tema prioritario de modo tal que en un equipo interdisciplinario, se puedan compartir experiencias, trabajar las diferencias y el abordaje de las mismas con el paciente y con los familiares en el caso que se requiera.
- Otro dato importante que arroja la investigación, es que aún entre quienes respondieron que el médico les generó poca o nula confianza (Gráfico 11), al indagar sobre este aspecto se deduce que esa falta de confianza se corresponde con fallas a nivel de comunicación, empatía y a un trato distante.
- También surge de las entrevistas y encuestas que una percepción negativa del paciente sobre la capacidad de escucha del médico incide negativamente en la confianza hacia el profesional y en la comprensión de las indicaciones para tratamientos, afectando de esta manera directamente en la adherencia a los mismos.
- Cuanto más se implica el profesional más se compromete el paciente en su propio tratamiento, porque el médico se sitúa ante un sujeto en el que reconoce signos y síntomas, pero también capacidades y valores, esto remite a los tres ámbitos de la escucha planteados en el marco teórico, donde el proceso de comunicación médico – paciente es fluido y bidireccional. A su vez, la institución deberá comprender los procesos de comunicación como mediadores efectivos entre el sistema sanitario, los médicos y los

pacientes. Como se antes se mencionó, la escasa relevancia sobre la gestión de la comunicación por parte de la organización incide negativamente en toda acción tendiente a mejorar el vínculo entre médico – paciente.

- La confianza depositada en el profesional tiene una implicancia tan importante para el paciente que significa una gran responsabilidad por parte del médico quien debe mediar muchas veces entre la expectativa y la realidad. A la vez que en los casos de enfermedades complejas o médicos terapeutas intermedian también con la falta de recursos de la institución y los propios para brindar el consuelo necesario cuando no hay nada más para dar que la propia humanidad.
- Esta investigación muestra la importancia de proponer la elaboración de criterios, pautas y recomendaciones conceptuales y operativas para el desarrollo de un modelo de comunicación colaborativo y participativo que mejore la gestión del paciente en un marco respetuoso del derecho a la salud, el derecho a la comunicación, la perspectiva de género, y la autonomía del paciente.
- La mejora en las habilidades de comunicación se relaciona con el progreso de la salud de los pacientes siendo que así se logra incrementar la adherencia a los tratamientos. En este sentido se recomienda efectuar acciones de capacitación proclives a desarrollar y optimizar las habilidades de comunicación de los profesionales brindando recursos para mejorar los vínculos, contención y control de ansiedades del paciente y/o familiares. Es indispensable contar con estas herramientas cuando implican un progreso directo en la salud del paciente.
- De esta manera, sería oportuno generar o crear espacios de capacitación vincular en las organizaciones de salud donde se aborden los temas mencionados y se brinde además asistencia permanente en aspectos afines a la comunicación, entendiendo a esta como el establecimiento de una relación de compromiso donde cada persona se singulariza.
- Si bien es de suma importancia la información que se brinda a los pacientes, no se la puede circunscribir a canales unidireccionales. Sería de utilidad para el diseño de las herramientas de comunicación distinguir entre herramientas de comunicación tendientes a informar y herramientas de comunicación orientadas a la mejora de la relación vincular.

- En las primeras están las referidas a folletería, manuales, señalética (información y procedimientos) diferenciando lo interno y lo externo. En las segundas, se procura hacer foco en habilidades personales, en este sentido se podrán utilizar espacios de capacitación donde se reflexione sobre estos temas y se compartan particularidades de las relaciones vinculares a la vez que se incorporen nuevas herramientas.
- Las mayores preocupaciones por parte de los pacientes se refieren a aspectos relacionados con los vínculos interpersonales, por lo cual es importante que desde la gestión se contribuya a sostener la calidad de la relación médico – paciente, brindando las herramientas necesarias a profesionales para propiciar la comunicación efectiva que promueva mayores niveles de satisfacción.
- Teniendo en cuenta la naturaleza de la demanda, la relación asimétrica, la relación de agencia, los modelos de comunicación médico – paciente mencionados en el marco teórico y los resultados de las entrevistas, se puede deducir que esta mejora no sólo beneficiará al paciente en cuanto a la adherencia de los tratamientos sino al médico quien naturalizará las herramientas incorporadas facilitando y fortaleciendo así su seguridad y labor. También favorecerá a la propia institución que podrá incrementar la fidelidad de los pacientes, quienes asistirán no solo a la consulta con los profesionales, sino que acudirán a especialistas dentro de la misma institución, donde además se realizarán los estudios y con seguridad recomendarán los servicios, produciéndose así un círculo virtuoso donde se benefician los pacientes, los profesionales y la propia organización.
- Se aprecia que la comunicación no es sólo información que el profesional necesite para cumplir con un objetivo particular, sino que intervine en que el paciente se sienta escuchado, comprendido y contenido, y en esa comunicación interviene la organización, el profesional, el paciente, la trama vincular que se establezca, lo dicho y lo no dicho.

Como cierre tomo las palabras de un encuestado que hace referencia a lo que espera del profesional y sintetiza con simpleza la importancia de lo vincular en la comunicación: *“Cuando me de la mano para saludarme ya me siento como que estoy en buenas manos,...que me de seguridad que va a solucionar mi problema”*

BIBLIOGRAFÍA

DÍAZ, CARLOS A, (2006): “El pequeño gestión ilustrado. Servicios de Salud”. Editorial ISalud, Instituto Universitario. Buenos Aires, Argentina.

PETRACCI, M; SCHWARZ, P; RODRIGUEZ ZOYA, P. (2017): “Comunicación y Salud, las relaciones entre médico y paciente en la Modernidad Tardía”. Editorial Teseo, Buenos Aires, Argentina. Capítulo 1: “Notas para pensar la complejidad del campo de Comunicación y Salud” de Rodríguez Zoya, Paula G.

GOMEZ ESTEBAN, R. (2002): “El médico como persona en la relación médico – paciente”. Editorial Fundamentos, Madrid, España.

BORSOTTI, CARLOS A; (2015): “Temas de metodología de la investigación” Editorial: Miño y Dávila, Buenos Aires, Argentina.

SANCHEZ GONZALEZ, J. (2007): “La relación Médico – paciente. Algunos factores que la afectan”. México. Revista CONAMED. Volumen 12, N°1. PP. 20-28.

CEBEIRO, M.R. (2006): “La buena comunicación”. Barcelona. Paidós.

BARBERO, J. (2006): “El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar”. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 29. PP. 19-27.

BELLÓN. J.A (2001): “Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria”. Anales del sistema sanitario de Navarra, Vol. 24, N°. PP. 7-14.

ZOPPI, K., EPSTEIN, R.M. (2001): “¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación”. Anales del sistema sanitario de Navarra, Vol. 24. PP. 23-3.

SANABRIA MONTAÑEZ, C. (2002):“La demanda por servicios de salud. Una aproximación teórica”. Revista de la Facultad de Cs. Económicas de la UNMSM. Año VII. N°21.

MUCCI, M. (2007):“La relación médico – paciente ¿Un vínculo distinto o distante?”. Revisa Psicodebate N°8. Psicología, cultura y Sociedad.

CURBELI, M., & SOARES de ARAÚJO, I. (2015): “Las prácticas de la comunicación y salud: intersecciones e intersticios”. En M. Petracci (Coord.), La salud en la trama comunicacional contemporánea. Prometeo.

FIOCRUZ. CÓFRECES, P., OFMAN, S., & STEFANI, D. (2014): “La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010”. Revista de Comunicación y Salud, 4. PP. 19-34.

ANEXOS

ANEXO I – Guías de Entrevistas

Las entrevistas son parte de las herramientas utilizadas para lograr los objetivos de la investigación, en la misma se necesita identificar las modalidades de comunicación entre médico y paciente predominantes en las instituciones seleccionadas para el análisis, conocer las percepciones y opiniones de médicos y pacientes sobre la relación y relevar el valor otorgado a distintos atributos en relación a la comunicación médico – paciente.

A su vez, la información que surja de las entrevistas permitirá realizar, después del análisis de los datos recomendaciones que permitan el desarrollo de un modelo de comunicación colaborativo y participativo que mejore la gestión del paciente.

Guía Directivos

Institución:

Cargo dentro de la Institución:

Nombre:

1. La comunicación médico – paciente /familia ¿forma parte de los valores de la institución?
2. ¿Existe un área que gestione la comunicación en la institución? ¿Cuál?
3. ¿Cómo se trabaja este aspecto a nivel institucional?
4. ¿Hay protocolos, manuales o capacitaciones?
5. ¿Se destina presupuesto a temas vinculados con la gestión de la comunicación médico – paciente?
6. ¿Considera este aspecto importante (gestión de la comunicación médico – paciente)?
¿Por qué?
7. ¿El plantel médico, en general tiene en cuenta aspectos relacionados con la comunicación médico – paciente? ¿de qué manera?
8. ¿Utiliza la organización algún método para evaluar este aspecto? (x ej. Encuestas de opinión)
9. ¿Contempla aspectos vinculados a la comunicación médico – paciente en reuniones de trabajo regulares? ¿Con qué frecuencia?
10. ¿Observa en los médicos un manejo eficiente de la comunicación que permita favorecer la relación?

11. ¿Considera que la comunicación y el vínculo que se establece entre médico paciente incide en la adherencia a los tratamientos? ¿Cómo? ¿Podría dar ejemplos?
12. ¿Cree necesario desde la organización que se establezca un vínculo fluido con el paciente? ¿Qué acciones le parecen importantes para que ocurra?
13. ¿Existe algún canal de comunicación de la Institución a disposición de los pacientes a fin de poder realizar consultas por fuera de la cita? ¿Cuáles?
14. En el caso que el médico o equipo tratante quieran contactarse con el familiar del paciente, ¿cómo lo hacen? ¿A través de que protocolo?
15. ¿Considera que los familiares del paciente deben estar involucrados para que se produzca una adherencia al tratamiento?
16. ¿Cree usted que es importante gestionar los aspectos vinculados a la comunicación entre médico y paciente / familiares? ¿Reciben capacitación para ello? En qué consiste?
17. ¿Cómo impacta la gestión de la comunicación en su organización?
18. ¿Realiza la institución revisiones sobre aspectos de la relación médico – paciente? ¿Cuáles?
19. ¿Qué importancia le da la institución a la comunicación con el paciente?

Guía Médicos

Institución:

Especialidad:

1. En su institución ¿hay manuales donde se indique como establecer un buen vínculo con el paciente?
2. ¿Qué significa para usted un buen vínculo médico - paciente?
3. ¿Considera necesario establecer vínculos con los familiares del paciente? ¿en qué casos?
4. ¿Brinda su teléfono o contacto a los pacientes?
5. ¿Suele acordarse el nombre de sus pacientes?
6. ¿Se preocupa por utilizar un lenguaje claro?
7. ¿Se preocupa de algún modo por causar una buena impresión en el paciente? ¿de qué manera?
8. ¿Qué importancia le asigna a la comunicación con el paciente en la gestión del paciente? ¿por qué?
9. ¿Qué lugar le da a la comunicación en la entrevista con el paciente?

10. En su Institución ¿se incentivan/promueven aspectos relacionados con la comunicación con el paciente? ¿de qué manera?
11. En su institución ¿se realizan capacitaciones sobre comunicación médico paciente o por ejemplo sobre lenguaje claro?
12. ¿Ha sido capacitado formalmente para dar malas noticias? ¿cómo?
13. ¿Ha sido capacitado para manejar la preocupación y la ansiedad del paciente? ¿cómo?
14. ¿procura establecer una relación afectiva profesional con el paciente? ¿Qué acciones efectúa para ello?
15. ¿En general, considera que en general los pacientes comprenden el diagnóstico?
16. ¿Considera que los pacientes comprenden el tratamiento a seguir?
17. ¿Cuál es su opinión sobre el vínculo que logra establecer usted con los pacientes y los familiares? ¿qué factores inciden para que ese vínculos sea o no fluido?
18. ¿Cree usted que la calidad de la comunicación médico paciente y/o con familiares incide en que los pacientes cumplan mayor medida con el tratamiento indicado?
19. ¿Cuál cree que es la percepción valoración que los pacientes hacen sobre la calidad de la comunicación? ¿Qué importancia le asignan? ¿Por qué?

Guía Pacientes

Institución:

Edad:

1. ¿Cuándo fue la última vez que concurrió a una visita/consulta médica en este Centro de salud?
 - Hace más de un año
 - En los últimos 12 meses
 - otro
2. ¿En qué especialidad?
3. ¿Cómo considera usted la atención recibida en el centro?
 - Excelente
 - Buena
 - Regular
 - Mala
4. ¿Cómo considera usted el trato recibido por el médico?
 - Afectuoso

- Cordial
 - Distante
5. Al momento de ser atendido el médico o la institución ¿le solicitaron el contacto de algún familiar?
- Si
 - No
6. ¿Se sintió escuchado/a por el médico?
- Totalmente escuchado
 - Un poco escuchado
 - Nada escuchado
7. ¿Considera que el médico se tomó un tiempo suficiente para la atención?
- Si
 - no
8. ¿Pudo comprender claramente la explicación acerca de su diagnóstico y tratamiento?
- Si
 - No
 - Parcialmente
9. ¿Considera que las indicaciones para el tratamiento de su enfermedad fueron claras?
- Del todo claras
 - Parcialmente claras
 - Nada claras
10. El médico ¿utilizó un lenguaje claro durante toda la consulta?
- Muy claro
 - Bastante claro
 - No fue lo suficientemente claro
11. ¿Considera que el médico le dio un espacio suficiente para hacer preguntas?
- Fue suficiente
 - Bastante
 - No fue bastante
 - El medico respondió satisfactoriamente a todas sus preguntas?
12. El médico ¿lo llamó por su nombre?
- Si
 - No

- No recuerdo
13. Mientras usted permanecía en la consulta ¿hubo algún tipo de interrupción? (por ejemplo: hubo un llamado telefónico al médico, otras personas ingresaron al consultorio, etc.)
- Si ¿De qué manera? (ej. contestó el teléfono, entro otra persona, otros)
 - No
14. Considera que el tiempo de espera para ser atendido fue:
- Normal ¿Cuánto tiempo?
 - Excesivo ¿Cuánto tiempo?
15. El médico ¿le generó confianza?
- Mucha confianza
 - Suficiente confianza
 - Poca confianza
 - No me generó confianza ¿por qué?
16. Usted considera que el médico se preocupó por su problema?
- Si
 - No ¿por qué?
 - NS
17. ¿Realizó una consulta por el mismo problema con otro profesional?
- Si
 - No
18. ¿Después de la consulta suele buscar por internet su diagnóstico para comprender más acerca de su padecer?
- Siempre
 - A veces
 - Nunca
19. ¿Volvería a atenderse con el mismo profesional?
- Si
 - No ¿Por qué?
20. Para usted es más importante:
- Que lo escuchen
 - Recibir un trato respetuoso
 - Que se respete el horario
 - Recibir medicamentos gratuitos

- Que le expliquen las cosas hasta que usted las entienda
- Que el médico utilice un lenguaje sencillo para poder comprender su situación/diagnóstico
- Que permitan que un familiar esté presente en la consulta
- Otros (especifique)

21. ¿Volvería a atenderse con el mismo profesional?

- Si
- No
- No lo sabe/no está seguro aún

22. ¿Qué atributo destacaría como fundamental en un médico para usted?

Que se relacione amable y respetuosamente con el paciente

Que tenga disposición para escuchar al paciente

Que tenga conocimiento médico suficiente

Que use un lenguaje claro

Que respete el horario

22. Por favor, indique con sus palabras que valora más en la atención médica. Puede destacar tantos aspectos como considere importantes.

ANEXO II –Resumen de Entrevistas de Pacientes (ICM)

ANEXO II INSTITUTO CENTRAL DE MEDICINA Resumen entrevista PACIENTES

| Preguntas | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 | Paciente 5 | Paciente 6 | Paciente 7 | Paciente 8 |
|-----------|---|---|--|---|---|--|---|---|
| | entre 31 y 50 | entre 31 y 50 | entre 51 y 65 | entre 31 y 50 | entre 51 y 65 | entre 31 y 50 | entre 31 y 50 | entre 31 y 50 |
| 1 | más de 1 año | últimos 12 meses | últimos 12 meses | últimos 12 meses | más de 1 año | | últimos 12 meses | últimos 12 meses |
| 2 | Otorrinolaringólogo | Ginecología | Traumatología | Clínica | Gastroenterología | Pediatría | Ginecología | Endocrinología |
| 3 | Regular | Buena | Buena | Excelente | Excelente | Excelente | Buena | Regular |
| 4 | Distante | Cordial | Cordial | Afectuoso | Cordial | Afectuoso | Cordial | Distante |
| 5 | No | No | No | No | No | No | No | No |
| 6 | Un poco escuchado | Un poco escuchado | Totalmente escuchado | Totalmente escuchado | Totalmente escuchado | Totalmente escuchado | Un poco escuchado | Totalmente escuchado |
| 7 | No fue suficiente | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si |
| 8 | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Parcialmente |
| 9 | Parcialmente claras | Del todo claras | Del todo claras | Del todo claras | Del todo claras | Del todo claras | Del todo claras | Del todo claras |
| 10 | No fue suficientemente claro | Bastante claro | Muy claro | Muy claro | Bastante claro | Muy claro | Bastante claro | Bastante claro |
| 11 | No fue suficiente | Bastante | Fue suficiente | Fue suficiente | Fue suficiente | Fue suficiente | Fue suficiente | Bastante |
| 12 | No | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si |
| 13 | No | Si | Si | Si | No recuerdo | No | Si | No |
| 14 | No | Si | No | No | No | No | Si | No |
| 15 | Excesivo | Excesivo | Normal | Normal | Normal | Normal | Excesivo | Excesivo |
| 16 | Poca confianza | Suficiente confianza | Suficiente confianza | Mucha confianza | Mucha confianza | Suficiente confianza | Suficiente confianza | Suficiente confianza |
| 17 | No sabe | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si |
| 18 | Si | No | No | No | No | No | No | Si |
| 19 | A veces | Siempre | A veces | Siempre | A veces | Nunca | Nunca | Nunca |
| 20 | Horario | Que el médico utilice un lenguaje sencillo para comprender la situación | Que lo escuchen | Que el médico utilice un lenguaje sencillo para comprender la situación | Recibir un trato respetuoso | Que se respete el horario | Que el médico utilice un lenguaje sencillo para poder comprender su situación | Que el médico utilice un lenguaje sencillo para poder comprender su situación |
| 21 | No volvería | si | Si | Si | Si | Si | Si | No |
| 22 | Que tenga disponibilidad para escuchar | que se relacione amable y respetuosamente con el paciente | Que tenga conocimiento médico Suficiente | Que tenga conocimiento médico Suficiente | Que tenga conocimiento médico Suficiente | Que se relacione amable y respetuosamente con el paciente | Que use un lenguaje claro | Que use un lenguaje claro |
| 23 | Puntualidad - no subestimar lo que cuenta el paciente - no ofrecer soluciones invasivas como única instancia de resolución del problema | Responsabilidad ,sencillez y paciencia | Ser escuchado, que brinde confianza y seguridad. Que sea claro con las indicaciones. | Conocimiento y cordialidad | que tenga conocimiento, que sea respetuoso y amable, que respete el horario | Valoro que sean puntuales en la atención y que escuchen con atención y sean respetuosos. | Una atención claray un profesional sensible hacia su paciente | Valoro la calidez en el trato y la claridad y completitud de la información. |

ANEXO III –Resumen de Entrevistas de Pacientes (Sanatorio IPENSA)

ANEXO III IPENSA

Resumen entrevista PACIENTES

| Preguntas | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 | Paciente 5 | Paciente 6 | Paciente 7 | Paciente 8 |
|-----------|--|---|---|---|---|--|---|---|
| | entre 31 y50 | entre 31 y 50 | menos de 30 años | menos de 30 años | menos de 30 años | entre 31 y 50 | menos de 30 años | entre 31 y 50 |
| 1 | últimos 12 meses | Más de un año | últimos 12 meses | últimos 12 meses | últimos 12 meses | últimos 12 meses | últimos 12 meses | últimos 12 meses |
| 2 | Otorrinolaringología | Traumatología | Otorrinolaringología | Clínica | Hematología | Cirugía | Clínico | Otorrinolaringología |
| 3 | Buena | Excelente | Buena | Buena | Buena | Excelente | Buena | Buena |
| 4 | Cordial | Afectuoso | Cordial | Afectuoso | Distante | Cordial | Cordial | Afectuoso |
| 5 | No | No | Si | No | No | Si | No | No |
| 6 | Un poco escuchado | Totalmente escuchado | Totalmente escuchado | Totalmente escuchado | Un poco escuchado | Totalmente escuchado | Totalmente escuchado | Totalmente escuchado |
| 7 | No | Si | Si | Si | No | Si | Si | Si |
| 8 | Parcialmente | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si |
| 9 | Parcialmente claras | Del todo claras | Del todo claras | Del todo claras | Parcialmente claras | Del todo claras | Parcialmente claras | Del todo claras |
| 10 | Bastante claro | Muy claro | Muy claro | Muy claro | Bastante claro | Bastante claro | Bastante claro | Muy claro |
| 11 | Bastante | Fue suficiente | Fue suficiente | Bastante | No fue suficiente | Bastante | Fue suficiente | Fue suficiente |
| 12 | No | Si | Si | Si | No | Si | Si | Si |
| 13 | No | Si | Si | Si | No recuerdo | Si | No recuerda | Si |
| 14 | Si | No | No | No | No | Si | No | Si |
| 15 | Excesivo | Normal | Normal | Normal | Normal | Normal | Excesivo | Excesivo |
| 16 | Poca confianza | Mucha confianza | Suficiente confianza | Mucha confianza | No me generó confianza | Suficiente confianza | Suficiente confianza | Mucha confianza |
| 17 | No | Si | Si | Si | No sabe | Si | Si | Si |
| 18 | No | No | No | No | Si | Si | No | No |
| 19 | A veces | Nunca | Nunca | A veces | Siempre | Siempre | Nunca | A veces |
| 20 | Recibir un trato respetuoso | Que el médico utilice un lenguaje sencillo para comprender la situación | Recibir un trato respetuoso | Que le expliquen las cosas hasta que las entienda | Que el médico utilice un lenguaje sencillo para poder comprender la situación/diagnóstico | Que me expliquen las cosas hasta que las entienda | Recibir un trato respetuoso | Que el médico utilice un lenguaje sencillo para poder comprender su situación |
| 21 | No | Si | Si | Si | No | Tal vez | Tal vez | Si |
| 22 | Que tenga disponibilidad para escuchar | que se relacione amable y respetuosamente con el paciente | Que tenga disposición para escuchar al paciente | Que tenga conocimiento médico Suficiente | Que tenga conocimiento médico Suficiente | Que tenga conocimiento médico Suficiente | Que se relacione amable y respetuosamente con el paciente | Que tenga conocimiento médico Suficiente |
| 23 | Valoro el conocimiento, pero me parece muy importante sentirme escuchado, es importante sentir que el médico se preocupa por la situación. | La rapidez en la atención, el trato cordial y respetuoso, y la clara explicación de la situación del paciente | El respeto, la disposición de escuchar y comunicar con claridad | Que transmitan al paciente seguridad | El conocimiento e interés del profesional sobre el tema de la consulta del paciente, el trato cordial y respetuoso hacia el mismo, la paciencia para poder despejarle las dudas que tenga la persona que fue a atenderse y explicar los temas con palabras de conocimiento general para un mayor entendimiento. | Conocimiento. Responsabilidad. Que quiera realizar su trabajo lo mejor posible con cada paciente | Me parece q lo más importante es el respeto y escuchar eso siempre q este hace la consulta mucho mejor y más llevadera Además permite crear un acercamiento con el médico así podés sa carte todas las dudas q tengas sobre el problema q estás pasando | Que el circuito de llegada, aviso y espera para la consulta sea más ágil. No se valoran los tiempos |

ANEXO IV – ENCUESTA: Consideraciones de pacientes en la pregunta ¿Qué valora más de la atención médica?

- Valoro el conocimiento, pero me parece muy importante sentirme escuchado, es importante sentir que el médico se preocupa por la situación.
- Lo que más valoro es que el profesional respete el horario de consulta y me explique con claridad su diagnóstico e indicaciones.
- Buen trato. Ser claro, buena explicación del diagnóstico. Sea amable y que tengo conocimiento del tema
- Trato cordial y respetuoso- formación académica- interés por el paciente
- Que tenga conocimientos aptos y sepa transmitirlos en un lenguaje claro
- Que el profesional esté atento y se interiorice en cada paciente que atiende, porque cada paciente es un mundo, y de esa manera podrá hacer un diagnóstico más exhaustivo no sólo en cuanto a la manera de atenderlo y a sus necesidades psíquicas, sino también en cuanto a lo físico, al porqué del origen de dicha enfermedad.
- Que además de tener los conocimientos para poder resolver el tema por el cual fui a la consulta, tenga un trato amable. Y que si no puede resolverlo me derive a quien si lo pueda hacer
- Valoro el conocimiento del profesional, pero si no respeta mis tiempos y no usa un lenguaje claro siento que no es suficiente para que me efectúe un tratamiento.
- Valoro el respeto y la buena atención para con el paciente. Que sea siempre claro y que esté dispuesto a escuchar todo lo que el paciente tenga para decir.
- Que escuche lo suficiente para poder darme un buen diagnóstico, lo más acertado posible y la solución a ese problema. Amabilidad y respeto
- Es importante que el médico genere confianza, ya sea con la relación que genera con el paciente como con los conocimientos que manifiesta.
- Que se tome el tiempo necesario durante la consulta. Que esté capacitado profesionalmente ante las dudas o preguntas que se presenten
- La rapidez en la atención, el trato cordial y respetuoso, y la clara explicación de la situación del paciente
- La predisposición del médico a escuchar y explicar con paciencia
- Respeto, diálogo y fundamentación médica de lo indicado
- Creo que lo más importante es entender que como pacientes nuestra enfermedad o problema es una de las cosas más importantes que nos pasa y tenemos nulo conocimiento médico. Entonces, el profesional debe tratar con respeto a la persona, entender que para el paciente no es algo de rutina y conlleva emociones hacia la enfermedad, y que deben ser claros y escuchar las dudas del paciente, para que la consulta y el posterior tratamiento si fuera necesario sean lo más placenteros posibles para ambos
- Que el médico sea respetuoso respete los horarios y tenga turnos de tiempo suficiente para tratar a cada paciente correctamente. Que sus conocimientos sean integrales y contemplen todos los aspectos de la persona y el cuerpo como una unidad. Que se

tome tiempo de explicar. Que ofrezca opciones cuando las hayas que me permitan tomar decisiones soberanas sobre el tipo de tratamiento que quiero realizar. Que acompañe mi decisión técnicamente y respetuosamente.

- El conocimiento e interés del profesional sobre el tema de la consulta del paciente, el trato cordial y respetuoso hacia el mismo, la paciencia para poder despejarle las dudas que tenga la persona que fue a atenderse y explicar los temas con palabras de conocimiento general para un mayor comprensión.
- Que el medico sea amable, que haga las preguntas necesarias para llegar a un correcto diagnóstico y que se tome el tiempo de consulta necesario con cada uno de sus pacientes (que la consulta no sea un “tramite”). También que sea en la explicación del tratamiento (si es necesario hacer tratamiento).
- Entiendo que el médico debe tener una atención responsable y respetuosa, y con ello involucró a todos los aspectos desde respeto del horario, del lugar donde atiende, su atención médica específica y que la respuesta esté relacionada con mis intereses no con los de el
- Que sea idóneo, que sepa escuchar, que sea respetuoso y entable un diálogo indicando diagnóstico y tratamiento con claridad. También que esté abierto a tratamientos y opciones alternativas en pos de minimizar la medicación y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Me parece q lo más importante es el respeto y escuchar eso siempre q este hace la consulta mucho mejor y más llevadera Además permite crear un acercamiento con el médico así podés sacarte todas las dudas q tengas sobre el problema q estás pasando
- Que sea respetuoso y cordial al momento de la atención ya que estamos ahí por una situación inusual y por lo tanto estamos nerviosos, con miedo e incertidumbre. Generalmente algunos médicos no le dan importancia a estos temas. O lo hacen ver así
- Es fundamental que el profesional tenga vastos conocimientos en el área de su especialización, rescatando también el trato cordial y respetuoso hacia el paciente siendo claro y específico al momento de emitir el diagnóstico y tratamiento.
- Me importa la relación médico paciente. Q se de el espacio de confianza para poder llegar a un buen diagnóstico. La puntualidad también me importa mucho. Y la predisposición del profesional para poder resolver la situación.
- Que respete el horario me hace totalmente bien. Me predispone de buena manera, que me de espacio para evacuar mis dudas y además tenga la habilidad de transmitir el tratamiento o cura de manera que el paciente entienda
- Conocimiento, experiencia, seguridad sanitaria, integridad, amabilidad, cordialidad, escucha atenta, seguimiento, métodos modernos, higiene y actualización constante de formas de diagnóstico y tratamiento.
- Además de un trato respetuoso y cordial, compromiso y dedicación. A veces algunos médicos suelen ser poco empáticos,...debe existir una buena conexión con el profesional de la salud, y no importa el área.

- Que el medico sea criterioso, que me contenga cuando hay incertidumbre , Hasta tener el diagnostico, , y que no dude en caso en enviarme a otro profesional, en caso que no tenga claro el diagnóstico.
- La escucha al paciente sobre los síntomas y cómo se siente respecto a estos. Que me explique de forma clara lo que me sucede, los pasos a seguir en el tratamiento con los pro y contras.
- Que el médico me genere confianza, que tenga muy buen conocimiento acerca de lo que ejerce y en la medicina global, que tenga un trato respetuoso pero que haya confianza.
- Los médicos de cabecera de mi familia (míos y de mis hijos menores) deben generarme confianza. En general prefiero médicos que también trabajen en el hospital público.
- Que den espacio para que el paciente se saque todas las dudas. Que no esté parado en el lugar del saber. Que sea respetuoso y considerado con cada paciente.
- prestar real atención, tener capacidad de relacionar todos los datos que aporta el paciente, que tenga suficientes conocimientos y trato humano
- La escucha al paciente, su conocimiento sobre la especialidad, su compromiso con el paciente, que sea claro al explicar sobre la situación
- En la atención médica valoro tanto el buen trato, el respeto y sobre todo el lenguaje claro a la hora de explicar toda clase de tratamiento
- Puntualidad - no subestimar lo que cuenta el paciente - no ofrecer soluciones invasivas como única instancia de resolución del problema
- Cuando me de la mano para saludarme ya me sienta como que estoy ven buenas manos, qué me de seguridad que va a solucionar mi problema
- Experticia en la materia, experiencia en el campo médico. Que sepa vincularse con sus pacientes, trato cálido y respetuoso.
- Que escuche, que preste atención a la dolencia, que se respete el horario del turno, que la secretaria sea amable.
- El horario, que sea amable. que me explique y fundamentalmente que busque la causa de mi enfermedad antes que nada.
- Valoro que me expliquen la problemática que padezco y que me indiquen el tratamiento a seguir para solucionarla
- Capacidad profesional. Buen trato, Cumplimiento de horarios de atención. Claridad en la información. Seguridad
- Valoro que el profesional se interese por la salud del paciente y sea claro en la explicación del diagnóstico
- que el médico tenga competencia sobre el motivo de la consulta y que sea respetuoso en el trato y el horario
- Que el profesional sea amable respetuoso y demuestre idoneidad, compromiso y profesionalismo ante mi cuadro
- Ser escuchado y sentir que al médico le importa la atención, sin sentir considerado un paciente más!
- Que el circuito de llegada, aviso y espera para la consulta sea más ágil. No se valoran los tiempos

- Experiencia/ respeto/ escucha activa del profesional hacia el paciente/ seguridad del profesional
- Conocimiento. Responsabilidad. Que quiera realizar su trabajo lo mejor posible con cada paciente
- Precisión en el diagnóstico. Sencillez en el lenguaje para transmitirlo. Humanidad en el trato
- Valoro que sea respetuoso y cordial, que genere confianza y que preste atención a la consulta
- Que tenga paciencia para escuchar y dedique el tiempo necesario, claridad en el diagnóstico.
- Cumplir el horario, escuchar al paciente, dar un diagnóstico preciso y tratamiento efectivo
- Valoro que sean puntuales en la atención y que escuchen con atención y sean respetuosos.
- Que escuche al paciente, buen trato y que sea claro al momento de dar el diagnóstico.
- Un todo general desde el respeto y la atención hasta el vocabulario claro y conciso.
- Valoró el conocimiento, la puntualidad, el respeto y lenguaje claro, la cordialidad.
- Ser escuchado, que brinde confianza y seguridad. Que sea claro con las indicaciones.
- Buena atención, que realmente intenten solucionar el problema planteado, respeto.
- Que escuche, que sea claro con el diagnóstico, concreto, que respete el horario
- Respeto en el horario Escucha Explicación necesaria Respeto Soluciones posibles
- Que el profesional brinde confianza respetando sus tiempos y los del paciente.
- Profesionalismo, puntualidad, respeto, tiempo para la consulta, conocimiento.
- Atención a lo que expongo, que tenga experiencia en la especialidad, vocación
- que tenga conocimiento, que sea respetuoso y amable, que respete el horario
- Espero que me respeten y se tomen el tiempo para atenderme correctamente.
- Atención respetuosa, amabilidad, lenguaje claro, conocimiento médico.
- La cordialidad, puntualidad y la apertura de la escucha al paciente.
- Una atención clara ...y un profesional sensible hacia su paciente
- La importancia que toma en el caso de uno Y la ayuda q te brinde
- Precisión en el diagnóstico. Respeto en el horario. Seguimiento
- El respeto, la disposición de escuchar y comunicar con claridad
- Que consideren al paciente una persona y no solo un cliente.
- Que quiera involucrarse que no nos traten como un trámite
- La escucha activa y que se ocupe de resolver el problema
- El respeto, la escucha, el tiempo, el profesionalismo.
- Que te escuchen y comprendan lo que querés explicar
- Que tengan en conocimiento y que sepan explicarse
- Un buen trato, predisposición y explicación clara
- Que sea respetuoso y sea claro con las palabras
- Que escuche y sea claro al explicarse
- Conocimientos y técnicas actuales.