



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS EN LA PERCEPCIÓN DEL MÉDICO  
SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE  
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015**

PRESENTADA POR

**JOHNNY FRANCISCO CASANOVA SALDARRIAGA**

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN MEDICINA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS EN LA PERCEPCIÓN DEL MÉDICO  
SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE  
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015**

**TESIS**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTOR EN MEDICINA**

**PRESENTADA POR**

**JOHNNY FRANCISCO CASANOVA SALDARRIAGA**

**LIMA-PERÚ**

**2015**

## **Asesor**

Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en medicina.



## **Jurado**

Presidente: Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en medicina.

Miembro: Gabriel Niezen Matos, doctor en educación.

Miembro: Hilda Rivera Córdova, doctora en educación.

A mis padres



A Nila, mi esposa

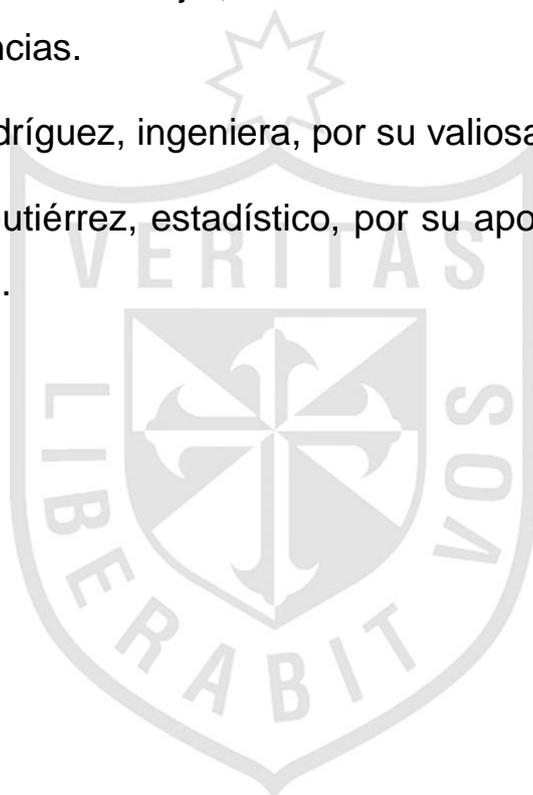
A mis hijos y nietos

## Agradecimiento

A Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en medicina, por su asesoría y oportunas sugerencias.

A Gladys Díaz Rodríguez, ingeniera, por su valiosa orientación.

A Jorge Medina Gutiérrez, estadístico, por su apoyo en los cuadros y tablas estadísticas.



# ÍNDICE

<b>Asesor y Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>Introducción</b>	
Descripción de la realidad problemática	1
Justificación	2
Objetivos	3
<b>Capítulo I. Marco Teórico</b>	
1.1 Antecedentes de la Investigación	4
1.2 Bases Teóricas	15
1.3 Definiciones de Términos	27
<b>Capítulo II. Metodología</b>	
2.1 Tipo y diseño de investigación	28
2.2 Población y muestra	28
2.3 Recolección de datos, instrumento	29
2.4 Procesamiento y análisis de los datos	29
2.5 Aspectos éticos	30

<b>Capítulo III. Resultados</b>	<b>31</b>
<b>Capítulo IV. Discusión</b>	<b>40</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>51</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>52</b>
<b>Fuentes de Información</b>	
<b>Anexos</b>	
Anexo 1 Instrumentos de recolección de datos	
Anexo 2 Cuestionario	
Anexo 3 Guía de entrevista	
Anexo 4 Consentimiento informado	
Anexo 5 Cuadros estadísticos SPSS	



## RESUMEN

Existen muchos trabajos acerca de la relación médico-paciente, la mayoría con un enfoque desde el punto de vista del paciente. Poco se ha tomado en cuenta la percepción y el sentir de la otra parte de esta relación (el médico), tan importante como la del paciente para lograr la empatía necesaria para la cura de la enfermedad.

El objetivo de la investigación fue determinar los factores asociados a la percepción de la relación médico-paciente de los médicos que laboran en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015.

Se desarrolló un estudio observacional, prospectivo, transversal de enfoque mixto. El universo de estudio corresponde a todos los médicos que laboran en el Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello, el cual incluye los servicios de: Otorrinolaringología (15 médicos), Oftalmología (25 médicos), Servicio de Cabeza y Cuello (14 médicos).

El 46.7% (14/30) de los médicos entrevistados percibe la existencia de una buena relación médico paciente.

Entre las situaciones que influyen sobre la relación médico-paciente está la falta de insumos y de infraestructura adecuada según la demanda, el poco tiempo dedicado al paciente en la consulta externa. La percepción de la relación médico-paciente se correlaciona fuertemente con la satisfacción del usuario y del médico.

Palabra clave: Satisfacción, Relación médico paciente, calidad de atención

## ABSTRACT

There are several studies about the physician-patient relation, most of all from the point of view of the patient, little has been taken in care about the perception and the feeling of the other part of this relation (the physician) ,so important as the patient to accomplish the necessary empathy for the cure of the disease.

The objective of the investigation was to determine the factors associated to the perception of the physician-patient relation of the physicians that work in the National Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2015.

An observational, prospective, transversal, mix focus study was made. The universe studied was of all the physicians that work in the department of head and neck surgery, which includes: otorhinolaryngology (15 physicians), ophthalmology (25 physicians), head and neck surgery (14 physicians).

46.7 % (14/30) of the interviewed physicians perceived a good physician- patient relation.

Among the situations that influenced over the physician-patient relation ,where the lack of material, an inadequate infrastructure according to the demand and the short time dedicated to the patient in the external office. The perception of the physician-patient relation is strongly correlated with the satisfaction of the user and the physician.

Key words: Satisfaction, physician-patient relation, quality of the attention.

# INTRODUCCIÓN

En la práctica de la medicina la relación entre el médico y su paciente juega un papel muy importante, siendo esencial para una asistencia médica de alta calidad en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

## **Descripción de la realidad problemática**

La relación médico – paciente (RMP) es una relación interpersonal compleja que tiene connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional, y sirve de base para la buena gestión de la salud.<sup>1</sup>

Desde los albores de la historia en el Paleolítico hasta la Cultura Griega, tres fueron los puntos representativos de la relación médico-paciente: 1) La ayuda espontánea la cual hace referencia al instinto de auxilio que opera en el alma humana. Pero también existe una tendencia a abandonar al enfermo. Según Lain Entralgo el instinto de auxilio sólo puede prevalecer en nosotros merced a un acto de decisión que nos permite reprimir la tendencia al abandono.<sup>2</sup> 2) La Curación mágica basada en la creencia de poderes y recursos capaces de modificar el estado de salud del enfermo. Los fracasos se atribuían al estado de impureza del hechicero o del enfermo. 3) Tratamiento empírico que consiste en repetir una práctica curativa descubierta por azar que en ocasiones daba buenos resultados. Esto se relacionaba también con la magia.

En los siglos VI y V A.C. se inventó la medicina técnica que es el pilar de la medicina hipocrática. Esta medicina se caracteriza por la idea de la existencia de una naturaleza universal o común a todas las cosas y de naturalezas particulares. Esta naturaleza susceptible de ser conocida se puede perfeccionar a través del arte o techné. Esta mentalidad técnica prevalece en la actualidad.

Siendo la relación médico – paciente una relación interpersonal compleja, se presentan diversas interrogantes: ¿En qué forma se llevan a cabo una relación médico-paciente?, ¿Qué factores condicionan una buena relación médico-paciente?, ¿Qué ocasiona el descontento en el médico o en el paciente?, ¿Qué

factores contribuyen a una buena relación médico-paciente?, ¿Cuáles son las características del médico que intervienen en la relación médico-paciente?.

Existen muchos trabajos acerca de la relación médico-paciente, la mayoría con un enfoque desde el punto de vista del Paciente. Poco se ha tomado en cuenta la percepción y el sentir de la otra parte de esta relación (el médico), tan importante como la del paciente para lograr la empatía necesaria para la cura de la enfermedad.

Dentro de las diversas dolencias y enfermedades que pueda padecer una persona hay un grupo de ellas relacionadas con los órganos de los sentidos. Estas dolencias y enfermedades son tratadas por médicos especialistas pertenecientes al Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello de un Hospital Nacional. Este departamento comprende los servicios de: Otorrinolaringología, Oftalmología y Cirugía de Cabeza y Cuello, especialidades muy solicitadas. La mayoría de las veces los pacientes provienen de especialidades mayores como son Medicina Interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría. Ya han tenido contacto con otros médicos y se han sentido bien o mal tratados, lo que influye en la nueva relación médico – paciente que tendrá con el especialista. El también tendrá una percepción determinada de la relación con su paciente.

La pregunta que formula el problema de investigación es la siguiente: ¿Cuáles son los factores asociados a la percepción de la relación médico-paciente de los médicos que laboran en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015?

### **Justificación**

La justificación de la presente Investigación desde el punto de vista teórico consiste en querer ampliar el estudio de una importante relación interpersonal como es la relación médico – paciente.

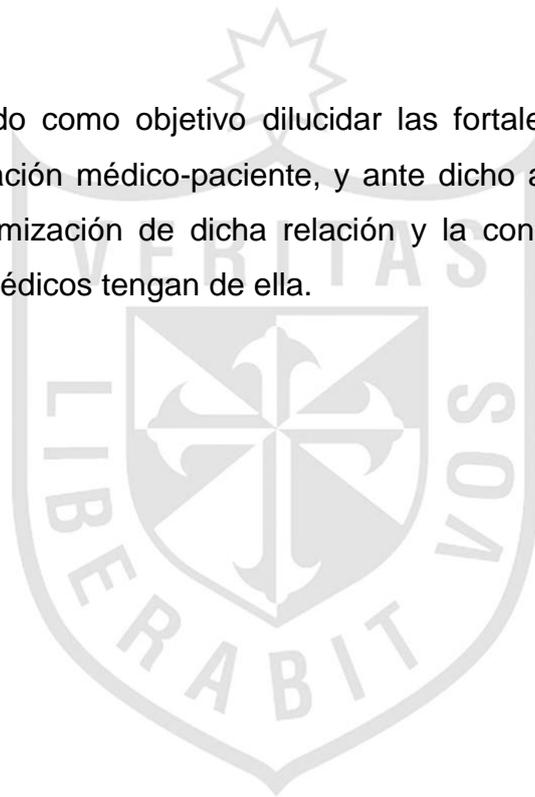
En ella se ha contrastado la percepción de la relación médico – paciente en médicos de distintas especialidades. Deseo que los resultados de este trabajo sirvan de complemento teórico de los estudios realizados acerca de la relación médico – paciente.

Esta Investigación pretende colaborar en la explicación de respuestas positivas o negativas en cuanto a la relación médico – paciente, la cual constituye el pilar principal en la consecución de un buen diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Los resultados ayudarán a mejorar la relación médico – paciente que constituye un factor muy importante en la curación y pronóstico del paciente. Al curarse el paciente en forma rápida y satisfactoria se ahorra dinero a la institución donde acude.

### **Objetivos**

Este trabajo ha tenido como objetivo dilucidar las fortalezas y debilidades que caracterizan a la relación médico-paciente, y ante dicho análisis poder proponer mejoras para la optimización de dicha relación y la consecuente mejora de la percepción que los médicos tengan de ella.



# CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

## 1.1 Antecedentes de la Investigación

La relación médico – paciente, relación interpersonal compleja, ha existido desde los albores de la historia y ha variado desde la mentalidad mágica atribuida a la enfermedad en los pueblos más primitivos hasta la mentalidad técnica, que es la que tiene prevalencia en la actualidad.<sup>2</sup>

Hipócrates hace más de dos mil años describió las características del médico en esta relación. Estas son: Conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad.

En el año 1964 Pedro Lain Entralgo<sup>2</sup>, establece 3 parámetros para una buena relación:

1. Saber ponerse en el lugar del otro.
2. Sentir como él o ella.
3. Disponerse a ayudarlo cuando enfrente dificultades.

Dentro de las diferentes formas de clasificar a la relación médico-paciente tenemos la siguiente.<sup>3</sup>

1. Relación activo – pasivo como en el caso del paciente en estado de coma.
2. Relación de cooperación guiada, en caso de pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento. como ocurre en las enfermedades agudas como la bronquitis y otras crónicas como la diabetes.
3. La relación de participación mutua, que no solo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino la participación para el estudio de la causa y la evolución del paciente.

En la relación médico – paciente se deben tomar en cuenta también las características personales del médico y del paciente. Por parte del médico debe conocer su carácter, sus debilidades, su nivel de información, su capacidad resolutoria de problemas y cuando debe recurrir a otro colega. Debe tomar en cuenta su prestigio científico y social.<sup>4</sup>

Se deben considerar también los objetivos que persiguen el paciente, el estado afectivo del médico y del paciente y la posición de cada uno. El médico es ubicado generalmente por el paciente en una posición de superioridad, y el médico debe tratar con su actuación de equilibrar esta situación.

Las vías de comunicación son muy importantes. Esta comunicación puede ser verbal por medio de la palabra, por medio de gestos, expresiones faciales, el tacto al realizar el examen y al utilizar instrumentos.<sup>5</sup>

Es necesario tomar en cuenta la percepción y el sentir del médico, tan importante como la del paciente para lograr la empatía necesaria para conseguir un correcto diagnóstico, tratamiento y pronóstico en caso de enfermedad.

Dentro de los trabajos existentes en nuestro medio acerca de la relación médico-paciente, tenemos los siguientes:

Mendoza C. en la Tesis titulada Relación médico – paciente percibida por usuarios de consultorios externos de especialidades médicas de un Hospital Nivel II del MINSA - Mayo 2014, evaluó 179 pacientes, el 64.8% (116) fueron mujeres, el promedio de edad fue de  $42.1 \pm 11.9$  años. El 23% (41) de los usuarios percibieron una relación médico-paciente (RMP) buena, el 52% (93) regular y el 25% (45) mala. Las variables finalmente asociadas con una buena RMP fueron tener 18 – 35 años (OR = 8.1 [IC 95%; 1,6 – 40,1), haber elegido su médico [OR = 20.5 [IC 95%; 5,1 – 82,5) y ser atendido por una médico mujer (OR=3,1 [IC 95%; 1,01 – 9,3). En ella concluye que existe un bajo porcentaje (23%) de pacientes que perciben una buena relación médico – paciente. El elegir a su médico, ser paciente joven y ser atendido por una médico mujer influyen en tener una buena relación médico-paciente.<sup>6</sup>

Ramos C.<sup>7</sup> en el año 2006 publicó un trabajo efectuado en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao, con el objetivo de determinar la percepción por parte de los usuarios de consultorios externos, de la calidad de la relación médico-paciente y sus características. Se entrevistaron a 168 pacientes, 61.3% de sexo femenino; 46.4% adultos jóvenes, 44.1% con instrucción secundaria. Los resultados obtenidos fueron que un 92.3% encontraron una adecuada relación médico-paciente y el 89.3% afirmó estar muy satisfecho. Sin embargo, los adultos jóvenes en su mayoría percibieron con mayor frecuencia una inadecuada relación médico-paciente. Concluyó que el grado de instrucción, grupo etario al que pertenece el médico, la concordancia de género, la concordancia del grupo etario, el género del médico, ni la continuidad del manejo médico se asocian a la calidad percibida de la relación médico-paciente.

Romero L.<sup>8</sup> en el año 2008 determinó el grado de satisfacción del paciente con el trabajo de la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. El resultado encontrado fue de un 31.67% medianamente desfavorable con tendencia a la negatividad en cuanto a la calidad de atención que brinda la enfermera. En la dimensión del entorno (confort) la percepción del paciente comparte entre lo medianamente desfavorable y lo medianamente favorable un 28.33%. Se concluye que la mayoría de los pacientes perciben de forma desfavorable la atención que brinda la enfermera.

Fernández J.<sup>9</sup> en el año 2003 determinó el grado de satisfacción del usuario externo en los consultorios externos del Hospital Militar Geriátrico de Lima. Como resultado de su estudio se determinó que en promedio el usuario externo se encuentra medianamente satisfecho. En lo relativo a los recursos y al trato recibido se consideran medianamente satisfechos. Acerca de las condiciones de limpieza, privacidad, asientos, ventilación, iluminación y sanitarios se consideran satisfechos. La única esfera donde se consideran insatisfechos es en el tiempo de espera. En forma subjetiva la mayor cantidad de encuestados consideran buenos los servicios. Concluye que el personal médico asistencial cumple una labor bastante aceptable aunque en casos aislados los pacientes manifiestan que son poco tolerantes y dan escasas explicaciones.

Quispe A.<sup>10</sup> en el año 2005, en su tesis para optar el título de Enfermera, en un estudio efectuado en el Hospital Arzobispo Loayza determinó que la opinión de la mayoría de los pacientes sobre la calidad de atención del personal de enfermería es de medianamente favorable o desfavorable. Concluyendo que: La enfermera no explica los procedimientos que se le realiza al paciente, se muestra insensible al dolor, muestra inseguridad y lentitud, despreocupación ante los efectos del tratamiento. El paciente siente desagrado por las expresiones de prepotencia y desatención al saludo efectuado a la enfermera y la muestra de desinterés por su alimentación.

Guix J.<sup>11</sup> (1999) en su Tesis Doctoral demuestra que los pacientes quieren ser informados (96.5%). Ellos afirman que el médico es la persona más adecuada para tomar decisiones (81.2%) y ven el consentimiento informado como un procedimiento exculpatario (67.2%). Quieren preservar la confidencialidad de su documentación hacia el personal hospitalario, que no intervenga en su proceso (61.1%). Se han sentido correctamente informados sobre aquello que les iban a hacer y dicen que han entendido esta información (91.2%). La confianza en el médico es considerado importante (72.9%), pero no tanto como por sustituir la información (71.4%). Creen que no se tiene que proporcionar información a la familia a no ser que el paciente lo autorice (5.6%). Los pacientes mayoritariamente piensan que se ha velado su intimidad, que no han sido discriminados. Solo (2.8%) piensan que sí. 5.5% en algún momento de su estancia se han sentido ofendidos, en ridículo o han pasado vergüenza, 37.4% de los pacientes no quieren participar en las decisiones que los afectan, 58.6% si quieren participar de estas decisiones, 28% piensan que no pueden negarse a las decisiones que tomen respecto a su salud.

Somnath et al<sup>12</sup>. Realiza un estudio cuyo objetivo es explorar si las diferencias raciales en la relación médico-paciente contribuyen a la disparidad en la calidad del cuidado de la salud. Se analizaron datos de la "Common Wealth Funds 2001 Health Care Quality Suvey" (Fundo de bienestar Común 2001, calidad en el servicio del cuidado de la salud) para determinar si la diferencia racial de los pacientes en cuanto a la satisfacción por el cuidado de la salud y los servicios

recibidos se explicaban por diferencias en la interacción médico-paciente, la cultura sensitiva del médico o la concordancia racial entre el médico y el paciente. Los resultados del estudio demostraron que la satisfacción por los servicios recibidos fue menor en los hispanos y los asiáticos que para los negros y blancos. La diferencia racial en la relación médico-paciente ayudó a explicar la disparidad en lo referente al trato, pero no en el uso de los servicios de salud. Se concluye que existen barreras en la relación médico-paciente en la experiencia de cuidado de la salud (Health Care).

Antunez A. et al<sup>13</sup>, en su trabajo de relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable, da una visión global y destaca la importancia de la comunicación y del comportamiento humano en la relación médico-paciente, señalando factores que influyen en la relación tanto por parte del médico como del paciente. Mediante un cuestionario de nueve preguntas se pretende esclarecer la situación actual del problema y brindar recomendaciones para realizar una buena relación médico-paciente-familia. Las conclusiones a las que llega este trabajo son: La relación médico-paciente influye en la calidad y cantidad de información que se obtiene del paciente. Por parte del paciente influye en el cumplimiento de las indicaciones médicas. La mala relación médico-paciente es muchas veces el detonante de una demanda por mala praxis.

Bernalte A. et al<sup>14</sup>, Realizó un estudio etnográfico en el año 2010 en un centro de salud de la comunidad autónoma de Andalucía. En él se efectuaron estudios de la interacción médico-paciente, lo que rodea a la interacción y el producto llamado Historia de atención primaria (hap). Los resultados revelaron que las hap, apenas recogen información del paciente y que los médicos no siguen los procedimientos correctos de elaboración de las historias. La buena relación médico-paciente se debe cultivar desde las aulas universitarias en la formación de los estudiantes de medicina. El perfil del egresado que constituye el resultado del plan de estudio de la entidad universitaria, debe incidir en la formación humanística del futuro médico, lo que le permitirá en el futuro ejercer la empatía necesaria para una buena relación médico - paciente.

Se han realizado diversos estudios para analizar los valores y factores sociodemográficos en estudiantes de medicina. Uno de estos trabajos de investigación es el realizado por Angelucci et al <sup>(15)</sup>. El objetivo del trabajo fue comparar los valores de los estudiantes de una institución universitaria en función de las variables sociodemográficas, género, procedencia (Colegio: privado – público y religioso – no religioso), religión católica – no católica y edad. Se aplica una escala autoaplicada de 55 valores, agrupados en cinco dimensiones: Cosmopolitas, Sociales, instrumentales, morales y conservadores. En los resultados se aprecia que las mujeres presentaron mayor prevalencia por las dimensiones de los valores morales, sociales y conservadores. Los hombres valoraron más la dimensión cosmopolita. Los estudiantes provenientes de colegios religiosos valoraron más la dimensión de valores conservadores. La variable sociodemográfica de mayor influencia en las preferencias axiológicas fue el género. La dimensión de valores conservadores fue la más diferenciada por mayor cantidad de los factores sociodemográficos evaluados.

- A) Valores Personales: Emoción, placer, estimulación, sexualidad, realización personal: Éxito, poder, prestigio, privacidad, autodirección.
- B) Valores Centrales: Estabilidad personal, sobrevivencia, salud, justicia social, belleza, madurez, sabiduría.
- C) Valores Sociales: Obediencia, orden social, religiosidad, tradición y valores de interacción o vínculo (afectividad, apoyo social, convivencia, honestidad).

Alonso M. y Kraftchenko O.<sup>(16)</sup> realizaron un estudio descriptivo de la comunicación médico – paciente como parte de la formación ético profesional. En él se analiza el cumplimiento de las 3 funciones de la comunicación :informativa, regulativa y afectiva, y de la empatía como un mecanismo de comprensión mutua. El estudio se efectuó sobre la base de 124 estudiantes de medicina y 43 profesores de diferentes años de la carrera de Medicina, haciendo referencia a la formación ético-profesional y a la metodología empleada para ello. Expone la necesidad de una adecuada comunicación médico-paciente centrada en la función afectiva para lograr una asistencia médica de calidad.

En los resultados se aprecia que existe una contribución limitada del proceso docente para el logro de una comunicación adecuada por parte de los alumnos en la relación médico – paciente. Se considera que existe una insuficiente formación ético profesional que debe mejorar para el logro de la satisfacción de la población. Diferentes estudios se han centrado en definir cuáles son los papeles que deben adoptar médico y paciente en su relación en la consulta médica a fin de lograr altos niveles de satisfacción y confianza en el usuario.

El estudio de Lorente N.<sup>17</sup> se basa en una encuesta a usuarios de los servicios de atención primaria prestados por el servicio andaluz de salud en 2006. Se aprecia como varía la confianza en la asistencia médica en función de las evaluaciones que realizan los usuarios sobre diferentes aspectos del acto médico. Los resultados mostraron que una relación médico-paciente exitosa se basa principalmente en mantener una verdadera comunicación y no sólo un mero intercambio de información. Al efectuar la evaluación de los servicios sanitarios se han establecido unos estándares de calidad, tanto de aspectos objetivamente mensurables, como la infraestructura, equipamiento, tecnología, etc.; como de aspecto subjetivo que se miden por las valoraciones de los trabajadores y usuarios de los servicios <sup>(17)</sup>. En los ochenta Donabedian<sup>(18)</sup> definió la calidad de un servicio sanitario como un ejercicio sobre si determinado aspecto de la atención médica tiene una propiedad y de ser así en qué medida.

Los usuarios son el objeto último de la prestación de los servicios y por ello pueden aportar información sobre elementos que no es posible obtener por otros medios. A esto se le denomina la calidad percibida <sup>(19, 20)</sup>. Al evaluar la calidad del servicio desde esta perspectiva se le considera al usuario como juez y elemento central en la organización sanitaria. Parasuman et al, 1985 <sup>21</sup>, Parasuman et al 1994<sup>22</sup>; Biedman y Serrano, 2007<sup>23</sup>.

Numerosos estudios demuestran que la calidad del servicio está altamente correlacionada con la satisfacción del paciente Krowinski y Steiben, 1988<sup>24</sup>; Ware et al <sup>25</sup>; Serrano, 2005<sup>26</sup>.

La satisfacción de un usuario es una variable multidimensional compuesta por la evaluación del individuo sobre diversos aspectos relacionados con su atención

Fitzpatrick, 1984<sup>27</sup>; Rubin, 1990<sup>28</sup>. La satisfacción implica la comparación continua que hace el usuario entre sus expectativas y la percepción del servicio que recibe Korsch et al, 1968<sup>29</sup>; Brody et al, 1989<sup>30</sup>; Iberm, 1992<sup>31</sup>; Bohigas, 1995<sup>32</sup>.

En muchos estudios se trata de definir cuáles son los papeles que deben adoptar el médico y el usuario durante la consulta. Lain, 1964<sup>2</sup> diferenciaba la relación “centrada en el médico”, en la que el médico trata la enfermedad y la “centrada en el paciente” en la que se trata al usuario y se establece una relación interpersonal entre dos personas iguales “Coejecutivas”. La relación más tradicional ha sido la “centrada en el médico”, también llamada modelo biomédico, Torio y García, 1997<sup>33</sup>.

Ruiz Moral et al, 2003<sup>34</sup> define cuatro tipos básicos de relación médico-paciente, teniendo en cuenta al grado central sobre la interacción y el grado de implicancia del usuario en las decisiones a adoptar. Estas son:

- La paternalista en la que el médico toma la decisión que crea más conveniente para el paciente.
- El modelo consumista caracterizado por pacientes más jóvenes con nivel educativo mayor, más demandante y asertivos que ejercen un mayor control sobre el médico.
- Atención centrada en el paciente, este modelo está basado en la coparticipación, aquí el control y el poder están equilibrados, y cada uno aporta y se responsabiliza dentro de sus posibilidades. Los pacientes participan en la toma de decisiones, Ruiz Moral et al, 2004<sup>35</sup>.
- Modelo ausente; en el cual ni el médico ni el paciente ejercen control suficiente. El paciente puede llegar a abandonar el tratamiento, pensando que no se le ha entendido ni se le ha escuchado. Para determinar el modelo de interacción más adecuado surgen controversias, centradas en el grado de autonomía óptima a alcanzar por el paciente, Sobrino 2003<sup>36</sup>.

Algunos estudios como los de Pietroni y Chase, 1993<sup>37</sup>, Winefield et al, 1995<sup>38</sup>; Balint, 1961<sup>39</sup>; apoyan el hecho de dar un enfoque distinto a la posición autoritaria tradicional del médico, haciendo énfasis en trabajar en conjunto con el paciente. Consideran que en una relación centrada en el paciente se consigna mayor

satisfacción y se resuelven mejor los problemas médicos y hay un mayor cumplimiento de los consejos y tratamientos.

Sin embargo hay que tomar en cuenta otro punto de vista basado en estudios realizados por Ingelfinger, 1980<sup>40</sup>; Thomas, 1978<sup>41</sup>; Hall et al, 1988<sup>42</sup>; Roter y Hall 1989<sup>43</sup> quienes encontraron que el estilo directivo proporciona mayor satisfacción, entre otras causas, por ser el más esperado por los pacientes.

Por otro lado existe la creencia de que la consulta centrada en el paciente genera mayor satisfacción en las consultas más psicosociales, con procesos crónicos, mientras que el estilo paternalista directivo genera mayor satisfacción en pacientes con problemas físicos agudos<sup>44</sup>.

Finalmente es el médico quien debiera esforzarse por conocer qué tipo de relación se adapta mejor a cada paciente y al problema o necesidad específica que presenta.

Tener confianza en un profesional o en un servicio médico constituye un buen indicador de la calidad de la atención, sin embargo su medición es algo complejo. Los usuarios evalúan diversos aspectos que van desde la percepción de la competencia a la relación interpersonal Thom, 2001<sup>45</sup>, Fiscella et al, 2004<sup>46</sup>.

Algo que el paciente valora mucho en su relación médico-paciente, es el recibir una atención personalizada, con una información clara que le facilite comprender su problema. Desean que el médico los escuche y aclare sus dudas Gamez Gomez et al, 2003<sup>47</sup> Bolaños y Sarria, 2003<sup>48</sup>.

Existe una correlación entre la calidad del proceso comunicativo y la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tratamientos Korsh, et al<sup>49</sup>; Davis, 1968<sup>50</sup>; Ley 1983<sup>51</sup>; Lassen, 1991<sup>52</sup>; Barca, et al, 2004<sup>53</sup>.

Una buena comunicación entre el médico y el paciente a través de escuchar al paciente permite conseguir un real intercambio de información para comprobar la dolencia y que se responda mejor a las necesidades y expectativas del paciente Balint, 1961<sup>54</sup>.

Al participar activamente el paciente en el encuentro clínico, está contribuyendo a la comprensión de la información, a incrementar su satisfacción y a la confianza

en el médico. Todo esto es positivo para el cumplimiento y efectividad de los tratamientos Mira y Rodríguez, 2001<sup>55</sup>; Simirnoff et al, 2000<sup>56</sup>.

Se conoce que existe una alta correlación entre la valoración positiva de aspectos del trato interpersonal y una alta presencia de confianza en la asistencia recibida Ferguson, 2002<sup>57</sup>; Murphy et al, 2001<sup>58</sup>; Safran et al, 2001<sup>59</sup>.

Los interesados en estudiar medicina generalmente requieren aprobar un examen de selección que incluye preguntas sobre un nivel cultural y habilidades cognoscitivas, especialmente sobre sus capacidades de razonamiento <sup>60</sup>, pero se olvidan generalmente de la evaluación vocacional, tan importante para evitar la deserción de la carrera médica<sup>61,62</sup>.

Los médicos generales pueden aspirar a realizar estudios de postgrado en alguna especialidad, por lo cual nuevamente deben someterse a un examen de conocimientos<sup>63</sup>, sin embargo nuevamente se obvia aplicar pruebas sicométricas o de personalidad. El porcentaje de deserción en este caso puede ser hasta de 20% <sup>64</sup>. Es de tomar en cuenta que los valores humanos constituyen ideales de vida asociados intrínsecamente a la elección de la carrera profesional. Los valores humanos dan dirección y sentido a la vida y son elementos motivacionales en la toma de decisiones. Si son claros y constantes y han sido seleccionados apropiadamente permitirán vivir en forma satisfactoria y tranquila, de lo contrario la vida de las personas pueden estar llenas de frustraciones y problemas. Es de tomar en cuenta que un valor puede integrar varios intereses<sup>65</sup>. El enfoque de los valores tiene una concepción integral, que se genera desde el ambiente familiar, cultural y social y se continúa en el medio educativo universitario, donde el estudiante se forma integralmente, sus valores son constitutivos de la ética y se le facilita el autoconocimiento, el autopensamiento y empieza asumir sus propias responsabilidades.

Existen diversos estudios sobre las actitudes y el tipo de personalidad en el personal relacionado con la salud <sup>66-72</sup>.

En el estudio de Bermejo – Guevara et al <sup>67</sup> al evaluar las motivaciones y los intereses mediante la aplicación de la encuesta de Zavic al personal de Enfermería, administrativo y médicos en general se encontraron que los intereses

de menor peso fueron el político y el religioso lo cual resulta similar con lo hallado por Prieto Miranda et al <sup>68</sup>.

Según el estudio realizado por Chavarría Islas et al <sup>69</sup> sobre la evaluación de las actitudes de residentes de post-grado hacia la relación médico-paciente está cae dentro de una actitud de tipo regular.

Los requerimientos de la sociedad del siglo XXI han determinado que las instituciones de educación superior ingresan a un proceso de evaluación y acreditación que garantice la formación adecuada de los nuevos profesionales. Para ello deben definir las características del perfil del egresado. Sin embargo además de la intervención de expertos médicos y educadores se debe tomar en cuenta la voz de los usuarios. En la experiencia de algunas universidades como la de Ontario en Canadá, indica que la calidad de la atención médica y la satisfacción de los usuarios mejoran cuando sus opiniones son escuchadas<sup>73,74</sup>.

El garantizar a la población la competencia de los médicos que la atiende da legitimidad social a la profesión permite ganar el respeto y confianza de los pacientes<sup>75, 76</sup>.

La responsabilidad de definir las características de los médicos “el deber ser” profesional y crear un “patrón de referencia” atañe a diferentes personas e instituciones, por lo que es difícil tal definición. Las instituciones educativas tienen la responsabilidad principal pero también están implicados los sistemas de salud de cada país, estado, región, los profesionales médicos y las instituciones que los representan, los recién graduados, los estudiantes, los profesionales de otras profesiones sanitarias. También deben intervenir los representantes patronales, el gobierno, los sindicatos, los pacientes y la sociedad en general <sup>77,78</sup>.

Osegura-Rodríguez J. y Viniestra-Velasquez L. <sup>77</sup>, efectuaron entrevistas a los usuarios de los servicios de salud y profesionales de la salud, analizados mediante el método cualitativo de análisis de discurso. Se entrevistó a 37 diferentes profesionales de la salud (enfermeros, médicos, trabajadores sociales, recepcionistas y estudiantes de medicina), a 3 grupos organizados de pacientes (hipertensos y diabéticos) y a 30 pacientes cuya edad fluctuaba entre 18 y 50 años.

Las características deseables en los médicos que mencionaron con mayor frecuencia los pacientes fueron: Que expliquen, la amabilidad y la comprensión. Los profesionales de la salud mencionaron el trato humanitario, ser amable y explicar. Los aspectos más deseables estuvieron relacionados más con las actitudes que con los conocimientos.

Así pues es necesario que además de las características cognitivas las instituciones formadoras de médicos se preocupen más de la parte humanística.

Algunas agrupaciones profesionales como el Colegio Americano de Medicina Ocupacional y las Facultades de Medicina escocesas, entre otros, han elaborado listas de características deseadas en los médicos <sup>79,80</sup>.

## **1.2 Bases Teóricas**

Desde los tiempos hipocráticos la relación médico-paciente estaba constituida por una “confianza” del paciente y una “conciencia” del médico. Actualmente se consideran dos “cosufrientes” dentro de un triángulo constituido por el modelo médico hegemónico, la medicalización y la formación enfática. <sup>81</sup>

Modelo médico hegemónico: Categoría analítica descrita por Eduardo Mendez que constituye la articulación del poder de la medicina con otros poderes (político, ideológico, económico, etc.) cuyos objetivos principales son:

1. Subordinar otros saberes.
2. Servir como instrumento a una práctica médica biologicista, mercantilista, deshumanizada, asocial y ahistórica.

Medicalización: <sup>82</sup> Se constituye en un requisito del sistema para el control social al estigmatizar los “factores de riesgo” para las enfermedades. Ejemplo: (tabaco, alcohol, etc.), si una persona los consumió, ella es la responsable y culpable, siendo en verdad la víctima.

Estos factores son condicionados por la cultura y estructurados por el mercado.

Las enfermedades de transmisión sexual se constituyen con enfermedades debido a “transgresión moral”.

Formación enfática: Cuando un profesional médico se le acostumbró a ver al paciente sólo como poseedor de una enfermedad y no piensa en la salud al no encontrar nada anormal en los exámenes auxiliares, es hasta cierto punto decepcionante para él.

Cuando no se sabe lo que se está buscando, no se entiende lo que se encuentra.

La medicina antropológica <sup>83</sup> considera a las personas en general como seres bio-somato-psico-sociales. Basado en este punto de vista la relación médico-paciente debe ser un proceso continuo con 3 características fundamentales:

1. Empatía.
2. Aceptación.
3. Veracidad.

Como resultado del continuo cuidado de los pacientes y sus familiares, los médicos de familia están preparados para formar relaciones clínicas duraderas con sus pacientes. El grado de colaboración y satisfacción en la relación médico-usuario, ha demostrado tener una implicancia importante en el resultado de los tratamientos de los diversos problemas médicos. El lograr un cuidado óptimo puede hacer apreciar al médico de familia la importancia y relevancia de haber tenido una buena relación médico-paciente en el pasado, tanto para el paciente como para el médico tratante.

El método empleado para el estudio de la relación médico-paciente en un médico familiar, fue una búsqueda de literatura utilizando medline. Las palabras claves empleadas fueron “enfermedad” y “teoría adjunta”. Treinticinco artículos en inglés aparecieron de los cuales extrajeron las referencias más relevantes. <sup>84</sup>

Los resultados obtenidos fueron que la teoría del acercamiento sirve como un modelo muy útil para lograr metas importantes en la relación médico-paciente, que pueden afectar el éxito del tratamiento en la práctica de la medicina familiar.

Se postula que todos poseemos una innata necesidad de conseguir lazos de unión con los primarios dadores de salud.

Para asegurar la supervivencia los niños adoptan su adhesión al estilo de adjuntarse al dador de cuidados. Con el tiempo la persona madura, desarrolla un estilo de involucrarse en subsecuentes relaciones con dadores de cuidados, basados en esta primaria y en alguna medida tardía relación cercana.

Situaciones inseguras como despidos, preocupaciones o temor pueden afectar la relación clínica y los logros en el tratamiento, a menudo en una manera importante y predictiva.

En conclusión los médicos de familia pueden fácilmente adoptar una actitud de tratamiento comprensiva, de compasión, flexible, reconociendo los patrones individuales de cada paciente en la relación médico-paciente y por lo tanto mejorando los resultados en el tratamiento.

En todo contacto entre seres humanos existe una relación psicológica especial que hace que la primera vez que nos enfrentamos con un semejante, decidirá el futuro de nuestra relación con él. Tratándose de la consulta esta relación médico-paciente es más importante para que el acto médico tenga resultados positivos.<sup>85</sup>

Una relación médico-paciente representará para el médico una experiencia placentera que influirá en el estilo de sus posteriores consultas; el retorno del paciente a una segunda cita y por último a largo plazo la satisfacción de su trabajo.<sup>86</sup>

Los médicos que se involucran en procesos empáticos, que les causa satisfacción profesional, son médicos más efectivos.

Es de tomar en cuenta que una adecuada comunicación con el paciente o su familia y la satisfacción de estos se correlacionan bien con buenos resultados biomédicos, el uso de los servicios de salud y la disminución de litigios por mala praxis.<sup>87</sup>

La relación médico-paciente es la interacción esencial y fundamental del acto médico. El acto médico está basado en una relación de confianza entre el médico

y el enfermo, en los aspectos primordiales de su vida y de sí mismo. La única opción no sólo ética sino legal es la de sanar.

La definición establecida en el código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú 2007 establece en su artículo 52° “el acto médico es el proceso por el cual el médico diagnóstica, trata y pronostica la condición de enfermedad o de salud de una persona. El acto médico es de exclusiva competencia y responsabilidad del médico”.<sup>88</sup>

Es necesario establecer la diferencia entre la enfermedad y la dolencia ya que ambas son motivo del acto médico.

- Enfermedad es el resultado morboso producido por la acción de los factores patógenos sobre el individuo con quiebre de su sistema homeostático.
- Dolencia, es la reacción del sujeto anímico frente a la enfermedad que sufre o cree sufrir y la interpretación idiosincrásica: psicológica, social y cultural que le confiere.<sup>89</sup>

Según Sellitz et al (1976), los objetivos de la investigación se pueden clasificar en cuatro grupos:<sup>90</sup>

1. Aquellos que se proponen alcanzar un avance en el conocimiento de un fenómeno o descubrir nuevos aspectos sobre el mismo, con el propósito de formular con mayor precisión, un problema de investigación o llegar a explicitar hipótesis.
2. Objetivos trazados para lograr la descripción más precisa de las características de una determinada situación, hecho o fenómeno referido a un individuo, grupo, comunidad, sector social, etc. que puede ser considerado como objeto de estudio de la Ciencia Social.
3. Aquellos objetivos orientados a la determinación de la frecuencia con la que ocurre una determinada situación, hecho o fenómeno o con lo que un factor se halla asociado o relacionado con otro, por lo general una hipótesis inicial específica.
4. Aquellos orientados con la comprobación de una hipótesis de relación causal entre variables.

Objetivos orientados a la explicación y análisis acerca del porque se da determinado fenómeno, situación, objeto o propiedad de un contexto social concreto.

La percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones. La percepción de los individuos es subjetiva, selectiva y temporal.

Las sensaciones son la respuesta de los órganos sensoriales a los estímulos externos, y dentro de las personas existen características propias que cargan de distintos significado a los estímulos.

En el proceso de percepción se distinguen 3 fases: a) la fase de selección, en la cual el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales. Selecciona los mensajes que le llegan. b) Organización, en la cual los estímulos seleccionados se organizan y clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje. c) Interpretación, la cual proporciona significación a los estímulos organizados.<sup>91</sup>

La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanza los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

La percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los cinco sentidos, vista, olfato, tacto, auditivo y gusto, los cuales dan una realidad física del entorno. Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo.

Con el desarrollo de la fisiología en el siglo XIX empiezan los primeros estudios científicos sobre percepción. Se empieza a relacionar la magnitud de un estudio físico con la magnitud del evento percibido, naciendo así la psicofísica<sup>92</sup>.

Dentro de los personajes relevantes en el estudio de la percepción tenemos:

- Herman Von Helmholtz, médico y físico alemán que realizó experimentos de acústica y oftalmología.
- Gustav Theodor Fechner, psicólogo alemán autor de la ecuación que explica la relación entre el estímulo físico y la sensación (Ley de Weber-Fechner). La sensación corresponde al logaritmo del estímulo.
- Ernst Heinrich Weber: Psicólogo y anatomista alemán, fundador de la psicofísica.
- Wilhelm Wundt, físico alemán fundador del primer laboratorio de psicología experimental.
- Max Wertheimer, Kurt Koffka y Wolfgang Köhler, psicólogos alemanes fundadores de la teoría de la Gestalt.
- James J. Gibson: Psicólogo estadounidense especialista en percepción visual.
- Alfred Adler, médico psicólogo/psiquiatra infantil austriaco el cual trabajó con la percepción individual.

Hay diferentes tipos de percepciones. Además de las percibidas por los cinco sentidos, tenemos: Percepción visual, percepción olfativa, percepción auditiva, percepción gustativa, percepción táctil, percepción espacial, percepción térmica, percepción del dolor, percepción del equilibrio, percepción kinestésica, percepción del tiempo, del cambio, percepción de la forma (a través de vista y tacto), percepción del campo magnético.

La percepción es el primer proceso cognoscitivo a través del cual el individuo capta información del entorno y le permite formar una representación de la realidad de su entorno.

Herman Von Helmholtz, propuso que el proceso de la percepción es de carácter inferencial y constructivo generando una respuesta interna de lo que sucede en el exterior. Se usa la información que llega a los receptores y se las analiza paulatinamente, así como la información que viene de la memoria empírica y genética que ayuda a la interpretación y la formación de la representación.

El resultado total que se obtiene al organizar fragmentos y trozos de información en objetos y patrones significativos se denomina Gestald, palabra alemana que significa figura, estructura o configuración.

El proceso perceptual según la nueva visión se describe en una secuencia de 3 etapas: 1) Proceso de formulación de hipótesis por parte del sujeto que se encuentra frente a los objetos-estímulo. Una disposición general para percibir determinados objetos del estímulo, un estado de sintonía previa.

2) Entrada de la información perceptual que proviene del medio a través de los “estímulos-signo”, aquellos que son indicadores significativos de la realidad para el individuo que formula la hipótesis. 3) Verificación de las hipótesis previas (ya sea confirmación o rechazo de las mismas).<sup>93</sup>

**Teorías sobre la percepción:** Existen 2 teorías:

1) Teoría Empirista de la percepción, llamada también teoría asociacionista. Según ella la percepción tiene como base sensaciones desordenadas que el sujeto perceptor ordenará posteriormente. La organización de la percepción siempre se efectúa a partir de conocimientos previos de la realidad.

El empirismo clásico fue una corriente importante cuyos representantes son: Hume, Hartley y Wundt, entre otros.

Esta corriente se denomina constructivismo y considera que la percepción no puede aislarse de la actividad cognitiva del sujeto. En el acto de la percepción el sujeto proyecta su atención hacia determinadas características ambientales y selecciona cierta cantidad de información de los objetos y estímulos recibidos. Esta información actuará en los esquemas en que se encuadra la percepción, dándole un significado.

2) Teoría Innatista o de la forma: En esta teoría el sujeto percibe mediante sus capacidades innatas (de nacimiento, no adquiridas). Los datos de la experiencia vienen organizados automáticamente en el mismo acto de la percepción cuando vemos las cosas. El sujeto percibe las cosas como un todo y no como parte de un todo.

La escuela de la Gestaldt ha considerado el concepto de organización como resultado directo de los procesos sensoriales. Existen sensaciones

organizadas no sensaciones puras. Nuestra percepción sería el resultado de una adaptación biológica al medio. Habría un isomorfismo entre la estimulación externa y los efectos que esta produce en el cerebro.

Siete “conversaciones” redactadas por Merleau-Ponty 1948 fueron dictadas por él mismo a través de la radiodifusión francesa en la emisión titulada “hora de cultura francesa”. Merleau-Ponty se refirió a 7 temas filosóficos una vez por quincena del 9 de octubre al 13 de noviembre. El tercer tema abordado se refiere a “Exploración del mundo percibido: Las cosas sensibles”. En este artículo refiere que “la cosa es un sistema de cualidades ofrecidas a los diferentes sentidos y que están reunidas por un acto de síntesis intelectual. Por ejemplo, el limón es esa forma oval abultada en los dos extremos, más ese color amarillo, más ese contacto fresco, más ese sabor ácido..... sin embargo, ese análisis nos deja insatisfechos porque no vemos lo que una cada una de esas cualidades o propiedades con las otras, y a pesar de todo nos parece que el limón posee la unidad de un ser, todas cuyas cualidades no son sino diferentes manifestaciones”.<sup>94</sup>

En su investigación de la fenomenología de la percepción (1945), Maurice Merleau-Ponty define la fenomenología como “el estudio de esencia, incluyendo la esencia de la percepción y de la conciencia. También dice, sin embargo que la fenomenología es un método para describir la naturaleza de nuestro contacto de percepción con el mundo. La fenomenología se encarga de dar una descripción directa de la experiencia humana.

Percepción es el background de la experiencia que guía cada acción consciente.

El mundo es un campo para la percepción y la conciencia humana le asigna un significado al mundo. No podemos separarnos de nuestras percepciones del mundo.

Los aspectos psicológicos y fisiológicos de la percepción quizás se superpongan y se influyen ambos. La espacialidad del cuerpo humano, o la “imagen corporal” es un ejemplo de como ambos factores psicológicos y fisiológicos tal vez influyen a la percepción.

La percepción es el sistema de significados por los que un objeto o fenómeno es reconocido.

Conciencia es una actividad proyectiva que desarrolla datos sensoriales más allá de su propio y específico significado y los utiliza para la expresión de una acción espontánea.

La mente y el cuerpo tienen su propio ser y las percepciones del cuerpo influyen lo que es percibido por la mente.

Cada sensación pertenece a un campo sensorial. El concepto de un campo sensorial implica que todos los sentidos son espaciales y que todos los objetos sensoriales deben ocupar un espacio.

Espacio tal vez sea definido como una forma de experiencia externa más que un lugar físico de donde los objetos externos están dispuestos.

La memoria es una capacidad para recordar o reconocer el pasado y tal vez sea influenciada por cambios en la percepción. Las percepciones pueden ser tanto verdaderas como falsas. Una ilusión tal vez sea una falsa percepción o una percepción de algo en una forma irreal. Una alucinación quizá sea una percepción para la que no existe un estímulo en el mundo externo".<sup>95</sup>

Al referirnos a factores sociodemográficos debemos hablar acerca de lo que es la demografía y la sociedad.

Demografía (del griego demos: pueblo y grafía: trazo, descripción) es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas, de su dimensión, estructura, evolución y características generales.

Población es el conjunto de individuos, constituido de forma estable, ligado por vínculos de reproducción e identificado por características territoriales, políticas, jurídicas, étnicas o religiosas.

La demografía estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan su formación, conservación y desaparición. Tales procesos en su forma más agregada, son los de fecundidad, mortalidad, emigración e inmigración. <sup>96</sup>

Hay dos tipos de demografías:

Demografía estática: Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas en un momento de tiempo determinado desde un punto de vista de dimensión, territorio, estructura y características estructurales. La estructura de una población es la clasificación de sus habitantes según variable de persona. Estas variables son según las Naciones Unidas: Edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, lengua hablada, nivel de instrucción, nivel económico y fecundidad.

Demografía dinámica: Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas desde el punto de vista de la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por lo que se modifica la dimensión estructura y dimensión geográfica de las poblaciones. Estos mecanismos pueden ser: La natalidad, la familia, el sexo, la fecundidad, la mortalidad, la edad, la educación, el envejecimiento, la inmigración, la emigración, el trabajo.

Según el modelo de la transición demográfica los cambios en una población tienen tres componentes: Nacimientos, muertes y migración.

La transición demográfica como proceso disminuye el efecto de cuatro grandes riesgos sociodemográfico: la alta mortalidad, la elevada fecundidad, el acelerado crecimiento demográfico y la estructura etarea joven. Con mayor o menor intensidad y velocidad todos los países de América Latina han iniciado el proceso de la transición demográfica, porque todos han empezado a reducir sus tasas de fecundidad y mortalidad. <sup>97</sup>

Al hablar de factores sociodemográficos es necesario definir a qué se denomina sociedad. Sociedad es un término que describe a un grupo de individuos

marcados por una cultura en común, un cierto folklore y criterios compartidos que condiciona sus costumbres y estilo de vida y que se relacionan entre sí en el marco de la comunidad.

El médico debe seguir siendo un servidor de los demás, debe seguir el juramento hipocrático que manifiesta: “en pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte”. El médico es mucho más que un científico ya que un científico sin humanidad puede ser tan solo un bárbaro ilustrado. Se debe ejercer un ejercicio científico y humanístico de la medicina. “Hay que ser un buen médico y un médico bueno”.<sup>98</sup> Demócrito afirmaba “como médico podía curar las enfermedades del cuerpo y como filósofo podía curar las del alma, que suelen ser más frecuentes y dañinas que aquellas”.<sup>99</sup>

Es muy oportuna la frase de Paracelso (1493-1541) “el médico debe poseer la virtud de saber bien lo que se hace, pero ante todo lo debe hacer con amor. El arte y la ciencia deben nacer del amor; de otra manera no llegarán a lograr la perfección”.<sup>100</sup>

El arte médico consiste precisamente en descubrir al enfermo, más que la enfermedad en sí misma. El Dr. Marañón expresaba “no hay enfermedades sino enfermos”. William Osler lo decía de otra manera, “no hay que saber que enfermedades tiene este paciente, sino que paciente tiene esta enfermedad”.<sup>101</sup>

La eSalud también denominada Cibersalud es la utilización de la tecnología de la información y las comunicaciones en apoyo a la salud, incluyendo la atención médica. Rodríguez S. et al, propone una reflexión acerca de los conceptos de la relación médico-paciente, tecnologías de la información y las comunicaciones, eSalud y la relación entre estos.

Si no es controlado racionalmente por el hombre, el desarrollo impetuoso de la tecnología aplicada a la medicina, puede convertir la relación médico-paciente en una relación deshumanizada entre paciente y aparato. La relación médico-paciente es un principio sagrado en el ejercicio médico que se debe cultivar y perfeccionar. Con la eSalud se pretende asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos y tecnologías médicas y se intenta demostrar que sirve para

mejorar la calidad de vida de las personas, pero no debemos olvidar o dejar de lado el carácter humano de la práctica médica.<sup>102</sup>

Cecilia Orellana en su trabajo sobre la actitud médica ante el dolor ajeno analiza lo relacionado con el dolor humano. Se ocupa del dolor humano desde un punto de vista ético. Dado que el objeto de la ética es la felicidad del hombre muchas veces se cree que felicidad y dolor no pueden ir. El médico siendo una persona, también sufre aunque no siempre lo percibe. Debido a ello necesita dar una respuesta adecuada al problema del sufrimiento, pues de lo contrario se verá enfrentado a dos peligros: ser insensible ante el paciente como un mecanismo de defensa o ser destruido si no existe una adecuada comprensión de la afectividad.

103

El acto médico que puede definirse como “el conjunto de acciones que recibe el paciente en los servicios de salud realizados por un profesional de la salud con el objeto de recuperar la salud”, es la base del ejercicio de la medicina. Para que se cumpla se requieren por lo menos de dos personas, el médico y el paciente, considerando dos cuestiones fundamentales:

1. El objetivo fin supremo de la medicina (conservar y enriquecer la salud y la vida y curar o aliviar las enfermedades).
2. La relación médico paciente (interacción esencial y fundamental del acto médico)<sup>104</sup>.

La introducción de las leyes del mercado ha llevado no pocas veces a que el paciente sea visto como un objeto de lucro y no como un ser doliente y necesitado de ayuda.<sup>105</sup>

La globalización de la economía mundial y la hegemonía de planteamientos y medidas neoliberales para la solución de la crisis económica, han tenido una gran consecuencia en el ámbito de la salud, han acelerado y potenciado la crisis económica ocurriendo un incremento de pobreza y reducción de los grupos con capacidad de comprar servicios médicos. Servicios cada vez más caros para una población cada vez más reducida en poder comprarlos<sup>106</sup>.

### 1.3 Definiciones de Términos

- Relación médico-paciente: Es la interacción esencial y fundamental del acto médico que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a este la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.
- Acto médico: Proceso por el cual el médico diagnostica, trata y pronostica la condición de enfermedad o de salud de una persona. El acto médico es de exclusiva competencia y responsabilidad del médico.
- Paciente: En medicina y en las ciencias de la salud el paciente es aquella persona que padece alguna dolencia o enfermedad y que acude a un facultativo médico u otro profesional de la salud para solicitar y recibir sus servicios en cuanto a diagnóstico, tratamiento, pronóstico.
- Médico: Persona que ejerce la medicina.
- Percepción: Conocimiento de algo por medio de los sentidos o la inteligencia. Proceso de recogida y tratamiento de la información sensorial.
- Factores Socio-Demográficos: Factores en los cuales intervienen la demografía y la sociedad.
- Factores Culturales: Relacionados con los conjuntos de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social, incluyendo los medios materiales que usan sus miembros para comunicarse entre sí y resolver sus necesidades de todo tipo.
- Factores Educativos: Relacionados con los conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas transferidos a otras personas. La educación no sólo se produce a través de la palabra; está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

## **CAPÍTULO II. METODOLOGÍA**

### **2.1 Tipo y Diseño de Investigación**

El presente es un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico.

El diseño efectuado corresponde al no experimental.

### **2.2 Población y Muestra**

#### **Población**

El universo de estudio corresponde a todos los médicos que laboran en el Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello, el cual incluye los servicios de: Otorrinolaringología (15 médicos), Oftalmología (25 médicos), Servicio de Cabeza y Cuello (14 médicos).

#### **Criterios de selección**

##### **Criterio de Inclusión:**

- Médicos que deseen participar voluntariamente

##### **Criterio de Exclusión:**

- Médicos con menos de 3 años en la especialidad.
- Se excluyeron médicos que están de vacaciones, descanso médico, de comisión, de servicio o en sala de operaciones en los momentos de efectuar la encuesta y/o entrevistas.

#### **Muestra**

Se trabajó con la totalidad de médicos que cumplieron los criterios de selección.

### **2.3 Recolección de datos. Instrumentos**

La recolección de datos se efectuó directamente por el investigador.

El instrumento utilizado fue una encuesta auto administrada sobre la base de tres temas:

1. Influencia de la tecnología y la especialización en la deshumanización de la relación médico – paciente.
2. Influencia de la judicialización de la medicina.
3. Respeto y confianza del paciente.

Se procedió a efectuar 18 preguntas específicas basada en las tres interrogantes principales. En adición a las preguntas se levantó información sobre los datos sociodemográficos, educativos y culturales del médico. (Ver anexo 02).

El instrumento fue validado por prueba de expertos, nivel de confiabilidad 0.92 (alfa de cronbach).

Además de la encuesta se procedió a las entrevistas personales a médicos de las 3 especialidades escogidos al azar.

### **2.4 Procesamiento y análisis de los datos**

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos y se procedió a realizar análisis univariado, análisis bivariado y multivariado. Se realizó un análisis cualitativo de las implicancias de los resultados. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

## 2.5 Aspectos éticos

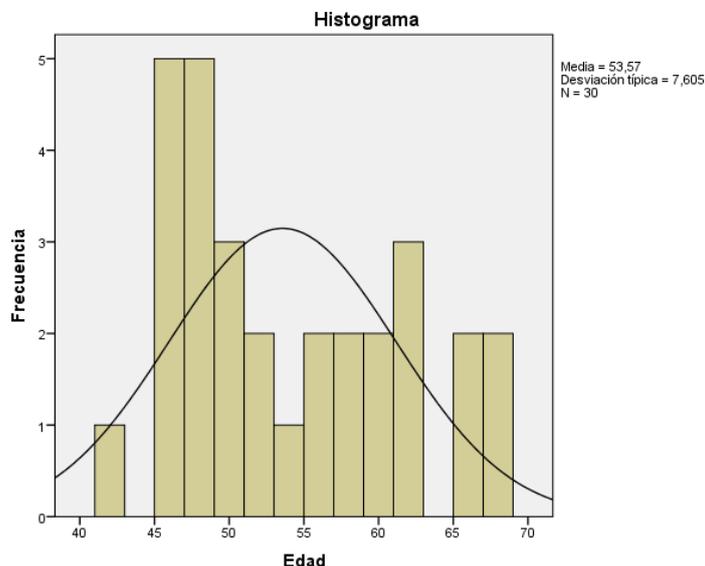
Este trabajo no presentó riesgos para los sujetos de estudio. Sólo se aplicó el instrumento a los médicos que dieron respuesta positiva al consentimiento informado.

El beneficio se inscribe en el principio de solidaridad y se deriva de las sugerencias que se desprenden para optimizar el sistema de atención de salud en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins.



## CAPÍTULO III. RESULTADOS

**Gráfico 1. Distribución de los Médicos según Edad – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**



La investigación evaluó 30 médicos especialistas, los médicos presentan una media etarea de 53.57 años (DE 7.60)

**Tabla 1. Distribución de los Médicos según Sexo – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	25	83,3	83,3
Válidos Femenino	5	16,7	100,0
Total	30	100,0	

El 83.3% (25/30) de los médicos entrevistados son del sexo masculino.

**Tabla 2. Distribución de los Médicos según Especialidad Médica – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Otorrinolaringología	9	30,0	30,0
	Oftalmología	13	43,3	73,3
Válidos	Cirugía de cabeza y cuello	8	26,7	100,0
	Total	30	100,0	

El 43% (13/30) de los médicos entrevistados son de la especialidad de oftalmología.

**Tabla 3. Distribución de los médicos según lugar de nacimiento – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Lima Metropolitana	11	36,7	36,7
	Región Costa	7	23,3	60,0
Válidos	Región Sierra	10	33,3	93,3
	Región Selva	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	

El 36.7% (11/30) de los médicos entrevistados son naturales de Lima.

**Tabla 4. Distribución de los médicos según tiempo radicando en Lima – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Más de 5 años	14	46,7	46,7
Válidos Siempre radicó en Lima	16	53,3	100,0
Total	30	100,0	

El 53.3% (16/30) de los médicos entrevistados siempre radicó en Lima.

**Tabla 5. Distribución de los médicos según características del colegio donde terminó secundaria – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Público	13	43,3	43,3
Válidos Privado no religioso	7	23,3	66,7
Privado religioso	10	33,3	100,0
Total	30	100,0	

El 43.3% (13/30) de los médicos entrevistados culminó los estudios secundarios en colegio público.

**Tabla 6. Distribución de los médicos según nivel socioeconómico previo al título de médico cirujano – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	NSE medio	27	90,0	90,0
Válidos	NSE bajo	3	10,0	100,0
	Total	30	100,0	

El 90% (27/30) de los médicos entrevistados poseía un nivel socioeconómico medio en la etapa previa a la obtención del título de Médico Cirujano.

**Tabla 7. Distribución de los Médicos según características de la Universidad de Pregrado – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Pública en Lima	20	66,7	66,7
Válidos	Pública en provincia	8	26,7	93,3
	Privada en Lima	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	

El 66.7% (20/30) de los médicos entrevistados curso estudios de Medicina en una Universidad Pública de Lima.

**Tabla 8. Distribución de los médicos según características de la universidad de posgrado (especialidad médica) – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Pública en Lima	28	93,3	93,3
	Privada en Lima	1	3,3	96,7
	Extranjero	1	3,3	100,0
	Total	30	100,0	

El 93.3% (28/30) de los médicos entrevistados curso estudios de Especialidad en una Universidad Pública de Lima.

**Tabla 9. Distribución de los médicos según lugar de procedencia de la madre – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Lima Metropolitana	5	16,7	16,7
	Región Costa	9	30,0	46,7
	Región Sierra	14	46,7	93,3
	Región Selva	1	3,3	96,7
	Extranjero	1	3,3	100,0
	Total	30	100,0	

El 46.7% (14/30) de los médicos entrevistados manifestó que su madre nació en la Sierra del país.

**Tabla 10. Distribución de los médicos según lugar de procedencia del padre  
– Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Válidos	Lima Metropolitana	2	6,7	6,7
	Región Costa	7	23,3	30,0
	Región Sierra	19	63,3	93,3
	Región Selva	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	

El 63.3% (19/30) de los médicos entrevistados manifestó que su padre nació en la Sierra del país.

**Tabla 11. Distribución de los médicos según religión que profesa – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Válidos	Católica	26	86,7	86,7
	Evangélica	1	3,3	90,0
	Mormón	1	3,3	93,3
	Ateo	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	

El 86.7% (26/30) de los médicos entrevistados profesa la religión católica.

**Tabla 12. Distribución de los médicos según factor de elección de la carrera médica – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tradición familiar	3	10,0	10,0
Válidos Por mejoras económicas	2	6,7	16,7
Vocación	25	83,3	100,0
Total	30	100,0	

El 83.3% (26/30) de los médicos entrevistados manifiesta que la elección de la carrera de medicina humana es por vocación.

**Tabla 13. Distribución de los médicos según número de hijos – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	5	16,7	16,7
1	6	20,0	36,7
Válidos 2	12	40,0	76,7
3	6	20,0	96,7
4	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

El 83.3% (25/30) de los médicos entrevistados manifiesta tener al menos 01 hijo.

**Tabla 14. Distribución de los médicos según número de hijos estudiando medicina – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	0	22	73,3	73,3
	1	7	23,3	96,7
	2	1	3,3	100,0
	Total	30	100,0	

El 73.3% (22/30) de los médicos entrevistados no tiene hijos estudiando medicina.

**Tabla 15. Distribución de los médicos según práctica privada de la medicina – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	27	90,0	90,0
	No	3	10,0	100,0
	Total	30	100,0	

El 90% (27/30) de los médicos entrevistados ejerce la actividad medica en el sector privado.

**Tabla 16. Distribución de los médicos según participación en programas de apoyo social – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Sí	13	43,3	43,3
Válidos	No	17	56,7	100,0
	Total	30	100,0	

El 43.3% (13/30) de los médicos entrevistados participa como voluntario en programas de apoyo social.

**Tabla 17. Distribución de los médicos según percepción de la relación médico/paciente – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Buena	14	46,7	46,7
Válidos	Regular	15	50,0	96,7
	Mala	1	3,3	100,0
	Total	30	100,0	

El 46.7% (14/30) de los médicos entrevistados percibe la existencia de una buena relación médico paciente.

## CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

La media etaria de 53 – 57 años (DE 7.60) nos habla de la existencia de una población de médicos maduros con cierta trayectoria, que es lo que se encuentra en un Hospital Nivel 3 o sea un Hospital Nacional, donde ingresan como especialistas médicos con mínimo tres años de experiencia en la especialidad, además este fue un criterio de exclusión en el presente trabajo, donde se desecharon los residentes y sólo se tomó en cuenta a los asistentes y jefes de servicio y departamento. La edad en muchas ocasiones es un referente positivo para el paciente, pues el medico de más edad, le inspira mayor confianza, por años de servicio y experiencia ganada. Pero todo depende del trato que reciba por parte del médico tratante. Cómo lo manifestaron los médicos entrevistados, el paciente desea que lo escuchen (Grafico 01).

En las tres especialidades del departamento de cirugía cabeza y cuello, el predominio es de médicos del sexo masculino. Esto puede deberse a que antes el número de mujeres que estudiaban la carrera de medicina era mucho menor que en la actualidad, observándose en las universidades una gran cantidad de estudiantes de medicina del sexo femenino, inclusive en ocasiones son mayoría respecto a los estudiantes de medicina del sexo masculino. (Tabla 1)

En el departamento de cirugía cabeza y cuello que abarca las especialidades de oftalmología, otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, siempre el mayor número de especialistas ha estado en el servicio de oftalmología desde la fundación del hospital. Cabe puntualizar que oftalmología es una especialidad muy solicitada, y en la cual muy difícilmente un médico general o de otra especialidad se atrevería a tratar un paciente con alguna afección oftalmológica. Sin embargo es de tomar en cuenta que al entrevistar a los oftalmólogos se quejaron de la poca infraestructura en comparación con la gran demanda.(tabla 2)

El hecho de que el 36.7% (11/30) de los médicos entrevistados manifiesten ser naturales de Lima, está en relación a que la migración de otros lugares del país hacia Lima que se llevó a cabo debido a la centralización desde hace más de 40

años, ha hecho que muchos médicos actuales hallan nacido en Lima, siendo sus raíces de otros lugares. Se puede apreciar además, que 10 de 30 entrevistados han nacido en la Región Sierra. (Tabla N° 3)

El tiempo de residencia en Lima, tabla N°4, está en relación directa con lo expresado en la tabla N°3 ya que habiendo emigrado a Lima los padres, hace más de 40 años, los hijos nacieron en Lima, por lo que la respuesta será “siempre radique en Lima”.

Es necesario hablar sobre algunos conceptos relacionados con la antropología, la cual es el estudio de la humanidad incluidos sus orígenes prehistóricos y la diversidad humana de la era contemporánea. La antropología se divide en cinco campos distintos:

-Antropología Biológica o antropología física que es el estudio de los seres humanos como organismos biológicos, su evolución y sus variedades contemporáneas.

-Arqueología o prehistoria, el estudio de las culturas humanas del pasado por medio de sus restos materiales.

-Arqueología lingüística, el estudio de la comunicación humana, incluidos sus orígenes, su historia y las variaciones y cambios contemporáneos.

-Arqueología cultural o social, el estudio de los pueblos actuales y sus culturas, incluidos las variaciones y cambios.

Al hablar de cultura nos estamos refiriendo a las creencias y comportamientos de las personas, aprendidos y compartidos.

-Antropología aplicada o antropología práctica que es el empleo del conocimiento antropológico para prevenir o resolver problemas o llevar a cabo políticas públicas<sup>107</sup>.

Un sistema de salud abarca diferentes áreas, como la percepción y clasificación de los sistemas de salud, medidas de prevención, diagnóstico y curación, la cual puede ser mágica, religiosa, científica con sustancias curativas o mediante

curanderos. Al estudio transcultural de los sistemas de salud se le denomina etnomedicina.

En relación a lo antes expuesto un paciente proveniente de la misma región y con características socioculturales semejantes o parecidas a la del médico tratante va a sentir mayor empatía hacia él y se sentirá más cómodo. Esto se acrecienta si la comunicación es en el mismo dialecto. Sí existe el estigma de superioridad socio cultural por parte del médico la comunicación y la relación médico-paciente no va a ser la más adecuada, según las entrevistas realizadas.

Los Colegios Públicos están más al alcance de la población en Lima y Provincias y en ocasiones son los únicos disponibles en muchas comunidades del Perú, por lo que no es difícil de entender que la mayoría de los encuestados hayan estudiado en Colegios Públicos, como hace mención la (tabla N°5).

El haber estudiado en colegio público hace al joven, como característica positiva, conocer más de cerca las necesidades de su entorno, lo cual influirá en el futuro en su comprensión de las necesidades, no solo de salud de su futuro paciente. La parte negativa está en que según su personalidad, puede crear cierto resentimiento al compararse con otros que tienen más.

En relación al nivel socio económico de los médicos previo al título de Médico Cirujano la gran mayoría afirma proceder de un nivel socioeconómico medio, sólo 3 manifiestan provenir de un nivel socioeconómico bajo y ninguno de un nivel socioeconómico alto.

La causa de esto podría estar que las personas pertenecientes a un nivel socioeconómico alto piensan en estudiar una profesión más lucrativa que en corto tiempo les haga ganar más dinero, o pertenecen a familias de dinero con negocios propios que ellos pueden seguir administrando. La medicina no les brindará ingresos altos, salvo los hijos de médicos dueños o accionistas de clínicas que tienen el camino ya preparado.

Por otro lado, dependiendo de la personalidad de cada uno probablemente algunos colegas entrevistados pudieron avergonzarse de decir que pertenecieron a un nivel socioeconómico bajo.(TablaN°6)

Las Universidades Públicas tanto de Lima como de provincias, están más al alcance de la mayoría de las personas deseosas en estudiar la carrera de medicina, y luego continuar la especialidad deseada, en la misma universidad u otra universidad pública o privada, de acuerdo a su capacidad económica, ya que en las universidades privadas las pensiones para estudiar medicina son altas. Tanto en las universidades públicas o privadas donde se enseñan la carrera de medicina los estudiantes tienen las mismas oportunidades de acercamiento al usuario, lo cual es la razón de su preparación.

Siendo la religión oficial del Perú la religión Católica, es fácil de entender que un 87.6% de los médicos profese la religión católica, sin embargo llama la atención que 2 de 30 se declaran ateos, siendo la medicina de por sí una profesión humanista y que desde los albores del tiempo estuvo primariamente relacionada a la religión. Cabe recordar que hasta antes del periodo Hipocrático de la medicina griega, se consideraba a la enfermedad como un castigo divino. Luego de Hipócrates el pensamiento griego lleva al sistema medico los siguientes conceptos:1) Formación del universo por cuatro elementos básicos: aire, agua, fuego y tierra, y sus cualidades respectivas: frio, húmedo, calor y seco.2) la teoría de los contrarios.3) efectos producidos por las estaciones del año.4) secreciones orgánicas: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Platón clasifica las enfermedades mentales en: profética, ritual, poética y erótica.

El catalogarse como ateo hace pensar en cierto pensamiento y actitud practica y con cierto grado de insensibilidad de parte del médico, lo que a la larga podría influenciar en su relación con el paciente (Tabla N°11)

Si bien es cierto que la mayoría de los médicos entrevistados estudió medicina por vocación (83.3%), existe un 16.6% en los cuales los factores decisivos para estudiar medicina han sido otros, tales como la tradición familiar y las mejoras económicas. A ellos se les puede considerar más pragmáticos y utilitaristas. El ser

pragmático implica tener una tendencia a conceder primacía al valor práctico de las cosas sobre cualquier otro valor. El ser utilitarista implica comportarse con utilitarismo, el cual es una teoría ética en la cual lo que resulta intrínsecamente valioso para los individuos, el mejor estado de las cosas es aquel en el que la suma de lo que resulta valioso es lo más alta posible y lo que debemos hacer es aquello que consigue el mejor estado de cosas conforme a esto. La moralidad de cualquier acción o ley viene definida por su utilidad. (TablaN°12).

Al averiguar acerca del número de hijos que tienen los médicos encuestados, se puede apreciar que 40 % (12/30) de los médicos entrevistados tienen 2 hijos y del total, 83.3% (25/30) tienen al menos 01 hijo.

En la actualidad dos es el promedio de hijos que la mayoría de la población de clase media suele tener.

El hecho de que 73.3% (22/30) de los médicos no tengan hijos estudiando medicina puede deberse a que la mayoría deciden estudiar una carrera más corta y mejor remunerada que la medicina. En algunos casos los hijos no están aún en edad universitaria. Otro factor puede ser el ver a sus padres dedicarles poco tiempo, por la necesidad de trabajar en varios lugares para cubrir el presupuesto familiar. Esto los desanima a seguir la carrera médica. (Tabla N°14)

No llama la atención que el 90% de los médicos ejerzan la práctica privada, ya que deben mejorar los bajos ingresos de los sueldos en la práctica hospitalaria. (TablaN°15)

El apoyo social es una de las virtudes de muchos buenos médicos y esto se refleja en el 43% (13/30) de los médicos entrevistados.(Tabla N°16)

En la investigación se busca conocer los factores asociados a la percepción de la relación médico – paciente en los médicos de las tres especialidades comprendidas en el Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello: Otorrinolaringología, Oftalmología y Cirugía de Cabeza y Cuello; con tal finalidad además de la encuesta realizada a las tres especialidades, se procedió a efectuar

entrevistas personales con médicos de las tres especialidades, obteniéndose información importante que paso a describir.

Al efectuarles las preguntas acerca de la tecnología y la especialización de la medicina como factores de influencia en la deshumanización del médico, los cirujanos de Cabeza y Cuello, manifestaron que no influye en el proceso de deshumanización, que eso depende de cada persona y que el tiempo que se dedica al paciente en la consulta es muy importante; desgraciadamente este es muy corto. El paciente es una persona que está disminuida no sólo en su salud física sino también en la parte psicológica y quiere ser escuchado. Esta misma opinión fue compartida por las otras dos especialidades de Otorrinolaringología y Oftalmología.

Según Peña S.<sup>108</sup>. La especialización en la medicina no hace perder de vista la integridad y complejidad del ser humano, sino más bien se da por un sentido de realidad y reconocimiento de las propias limitaciones frente a las diversas patologías.

La modernidad y la alta tecnología incorporada a la medicina significan progreso, que debería prevenir el riesgo de deshumanizarse y desvirtuarse.

Sánchez Arrastría P.<sup>109</sup>. Manifiesta que al efectuar la práctica de la Medicina se combina la Ciencia y la Tecnología con la aplicación de conocimientos y valores todo lo cual está presente en la relación médico – paciente que contribuye a la solución de las necesidades del enfermo. La mala relación médico-paciente facilita a la comisión de errores médicos, iatrogenia y la infracción o falta médica.

En cuanto al estudio del paciente por órganos las tres especialidades coincidieron en que se han acostumbrado a dar solo importancia a la especialidad, restándole la debida importancia a la visión en conjunto del paciente. Los otorrinos manifestaron que antes se veía en conjunto al paciente, pero actualmente se centran más solo en lo relacionado a la especialidad.

La visión en conjunto es de gran importancia y prueba de ello es que un síntoma otorrinolaringológico puede ser el punto de partida diagnóstico de una entidad cardiovascular. Esto ocurre por ejemplo cuando llega un paciente con una disfonía y al examinarlo se le diagnostica una parálisis de cuerda vocal izquierda. Si el otorrino piensa en su paciente como conjunto, le solicitará una Radiografía de corazón y grandes vasos y diagnosticará un aneurisma del cayado de la aorta ya que como se sabe por anatomía, el nervio recurrente laríngeo que da movilidad a las cuerdas vocales le hace un aza al cayado de la aorta y al ser comprimido ocasionará la disfonía.

El médico debe tomarse el tiempo de conversar detenidamente con su paciente. Las tres especialidades coincidieron en que la medicina basada en evidencias es necesaria pero como complemento a la experiencia del médico, cada enfermo es diferente, no se debe estandarizar. No existen enfermedades sino enfermos.

Los cirujanos de cabeza y cuello opinaron que los trámites burocráticos en especial las citas demasiado prolongadas para programaciones quirúrgicas contribuyen al deterioro de la relación médico-paciente, ya que hacen sentirse decepcionados a los pacientes. Los otorrinos estuvieron de acuerdo en que el sistema no permite plazos cortos para reevaluar al paciente en el momento conveniente. Los oftalmólogos estuvieron de acuerdo en que las citas tanto para consultas y más aún para intervenciones quirúrgicas son muy prolongadas y que obligan al paciente a iniciar la consulta en un policlínico donde en ocasiones no hay especialista en oftalmología. Manifestaron que los pacientes con menor recurso económico son los que más sufren. Inclusive en clínicas las citas son prolongadas.

Los cirujanos de cabeza y cuello consideraron que las guías de manejo internacionales tienen algo positivo, que consiste en servir para justificar acciones, cuando hay una demanda por mala práctica.

Los Otorrinos consideran que el médico no debe ceñirse exclusivamente a protocolos, tiene que echar mano de lo que tiene y de lo que está estandarizado

en alguna forma. Todavía pone algo de lo personal sobre el protocolo. Antes era más importante la experiencia. Esta no necesariamente se obtiene de estudios estadísticos. Actualmente mientras no haya estudio estadístico no se considera la experiencia.

Los oftalmólogos consideran que la tecnología moderna en su especialidad permite ver algunas patologías que antes no podían apreciarse. La medicina basada en evidencias es ayuda complementaria. Las guías de manejo ayudan en lo mínimo. El médico debe ser ordenado y ético. Las guías son solo ayuda, información que por la rutina se pueden olvidar. Se debe utilizar un Flujograma de atención. El médico debe ser hábil en romper las ideas. Siempre hay que estar leyendo y revisando.

Las guías te dicen que puedes hacer no lo que debes hacer. Los cirujanos de cabeza y cuello opinan que las guías de manejo internacionales obligan a informar al paciente mediante el consentimiento informado. Consideran que tratamos de protegernos frente a la atención al paciente. ¿Cómo evito meterme en problemas? Uno de ellos manifestó que en ocasiones remite al paciente a otro colega.

Las tres especialidades consideran que en ocasiones el paciente exige análisis que son innecesarios, bien porque se los han solicitado a otro paciente amigo o por si acaso le encuentran algo anormal. Muchas veces los pacientes son influenciados por la información que bajan de internet y creen que es lo que siempre debe solicitarse. Lo esencial es el criterio médico para solicitar análisis necesarios de acuerdo a cada caso.

Los oftalmólogos refieren que si el médico le demuestra al paciente, con su actitud y la manera de examinar, que sabe, este no se atreverá a exigir exámenes. El médico no se debe dejar influenciar por el paciente desde la primera consulta. En ocasiones el médico debe oír con paciencia la sugerencia de los pacientes.

Respecto a la información obtenida por los pacientes a través de internet, las tres especialidades coincidieron en que por un lado es útil ya que ayuda al paciente a entender su enfermedad, el paciente viene a la consulta con menor ansiedad. Es importante que el paciente tenga cierto conocimiento sobre la enfermedad. Sin embargo se debe indicar al paciente que no debe guiarse de la información que obtiene por internet.

Todos consideraron que el lado negativo está en la mala interpretación de su enfermedad, esto depende del grado de cultura del paciente. Hay pacientes muy influenciados que somatizan sus dolencias.

En otro aspecto algunos pacientes a través de la información obtenida ponen a prueba el conocimiento del médico.

Al preguntarles a los médicos de las tres especialidades del Departamento de Cabeza y Cuello acerca de su satisfacción respecto a su práctica profesional, hubieron diversas opiniones, aunque la gran mayoría refiere estar satisfechos profesionalmente con la práctica de su especialidad. Algunos de los de cabeza y cuello se quejaron de la falta de insumos y de estar satisfechos desde el punto de vista médico y asistencial, más no desde el punto de vista económico, por los bajos sueldos percibidos.

Uno de los oftalmólogos manifestó que nunca se estará contento con el sueldo, el sí lo está porque sabía lo que iba a ganar y que sí sabían los demás colegas lo que iban a ganar, deberían aceptarlo.

Una de las Otorrinos refirió no estar satisfecha debido a que se esforzó más que el promedio, hizo rotaciones en el extranjero y actualmente teniendo preparación para brindar más que una consulta se encuentra laborando en un Policlínico y sólo momentáneamente en el Rebagliati. Otras de las Otorrinos manifestó si estar satisfecha por tener una oportunidad de apoyar atendiendo pacientes de su zona.

Algunos oftalmólogos opinaron que existe un divorcio entre la demanda y la infraestructura, lo que les produce cierta insatisfacción en el ejercicio de su especialidad.

La relación médico-paciente es la base de la práctica clínica. En las últimas décadas los cambios en esta relación han influenciado en el grado de satisfacción de los médicos respecto a su práctica. El trabajo de Bascuñán M. Luz <sup>110</sup> apunta a explorar la percepción de los médicos acerca de los cambios en la relación médico-paciente y su impacto en su satisfacción personal y profesional. Ella efectuó un estudio cualitativo que comprendía a 44 médicos de la región metropolitana de Chile. Utilizó grupos focales y entrevistas semi-estructuradas.

Los resultados mostraron que todos los médicos mencionaron a los cambios en la relación médico-paciente, como uno de los factores más importantes que hayan impactado en su satisfacción. La causa principal del deterioro de esta relación es el clima general de desconfianza que lleva a la frustración y desencanto con la profesión.

Este sentimiento concuerda con otros reportes que muestran que los pacientes están adquiriendo progresivamente mayor protagonismo en las decisiones del cuidado de la salud.

Es indispensable la reconstrucción de los lazos entre el médico y el paciente en este nuevo escenario para mejorar el grado de satisfacción tanto del paciente como del médico.

En las últimas décadas se han realizado cambios importantes en la práctica de la medicina. Se ha prestado poca atención en como los médicos experimentan y enfrentan estos cambios en su profesión <sup>111</sup>.

La relación médico-paciente es una oportunidad que permite al paciente expresar su agrado o desagrado, su acuerdo o desacuerdo con la atención recibida; pero también se le puede considerar como una variable que nos permite distinguir al

grupo de médicos que están satisfechos o insatisfechos con su actividad profesional. <sup>112, 113</sup>

La relación y comunicación médico paciente aumenta su confianza y compromiso y produce muchos beneficios para la salud física y psicológica del paciente. <sup>114.</sup>

A la pregunta cómo cree que se puede mejorar la relación médico-paciente hubo una respuesta en común para las tres especialidades:” Dedicándole más tiempo al paciente en la consulta externa”.

Los de cabeza y cuello opinaron que brindar una atención oportuna y tratamiento inmediato es más importante que el trato al paciente.

Los otorrinos opinaron que se debe educar al personal para brindar mejor trato y orientación al paciente. Dar facilidades en todos los medios de diagnóstico y tratamiento. Se acostumbra a correr en la consulta por presión del paciente o por rutina. Los oftalmólogos manifestaron que es importante mantener la relación médico-paciente dentro de la cordialidad y confianza del paciente. Esto depende de la personalidad de cada médico.

Como se puede apreciar en el anexo N°5, en el procesamiento de la base de datos según el programa estadístico IBM SPSS, no se pudo identificar factores asociados significativos en la relación médico-paciente. Sin embargo las entrevistas personales dieron mucha información en cuanto a la percepción de los médicos acerca de la relación médico-paciente.

## CONCLUSIONES

- La tecnología y la especialización no contribuyen a la deshumanización del médico en su relación médico – usuario.
- El estudio de pacientes por órganos muchas veces favorece la pérdida de visión en conjunto del paciente.
- La medicina basada en evidencia es necesaria, pero solo como complemento a las experiencias del médico.
- Los trámites burocráticos incitan al deterioro en la relación médico-paciente.
- Los plazos de espera prolongados para nueva consulta o programación operatoria desaniman al paciente.
- Las guías de manejo ayudan a justificar acciones.
- La información obtenida por el paciente por internet puede ser útil o negativa según el tipo de paciente.
- Existen quejas de los médicos por la falta de insumos y de infraestructura adecuada según la demanda.
- Es muy importante dedicarle más tiempo al paciente en la consulta externa. El paciente necesita ser escuchado para sentirse satisfecho con su médico tratante.
- La mayoría de los médicos que laboran en el HNERM son mayores de 50 años, del sexo masculino, con raíces cercanas de la región sierra, han estudiado en colegios y universidades públicas y profesan la religión católica.
- La percepción de la relación médico-paciente se correlaciona fuertemente con la satisfacción del usuario y del médico.

## RECOMENDACIONES

- Informar a los médicos acerca de la importancia de mejorar su visión en conjunto del paciente aunque se trate de especialidades médicas o quirúrgicas.
- Recalcar en los médicos la importancia de la medicina basada en evidencia como complemento de la experiencia.
- El médico debe informar al paciente previo a la firma del consentimiento informado.
- Dedicarle más tiempo a escuchar al paciente en la consulta externa a pesar del corto tiempo disponible.
- Aumentar el promedio de tiempo de atención al paciente en la consulta externa.
- Alargar los tiempos entre consultas programadas.
- Controlar el tiempo de permanencia del médico en consulta externa a fin de evitar correr en la consulta y terminar antes del tiempo determinado, para poder irse.
- Abastecimiento de insumos en forma regular por parte del Hospital.
- Disminuir el trámite burocrático.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004.
2. Lain P. La relación médico – enfermo: Historia y teoría. Madrid. Ed. Revista de Occidente; 1964.
3. Lain P. La relación médico – enfermo. Madrid. Alianza Editorial; 1983.
4. González R. La sicoterapia en nuestro medio: Un criterio y algunas experiencias. Rev Hosp Psiq. La Habana. 1984; 24:167-178.
5. Rodríguez H. La relación médico – paciente. Revista Cubana de Salud Pública. 2006; V.32 (4).
6. Mendoza C. “Relación médico – paciente percibida por usuarios de consultorios externos de especialidades médicas de un Hospital nivel II del Minsa-mayo 2014” [Tesis]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2014.
7. Ramos C. Percepción de la relación médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un Departamento de Medicina. An Fac med. 2008; 69(1): 12 – 16.
8. Romero L. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Alcides Carrión. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
9. Fernández J. Grado de Satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa del Hospital Militar Geriátrico [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
10. Quispe A. Opinión que tienen los pacientes del Servicio de Medicina General sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.

11. Quix J. Actitudes y percepciones respecto de los derechos de los usuarios de los Hospitales del sector sanitario de Reus [Tesis] Barcelona: Universidad Rovira i Virgili; 1999.
12. Somnath S. Relación médico-paciente y las disparidades raciales de la calidad del cuidado de la salud. *AMJ Public Health* 2003; 93: 1713 – 1719.
13. Antunez A. La relación médico-paciente: Complejidad de un vínculo indispensable. *Mediciego* 2014; 20 (1).
14. Bernalte A.. La interacción médico-paciente y sus productos. *Cultura de los cuidados*. 2010; 14 (27): 83 – 89.
15. Angelucci L.. Valores y Factores Sociodemográficos en estudiantes universitarios: Un estudio comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*. 2009; 12(1): 151 – 162.
16. Alonso M, Kraftchenko O. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético – profesional de los estudiantes de medicina. *Rev. Cubana Educ Med Super* 2003; 17(1): 38 – 45.
17. Loriente N, Serrano R. Hable con los pacientes no para ellos. Análisis de los fundamentos de la confianza del acto médico. *RIS*. 2009; 67(2): 309-328.
18. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación, México, Ed. La Prensa Mexicana. 1984.
19. Barca I, Parejo R, Gutiérrez P, Fernández F, Alejandro G. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas, *Atención Primaria*. 2004; 33(7), 361-7.
20. Brody D, Miller S, Lerman C, Smith D, Lázaro C, Blum M. The relationship between patients satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care*. 1989; supp 57(11): 1027-1035.

21. Parasuman A, Zeithami V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, 1985; 49. N° 4: 41-50.
22. Parasuman A, Zeithami V, Berry L. Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of Marketing*, 1994; 70: 201-230.
23. Biedma L, Serrano R. ¿Existe relación entre satisfacción del paciente y género del médico?: IESA Working Paper Series, 2007.
24. Krowinski W, Steiber S. *Measuring and Managing Patient Satisfaction*, Chicago American Hospital Publishing. 1998
25. Ware J, Snyder M, Wright R. Defining and Measuring patient satisfaction with medical care, *Evaluations and program planning*, 1983; 6: 247-263.
26. Serrano R, Vera E. Searching for the most suitable tool to measure satisfacción with healthcare: the importance of patient discontent. IESA, Working Papers Series; 2005.
27. Fitzpatrick R. *Satisfaction with health care, The Experience of Illness* Tavistock, London; ed. R. Fitzpatrick, 1984.
28. Rubin H. Can patients evaluate the quality of hospital care, *Medical Care Review*, 1990; 47: 267-326
29. Korsch B. Gozzi E. Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968; 42:855
30. Brody D, Miller S, Leman C, Smith D, Lázaro C. The Relationship between patients satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care*. 1989; sup (11): 1027-1035.
31. Ibern P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios, *Gaceta Sanitaria*, 1992; 6: 176-185.
32. Bohigas L. La satisfacción del paciente. *Gaceta Sanitaria*, 1995; 9: 283-285.

33. Torio J, García M. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención Primaria*. 1997; 20: 17-24.
34. Ruiz R, Rodríguez J. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria*. 2003; 32: 594-602.
35. Ruiz R, Prados D, Cabrera J. La voz de los pacientes: mejorando el entendimiento entre médicos y pacientes. *Atención Primaria*. 2004; (6): 277-8.
36. Sobrino A. Evolución de la relación médico-paciente en los últimos 100 años: *Revista Clínica Electrónica*. *Atención Primaria*. 2003.
37. Pietroni P, Chase H. Partners or partisans? Patient participation at Marylebone health centre. *The British Journal of General Practice*, 1993; 43: 341-344.
38. Winefield H, Murrell T, Clifford J, Farmer A. The usefulness of distinguishing different types of general practice consultation, or are needed skills always the same?, *Family Practice*, 1995; 12: 402-407.
39. Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Editorial Ateneo; 1961.
40. Inglefinger F. Arrogance. *The New England Journal of Medicine*. 1980; 303: 1507-1511.
41. Thomas J. The consultation and the therapeutic illusion. *British Medical Journal*. 1979; 1: 1327-1328.
42. Hall J, Roter D. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*. 1988; 26: 657-675.
43. Roter D, Hall D. Studies of doctor-patient interaction. *Annual Review of Public Health*. 1987; 10: 163-180.
44. Chin J. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Medical Journal*. 2002; 43: 152 – 5.

45. Thom D. Physician behaviours that predict patient trust. *Family Practice*, 2001; 50: 323-8.
46. Fiscella K. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians?, *Medical Care*, 2004; 42:1049-55.
47. Gámez M.. Relación entre el cumplimiento de las expectativas de los pacientes en consultas de atención primaria y los resultados de salud. *Atención Primaria*, 2003; 33: 32-95.
48. Bolaños E, Sarria A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 2003; (4): 95-201.
49. Korsh B, Gozzi E. Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968; 42: 855.
50. Davis M. Variations in patients compliance with doctors advice: an empirical analysis of patterns of communications. *American Journal of Public Health*, 1968; 58: 274.
51. Ley P. Patients understanding and recall in clinical communication failure en Penleton D. and J. Hasler (eds.). *Doctor-patient communication*. Londres: Academics Press; 1953; pp. 89-107.
52. Lassen L. Connections between the quality of consultations and patient compliance in general practice. *Family Practice*. 1991; vol 8; 154-60.
53. Barca I, Parejo R, Gutiérrez P, Fernández F, Alejandro G. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención primaria*. 2004; 33: (7): 361 – 7.
54. Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Editorial Ateneo; 1961.
55. Mira J. Rodríguez J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Medicina Clínica*. 2001; 116: 104-110.

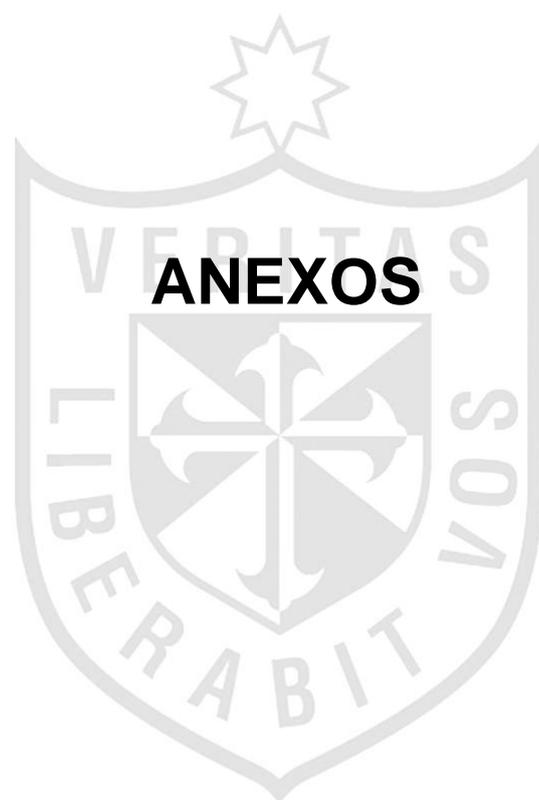
56. Simmoff L, Ravdin P, Colabianchi N. Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expectations*. 2000; 3: 26-36.
57. Ferguson W. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Family Medicine*. 2002; 34: 353-61.
58. Murphy J, Chang H, Montgomery J. The quality of physician-patient relationships. Patients experiences 1996-1999. *Journal of the Family Practice*. 2001; 50: 123-9.
59. Safran D, Montgomery J, Chang H, Murphy J, Rogers W. Switching doctors: predictors of voluntary disenrollment from a primary physician's practice, *Journal of Family Practice*. 2001; 50:130-6.
60. Hernández JR, Hernández R, Nieto A, Hernández JF. Factores de riesgo para la deserción de estudiantes en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). *Gac Méd Méx*. 2005; 141: 445-7.
61. De Vries W, León P, Romero JF, Hernández I. ¿Desertores o decepcionados? Distintas causas para abandonar los estudios universitarios. *Revista de la Educación Superior*. 2011; 4 (160):29-49
62. Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school: Systematic review of the literature, *BMJ*. 2002; 324 (7343):952-7.
63. Prieto SE, Jiménez CA, Jiménez JA, Esparza RI. ¿Sirve el examen nacional de residencias médicas de México? *Med Int Mex*. 2013; 29(5).
64. Richardson CV. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2006; 63(3).
65. Bortone R. Madurez vocacional y perfil de valores humanos en estudiantes universitarios. *Educere*. 2009; 13(47): 971- 982.

66. Galiano S, Serrano del Rosal R, Garcia de Diego JM, Biedma L, Ranchal J. Attitudes and values of the medical internal residents who have chosen the specialty of family and community medicine: A health model adapted to the new times. *Semergen*. 2013; 39(1):18-25.
67. Bermejo M, de la Rosa G, Bermejo G, Montaudon B. Análisis de las motivaciones e intereses de una-unidad médica de tercer nivel mediante la aplicación de la encuesta de Zavic entre la población administrativa, personal de enfermería y médicos. *Rev Hosp Jua Mex*. 2007;74(3):154-60.
68. Prieto S. Perfil de valores humanos de médicos en formación profesional. INV ed MED 2015.
69. Chavarria R, Rodriguez R. Residents of emergency medicine attitude towards patient-physician relationship. *Rev CONAMED*. 2008;13(3):13-8.
70. Berríos A. Actitud de los docentes del Departamento de Enfermería del Decanato de Ciencias de la Salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado Hacia la práctica clínica. Período julio- diciembre 2007. Tesis de Postgrado. UCLA. Biblioteca de Medicina, 2008.
71. Lievens F, Coetsier P, de Fruyt F, de Maeseneer J. Medical students personality characteristics and academic performance: A five-factor model perspective. *Med Educ*. 2002; 36(11): 1050-6.
72. Bitran M, Zúñiga D, Lafuente M, Viviani P, Mena B. Influence of personality and learning styles in the choice of medical specialty. *Rev Med Chil*. 2005;133 (10):1191-9.
73. Rosser WW, Beaulieu M. Institutional objectives for medical education that relates to the community *Can Med Assoc J*. 1984;130(6):683-639.
74. Neufeld V, Maudsley R, Pickering R, Turnbull J, Weston W, Brown M, et al. Educating future physicians for Ontario. *Acad Med* 1998;73(11): 1133-1148.

75. Baker M, Scoffield R. Educational needs of internal medicine residency graduates: general internist versus subspecialists. *Med Educ* 1998;3(2): 527-532.
76. Des-Marchais J., Delphi A. Technique to identify and evaluate criteria for construction of PBL problems. *Med Educ* 1999; 33: 504-508.
77. Osegura J, Viniecha L. Características humanísticas del médico deseada por la sociedad. *Rev. Med. Int. Seguro Soc.* 2008; 46(2): 171-178.
78. Harden R, Crosby J, Davis MH. An introduction to outcome-based education. *Medical Teacher* 1999; 21(1):7-14.
79. Philips DE. Pioneers in providing a competency inventory. *JAMA* 1999; 281(1):24.
80. Harden R, Crosby J, Davis M, Friedman M. From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *AMEE Education Guide* 1999; 14:37-45.
81. Mendez E. Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción en el sector salud. *Cuadernos médicos sociales*, Rosario, 1985.
82. Conrad P. *Deviance and Medicalization*. Ohio: Merrill Publish, 1985.
83. Meeroff M. *Medicina Antropológica*. Buenos Aires: Asociación Médica Argentina, 1992.
84. Thompson D. and Sciechamowski P. *Fam Pract. J AM Board*. 2003; (16): 219 – 226.
85. Soji C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico-paciente y comunicación en médicos graduados. *An fac med*. 2006; 67 (1): 30 – 37.
86. Ramírez J. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención. *Acta médica, grupo ángeles*. 2011; 9(3): 167 – 174.

87. Remon M, Tataje M. Características del nivel de empatía hacia el paciente en internos de medicina de dos Hospitales Nacionales. Rev Med Panacea. 2013; 3 (1): 2-5
88. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. 2007.
89. Perales A. El acto médico: Criterios de definición y límites. Diagnóstico 2001; 40: 46 – 50.
90. Sellitz C. Métodos de investigación en las relaciones sociales. Madrid. Edición Rialp, 1976.
91. Anderson J, Bower Bt. Memoria Asociativa. Limusa. México 1977.
92. Universidad de Murcia. Percepción [internet] disponible en: [www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf](http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf).
93. Postman L. Percepción y Aprendizaje. Buenos Aires: Nueva Visión; 1974.
94. Merleau M. El mundo de la percepción, siete conferencias. [disertación]. París; 1948.
95. Merleau M. Fenomenología de la percepción. Barcelona: Editorial Planeta de Agostine; 1993.
96. Livi M. Introducción a la Demografía. Segunda edición. Turín: Ariel; 2007.
97. CELADE. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950 – 2100 [internet]. Naciones Unidas CEPAL; 2013. Disponible en: [www.cepal.org/celade/proyecciones/basededatos\\_bd.htm](http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basededatos_bd.htm)
98. Restrepo P. La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. Med UIS.2012; 25 (1): 63 – 69.
99. Sánchez T. Temas de ética médica. Giro Editores 1995. p. 115.
100. Gaviria C. Práctica médica en Colombia. Paradigma bioético por excelencia. Bogotá: página maestra: editores; 1998.
101. Kahn M. What would Osler do? Learning from “difficult” patients. NEJM. 2009; 361(5): 442 – 443.

102. Rodríguez S. Relación médico-paciente y la eSalud. Rev. Cubana de investigaciones biomédicas 2013; 32 (4): 411 - 420.
103. Orellana C. La actitud médica ante el dolor ajeno. Rev bioética. 2007; 2 (29): 146 – 155.
104. Guevara C. Acto médico: Límites y Posibilidades. Pediátrica. 2002; 4: 54-62.
105. Gonzales W. Deshumanización de la Medicina. Almenara. 2010; 5:8-10.
106. Bazar C. El acto médico. Cuadernos de Debate en Salud CMP. Mayo 2011.
107. Miller B. Antropología Cultural. Madrid: Pearson Educación S.A. 2011.
108. Peña S. El acto médico. Cuadernos de Debate en Salud CMP. 2011 Mayo.
109. Sánchez D, Contreras Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. Rev. Cubana de Medicina Militar. 2014; 43 (4): 528 – 533.
110. Bascuñan ML. Cambios en la relación médico-paciente y a nivel de satisfacción de los médicos. Rev Med Chile. 2005; 133: 11-16.
111. Zugar A. Dissatisfaction with medical practice. N engl J. Med 2004; 350: 69-75.
112. Reames H. Professional Satisfaction of Physicians. Arch Intern Med. 1989; 149: 1951-6
113. Lloyd M, Bor R. Communication Skills for medicine. Londres: Ed Churchill Liviston; 2011.
114. Bech RS, Daughtridge R. Sloan D. Physician-patient communication in the primary care office: A sistematic Review. J an Board Fam Pract. 2002; 15:25-38.



**ANEXOS**

## ANEXO 01

### INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

#### Datos del Encuestado:

Edad:.....

Sexo

- 1) Masculino
- 2) Femenino

Especialidad Medica

- 1) Otorrinolaringología
- 2) Oftalmología
- 3) Cirugía de Cabeza y Cuello.

Lugar de Nacimiento

- 1) Lima Metropolitana
- 2) Región Costa
- 3) Región Sierra
- 4) Región Selva
- 5) Extranjero (País)

Tiempo radicando en Lima

- 1) < de 5 años
- 2) > de 5 años
- 3) Siempre radique en Lima

Características del colegio donde termino  
secundaria

- 1) Público
- 2) Privado no religioso
- 3) Privado Religioso

Nivel Socioeconómico (NSE) del médico en  
la educación previa a la obtención del título  
de médico cirujano

- 1) NSE Alto
- 2) NSE Medio
- 3) NSE Bajo

Universidad donde estudio pregrado

- 1) Pública de Lima
- 2) Pública de provincia
- 3) Privada de Lima
- 4) Privada de Provincia

Especifique el nombre de la Universidad: .....

Universidad donde estudio su especialidad

- 1) Pública de Lima
- 2) Pública de provincia
- 3) Privada de Lima
- 4) Privada de Provincia
- 5) Extranjero (País)

Especifique el nombre de la Universidad: .....

Lugar de procedencia de la Madre

- 1) Lima Metropolitana
- 2) Región Costa
- 3) Región Sierra
- 4) Región Selva
- 5) Extranjero (País)

Lugar de procedencia del Padre

- 1) Lima Metropolitana
- 2) Región Costa
- 3) Región Sierra
- 4) Región Selva
- 5) Extranjero (País)

Religión del médico

- 1) Católica
- 2) Evangélica
- 3) Mormón
- 4) Ateo
- 5) Otro

Elección de la carrera médica

- 1) Tradición familiar
- 2) Por mejoras económicas
- 3) Vocación
- 4) Otras

Número de hijos

Especifique...

Hijos estudiando medicina humana

Especifique...

Distrito de residencia actual

Especifique distrito: .....

Años viviendo en el distrito de residencia actual

- 1) Siempre viví en ese distrito
- 2) > 5 años
- 3) < 5 años

Realiza práctica privada de la medicina especializada

- 1) Si
- 2) No

Participa como voluntario en programas de apoyo social (en la especialidad médica)

- 1) Si
- 2) No

¿Cuál es su percepción actual de la relación médico paciente?

- 1) Buena
- 2) Regular
- 3) Mala

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO

#### **Tecnificación y especialización de la Medicina:**

1. ¿Cree Ud. que el desarrollo de la Tecnificación y la super especialización en la práctica médica han generado en el médico cierto grado de deshumanización (trato frío e inadecuado hacia el paciente)?
  - 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO
  
2. ¿Cree Ud. que el estudio del paciente por órganos según especialidades y la pérdida de visión de conjunto contribuyen a la deshumanización del médico (trato frío e inadecuado hacia el paciente)?
  - 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO
  
3. ¿Considera Ud. que los excesivos trámites administrativos en la consulta médica contribuyen al deterioro de la relación médico-paciente?
  - 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO
  
4. ¿Considera Ud. que las guías de manejo internacionales van reemplazando la experiencia y habilidad del médico?
  - 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO

5. ¿Considera Ud. que la medicina basada en evidencias y la tecnología van reemplazando el arte de la medicina y la experiencia del médico?
- 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO
6. ¿Considera ud que el médico se ha ido transformando en un funcionario que debe aplicar guías de manejo internacionales?
- 1) TOTALMENTE DEACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DEACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO

## **II Judicialización de la Medicina**

7. ¿Considera ud. que la creciente introducción del derecho en medicina (reclamos judiciales) ,interfiere en la relación médico-paciente generando un tipo de medicina deficiente?
- 1) TOTALMENTE DEACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DEACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO
8. ¿Considera Ud. que el paciente actual exige exámenes que son innecesarios?
- 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO
9. ¿Considera Ud. que el médico se ve obligado a complacer al paciente en sus exigencias sean o no justificadas?
- 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO

### III Respeto y Deferencia del Paciente

10. ¿Considera Ud. que la información que los pacientes obtienen de internet sobre diagnóstico, manejo y tratamientos, favorece la relación médico – paciente?
- 1) TOTALMENTE DEACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DEACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO
11. ¿Piensa Ud. que en la relación médico-paciente se está perdiendo la confianza de los pacientes?
- 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO
12. ¿Considera ud. que actualmente el médico no debe equivocarse en el diagnóstico y tratamiento?
- 1) Totalmente de acuerdo
  - 2) Parcialmente de acuerdo
  - 3) Totalmente en desacuerdo
13. ¿Considera Ud. que el médico se ha ido transformando en un funcionario que debe satisfacer las demandas de un cliente?
- 1) TOTALMENTE DEACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DEACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO
14. ¿Piensa Ud. que antes era más importante la calidad que la cantidad, ahora interesa más tantos pacientes por hora?
- 1) TOTALMENTE DEACUERDO
  - 2) PARCIALMENTE DEACUERDO
  - 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO

#### **IV Percepción del Medico Sobre la relación Medico paciente**

15. ¿Cree Ud. estar satisfecho profesionalmente con la práctica de su especialidad?

- 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
- 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
- 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO

16. ¿Considera Ud. que su práctica profesional está bien remunerada?

- 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
- 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
- 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO

17. ¿Considera Ud. que el ambiente laboral en el que se encuentra favorece su relación médico-paciente?

- 1) TOTALMENTE DE ACUERDO
- 2) PARCIALMENTE DE ACUERDO
- 3) TOTALMENTE EN DESACUERDO

18. ¿Cómo cree que se puede mejorar la relación médico paciente?

Elija una:

- 1) MEJORANDO EL SALARIO DEL MEDICO
- 2) BRINDANDO CAPACITACIÓN AL MÉDICO
- 3) SENSIBILIZAR AL PACIENTE CON CAMPAÑAS DE TOLERANCIA

## Anexo 3

### ENTREVISTA

#### Tecnificación y Especialización de la medicina

1. **¿Cree Ud. que el desarrollo de la tecnología y la superespecialización en la práctica médica han generado en el médico cierto grado de deshumanización (trato frío e inadecuado hacia el paciente)?**

#### **Cabeza y Cuello**

1.- A (63 años). No creo, depende de la persona.

Lo que pasa es que falta tiempo en la consulta.

No ocurre lo mismo con los hospitalizados.

1.- B (59 años). Sí, no sólo en la enfermedad, también en la parte psicológica.

La enfermedad altera, el paciente quiere que lo escuchen.

#### **Otorrino**

1.- A (45 años). No me parece, más es el factor Tiempo que influye.

Hay pérdida de la persona en su contexto pero no hay deshumanización.

Escucho al paciente en una determinada medida.

El factor tiempo es indispensable.

1.- B (55 años). No, el trato con el paciente es algo que se cultiva.

#### **Oftalmología**

1.- A (68 años). Depende más del médico que la tecnología. Debe haber más ética. Darle el tiempo al paciente. Cada paciente siente su enfermedad en forma distinta.

1.- B (45 años). No, sigo explicando al paciente, yo hago los procedimientos.

No siento que la tecnología haya deshumanizado al médico.

2. **¿Cree Ud. que el estudio del paciente por órganos según especialidades y la pérdida de visión de conjunto contribuyen a la deshumanización (trato frío e inadecuado hacia el paciente) del médico?**

### **Cirugía, Cabeza y Cuello**

- 2.- A. No se da importancia a las demás partes del organismo sólo a la especialidad.
- 2.- B. Sí debe hacerse una historia completa del paciente.

### **Otorrino**

- 2.- A. Le escuchó al paciente y trató de entenderlo.  
Muchas veces no hay buen contacto visual que es muy importante.
- 2.- B. Si antes se veía en conjunto, actualmente se centra sólo en la especialidad.  
No hay tratamiento en conjunto.

### **Oftalmología**

- 2.- A. El estudio del paciente por órganos según especialidades invita a ello pero se debe mirar al paciente en forma integral. Se debe mantener la integridad del paciente.
- 2.- B. Depende del médico. Converso con él de toda su patología.

## **3. ¿Considera Ud. que los excesivos trámites administrativos en la consulta médica contribuyen al deterioro de la relación médico - paciente?**

### **Cirugía, Cabeza y Cuello**

- 3.- B. Si contribuye al deterioro de la relación médico-paciente, especialmente cuando se dan programaciones de operación para tiempos muy prolongados, que hacen sentirse mal al paciente.

### **Otorrino**

- 3.- A. Sí, gran tiempo lleva llenar papeles.  
Se invierte mucho tiempo.
- 3.- B. Sí, el sistema no permite plazos cortos para reevaluar al paciente en el momento conveniente.

### **Oftalmología**

- 3.- A. Sí, se le obliga al paciente a asistir a un Policlínico para dar inicio a la consulta de la especialidad. Las citas son muy prolongadas.
- 3.- B. Los pacientes con menos recursos sufren más. Si el trámite demora mucho. Incluso en clínicas hay citas prolongadas.

4. **¿Considera Ud. que las guías de manejo internacionales van reemplazando la experiencia y habilidad del médico?**

**Cirugía, Cabeza y Cuello**

4.- B. Sí, pero tiene un lado positivo. Son más para justificar acciones frente a una demanda.

5. **¿Considera Ud. que la medicina basada en evidencias y la tecnología van reemplazando el arte de la medicina y la experiencia del Médico?**

**Cirugía, Cabeza y Cuello**

5.- A. La medicina basada en evidencias es necesario como complemento a la experiencia del médico.

5.- B. Cada enfermo es diferente, no se debe estandarizar, no existen enfermedades sino enfermos.

**Otorrino**

5.- A. No, son complementarios.

5.- B. Sí, antes era más importante la experiencia. Esto no necesariamente se plasma en estudios estadísticos, actualmente, mientras no haya estudio estadístico no se considera la experiencia.

**Oftalmología**

5.- A. Hay ayuda, la tecnología moderna, permite ver alguna patología que antes no se podía apreciar. La medicina basada en evidencia es complementaria, es ayuda.

5.- B. No, la MBE es un soporte que se da a la experiencia. El médico debe ser hábil en romper las ideas. Siempre hay que estar leyendo y revisando.

6. **¿Considera Ud. que el médico se ha ido transformando en un funcionario que debe aplicar guías de manejo internacionales?**

**Cirugía, Cabeza y Cuello**

6.- A. Las guías de manejo internacionales obligan a informar al paciente mediante el consentimiento informado.

6.- B. Tratamos de protegernos. ¿Cómo evito meterme en problemas? En ocasiones le paso el paciente a otro colega.

### **Otorrino**

- 6.- A. No, tiene que ceñirse a protocolos. Tiene que echar mano de lo que tiene y lo que esta estandarizado en alguna forma.
- 6.- B. No todavía pone algo de lo personal sobre el protocolo.

### **Oftalmología**

- 6.- A. Las guías de manejo, ayudan en lo mínimo. El médico debe ser ordenado y ético. Las guías son solo ayuda, información que por la rutina se pueden olvidar. Se puede utilizar un Flujograma de atención.
- 6.- B. No, las guías te dicen que puedes hacer. No lo que debes hacer.

### **Judicialización de la Medicina**

- 7. **¿Considera Ud. que el paciente actual exige exámenes que son innecesarios?**

#### **Cirugía, Cabeza y Cuello**

- 8.- A. Si exige al paciente en algunas oportunidades.
- 8.- B. Si exige, pero se debe solicitar examen de acuerdo a la necesidad. El criterio médico es lo esencial.

#### **Otorrino**

- 8.- A. Si exige el paciente porque a otro paciente le han solicitado diversos exámenes. Exige que le efectúen todos los exámenes y análisis por las dudas. De repente en Salud Pública y Fuerzas Armadas no es lo mismo.
- 8.- B. Si el paciente consulta a internet cree que lo que lee es lo que se debe hacer. Se crea una predisposición a exámenes innecesarios.

#### **Oftalmología**

- 8.- A. A veces el médico debe oír con paciencia las sugerencias de los pacientes.
- 8.- B. A mí nadie me exige. No se debe dejar influenciar desde la primera consulta. El paciente sabe si le dice al médico lo que tiene que hacer. Si el médico le demuestra que sabe con su actitud, no podrá exigir.

## **Respeto y Deferencia del Paciente**

**10. ¿Considera Ud. que la información que los pacientes obtienen de internet sobre diagnóstico, manejo y tratamientos, favorece la relación médico-paciente?**

### **Cirugía, Cabeza y Cuello**

10.- A. Se debe indicar al paciente que no debe guiarse de la información que obtiene por internet.

10.- B. Por un lado es útil, ayuda al paciente a entender su enfermedad. El paciente viene con menos ansiedad. El lado negativo está en la mala interpretación de su enfermedad, depende del grado de cultura del paciente.

### **Otorrino**

10.- A. Es relativo, los que tienen un raciocinio lógico no se dejan influenciar. Algunos pacientes influenciados, somatizan.

10.- B. Es importante que el paciente tenga cierto conocimiento sobre la enfermedad.

### **Oftalmología**

10.- A. Sí favorece la relación médico-paciente. Depende del paciente. Es mejor que el paciente esté informado.

10.- B. Favorece, el paciente te pulsea para ver si sabes. Piensa: "este doctor sabe o no sabe".

## **Percepción del Medico Sobre la relación Medico paciente**

**15. ¿Cree Ud. estar satisfecho profesionalmente con la práctica de su especialidad?**

### **Cirugía, Cabeza y Cuello**

15.- A. Estoy bastante satisfecho, el problema muchas veces radica en la disponibilidad de insumos.

15.- B. Con la especialidad si desde el punto de vista académico y asistencial. No desde el punto de vista económico. Hay que estar de aquí allá.

### **Otorrino**

- 15.- A. No estoy satisfecha. Me esforcé más que el promedio. Hice rotaciones en el extranjero. Actualmente estoy en Policlínico. Tengo preparación para brindar más que una consulta. Debería estar permanentemente en un Hospital Nivel III como el Rebagliatti.
- 15.- B. Si estoy satisfecha tanto en la práctica privada como pública. Tengo la oportunidad de aprender de profesores extranjeros. En la práctica privada tengo la oportunidad de apoyar a pacientes de mi zona.

### **Oftalmología**

- 15.- A. Si estoy satisfecho. Lo que fastidia es la burocracia. Existe un divorcio entre demanda e infraestructura, lo cual es preocupante. Hay demasiados pacientes. Mucha demanda y poca capacidad institucional.
- 15.- B. Si estoy satisfecho en todos los aspectos.

## **16. ¿Considera Ud. que su práctica profesional está bien remunerada?**

### **Cirugía, Cabeza y Cuello**

- 16.- A. No, ni en la práctica privada.
- 16.- B. No estoy bien remunerado en el hospital, ni en las clínicas privadas, donde se aprovechan del médico.

### **Otorrino**

- 16.- A. No a nivel hospitalario ni privado, ya que existen diferentes tarifarios médicos.
- 16.- B. No en el hospital ni en la práctica privada.

### **Oftalmología**

- 16.- A. No estoy contento con la baja remuneración hospitalaria. Tengo poca consulta privada.
- 16.- B. Nunca se estará contento con el sueldo. Estoy contento porque sabía lo que iba a ganar, deben aceptarlo. Debo aceptar el sueldo del Hospital y lo que perciba en la práctica privada.

## **¿Cómo cree que se puede mejorar la relación médico paciente?**

### **Cirugía, Cabeza y Cuello**

- 18.- A. Se puede mejorar viendo menos pacientes y dedicarle más tiempo a ellos.
- 18.- B. Brindando una atención oportuna, tratamientos inmediatos que le den solución al problema del paciente. Más importante es la atención oportuna que el trato. Debe haber buen nivel académico del médico.

### **Otorrino**

- 18.- A. El factor tiempo es importante. Se le debe dedicar mayor tiempo al paciente.
- 18.- B. Educando al personal para brindar mejor trato y orientación al paciente. Dar facilidades en todos los medios de diagnóstico y tratamiento. Se acostumbra a correr en la consulta por presión del paciente.

### **Oftalmología**

- 18.- A. Mantener la relación médico-paciente dentro de la cordialidad, hacerla virtuosa, acentuar la credibilidad, confianza, ética entre paciente y médico. Tener más tiempo para dedicarle al paciente.
- 18.- B. Depende de la personalidad de cada uno. Se deben mejorar las formas poco a poco. El sistema es el que determina la buena o mala relación médico paciente, sobre todo en el tiempo.

## ANEXO 04

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en la investigación: “Factores en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2015”.

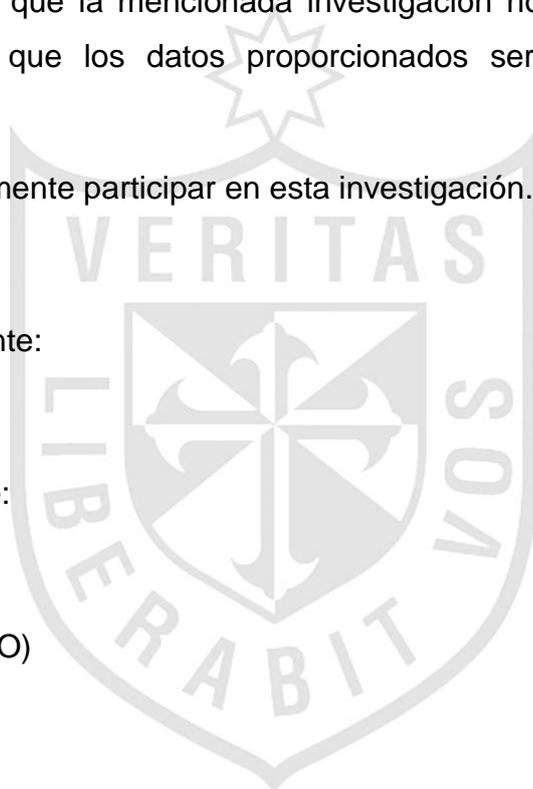
Se me ha informado que la mencionada investigación no implica ningún riesgo para mi persona y que los datos proporcionados serán tratados en forma anónima.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante:

Firma del participante:

Fecha: (DIA/MES/AÑO)



## ANEXO 05

### Cuadros estadísticos SPSS

#### Sexo \* percepción actual

**Tabla cruzada**

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
Sexo	Masculino	12	13	25
	Femenino	2	3	5
Total		14	16	30

#### Tablas cruzadas

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,107 <sup>a</sup>	1	,743		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,108	1	,743		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,567
Asociación lineal por lineal	,104	1	,748		
N de casos válidos	30				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.33.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

## hijos \* percepción actual

**Tabla cruzada**

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
hijos	0-2 hijos	11	12	23
	3-4 hijos	3	4	7
Total		14	16	30

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,053 <sup>a</sup>	1	,818		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,053	1	,817		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,581
Asociación lineal por lineal	,051	1	,821		
N de casos válidos	30				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.27.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

## Realiza práctica privada de la medicina especializada \* percepción actual

**Tabla cruzada**

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
Realiza práctica privada de la medicina especializada	Si	12	15	27
	No	2	1	3
Total		14	16	30

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,536 <sup>a</sup>	1	,464		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,015	1	,903		
Razón de verosimilitud	,540	1	,462		
Prueba exacta de Fisher				,586	,448
Asociación lineal por lineal	,518	1	,472		
N de casos válidos	30				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.40.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

## Especialidad médica \* percepción actual

Tabla cruzada

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
Especialidad médica	Otorrinolaringología	5	4	9
	Oftalmología	4	9	13
	Cirugía de cabeza y cuello	5	3	8
Total		14	16	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,412 <sup>a</sup>	2	,299
Razón de verosimilitud	2,457	2	,293
Asociación lineal por lineal	,050	1	,823
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.73.

## Lugar de nacimiento \* percepción actual

**Tabla cruzada**

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
nacimiento	Lima	5	6	11
	Provincia	9	10	19
Total		14	16	30



**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,010 <sup>a</sup>	1	,919		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,010	1	,919		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,610
Asociación lineal por lineal	,010	1	,921		
N de casos válidos	30				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.13.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



## Lugar de procedencia de la madre \* percepción actual

Tabla cruzada

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
Lugar de procedencia de la madre	Lima Metropolitana	3	2	5
	Región Costa	3	6	9
	Región Sierra	8	6	14
	Región Selva	0	1	1
	Extranjero	0	1	1
Total		14	16	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,367 <sup>a</sup>	4	,498
Razón de verosimilitud	4,147	4	,387
Asociación lineal por lineal	,359	1	,549
N de casos válidos	30		

a. 8 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .47.

## Religión \* percepción actual

**Tabla cruzada**

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
Religión	Católica	13	13	26
	No católica	1	3	4
Total		14	16	30



**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,871 <sup>a</sup>	1	,351		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,156	1	,693		
Razón de verosimilitud	,913	1	,339		
Prueba exacta de Fisher				,602	,352
Asociación lineal por lineal	,842	1	,359		
N de casos válidos	30				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.87.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



## Lugar de residencia \* percepción actual

Tabla cruzada

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
conos	Sur	2	1	3
	Este	3	0	3
	Lima ciudad	9	15	24
Total		14	16	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,721 <sup>a</sup>	2	,094
Razón de verosimilitud	5,881	2	,053
Asociación lineal por lineal	2,476	1	,116
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.40.

## Tiempo radicando en Lima \* percepción actual

Tabla cruzada

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
Tiempo radicando en Lima	Más de 5 años	4	10	14
	Siempre radicó en Lima	10	6	16
Total		14	16	30



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,453 <sup>a</sup>	1	,063		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,225	1	,136		
Razón de verosimilitud	3,534	1	,060		
Prueba exacta de Fisher				,081	,067
Asociación lineal por lineal	3,338	1	,068		
N de casos válidos	30				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



## Tipo de universidad donde estudió pregrado \* percepción actual

Tabla cruzada

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
Tipo de universidad donde estudió pregrado	Pública en Lima	11	9	20
	Pública en provincia	1	7	8
	Privada en Lima	2	0	2
Total		14	16	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,596 <sup>a</sup>	2	,037
Razón de verosimilitud	7,902	2	,019
Asociación lineal por lineal	,125	1	,724
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .93.

## Tipo de universidad donde estudió su especialidad \* percepción actual

Tabla cruzada

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
Tipo de universidad donde estudió su especialidad	Pública en Lima	13	15	28
	Privada en Lima	1	0	1
	Extranjero	0	1	1
Total		14	16	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,018 <sup>a</sup>	2	,364
Razón de verosimilitud	2,782	2	,249
Asociación lineal por lineal	,132	1	,716
N de casos válidos	30		

a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .47.

## Universidad donde estudió pregrado \* percepción actual

Tabla cruzada

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
Universidad donde estudió		5	6	11
pregrado	Cayetano	1	0	1
	UNMSM	5	5	10
	UNSA	1	0	1
	UNTrujillo	0	3	3
	USMP	1	0	1
	Villarreal	1	2	3
Total		14	16	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,319 <sup>a</sup>	6	,388
Razón de verosimilitud	8,615	6	,196
N de casos válidos	30		

a. 11 casillas (78.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .47.

## Universidad donde estudió su especialidad \* percepción actual

Tabla cruzada

Recuento

		percepción actual		Total
		Buena	No buena	
Universidad donde estudió su especialidad		5	3	8
	Cayetano	1	0	1
	Universidad de Buenos Aires	0	1	1
	UNMSM	7	8	15
	Villarreal	1	4	5
Total		14	16	30

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,252 <sup>a</sup>	4	,373
Razón de verosimilitud	5,139	4	,273
N de casos válidos	30		

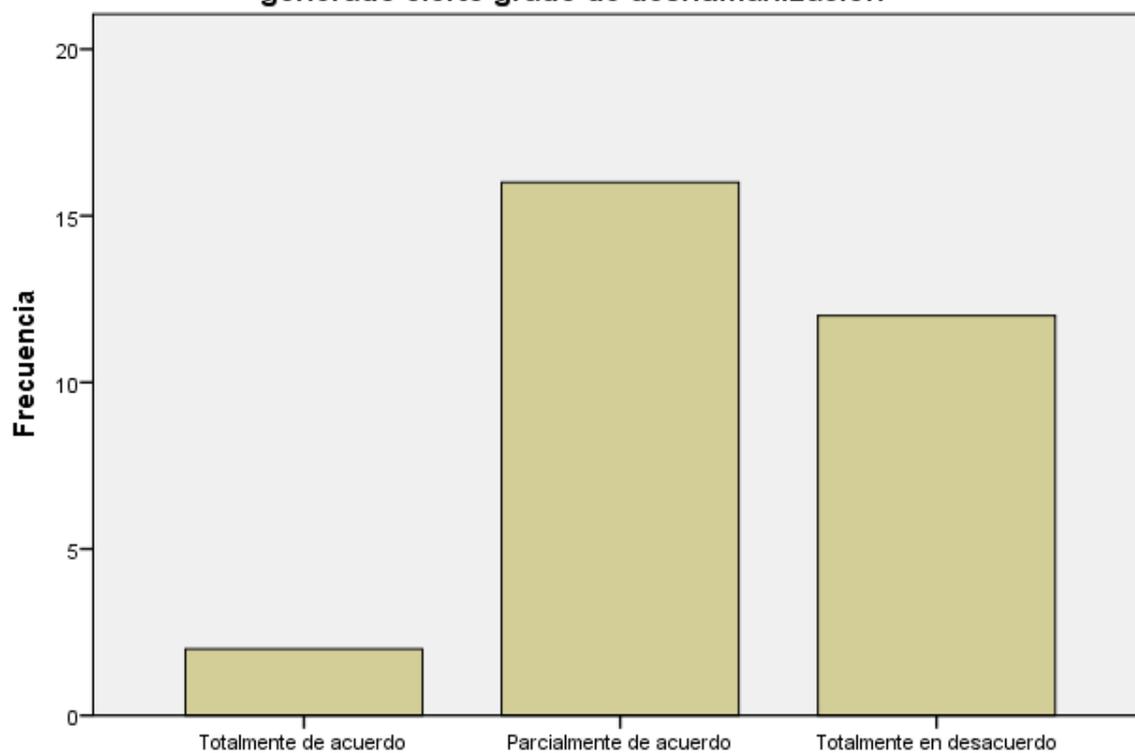
a. 8 casillas (80.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .47.

## Tabla de frecuencia

**El desarrollo de la tecnología y la super especialización en la práctica médica han generado cierto grado de deshumanización**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	2	6,7	6,7	6,7
	Parcialmente de acuerdo	16	53,3	53,3	60,0
	Totalmente en desacuerdo	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**El desarrollo de la tecnología y la superespecialización en la práctica médica han generado cierto grado de deshumanización**

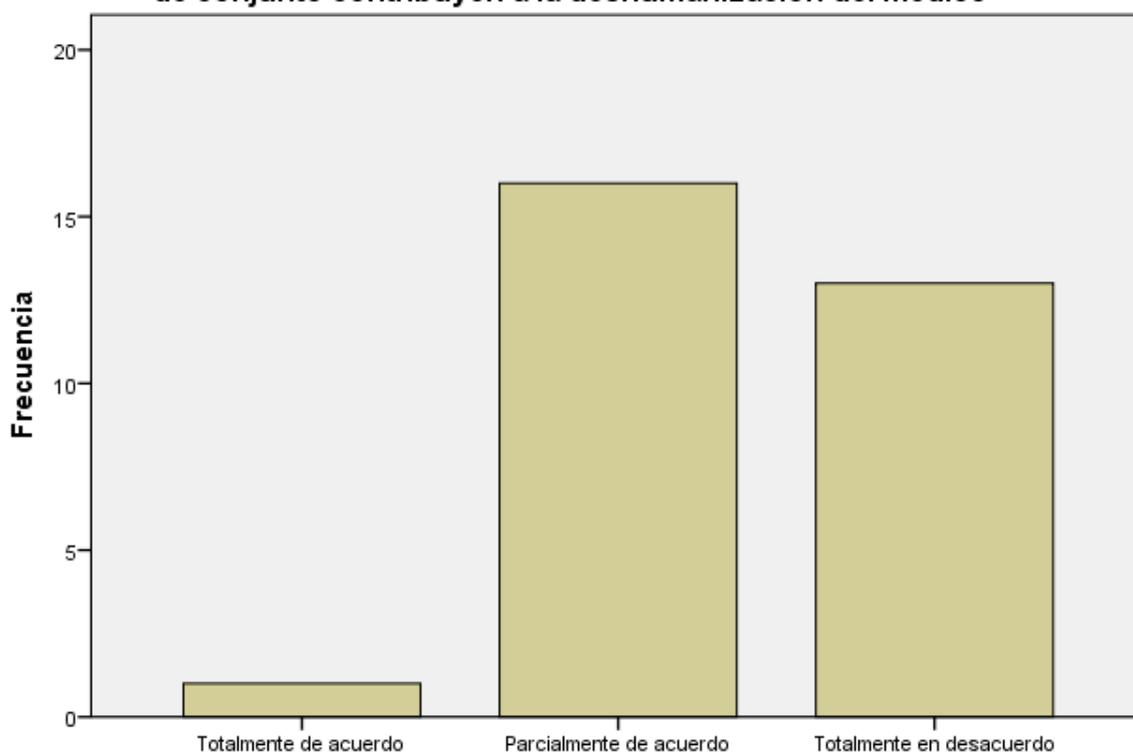


**El desarrollo de la tecnología y la superespecialización en la práctica médica han generado cierto grado de deshumanización**

**El estudio del paciente por órganos según especialidades y la pérdida de visión de conjunto contribuyen a la deshumanización del médico**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	1	3,3	3,3	3,3
	Parcialmente de acuerdo	16	53,3	53,3	56,7
	Totalmente en desacuerdo	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**El estudio del paciente por órganos según especialidades y la pérdida de visión de conjunto contribuyen a la deshumanización del médico**

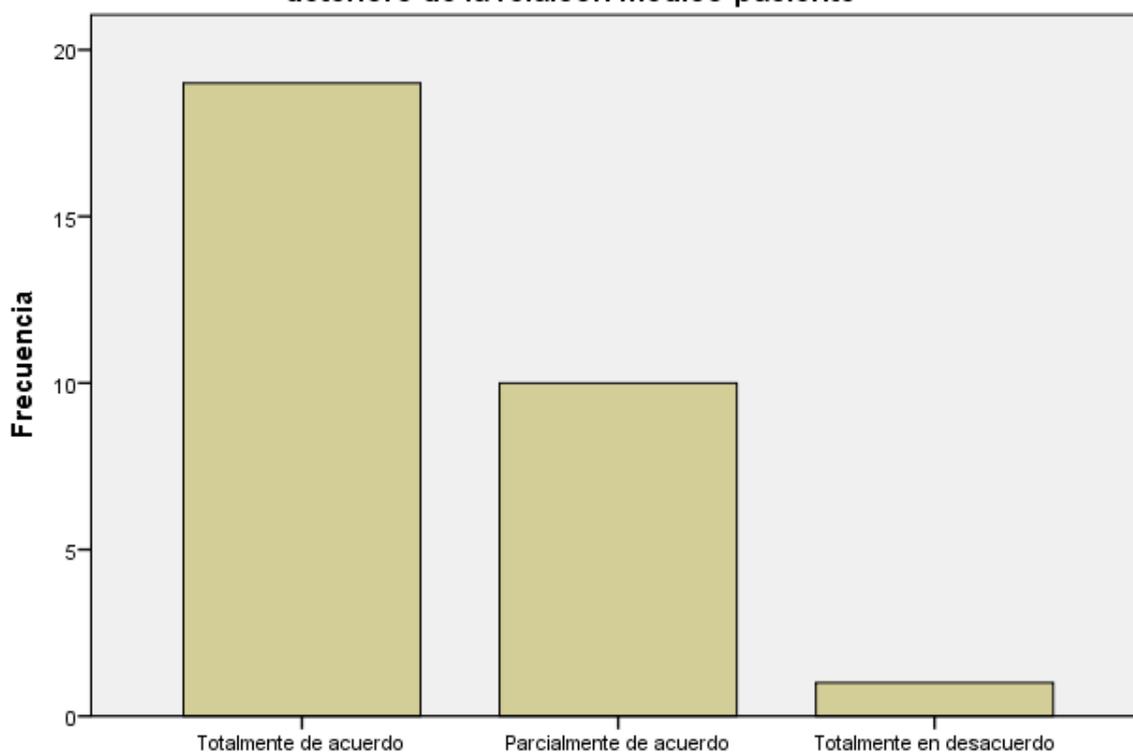


**El estudio del paciente por órganos según especialidades y la pérdida de visión de conjunto contribuyen a la deshumanización del médico**

**Los excesivos trámites administrativos en la consulta médica contribuyen al deterioro de la relación médico-paciente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	19	63,3	63,3	63,3
	Parcialmente de acuerdo	10	33,3	33,3	96,7
	Totalmente en desacuerdo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Los excesivos trámites administrativos en la consulta médica contribuyen al deterioro de la relación médico-paciente**

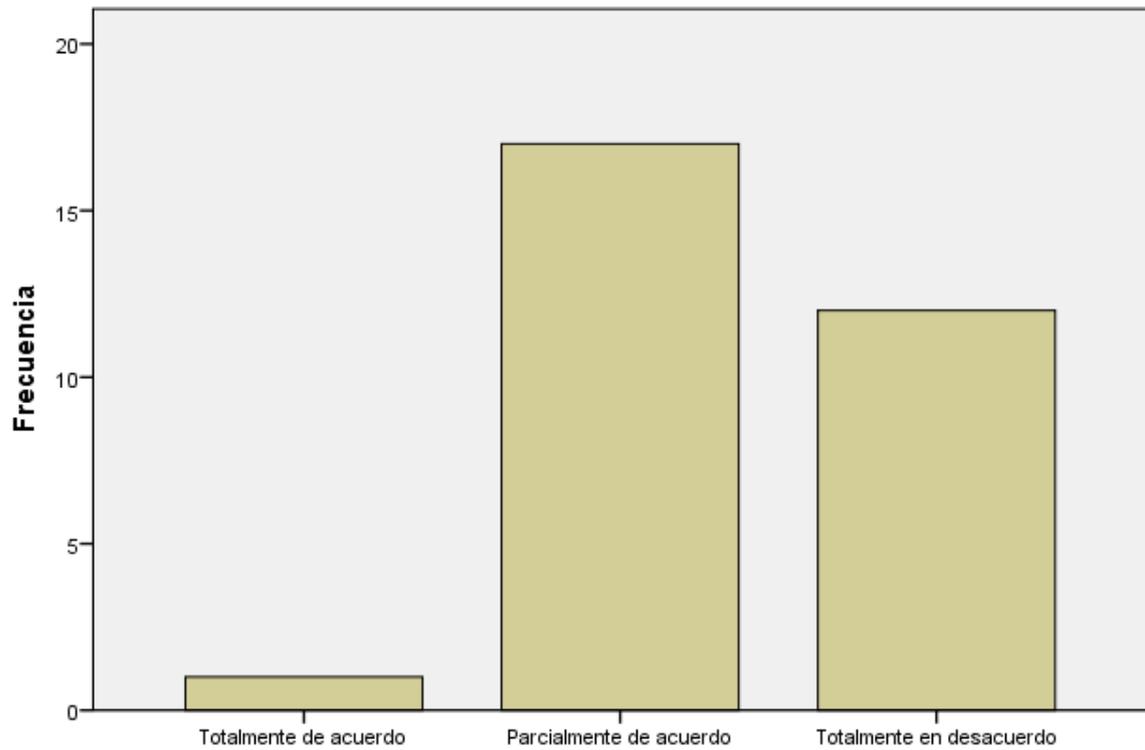


**Los excesivos trámites administrativos en la consulta médica contribuyen al deterioro de la relación médico-paciente**

**Las guías de manejo internacionales van reemplazando la experiencia y habilidad del médico**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	1	3,3	3,3	3,3
	Parcialmente de acuerdo	17	56,7	56,7	60,0
	Totalmente en desacuerdo	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Las guías de manejo internacionales van reemplazando la experiencia y habilidad del médico**

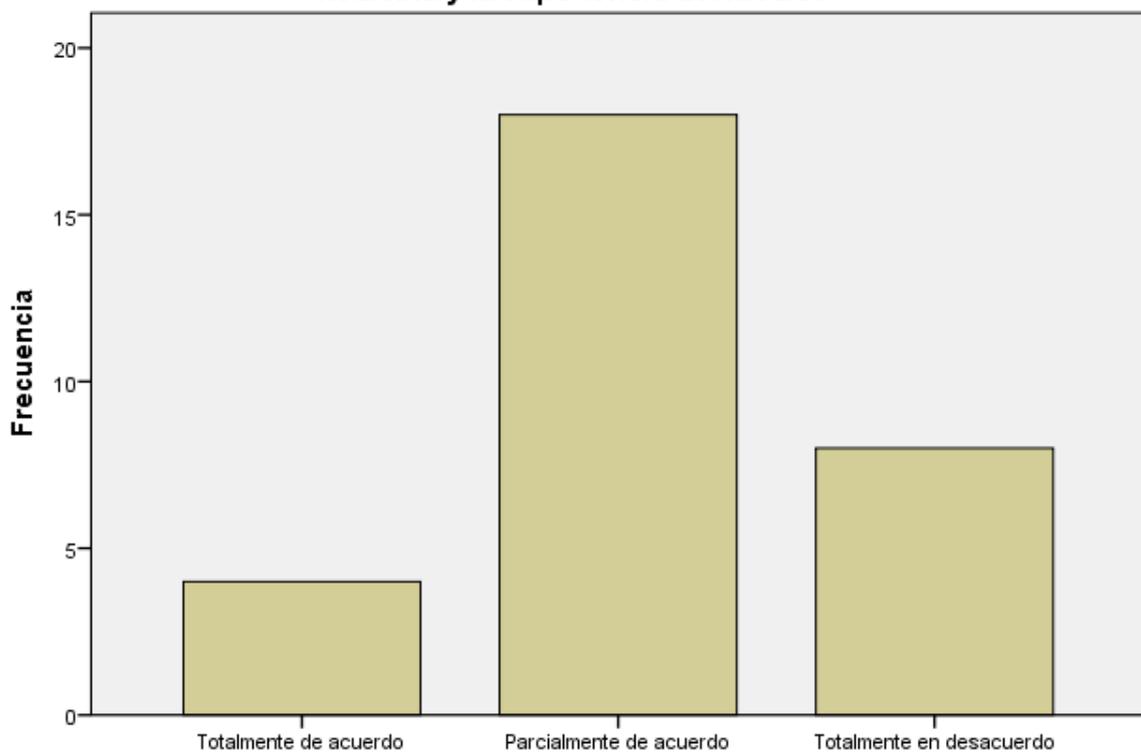


**Las guías de manejo internacionales van reemplazando la experiencia y habilidad del médico**

**La medicina basada en evidencia y la tecnología van reemplazando el arte de la medicina y la experiencia del médico**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	4	13,3	13,3	13,3
	Parcialmente de acuerdo	18	60,0	60,0	73,3
	Totalmente en desacuerdo	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**La medicina basada en evidencia y la tecnología van reemplazando el arte de la medicina y la experiencia del médico**

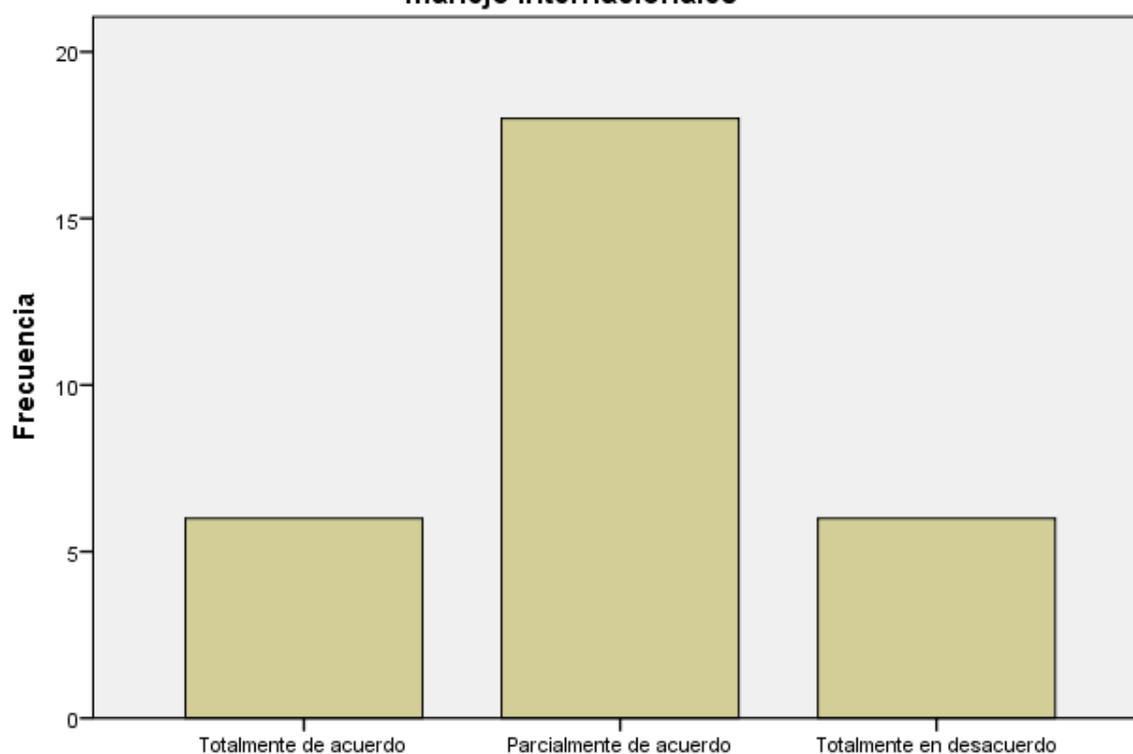


**La medicina basada en evidencia y la tecnología van reemplazando el arte de la medicina y la experiencia del médico**

**El médico se ha ido transformando en un funcionario que debe aplicar guías de manejo internacionales**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	6	20,0	20,0	20,0
	Parcialmente de acuerdo	18	60,0	60,0	80,0
	Totalmente en desacuerdo	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**El médico se ha ido transformando en un funcionario que debe aplicar guías de manejo internacionales**

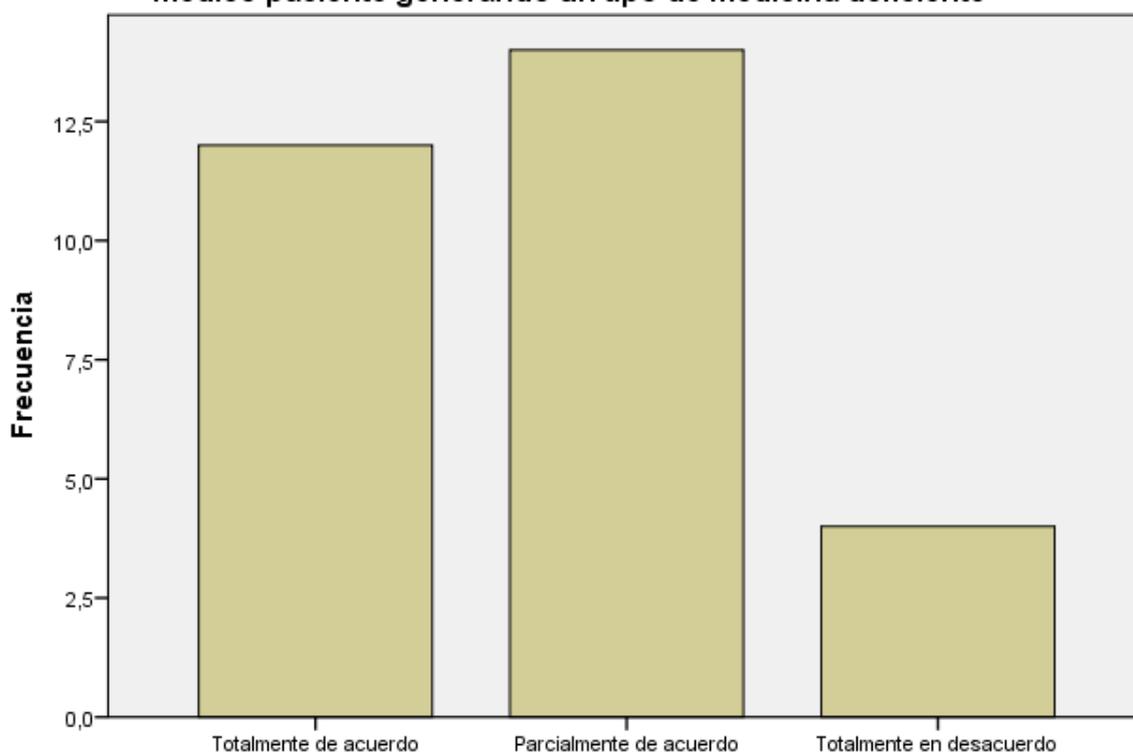


**El médico se ha ido transformando en un funcionario que debe aplicar guías de manejo internacionales**

**La creciente introducción del derecho en medicina, interfiere en la relación médico paciente generando un tipo de medicina deficiente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	12	40,0	40,0	40,0
	Parcialmente de acuerdo	14	46,7	46,7	86,7
	Totalmente en desacuerdo	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**La creciente introducción del derecho en medicina, interfiere en la relación médico paciente generando un tipo de medicina deficiente**

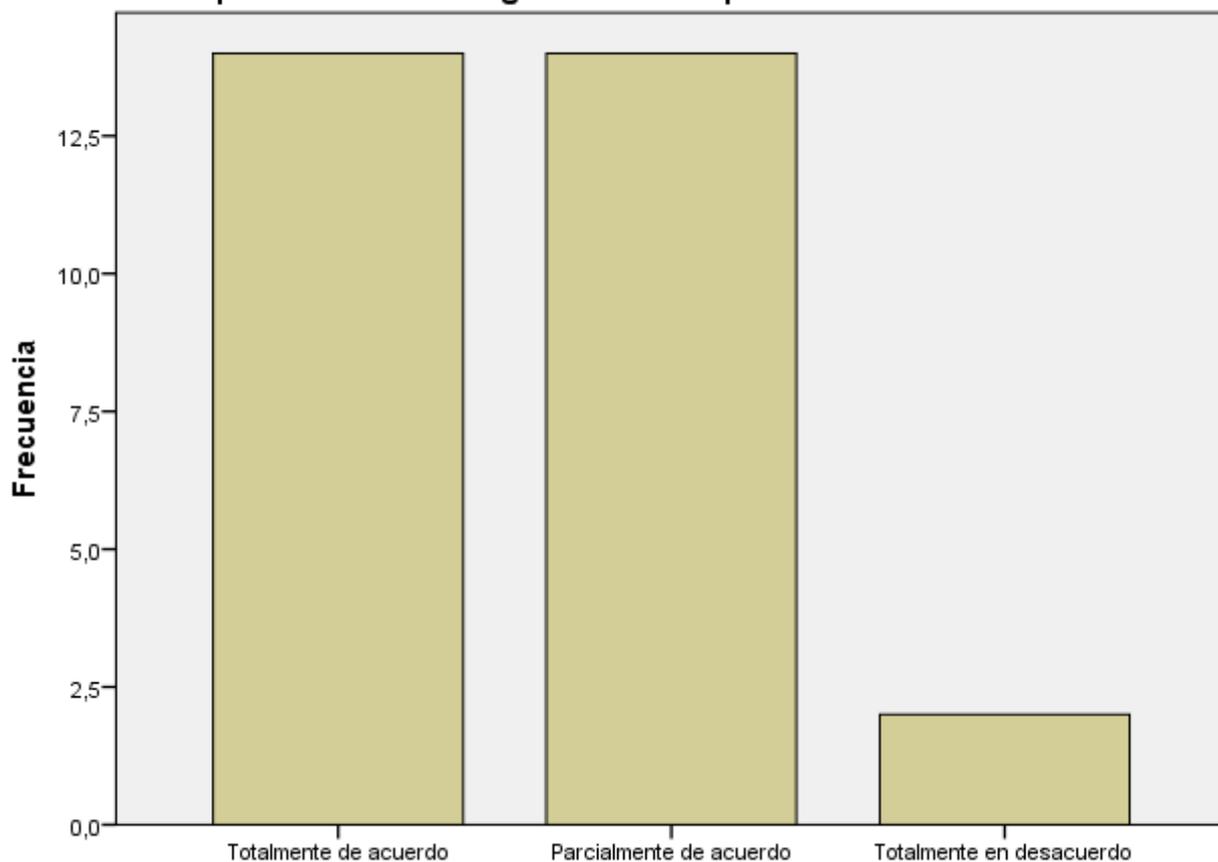


**La creciente introducción del derecho en medicina, interfiere en la relación médico paciente generando un tipo de medicina deficiente**

**El paciente actual exige exámenes que son innecesarios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	14	46,7	46,7	46,7
	Parcialmente de acuerdo	14	46,7	46,7	93,3
	Totalmente en desacuerdo	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**El paciente actual exige exámenes que son innecesarios**



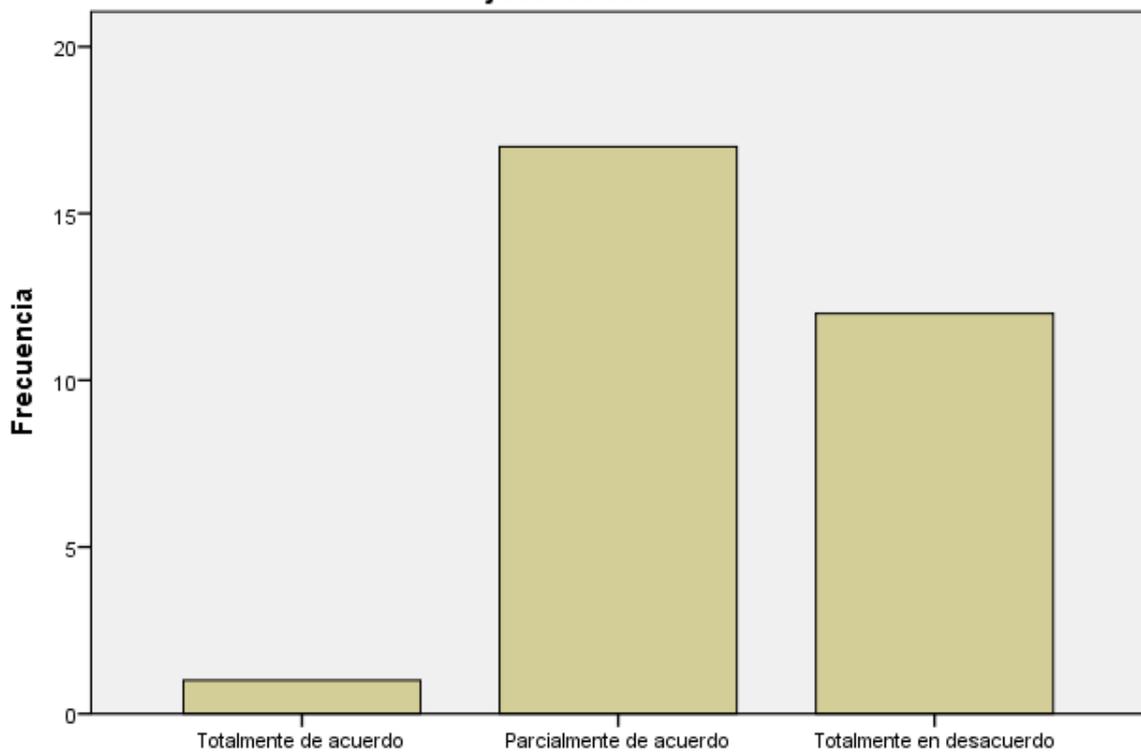
**El paciente actual exige exámenes que son innecesarios**

**El médico se ve obligado a complacer al paciente en sus exigencias sean o no justificadas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	1	3,3	3,3	3,3
	Parcialmente de acuerdo	17	56,7	56,7	60,0
	Totalmente en desacuerdo	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	



**El médico se ve obligado a complacer al paciente en sus exigencias sean o no justificadas**

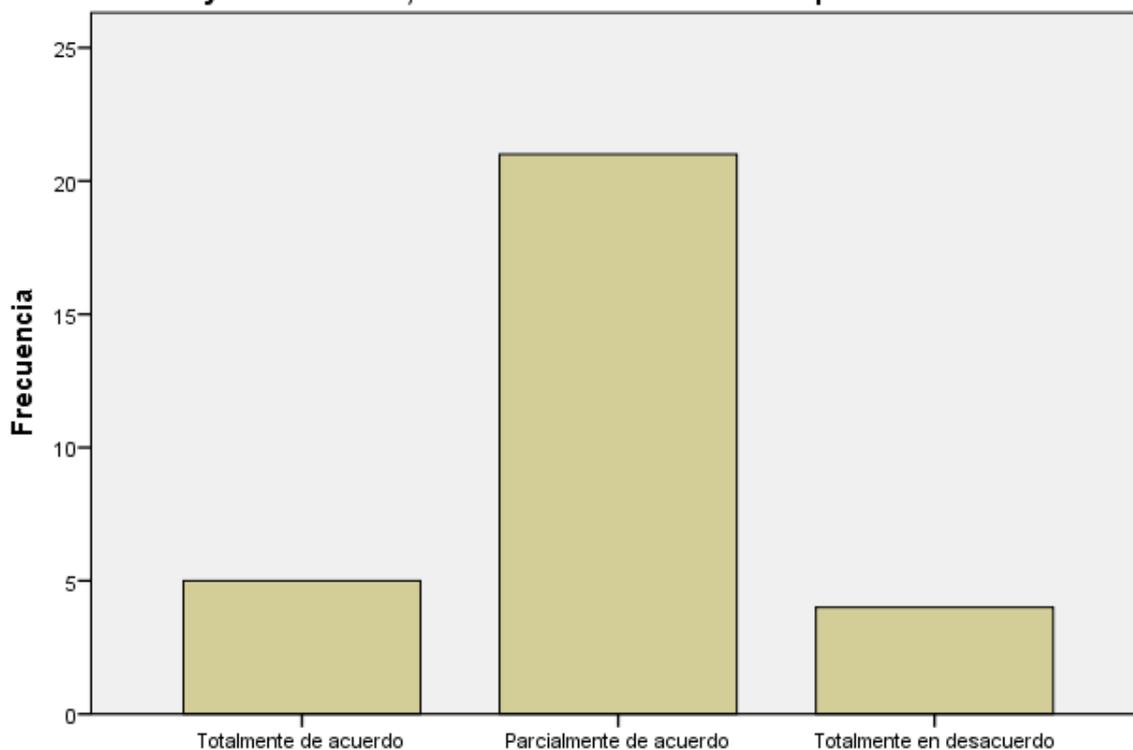


**El médico se ve obligado a complacer al paciente en sus exigencias sean o no justificadas**

**La información que los pacientes obtienen de internet sobre diagnóstico, manejo y tratamientos, favorece la relación médico-paciente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	5	16,7	16,7	16,7
	Parcialmente de acuerdo	21	70,0	70,0	86,7
	Totalmente en desacuerdo	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**La información que los pacientes obtienen de internet sobre diagnóstico, manejo y tratamientos, favorece la relación médico-paciente**

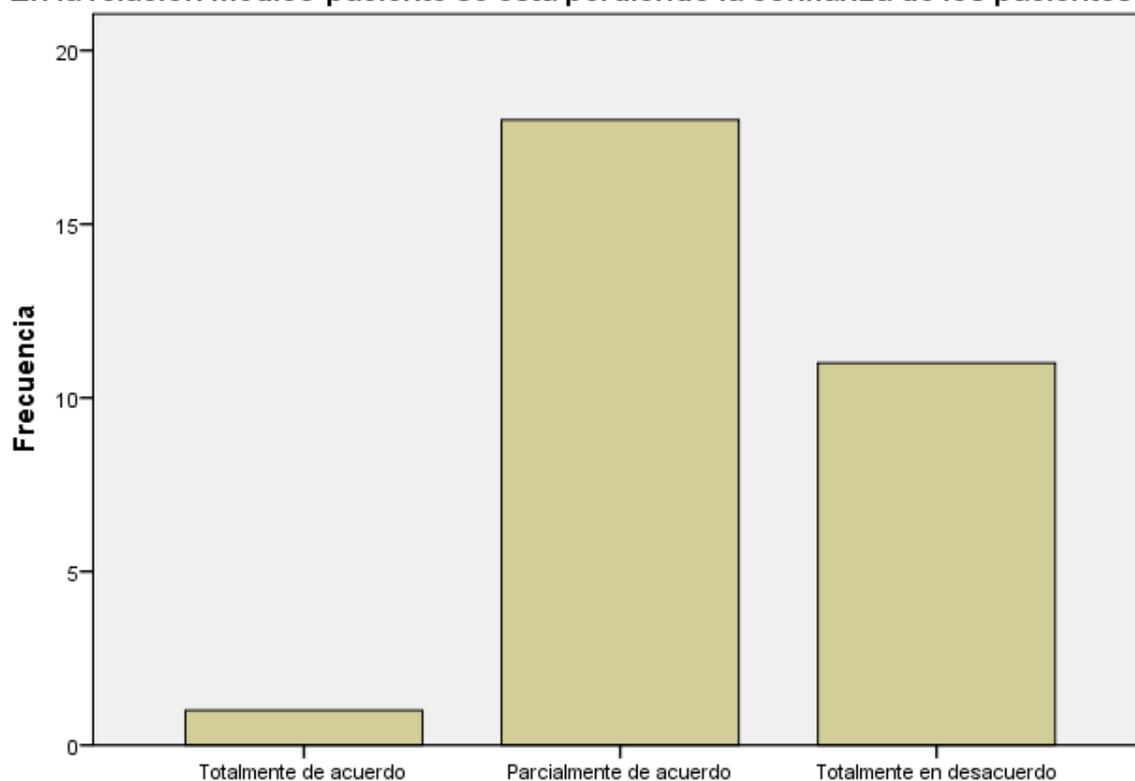


**La información que los pacientes obtienen de internet sobre diagnóstico, manejo y tratamientos, favorece la relación médico-paciente**

**En la relación médico-paciente se está perdiendo la confianza de los pacientes**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	1	3,3	3,3	3,3
	Parcialmente de acuerdo	18	60,0	60,0	63,3
	Totalmente en desacuerdo	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**En la relación médico-paciente se está perdiendo la confianza de los pacientes**

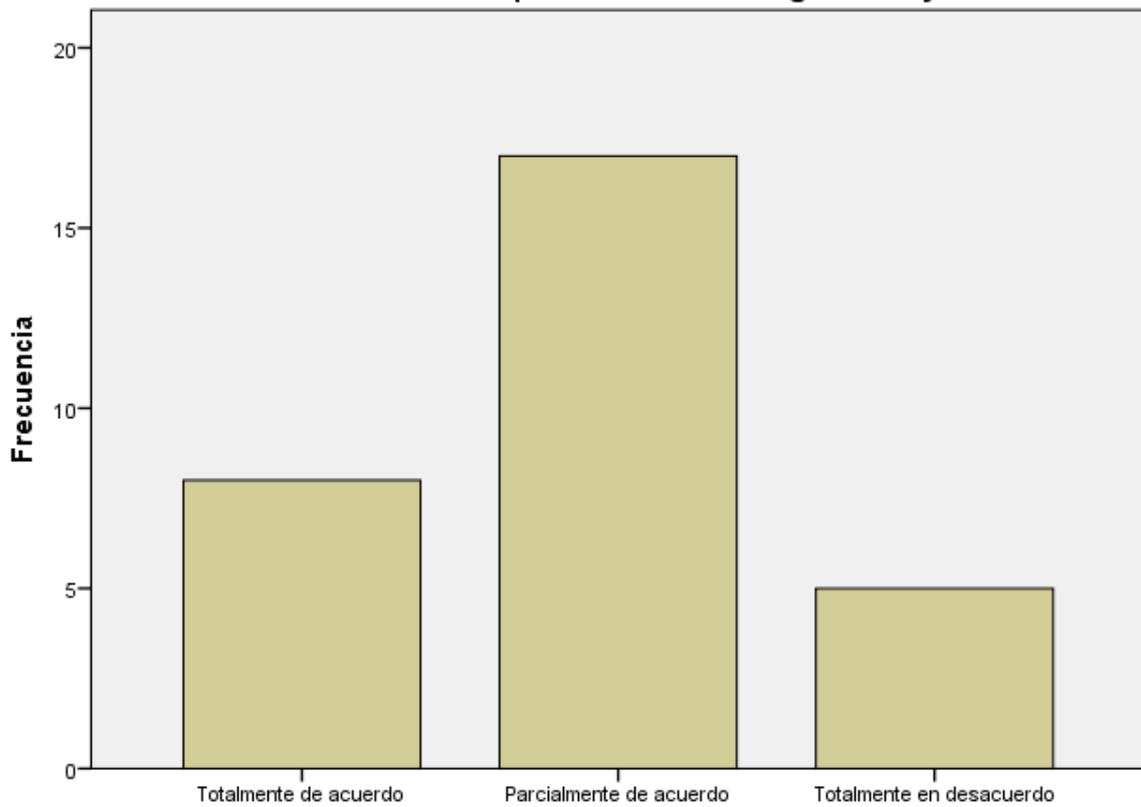


**En la relación médico-paciente se está perdiendo la confianza de los pacientes**

**Actualmente el médico no debe equivocarse en el diagnóstico y tratamiento**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	8	26,7	26,7	26,7
	Parcialmente de acuerdo	17	56,7	56,7	83,3
	Totalmente en desacuerdo	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Actualmente el médico no debe equivocarse en el diagnóstico y tratamiento**

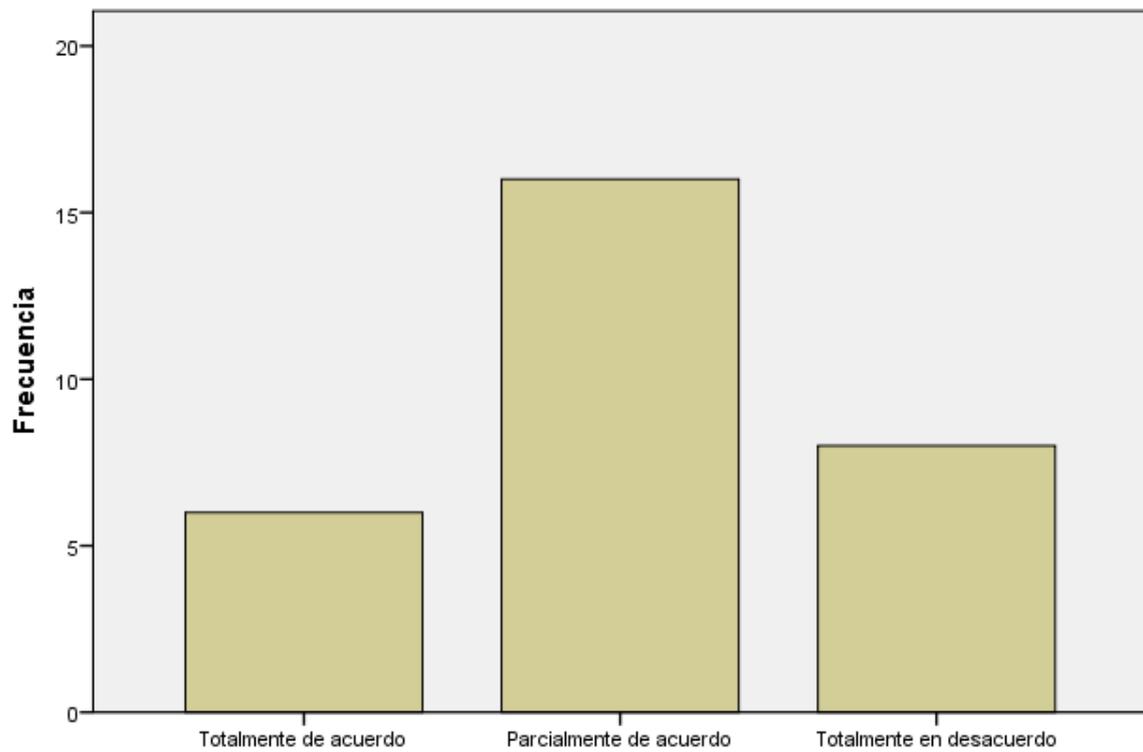


**Actualmente el médico no debe equivocarse en el diagnóstico y tratamiento**

**El médico se ha ido transformando en un funcionario que debe satisfacer las demandas de un cliente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	6	20,0	20,0	20,0
	Parcialmente de acuerdo	16	53,3	53,3	73,3
	Totalmente en desacuerdo	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**El médico se ha ido transformando en un funcionario que debe satisfacer las demandas de un cliente**

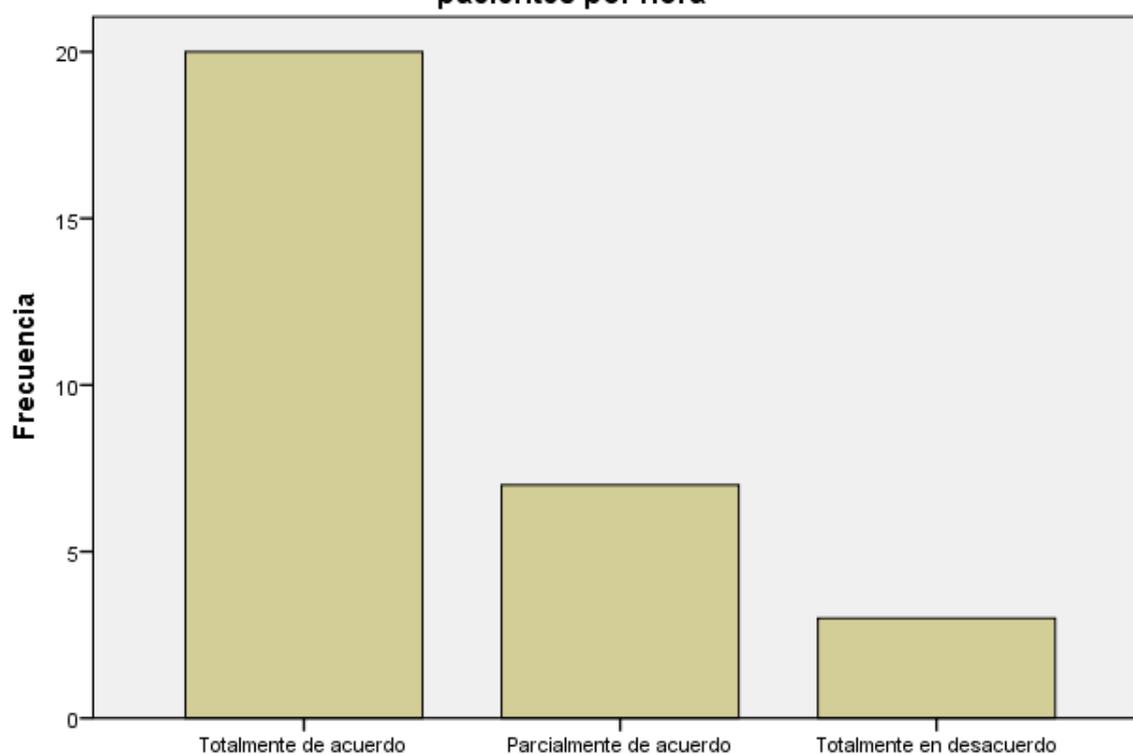


**El médico se ha ido transformando en un funcionario que debe satisfacer las demandas de un cliente**

**Antes era más importante la calidad que la cantidad, ahora interesa más tantos pacientes por hora**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	20	66,7	66,7	66,7
	Parcialmente de acuerdo	7	23,3	23,3	90,0
	Totalmente en desacuerdo	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Antes era más importante la calidad que la cantidad, ahora interesa más tantos pacientes por hora**

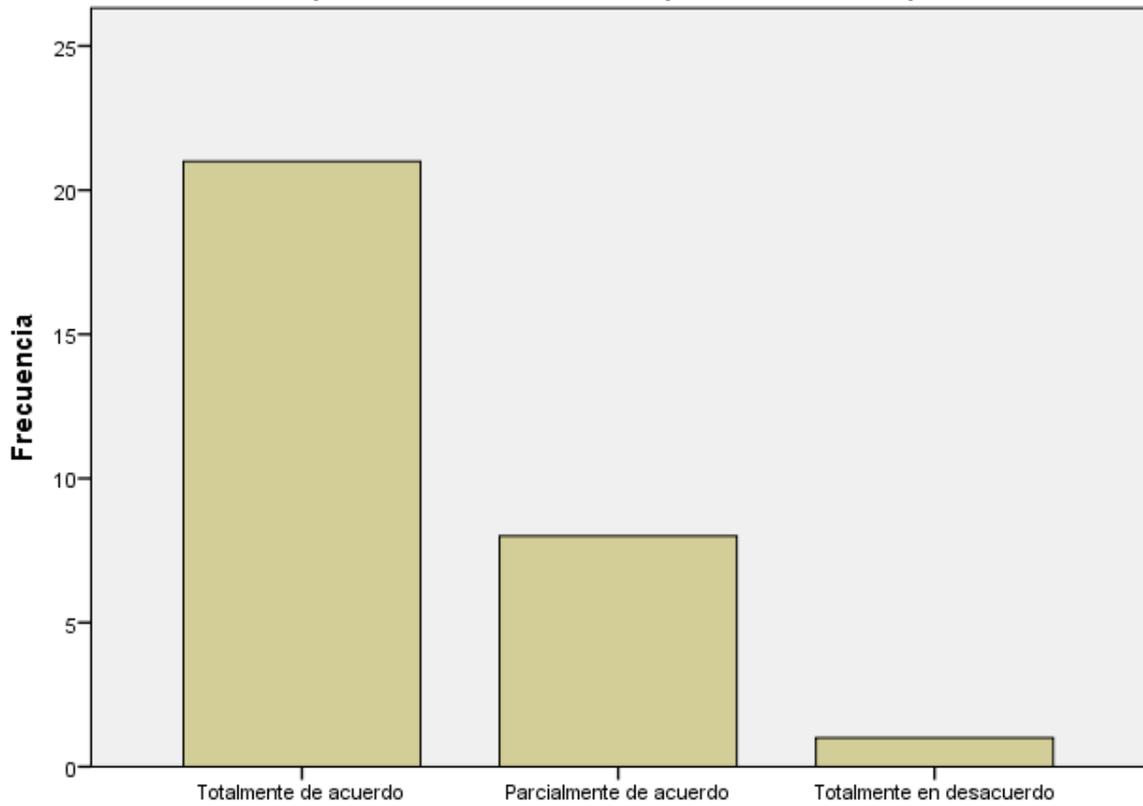


**Antes era más importante la calidad que la cantidad, ahora interesa más tantos pacientes por hora**

**Está satisfecho profesionalmente con la práctica de su especialidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	21	70,0	70,0	70,0
	Parcialmente de acuerdo	8	26,7	26,7	96,7
	Totalmente en desacuerdo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Está satisfecho profesionalmente con la práctica de su especialidad**

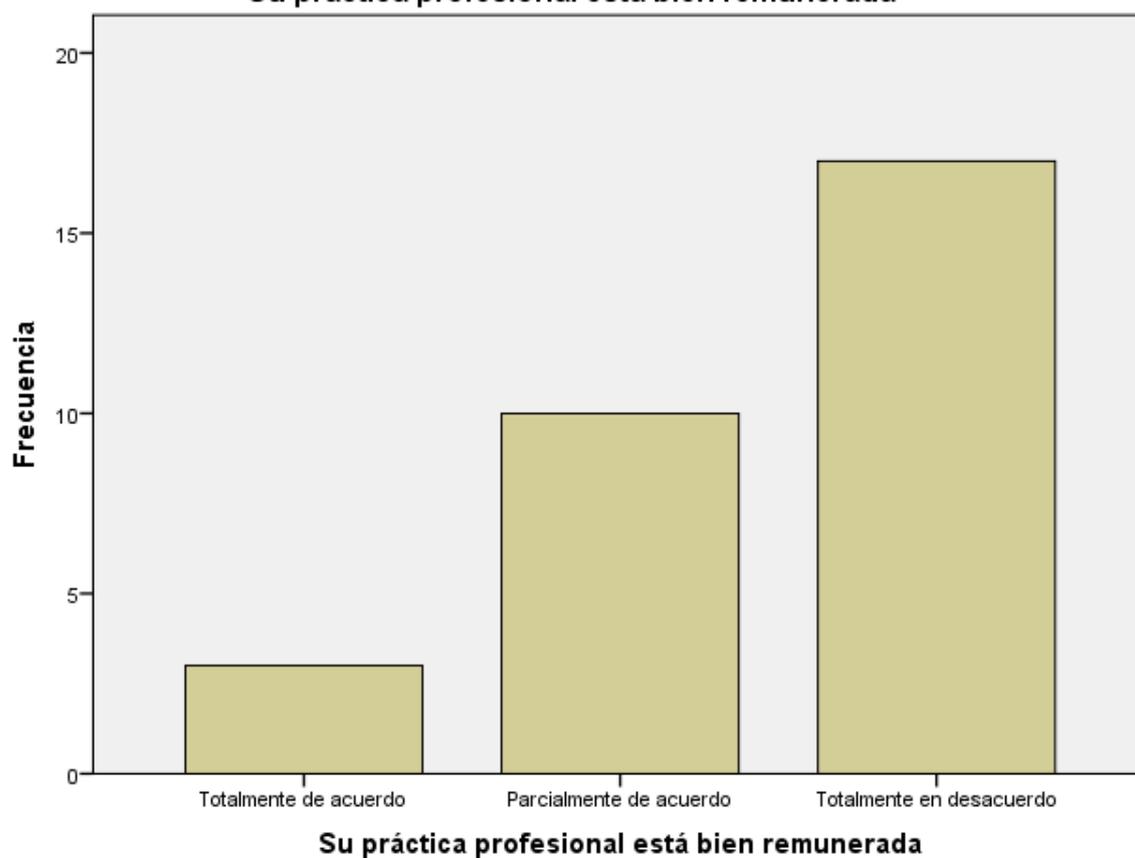


**Está satisfecho profesionalmente con la práctica de su especialidad**

**Su práctica profesional está bien remunerada**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	3	10,0	10,0	10,0
	Parcialmente de acuerdo	10	33,3	33,3	43,3
	Totalmente en desacuerdo	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

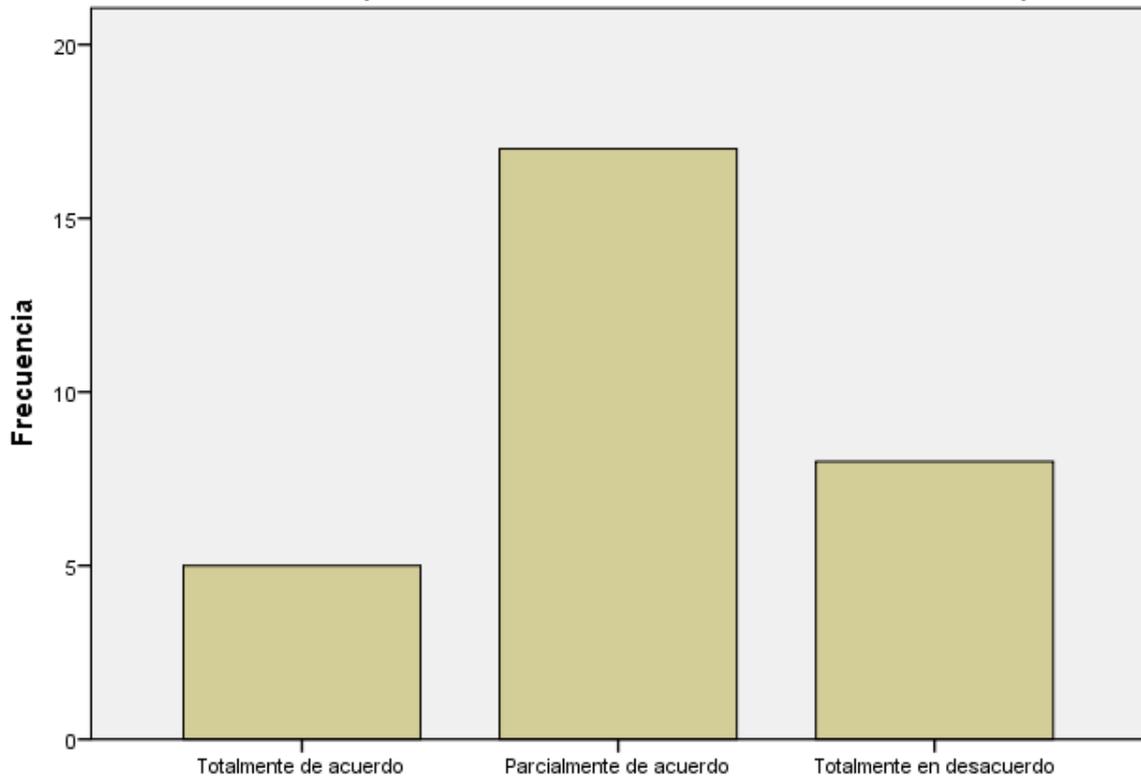
**Su práctica profesional está bien remunerada**



**El ambiente laboral en el que se encuentra favorece su relación médico-paciente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	5	16,7	16,7	16,7
	Parcialmente de acuerdo	17	56,7	56,7	73,3
	Totalmente en desacuerdo	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**El ambiente laboral en el que se encuentra favorece su relación médico-paciente**



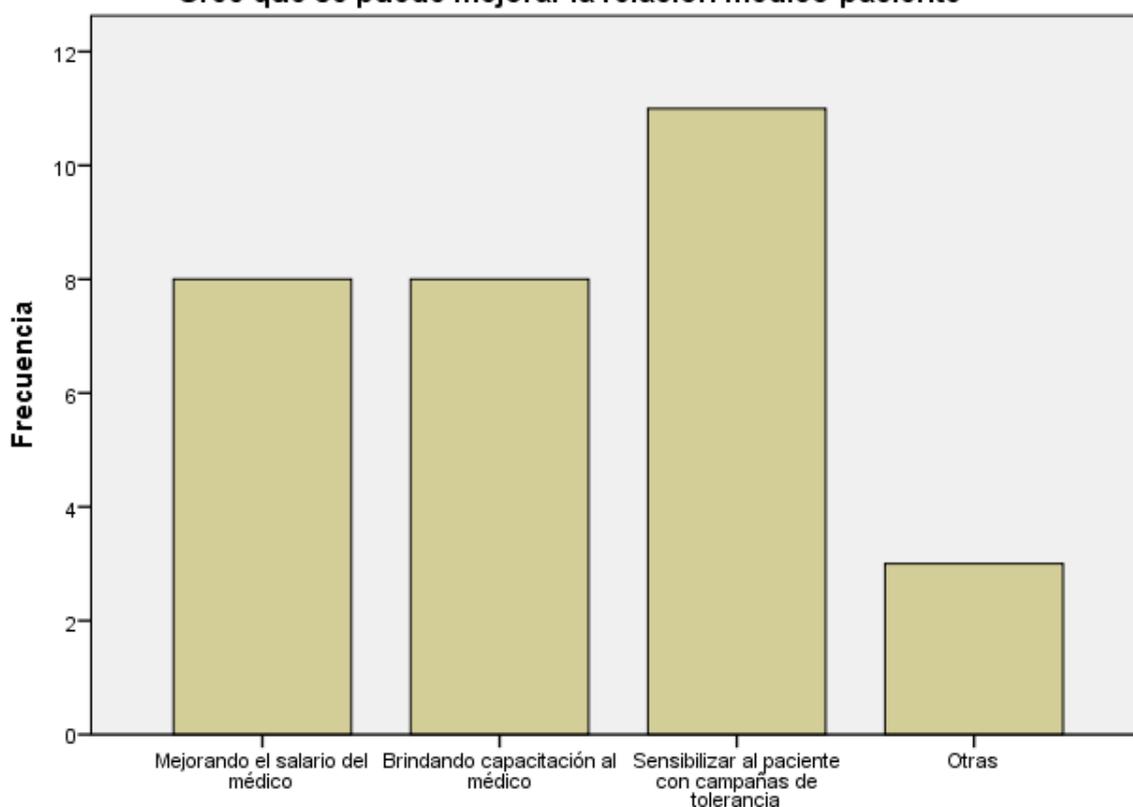
**El ambiente laboral en el que se encuentra favorece su relación médico-paciente**

**Cree que se puede mejorar la relación médico-paciente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mejorando el salario del médico	8	26,7	26,7	26,7
	Brindando capacitación al médico	8	26,7	26,7	53,3
	Sensibilizar al paciente con campañas de tolerancia	11	36,7	36,7	90,0
	Otras	3	10,0	10,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



**Cree que se puede mejorar la relación médico-paciente**



**Cree que se puede mejorar la relación médico-paciente**