



**FACTORES QUE HACEN PARTE DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE DESDE  
LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA QUE  
INCIDEN EN LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL  
EN SANTIAGO DE CALI**

**DIANA CAROLINA GIL TRIANA**

**DANIELA LARGACHA GONZALEZ**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**

**Y ADMINISTRATIVAS**

**MAESTRIA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD**

**SANTIAGO DE CALI**

**2023**

**FACTORES QUE HACEN PARTE DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE  
DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE CONSULTA  
EXTERNA QUE INCIDEN EN LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN UNA IPS DE  
PRIMER NIVEL EN SANTIAGO DE CALI**

**DIANA CAROLINA GIL TRIANA**

**DANIELA LARGACHA GONZALEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título  
Magíster en Gerencia de Organizaciones de Salud**

**Director del trabajo de grado: Viviana A. Gutiérrez R., Ph.D**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**

**Y ADMINISTRATIVAS**

**MAESTRIA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD**

**SANTIAGO DE CALI**

**2023**

Santiago de Cali, 9 de diciembre de 2022

Doctor  
Fabian Osorio  
Decano  
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas  
Pontificia Universidad Javeriana  
La Ciudad

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “Factores que hacen parte de la relación médico-paciente desde la percepción de los médicos en el área de consulta externa que inciden en la satisfacción del usuario en una IPS de primer nivel en Santiago de Cali “.

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente

Diana C. Gil T.

Diana Carolina Gil Triana

CC 1112966445, Ginebra (Valle)

Daniela LG

Daniela Largacha González

1144195080 de Cali (Valle)

Santiago de Cali, 9 de diciembre de 2022

Doctor

Fabian Osorio  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas  
Pontificia Universidad Javeriana  
La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “Factores que hacen parte de la relación médico-paciente desde la percepción de los médicos en el área de consulta externa que inciden en la satisfacción del usuario en una IPS de primer nivel en Santiago de Cali”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: Diana Carolina Gil Triana con CC 1112966445 de Ginebra (Valle) y Daniela Largacha González con CC 1144195080 de Cali (Valle), y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente,

Viviana A. Gutiérrez R., Ph.D.

Director del Trabajo de Grado

**Artículo 23 de la resolución n° 13 de julio 6 de 1946**

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de  
julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

## Contenido

	Pág.
Resumen	6
Abstract	7
1. Planteamiento del Problema de Investigación	8
2. Justificación	11
3. Pregunta de Investigación	13
4. Literatura Relacionada y Marco de Referencia	14
4.1 Marco Teórico	14
4.1.1 Generalidades Sobre la relación Médico-Paciente	14
4.1.2 Estudios Internacionales	16
4.1.3 Estudios Nacionales	18
4.2 Marco Conceptual	20
4.3 Marco Legal	26
5. Objetivos de la Investigación y Resultados Esperados	27
5.1 Objetivo General	27
5.2 Objetivos específicos	27
6. Metodología de la Investigación	28
6.1 Métodos de Recolección de Información	29

	8
6.2 Métodos de Análisis	30
6.3 Consideraciones Éticas	31
7. Resultados	32
7.1 Factores que hacen parte de la relación médico- paciente desde la perspectiva del médico en una IPS de primer nivel.	32
7.1.1 Dimensión del Componente Médico	33
7.1.2 Dimensión Componente Organizacional	36
7.1.3 Dimensión Componente Social	38
7.1.4 Dimensión Componente Educativo	40
7.2 Motivos de Insatisfacción del Usuario Frente a los Factores que más Influyen en el Servicio de Consulta Externa en una IPS de Primer Nivel	41
8. Discusión y Conclusiones	44
9. Recomendaciones	46
9.1 Recomendaciones a la IPS de Primer Nivel	46
9.2 Recomendaciones a los Médicos Generales de la Consulta Externa	48
9.3 Recomendación a los Usuarios de la Consulta de Medicina General	48
10. Conclusiones	49
11. Firmas	51
Referencias bibliográficas	52
Anexos	

	9
Anexo A. Información de los médicos entrevistados.	56
Anexo B. Tabla de comparativos de quejas de los pacientes.	59
Anexo C. Entrevista semiestructurada.	60
Anexo D. Información de las entrevistas realizadas.	65
Anexo E. Consentimiento Informado.	67
Anexo F. Tabla de comparativos motivos de queja de los pacientes.	68
Anexo G. Carta de entrega del trabajo.	70
Anexo H . Artículo 23 de la resolución n° 13 de julio 6 de 1946	71

### **Lista de Tablas**

<b>Tabla 1.</b> Normativa nacional	22
------------------------------------	----

### **Lista de Figuras**

<b>Figura 1.</b> Dimensiones de cambio e impacto en la relación médico-paciente	16
<b>Figura 2.</b> Pasos del proceso de Implementación de la Metodología.	25
<b>Figura 3.</b> Dimensión del Componente Médico	30

	10
<b>Figura 4.</b> Dimensión Componente Organizacional	32
<b>Figura 5.</b> Dimensión Componente Social	34
<b>Figura 6.</b> Dimensión Componente Educativo	35
<b>Figura 7.</b> Motivos de queja de los pacientes	36

## Resumen

La relación médico- se define como un proceso interpersonal, en el que dos personas logran una interacción mediada por una connotación de tipo ético y profesional. Se hace de gran interés establecer cómo perciben los profesionales la relación con el paciente, para identificar qué puede beneficiar la atención, es así como abordar la atención médica es crucial para diseñar procesos de atención. En este proyecto, se observará qué factores son los que hacen parte de la relación médico-paciente desde la percepción del personal de salud médico en el área de consulta externa en una IPS de primer nivel en Santiago de Cali. En el desarrollo de la investigación se utilizó la metodología investigativa cualitativa tipo exploratorio-descriptivo a partir del estudio de caso, por medio de una entrevista a médicos generales, con la ayuda del software Atlas.ti, el cual arrojó la información en las cuales se observan aquellos factores que influyeron en la atención médica evaluando dimensiones del médico, organización, educativa y social, donde se encontró que actualmente existe una problemática en la relación médico-paciente que está determinada por múltiples factores. Una parte depende del médico en cuanto a su forma de ejercer la medicina y otra parte por factores externos a ello como los sociales y organizacionales que requieren de apoyos intersectoriales para trabajar en conjunto beneficiando el binomio de la atención médica, también se utilizaron métodos de análisis documental de reportes voluntarios de PQRS autodiligenciados por los pacientes que acuden a esta consulta realizadas en la IPS y posteriormente ingresados en la plataforma isolucion semanalmente.

**PALABRAS CLAVE:** relación médico-paciente, atención médica, personal médico, organizaciones, factores determinantes

### **Abstract**

The doctor-relationship is defined as an interpersonal process, in which two people achieve an interaction mediated by an ethical and professional connotation. It is of great interest to establish how professionals perceive the relationship with the patient, to identify what can benefit care, this is how addressing medical care is crucial to design care processes. In this project, it will be observed which factors are part of the doctor-patient relationship from the perception of medical health personnel in the outpatient area of a first-level IPS in Santiago de Cali. In the development of the research, the exploratory-descriptive qualitative research methodology was used from the case study, through an interview with general practitioners, with the help of the Atlas.ti software, which yielded the information in which They observe those factors that influenced medical care, evaluating dimensions of the doctor, organization, educational and social, where it was found that there is currently a problem in the doctor-patient relationship that is determined by multiple factors. A part depends on the doctor in terms of his way of practicing medicine and another part due to external factors such as social and organizational ones that require intersectoral support to work together benefiting the medical care binomial, analysis methods were also used. documentary of voluntary reports of PQRS self-filed by the patients who come to this consultation carried out in the IPS and later admitted to the *isolución* platform weekly.

**KEY WORDS:** doctor-patient relationship, medical care, medical personnel, organizations, determinants.

## 1. Planteamiento del Problema de Investigación

Los retos que debe enfrentar el personal médico al desempeñar sus funciones profesionales son extensos, al tiempo que convoca múltiples factores; incluidas las políticas públicas sobre la atención en salud, así como el avance de la tecnología y los nuevos conocimientos que día a día se generan; situación que pueden actuar en contra de la cultura de la salud y la relación médico-paciente, propiciando una percepción de mala calidad en la atención y cuidado de la salud. Para Mejía y Romero (2017), se presenta “una práctica médica con pérdida de valores” (p. 833).

En ese sentido, la problemática que aborda el proyecto surge ante la manera en que la práctica médica se percibe de forma negativa, reduciéndose la posibilidad de una interacción con el paciente desde la empatía; esto en gran medida por factores como “exceso de pacientes por atender, tecnologías cambiantes, acceso a nuevos medicamentos, incremento en sus precios, enorme afluencia de información y desinformación tanto en el ambiente científico como en el popular” (Santana, 2017, p. 505). Produciéndose una pérdida en la confianza que debe existir entre el médico, su paciente y la sociedad en la que se inscribe.

A la problemática descrita en los párrafos anteriores se suma la dificultad en la comunicación, que supera incluso la falta de conocimientos; no se discute la habilidad del médico, sino que, en todo el proceso de atención, la relación médico-paciente es limitada, mediada por procesos administrativos y de atención que debe seguir el médico; estudios desarrollados en Colombia, sostienen que las causas de una competencia comunicativa debilitada se deben principalmente a que no se reconoce como una dimensión relevante en el ejercicio de la medicina entre el médico y el paciente, llegando incluso a pensarse que la comunicación es una habilidad que no debe fortalecerse, pues hace parte de las condiciones innatas del ser humano

(González et al., 2015). En países como Estados Unidos esta situación se reporta en el 70% de casos de insatisfacción en servicios de salud (Pornirmal, 2015). Lo dicho implica que en el contexto internacional se reconozca una falta de atención humanizada; esto termina complicando “la adquisición de las necesarias habilidades comunicativas para interactuar adecuadamente con el paciente y su entorno, además de limitar la capacidad para comprender el proceso salud-enfermedad” (Hernández, 2013, p. 255).

Entre tanto, estudios anteriores del entorno internacional, muestran que la satisfacción del paciente está directamente relacionada con la satisfacción del médico tratante, toda vez que es él quien brinda el servicio directamente. García et al. (2002), sostienen que las organizaciones prestadoras de servicios de salud deberán considerar tanto la satisfacción del usuario como de los profesionales implicados en el proceso, de lo contrario se obtendrá una opinión sesgada. No obstante, en Colombia la situación analizada por Pinilla, et al. (2020) muestra que en muchas IPS y centros médicos la percepción de satisfacción en el servicio se concentra en la visión del usuario “sin detenerse a evaluar los posibles inconvenientes a los que se ven enfrentados los profesionales de salud, que varía desde el tiempo de consulta, edad del paciente, antecedentes poblacionales, educación de los usuarios, regionalismos entre otros” (p.8)

En síntesis, siendo la relación médico-paciente un proceso profesional, en donde dos personas con diferente carácter y expresiones afectivas se encuentran: uno solicita ayuda y el otro la ofrece, el intercambio entre las partes sucede de manera verbal, con aportes extraverbales. De esta manera, la posibilidad de una atención exitosa depende de que el médico esté en capacidad de manejar la situación, con respeto y la intervención de procedimientos médicos adecuados, fortaleciendo una relación en beneficio de ambas partes (Sánchez y Contreras, 2014).

Cualquier alteración a esa relación, implica una problemática que la Gerencia de Organizaciones en Salud, debe analizar en aras de plantear estrategias de solución, toda vez que “las consecuencias del encuentro clínico pueden afectar o no los resultados de la praxis médica por lo que es importante conocer los factores que influyen en la experiencia de la relación médico paciente” (Girón, et al., 2002).

## 2. Justificación

Considerando que la relación médico-paciente es algo que vincula a dos partes, pese a que muchos estudios y mediciones de calidad en la comunicación se centran únicamente en el usuario (Guerrero et al., 2022), dicha relación se ha ido deteriorando con el paso de los años, como exponen Escobar et al. (2020), cuando afirman que desde los años 90 del siglo pasado, con la reducción en la interacción de los médicos con sus pacientes, el diálogo se hizo menos fluido, esto a partir de las nuevas lógicas del mercado en la salud; Márquez (2014), habla de la mercantilización de la salud, que lleva a los médicos a disponer solo de 15 minutos por paciente y restringir medicamentos o tratamientos de diagnóstico que no se encuentren cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS), exponiéndose constantemente a denuncias y demandas.

Como resultado de las problemáticas descritas previamente, el médico, quién antes fue visto como una autoridad, ha pasado a llevar una consulta con precauciones, a la defensiva, en donde no prima la empatía sino la preocupación por el tiempo de atención y evitar demasiada interacción con el paciente, quien puede luego quejarse, demandar o manifestar inconformidad, poniendo en riesgo la continuidad del profesional (Pinilla, et al., 2020).

En este sentido, el proyecto a desarrollar se justifica en la medida que pretende conocer los factores que hacen parte de la relación médico-paciente desde la percepción del médico que inciden en la satisfacción del usuario. Todo esto al interior de una IPS de primer nivel de la ciudad de Cali, en el área de consulta externa, siendo esta un área de dificultad en la satisfacción de los usuarios, por el tema de los tiempos de atención, toma de citas, proceso administrativo de facturación, entre otros factores que predisponen a médicos y pacientes; particularmente en los horarios más copados.

Se hace de gran interés establecer cómo perciben los profesionales la relación con el paciente, para identificar qué puede beneficiar la atención, buscando que los pacientes perciban el servicio de la mejor manera posible; como afirman García, et al. (2002), es así como abordar la atención médica es crucial para diseñar procesos de atención. En este proyecto, se conocerá qué factores son los que hacen parte de la relación médico-paciente desde la percepción del personal de salud médico y cómo mejorar el bienestar de ellos puede incidir en la satisfacción de los usuarios. Existe variada información y estudios en relación a la satisfacción del paciente pero escasa literatura de la percepción del médico en cuanto prestación de servicios de salud en Colombia. Al realizar la intervención en un servicio de consulta externa se busca abordar el tema con más profundidad, a fin de mejorar la experiencia en el talento humano y con ella aumentar el entusiasmo con el cual la fuerza laboral se entregue al trabajo, aumentando el sentido de logro personal eje de la cuádruple meta en salud.

### **3. Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los factores que hacen parte de la relación médico-paciente desde la percepción del médico que inciden en la satisfacción del usuario?

## 4. Literatura Relacionada y Marco de Referencia

### 4.1 Marco Teórico

#### 4.1.1 Generalidades Sobre la relación Médico-Paciente

A grandes rasgos, la relación médico-paciente se define como un proceso interpersonal, en el que dos personas logran una interacción mediada por una connotación de tipo ético y profesional. En palabras de Martínez (2018):

La relación médico-paciente constituye el componente humano de la atención, es un elemento imprescindible de la asistencia sanitaria que permite, por un lado, acercarse al paciente y conocerlo, y, por otro, valorar el impacto de la enfermedad, entender la perspectiva vital de la persona enferma y sus expectativas, e instruirla en los cuidados que necesita. (p. 12)

A su vez, Compte, et al. (2020) clasifica esta relación en dos formas “una cooperación guiada establecida con pacientes que pueden cooperar en los procesos de diagnóstico y tratamiento, o como una participación mutua que implica el seguimiento y cumplimiento del tratamiento” (p. 209); de esta manera se entiende que el proceso compete a todo el entorno de la profesión médica; pues como sostiene Carvallo (2005), implica el saber científico, que permite al médico comprender los sistemas humanos y las patologías que pueden afectarlos; junto con perfil humanista, en donde el profesional deberá entender a su paciente en toda su extensión de ser humano, pues este posee valores, actitudes y sentires que inciden en la interacción con el médico. Así mismo, esta situación es recíproca, toda vez que el médico también tiene un sistema de valores que pondrá en relación con su paciente.

Sumado a lo dicho, Villalobos y Calvanese (2021) sostienen que el manejo adecuado de la relación médico-paciente es un paso importante para el éxito de un sistema de salud, pues en el

proceso se vincula: “un acto de comunicación con lenguaje oral, gestual, corporal, en el que la observación del médico se encuentra basada en su capacidad para ver, oler, oír, sentir física y percibir emocionalmente” (p. 1070).

Para Lázaro y García (2006), la manera en que se empezaron a relacionar médicos y pacientes a finales del siglo X, tuvo más cambios que todos los siglos antecedentes, en la medida que hubo un cambio de modelo paternalista a uno más autónomo, esto derivado de tres factores, a saber:

- El paciente deja de ser un receptor pasivo de los tratamientos y decisiones tomadas por el médico tratante, para convertirse en un agente protegido por derechos y capacidad autónoma de tomar decisiones sobre los procedimientos que se le ofrecen, sin imposiciones.
- El médico pierde una investidura casi sacerdotal, para convertirse en asesor técnico del paciente, ofreciendo el saber del que dispone y el paciente con su familia decide qué asumir.
- La relación entre ambas partes deja de ser vertical desde el médico al paciente y se hace horizontal, como el trato de adultos en medio de una sociedad democrática.

Si bien el modelo autoritario surgió como base en la relación médico-paciente, en el ámbito nacional se han presentado cambios sustanciales, implicando que el autoritarismo no sea bien recibido; para Herrera et al. (2010), esto es el resultado de diversos factores que se relacionan, tanto en el ámbito del médico como del paciente; el médico, que antes tuviera una relación enteramente unidireccional con el paciente, empieza a tener una relación multidireccional que incluye la parte administrativa de la Entidad donde labora; esto incide en las dinámicas relacionales, pues empiezan a vincularse los límites del POS, el tiempo, los costos, de tal manera que se ve impedido para desarrollar todo su potencial profesional. Agregándose que:

El constante flujo de información manejado por los pacientes acerca de procedimientos, enfermedades y las barreras legales a las que se ven expuestos los médicos (demandas por parte de los pacientes y auditorías por parte de las EPS), minan el proceso de interacción clínica, contrario a su propósito inicial de optimizar la calidad de la consulta para el beneficio del paciente y del médico (en esta instancia se hacían auditorías para mejorar la calidad y la información debe mejorar la comprensión del paciente). (Herrera et al., 2010, p. 349)

Tal situación es común en otras partes del mundo, como se sostienen a continuación.

#### ***4.1.2 Estudios Internacionales***

El estudio de Escobar et al. (2020), teniendo como guía para esta investigación fundamento en la teoría del método clínico: principio básico que radica en lograr una relación médico-paciente que cumpla los requisitos de humanismo y solidaridad, ya que es y seguirá siendo el aspecto más sensible en el mantenimiento y recuperación de la salud humana, sobre la relación del médico-paciente en términos de necesidad o conveniencia, en este estudio se realizó una revisión teórica desde el contexto cubano, afirmando que a los estudiantes de medicina se les enfatiza en que el paciente, como ser humano, requiere una atención holística, que incluya la ayuda, consuelo, muestras de afecto, empatía, tolerancia y de bondad, que surge al entablar relaciones tanto temporales, como psicológicas, de diálogo y auscultación profunda, en un ambiente de fraternidad y profesionalismo. Esto no se sustituye con procedimientos impersonales, mediados enteramente por medios técnicos, comunicación electrónica o sofisticación tecnológica. Dado que en el fondo, la atención en salud es propia del contexto humano. Para estos autores “En sociedades capitalistas, el paciente suele ser considerado un

demandante de servicios sanitarios, un objeto de estudio, una carga laboral e incluso un proveedor de recursos económicos por conceptos de seguros médicos, medicamentos o equipos e insumos” (p.10).

Un estudio de tipo transversal, realizado en China y publicado en el 2021, centrado en la discusión de razones para creer que la relación médico-paciente durante la pandemia de COVID-19 mejoró en comparación con antes de la pandemia de COVID-19; reconoció mejoras significativas en esta relación, principalmente debido a factores como las estrategias de salud pública del gobierno durante la pandemia, el profesionalismo mostrado por los trabajadores médicos y los informes positivos de los medios. Así mismo, el estudio evidenció una correlación positiva entre la confianza y la relación médico-paciente. Resaltando en su marco conceptual general la importancia de la comunicación verbal y no verbal, la toma de decisiones, el intercambio de información entre pacientes y médicos, la empatía y el conocimiento médico de los médicos son los factores que pueden afectar la relación entre pacientes y médicos. Concluyéndose que, entre más confíen los pacientes en sus médicos, mejor será su relación, y viceversa. La confianza es crucial en la práctica médica, ya que es la base y el núcleo de una armoniosa y la clave para el funcionamiento efectivo del sistema médico (Zhou et al. 2021).

Aunque parte de la literatura se centra en la importancia de una relación saludable entre médicos y pacientes, existe una escasez de investigación sobre la medición del nivel de la relación médico-paciente en el contexto global. Esta área también recibe poca atención en el contexto de Bangladesh, siendo evidente la falta de evidencia científica tanto en la perspectiva nacional como internacional (Hamid et al., 2021). El estudio de Hamid, et al (2021), no reporta una teoría explícita de guía, se basa en diferentes modelos teóricos que se han desarrollado para examinar y cuantificar específicamente la relación médico-paciente con base en los factores que

se han reconocido como vitales para el sustento de una interacción productiva entre el paciente y el médico. Concluyó que la naturaleza y el grado de la relación médico-paciente regulan la calidad de la asistencia sanitaria. Una relación médico-paciente agradable aumenta la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados al garantizar una atención médica de calidad. Por lo tanto, juega un papel vital en el desarrollo de un sólido sistema de atención médica en un país. La puntuación obtenida para la relación médico-paciente desde el punto de vista del público, los pacientes y los médicos es bastante baja. La percepción pública hacia los médicos es alarmantemente negativa. La mayoría (84,8%) de las personas ha expresado su percepción negativa de los médicos. Esta investigación revela que discriminar a los pacientes por nivel socioeconómico y no asignar el tiempo adecuado para la consulta son los factores más cruciales para la mala relación médico-paciente. Mientras que esta relación no es tan mala desde la perspectiva de los médicos. Más de la mitad de los médicos perciben positivamente a los pacientes, mientras que alrededor del 44% tienen una visión negativa de los pacientes. La falta de cooperación de los pacientes y no garantizar la seguridad adecuada a los médicos son las razones para desarrollar una percepción negativa.

#### ***4.1.3 Estudios Nacionales***

Retomando la situación nacional, un estudio descriptivo, de tipo mixto, implementado en el programa de medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, con el fin de identificar las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente, siendo esta el fundamento y guía teórica de la investigación, analizando los currículos y la percepción de docentes y estudiantes, permitió establecer que en dicha institución existía una amplia preocupación por la formación de profesionales con adecuadas competencias comunicativas, de tal manera que fuese

posible fortalecer la relación de los médicos con los pacientes como una parte del perfil profesional de los egresados. De esta manera, el desarrollo de dicha habilidad corría por cuenta de algunas asignaturas del pensum; no obstante, en la práctica no existía un eje temático transversal, enfocado en la orientación y armonización de las estrategias pedagógicas; además, tampoco estaban formalizados ni existían estrategias de evaluación para determinar si las habilidades comunicativas eran las adecuadas (González et al., 2015). Los hallazgos del estudio, mostraron una distancia importante entre el desarrollo ideal de la competencia comunicativa al que apostaba la universidad y el que se estaba logrando, por lo que se sugieren ajustes al programa académico para adecuarlo al contexto.

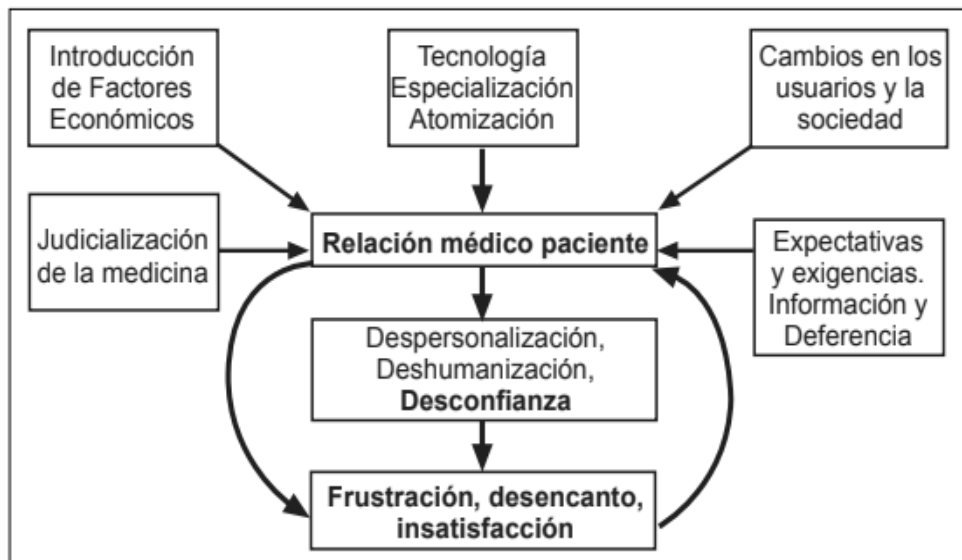
Herrera et al. (2010), analizando las representaciones sociales que se dan en las relaciones médico-paciente de Bogotá, reconocen que, en la atención primaria, no es muy común la confianza y el respeto; por el contrario, se suele presentar una interacción marcada por el miedo, poca calidad y la sospecha de cada parte. La relación médico paciente está involucrada con estos problemas. No solo porque es el ámbito central donde se evalúa y se trata al paciente, sino porque es el lugar donde se establecen las reglas, la confianza y la forma de ver tanto la enfermedad, como el tratamiento. Varios modelos han explicado esta relación: el modelo funcionalista, el modelo normativo de Szasz y Hollender y el modelo de Hayes-Bautista.

Ante esta situación, las relaciones clínicas se transforman en espacios de negociación, donde médico y paciente van paulatinamente confiando y aceptando los aportes en cuanto a sintomatología y diagnóstico. En ese sentido, el estudio concluye que a nivel nacional priman modelos de confrontación y negociación en los procesos de comunicación médico paciente. De parte del paciente la negociación se enfoca en obtener una mejor atención, en tanto los médicos

imponen su conocimiento sobre lo que es más conveniente, en un contexto de eficiencia y competitividad.

### Figura 1.

*Dimensiones de cambio e impacto en la relación médico-paciente*



Fuente: Bascañán (2005).

## 4.2 Marco Conceptual

A fin de establecer las variables sobre las cuales se desarrolló la investigación, partiendo de la revisión teórica y del marco legal colombiano, se definen a continuación los siguientes conceptos, que facilitan la comprensión de los resultados obtenidos, aclarando que no pretenden agotar la diversidad de nociones que circulan al hablar de relación médico paciente.

**Percepción:** es un fenómeno de tipo subjetivo, al que se le reconoce una actuación selectiva y temporal; el carácter selectivo se refiere a las diversas maneras en que el ser humano reacciona ante los estímulos. En cuanto al carácter selectivo, indica que las personas no pueden percibir todos los estímulos en un mismo momento, estableciéndose una selección acorde a sus intereses. Así mismo, la percepción se da de manera temporal, pues sucede en un determinado

periodo de tiempo, que puede ser corto o extenso según el estímulo existente (Razo, et al. 2017). En ese orden de ideas, aspectos como la percepción de la atención en salud dependerá, en buena medida, de la calidad con que se genera la relación médico-paciente, entiendo calidad como “el grado de armonía entre la expectativa que el usuario tiene en su mente con relación a la necesidad, y la oportuna intervención que permita un mayor beneficio” (Suárez, et al., 2019, p. 155).

De lo dicho, se infiere que la percepción implica seleccionar, organizar e interpretar información; esto lo puede hacer el paciente en su papel de usuario, pero también el médico como tratante. Bustamante, et al. (2020), consideran que la percepción facilita que el sujeto aprecie la sensación de satisfacción, según experimente efectividad en la atención recibida; además “esta percepción a su vez puede ser medida por medio de constructos diseñados para el efecto” (p. 162). Para el sector salud, la percepción se evalúa, generalmente, midiendo los elementos más relevantes que debe ofertar el prestador de los servicios, esto es: tratar con dignidad al paciente, respetar los derechos humanos y la ética médica (Puebla, et al., 2009).

**Satisfacción:** en el ámbito de la salud, este concepto se entiende como las valoraciones positivas que surgen frente a las diversas dimensiones de atención que el paciente recibe. Feldman, et al. (2006), sostienen que la evaluación de la satisfacción es relevante en la medida que ayuda a determinar la percepción del paciente sobre la práctica médica, los procesos administrativos y el tratamiento que haya recibido. Otro aspecto relevante radica en que los niveles de satisfacción van directamente asociados a la continuidad en el uso de los servicios que brinda determinada institución; de igual manera, medir la satisfacción facilita la evaluación de un sistema de salud en general. Para estos autores:

La satisfacción del paciente es una variable mixta y compleja que se ha estudiado dentro de las ciencias sociales y de la salud. Actualmente hay poco consenso en la determinación de los componentes asociados a ésta. Por tanto, las investigaciones en los últimos años han estado dirigidas a solventar dichos obstáculos. Hay autores que abordan la satisfacción del usuario desde una perspectiva psicológica planteando dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de la asistencia médica proporcionada. Por su parte, otros investigadores conciben que la evaluación que hace el paciente implica predominantemente dimensiones de carácter organizacional. (Feldman, et al., 2006, p. 134)

**Humanización:** este concepto, de compleja definición, se origina en el contexto de las ciencias sociales, indicando aquel fenómeno a través del cual objetos inanimados, animales o personas, empiezan a manifestar rasgos propios del ser humano, en términos morales y éticos, que no poseía anteriormente (Bohórquez y Gutiérrez, 2016). Se asume entonces la importancia del uso que se pueda dar a la literatura y la enseñanza de la medicina, en lo que respecta a humanizar el ejercicio médico, fomentando un razonamiento ético y moral que cobije la comunicación médico-paciente; reconociendo así mismo, el valor terapéutico de la relación de hechos por parte del paciente, al tiempo que se corrige la sobrevaloración de la ciencia y la tecnología muy común en la práctica médica del siglo XXI.

**Relación clínica:** este concepto se relaciona con cuatro objetivos que exponen Sikka, et al. (2015), a partir de los cuales se propone la comprensión de la fuerza laboral como resultado de una experiencia amena; no se trata de felicidad en el trabajo, sino del hecho que los médicos y el personal en general perciban que están logrando objetivos y que su papel contribuye al mejoramiento de la atención. En palabras de los autores mencionados:

El núcleo del compromiso de la fuerza laboral es la experiencia de alegría y significado en el trabajo de atención médica. Esto no es sinónimo de felicidad, sino que todos los miembros de la fuerza laboral tienen un sentido de logro y significado en sus contribuciones. Por significado, nos referimos al sentido de importancia del trabajo diario. Por alegría, nos referimos al sentimiento de éxito y realización que resulta de un trabajo significativo. (p. 608)

De esta manera, a los objetivos de cuidar al paciente, de proteger la salud y de trabajar bajo costos que sean alcanzables por la población, debe agregarse el sentido en el trabajo, a través del cual el personal médico encuentre significado para lo que hace; de lo contrario se presentarán ausencias de sentido, muchas veces experimentadas por factores psicosociales, muy comunes en este entorno laboral. Así mismo, Sikka, et al. (2015), consideran que gran parte de las metas de salud que no se logran y la baja satisfacción de muchos profesionales se deben a un entorno disfuncional de trabajo, propiciado por cambios graduales en la manera como se prestan los servicios de salud a partir de la segunda mitad del siglo XX en todo el mundo, considerando que “Las complejas e íntimas relaciones de cuidado se han reducido a una serie de tareas transaccionales exigentes, con un enfoque en la productividad y la eficiencia, alimentadas por las presiones de la disminución de los reembolsos” (p. 609).

Entre tanto, Bascuñán (2005), considera que se han generado múltiples descripciones de modelos para la relación clínica como una manera de comprender la responsabilidad del médico y del paciente. Esto significa que la relación a establecerse dependerá de las particularidades del paciente (lo que percibe y cómo lo percibe), en suma con la situación clínica que se presente ante él; no obstante “cualquiera sea el modelo que se adopte, el énfasis actual está puesto en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias” (p. 12). Surge

así una nueva percepción del paciente, más capaz e independiente, adquiriendo un papel más protagónico.

A propósito de este paciente autónomo en la relación clínica, Compte, et al. (2020), sostienen que es posible destacar tres roles:

1. El médico es visto como experto, con información importante para el paciente, quedando en libertad para elegir el tratamiento según sus principios.
2. El médico se percibe como consejero que informa sobre la patología del paciente, riesgos y beneficios de las intervenciones, en relación con las opiniones y valores del paciente.
3. El médico puede ser visto como un individuo con capacidad para deliberar, junto al paciente, sobre el tipo de valores que se relacionan con la búsqueda de salud que ambos tienen.

Estas formas de relaciones implican entonces una mayor reciprocidad en el proceso de consulta médica, pues no podrá sobrepasar la atención primaria, enteramente informativa, si no existen tiempos adecuados de atención y protocolos que acaten médicos y pacientes.

**Modelo paternalista:** En el que prevalece la actitud autoritaria del médico que dirige las acciones, indica y/o realiza los procedimientos diagnósticos terapéuticos, explicado por Bravo, et al. (2013), como “el modelo convencional de práctica médica, también conocido como paternalista, la dirección y cantidad de información fluye del médico o profesional de salud hacia el paciente, así como la deliberación sobre las opciones también la desarrolla el médico, quien finalmente tomará la decisión sin tener en cuenta los valores y preferencias de los pacientes, se fundamenta básicamente en recomendaciones de expertos, siguiendo evidencia de baja calidad o desactualizada en relación con la mejor evidencia científica disponible” (Bravo, et al., 2013, p.2)

Los conceptos expuestos dejan entrever la importancia de la relación médico-paciente en el ámbito teórico, toda vez que la atención médica va más allá de imponer un diagnóstico o amoldarse enteramente a las normativas de las EPS; el médico debe también propender por humanizar sus actividades y con ello propiciar la confianza y respeto dentro del consultorio, generando en el paciente la intención de continuar su tratamiento.

### 4.3 Marco Legal

**Tabla 1.**

*Normativa nacional*

NORMATIVA	RESUELVE
Constitución Política de Colombia	“Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control”. (C.P, 1991, s.p)
Ley 1164 de 2007	“A través de la cual se dictan disposiciones en materia de Talento Humano en Salud; entendiéndose como: El personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud”. (Congreso de Colombia, 2007, p.1),Cap. IV Del ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del Talento, Cap. V Del desempeño del Talento Humano en Salud; Cap. VI De la prestación ética y bioética de los servicios

---

Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud. Título I Disposiciones generales; Título II salud pública, promoción y prevención y atención primaria en salud
Ley 1751 de 2015:	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Cap. III Profesionales y trabajadores de la salud; Cap. III Profesionales y trabajadores de la salud
Resolución 256 de 2016	Monitoreo de la calidad en salud.

---

Fuente: elaboración propia.

## **5. Objetivos de la Investigación y Resultados Esperados**

### **5.1 Objetivo General**

Conocer los factores que hacen parte de la relación médico-paciente desde la percepción del médico en el área de consulta externa que inciden en la satisfacción del usuario en una IPS de primer nivel de Santiago de Cali.

### **5.2 Objetivos específicos**

1. Identificar los factores que hacen parte de la relación médico- paciente desde la perspectiva del médico en una IPS de primer nivel.
2. Reconocer los motivos de insatisfacción del usuario en el servicio de consulta externa en una IPS de primer nivel.
3. Plantear una propuesta direccionada a médicos generales que laboran en la IPS, a fin de sugerir áreas de mejoramiento en la percepción de la relación médico-paciente.

## 6. Metodología de la Investigación

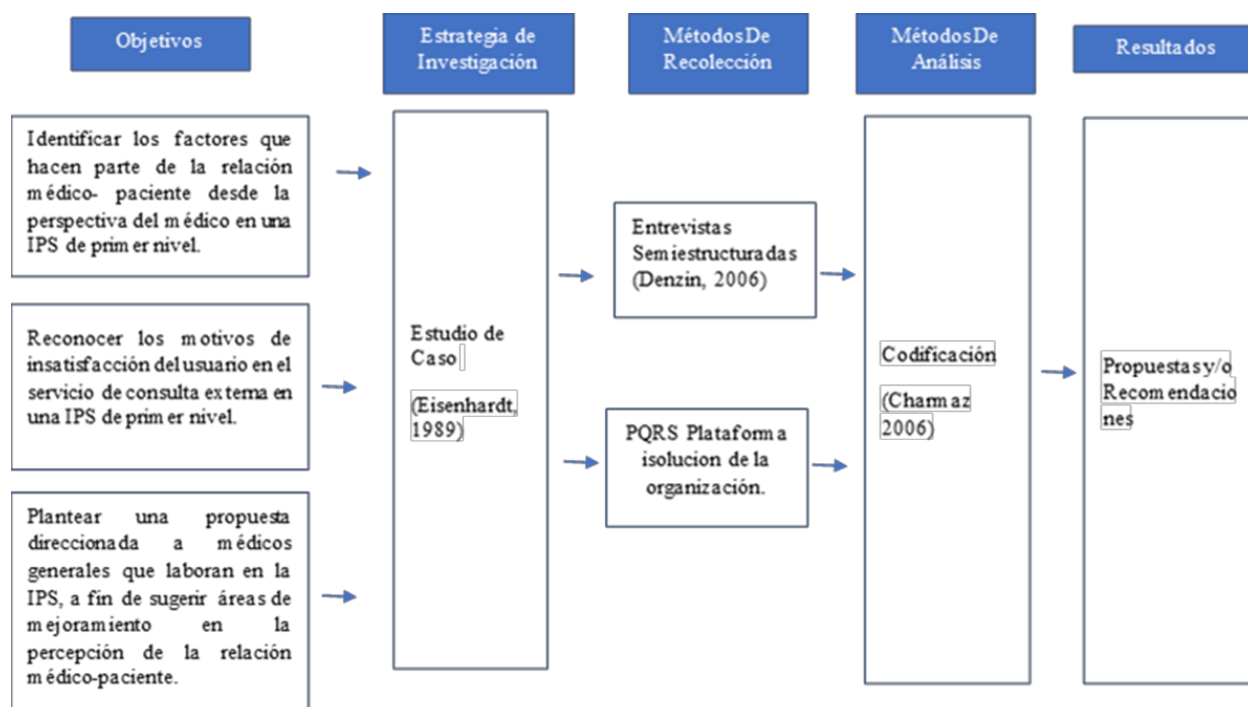
Para el logro de los objetivos planteados, se desarrolló una investigación de tipo exploratorio-descriptivo, con metodología cualitativa, a partir del estudio de caso (Hernández, et al., 2014). Así mismo, considerando la dificultad de determinar a priori el número de personas necesario implementando una entrevista en el proceso metodológico cualitativo, ya que no se busca una representación estadística sino la comprensión del discurso acerca del objeto de estudio, se comenzó con un muestreo inicial que buscaba responder las preguntas de investigación (Charmaz, 2006).

Según se fue avanzando en la realización de las entrevistas y recolección de documentos por las estudiantes de maestría de tercer semestre en gerencia en organizaciones de salud con un tiempo para esta no mayor a 15 minutos por cada médico dentro del horario laboral en la IPS, se rediseñó la muestra definitiva en función de la saturación de datos. Cuando se llegó a un número de 23 médicos entrevistados se dejó de recolectar información porque se considera alcanzada la saturación de datos (Saumure y Given, 2008); es decir, el punto en el cual la recolección de material empírico adicional no aportaba nada nuevo a la información (Charmaz, 2006).

El estudio de caso es una estrategia de investigación que se enfoca en el entendimiento de las dinámicas de un contexto singular (Eisenhardt, 1989). Los estudios de caso combinan métodos de recolección de información como archivos documentales y entrevistas semiestructuradas (Denzin, 2006). La figura 2, ilustra el proceso metodológico implementado.

**Figura 2.**

*Pasos del proceso de Implementación de la Metodología.*



Fuente: elaboración propia.

### 6.1 Métodos de Recolección de Información

Se realizaron 23 entrevistas semiestructuradas generadas a partir de la literatura consignada dentro del marco teórico de la investigación, a médicos del área de consulta externa de una IPS de primer nivel (ver anexo A), en la cual se brinda atención en salud de consulta general, también se utilizaron métodos de análisis documental de reportes voluntarios de PQRS (peticiones, quejas, reclamos y solicitudes) semanalmente de pacientes que acuden a esta consulta realizadas por la IPS, e ingresados en la plataforma *Isolucion* de la organización mensualmente para dar continuo seguimiento. Se realizó tabla de los motivos de PQRS de enero a octubre de 2021 (ver anexo B).

## 6.2 Métodos de Análisis

Por medio de revisión de la literatura se identificaron diez factores que influyen de manera frecuente en la relación médico paciente, estos factores son: empatía, afluencia de información, dificultad de comunicación, procesos administrativos, atención humanizada, habilidades comunicativas, inconvenientes, pregrado, programas laborales, personal médico (ver anexo C). A partir de estos factores se desarrollaron las preguntas de la entrevista semiestructurada que se aplicó a los 23 médicos del área de consulta externa de una IPS de primer nivel en la ciudad de Santiago de Cali, en el mes de octubre del 2022 (ver anexo D).

Las entrevistas recolectadas se procesaron y se codificaron, el análisis de la información se orientó al estudio de las categorías codificadas y revisión línea por línea de las respuestas, luego se reorganizaron los datos en categorías analíticas conceptualmente definidas a través de la codificación axial. Se utilizó el Software Atlas.ti, que fue la herramienta de ayuda para la gestión sistémica del material. Se utilizó el Enfoque Sistémico de Análisis de Datos Cualitativos propuesto por Charmaz (2006), con el propósito de reducir los datos, exponerlos, sacar y verificar las conclusiones, conocido como teoría fundamentada, método flexible que posibilita el análisis de datos y la construcción de teorías basadas en los mismos, lo que permite administrar y optimizar el proceso de investigación además se puede acceder y comprender la realidad de los significados, las percepciones y las experiencias que construyen las personas participantes con relación a una situación en particular. La exposición de los datos, describe la forma en la que estos, una vez reducidos, se trasladan a fórmulas más visuales, por ejemplo la matriz de análisis. Donde posteriormente se generaron cuatro dimensiones entre las cuales se definieron: dimensión del médico, organización, educativa y social, las cuales dentro de estas se agruparon los factores iniciales encontrados en la literatura.

### 6.3 Consideraciones Éticas

Se tuvo en cuenta la protección de datos del informante, que hará parte de las entrevistas protegiendo sus derechos, se tuvieron en consideración los siguientes elementos para su protección: 1) los objetivos de investigación se articularon de forma verbal y por escrito, para que fueran claramente entendidos por el participante; 2) un permiso escrito para proceder con la investigación fue firmado por el participante (ver anexo E). Aplicando la normatividad Colombiana en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; “artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar; artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice” según Resolución 8430 de 1993. Además se consideran lineamientos internacionales como declaración de Helsinki: “principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos, principios básicos como respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica, el bienestar del sujeto debe estar siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad, justicia por una participación equitativa de todos los sujetos candidatos a un estudio de investigación” (Helsinki, D., & World Medical Association.,1975)

#### **Criterios de inclusión:**

- Médicos generales que realizan consulta externa.

- Contrato a término indefinido
- Mayores de edad
- Nacionalidad Colombiana

**Criterios de exclusión:**

- Médicos generales contratados por prestación de servicios (OPS): Ya que este tipo de contratación no exige una intensidad horaria laboral determinada; es decir, el médico es quien define su agendamiento, el número de pacientes a atender por día y de esto depende su salario.
- Menores de edad

## **7. Resultados**

### **7.1 Factores que hacen parte de la relación médico- paciente desde la perspectiva del médico en una IPS de primer nivel.**

Al realizar las entrevistas a los participantes médicos generales se evidencia según datos recolectados son en su mayoría adultos jóvenes de sexo femenino, solo dos de los entrevistados tenían menos de un año de estar vinculados con la organización, por lo que la información proporcionada por los médicos generales de atención primaria nos permitió identificar la tendencia y los temas recurrentes al indagar sobre la relación médico-paciente en el contexto

abordado. Así mismo, las relaciones establecidas entre los elementos permiten la construcción de concurrencias para comprender la dinámica evidenciada por los médicos generales. Entre tanto, estas concurrencias son insumo para la generación de redes semánticas que ilustran la manera en la que los elementos mencionados por los participantes se relacionan entre sí. De esa forma, se analizan puntos críticos en cuatro dimensiones o componentes, que recogen los factores y preguntas realizadas: dimensión médica, dimensión organizacional, dimensión social y dimensión educativa.

Las cuatro dimensiones estudiadas se relacionan con múltiples conceptos expuestos en las entrevistas con los diferentes médicos generales, esto hace posible construir redes semánticas en Atlas.ti 9, en cada concepto se pueden observar dos números, el primero acompañado de la letra E significa enraizamiento e indica la cantidad de citas realizadas y representa la relevancia y validez del concepto; el segundo, al lado de la letra D, significa densidad e indica las sub relaciones evidenciadas a partir del concepto, y expresa el grado de densidad teórica del mismo. De esa forma, se construyen cuatro redes semánticas, una para cada dimensión respectivamente. No obstante, esto no significa que las dimensiones no se relacionen entre sí, están estrechamente unidas por algunas de sus variables más representativas.

### ***7.1.1 Dimensión del Componente Médico***

La figura 3, representa las relaciones de las variables de la dimensión de componente médico con diversos elementos mencionados por los entrevistados, entre estos la empatía, que cobra una importante relevancia por su grado de enraizamiento en las entrevistas sobre la relación médico- paciente. Este componente sugiere a los médicos generales ponerse en la

situación del paciente, que se sienta comprendido, siendo vital para lograr una atención efectiva; sin embargo, debe llevar implícito el profesionalismo para alcanzar la objetividad médica.

Se encuentran respuestas similares en cuanto a conceptos de dichos factores:

La empatía es la capacidad de ponerme en el lugar del otro, una buena relación médico paciente parte en ponerse en los zapatos del paciente y darle la confianza de que va hacer bien atendido”, “Es una relación donde hay respeto mutuo, la conversación fluye, no se encuentran barreras en la comunicación, existe un tiempo adecuado para poder hacer todo lo de la parte de la consulta. (Entrevista, octubre de 2022)

Otro elemento asociado es la atención humanizada, relacionada con el trato digno y respeto, comprendiendo las necesidades del paciente para darle solución a sus padecimientos

Cuando uno no solamente se encarga de atenderle lo que tiene si no que lo escucha, trata como de ir más a fondo en lo que realmente siente el paciente y no solamente atenderlo y ya”. Tratar dignamente al paciente saber que viene con un padecimiento no viene a que lo tratemos mal por más que creamos que lo que lo trae acá no es algo muy grave, tratar al paciente como uno quisiera que trataran a sus papas o lo trataran a uno. (Entrevista, octubre de 2022)

Se encontraron varias debilidades, entre ellas la autonomía médica, cuando se limita al médico general ya que tienen un alcance condicionado por la institución, muchas patologías deben ser resueltas por especialistas y termina dificultando el seguimiento del paciente al no disponer de citas oportunas. Por otra parte, la desinformación que circula por internet, a través de sitios no confiables, genera falsas expectativas y diagnósticos sin fundamento en el paciente, los cuales pueden no estar relacionadas con su patología; esta situación crea una comunicación en la que el paciente está a la defensiva, predispuesto a estar recibiendo una atención fallida “ellos

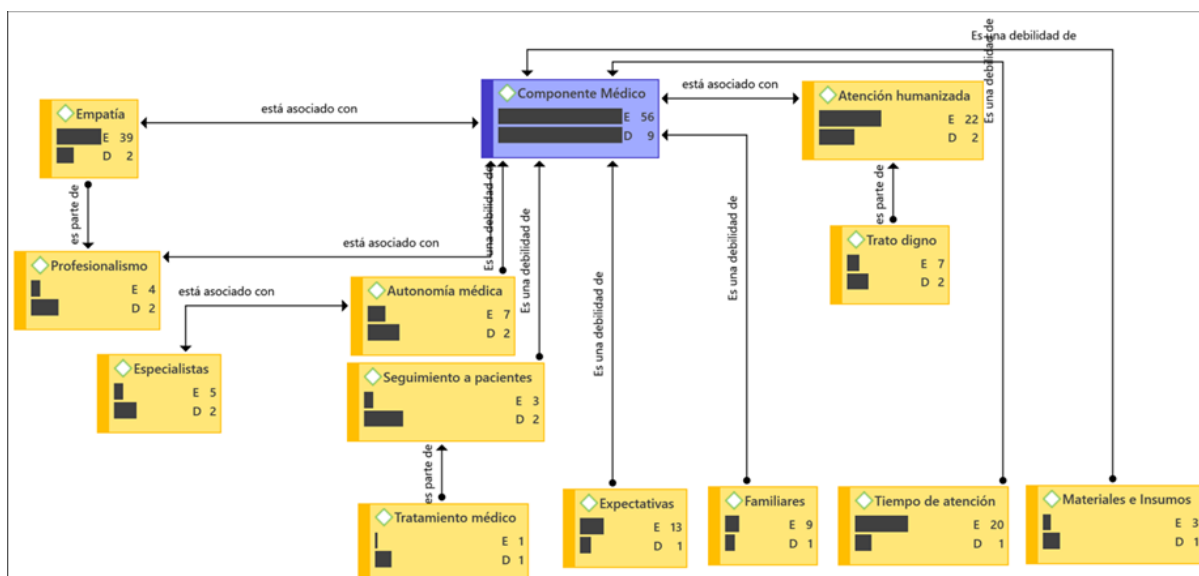
*llegan como exigiendo o a veces hacer ver que uno está haciendo las cosas mal de acuerdo al concepto que ellos tienen de esas malas fuentes a veces vienen muy estudiados a la consulta”* (Entrevista, octubre de 2022).

También se puede presentar una consulta con acompañante/ familiar del paciente con exigencias de determinados procedimientos, evitando que el paciente sea quien exprese sus necesidades:

Más que el paciente es el acompañante del paciente interrumpe habla no deja contestar no permite una buena comunicación con el paciente es que esto es malo todo es malo eso daña mucho la relación que uno tiene con el paciente. (Entrevista, octubre de 2022)

Además, se encontró que el tiempo de atención no es suficiente para dar solución a lo que el usuario requiere, generando indisposición: *“El tiempo que tengo para atender a los pacientes 20 min es muy poco tiempo para atenderlos y los recuperados 15 min no es tiempo para atenderlos bien por la clase de consultas que tienen”* (Entrevista, octubre de 2022); a lo que se adiciona la falta de insumos y recursos para una atención correcta.

Finalmente, todos estos inconvenientes saturan al personal médico, quienes laboran, sin espacios siquiera de pausas activas sugeridas por salud ocupacional, generando en muchas ocasiones carga de tensión que limitan la posibilidad de prestar una atención médica ideal, generando relaciones médico-paciente, de confianza y respeto.

**Figura 3.***Dimensión del Componente Médico*

Fuente: elaboración propia.

**7.1.2 Dimensión Componente Organizacional**

En cuanto a los elementos relacionados con la dimensión del componente organizacional, la figura 4, destaca los procesos administrativos como espacios donde son recurrentes las dificultades en la gestión para trámites de laboratorio, en el sentido de ser realizados en el momento que se requiere para su posterior control. Otro de los trámites que cobra importancia es el del sector farmacia, donde se presentaron constantes inconvenientes en cuanto a desabastecimiento de medicamentos, además algunas fórmulas requieren trámites de autorización diferente, esto conlleva a un proceso de espera adicional, y predispone la relación médico-paciente: *“los consentimientos informados de laboratorio, los formatos de los medicamentos controlados, repetir ordenes que se perdieron de los pacientes.”*, *“los medicamentos que no salen autorizados y que los pacientes llegan a decirle a uno que porque no están autorizados”* (Entrevista, octubre de 2022).

Los médicos entrevistados reconocen la incidencia del sector administrativo, en casos como la demora en la entrega de remisiones, lo cual retrasa el manejo de ciertas patologías, las cuales se hubiesen podido manejar por médico general, pero por procesos institucionales son competencia de especialidad.

Por otra parte, se encuentran debilidades del área administrativa que impactan directamente a los médicos, como lo es la falta de respaldo y protección integral al talento humano:

Nunca nos tienen en cuenta para nada ahora en pandemia nos tocó más a ninguno nos preguntaron venga doctor como esta que le sucede eso hace falta (...) Que a veces seamos más tomados en cuenta se preocupan más por lo administrativo que por el personal médico nadie está pendiente de nuestras necesidades que haya un programa donde poner nuestras quejas y problemáticas. (Entrevista, octubre de 2022)

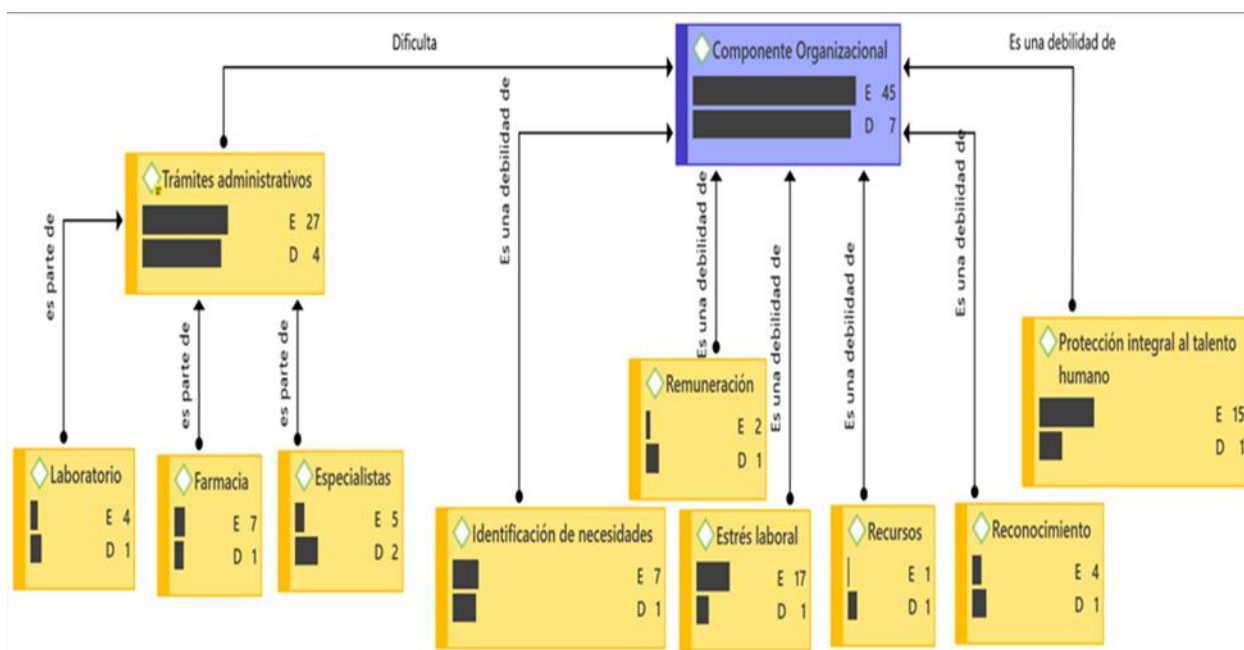
Los formatos de quejas y reclamos, que sí aplican para los pacientes y usuarios en general, no tiene gran alcance cuando se trata del sector médico, así mismo, se pasan por alto los reconocimientos e incentivos, como herramientas para mejorar la motivación, en la medida que se asumen como apoyo y acompañamiento por la organización.

Expresan los médicos que no solo es importante la remuneración por sus servicios, sino también que se identifiquen sus necesidades individuales, implementado algún sistema que permita manifestarlas para luego ser gestionadas. Los médicos comentan que la carga laboral en ocasiones es alta, situación que genera tensión, sin que exista un programa específicos de manejo por parte de la organización en este tema *“enfocarse en el cansancio, y el estrés laboral, pausas activas, espacios entre paciente para tener que uno tenga un poco de descanso para ir al baño”* (Entrevista, octubre de 2022).

Por último, en este componente las restricciones en insumos y recursos a veces dificulta el proceso de la atención médica, puntos que pueden ser gestionados por la institución y que lleva a mejorar la percepción de bienestar en el talento humano médico.

**Figura 4.**

*Dimensión Componente Organizacional*



Fuente: elaboración propia.

**7.1.3 Dimensión Componente Social**

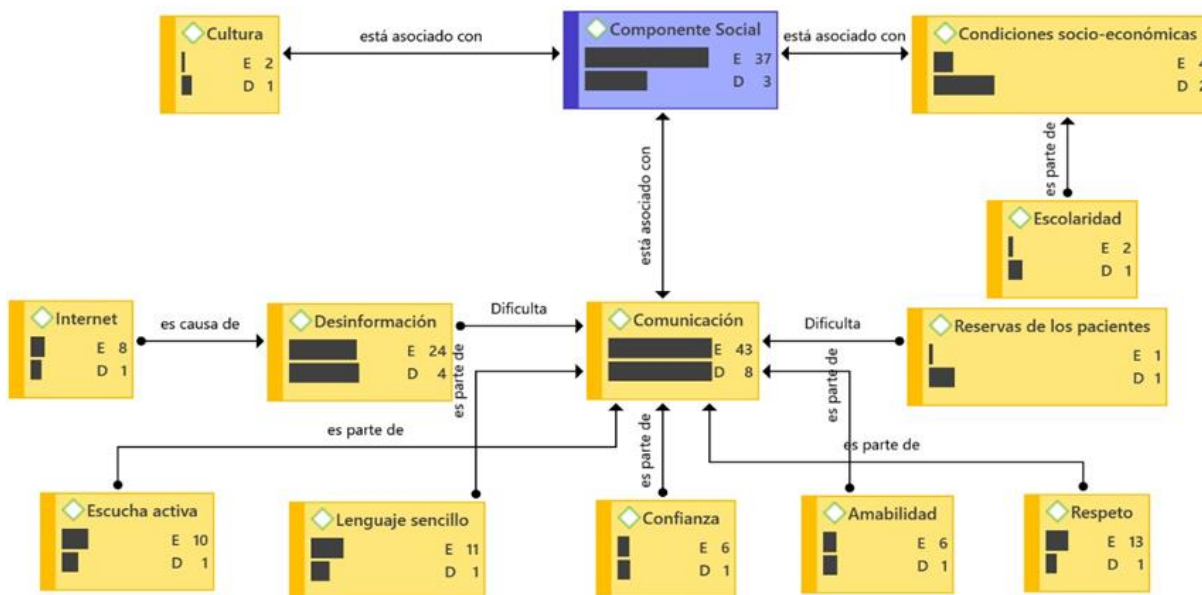
En la figura, se observan los elementos que conforman el componente social y su asociación con la cultura y las condiciones socio-económicas. En este punto, los médicos entrevistados mencionan que los pacientes de un nivel social alto o bajo tienen diferentes maneras de comunicarse; por lo tanto el médico debe hacer un esfuerzo adicional para lograr explicar de manera adecuada el diagnóstico y tratamiento para que el paciente, según su escolaridad entienda:

Solo la mente con el hecho de decir dónde vive usted, con mirarle cuanto cotiza de cuota su moderadora, y qué hace con eso tiene usted para tener una imagen de cómo tratar a un paciente”, “Trato siempre de hacerme entender con palabras no tan técnicas y hago esquemas o algún dibujo para que sea más fácil y el paciente lo comprenda. (Entrevista, octubre de 2022)

Este componente también se encuentra asociado con la comunicación, pues en algunas ocasiones los pacientes no logran expresar bien su motivo de consulta, limitando la interacción efectiva entre el médico y el paciente; otra dificultad que se presenta es la desinformación causado por el acceso a internet, generando automedicación y mala interpretación de exámenes médicos, dando como resultado predisposición, miedos, pacientes demandantes, etc.

Llega información que es diferente a la que el médico le cuenta y que muchas veces lleva a las personas suspender un medicamento solo porque lo vio o alguien le dijo y eso hace que sea muy complicada la parte de la consulta porque ya viene predispuesto. (Entrevista, octubre de 2022)

Se reconoce, además, algunas habilidades comunicativas que los médicos usan para tener una buena atención del paciente: *la escucha activa*, centrando la atención en el paciente; *lenguaje sencillo*, para explicar el diagnóstico y tratamiento por medio de palabras fáciles de entender y dibujos en algunas ocasiones; *confianza*, lograr una consulta donde el paciente esté tranquilo, para que exprese su motivo de consulta sin problema; *amabilidad y respeto*, también son muy importantes para tener una buena comunicación con el paciente “*Mirar fijamente a la persona, cuando tengo contacto visual puedo identificar que puede tener la persona, otra técnica es hablar de una manera no tan técnica para que pueda comprender*” (Entrevista, octubre de 2022).

**Figura 5.***Dimensión Componente Social*

Fuente: elaboración propia.

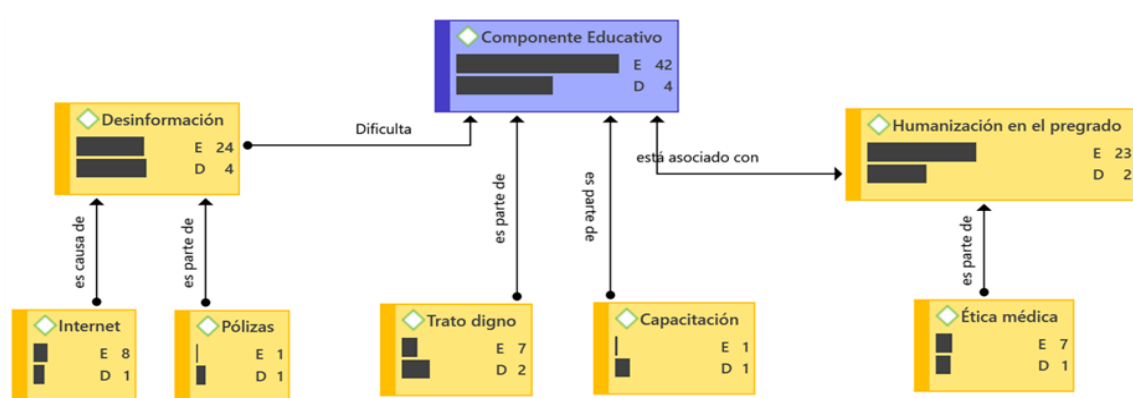
#### 7.1.4 Dimensión Componente Educativo

En la figura 6, es posible observar que la gran dificultad relacionada con este componente es la desinformación, causada por el acceso a internet. Los medios masivos de comunicación pueden generar dos percepciones diferentes, por un lado como factor positivo, que permite al paciente conocer sobre salud, siempre y cuando consulte fuentes confiables sin interferir en los tratamientos. La segunda percepción radica en que frente a los riesgos que pueden surgir ante la desinformación de internet debería existir un respaldo, a través de pólizas para aquellos pacientes que no deciden seguir su tratamiento médico si no hacer lo que encontraron por medio de internet *“Es bueno y es malo ahora tenemos ayudas de los laboratorios que permiten que los pacientes tengan información real pero también hay muchas cadenas falsas que hacen que tomen decisiones en su tratamiento que muchas veces los afecta”* (Entrevista, octubre de 2022).

También, dentro del componente educativo se encuentran incluidos el trato digno y la capacitación médica, en la medida que se enseña a manejar situaciones o pacientes complejos durante la consulta. En cuanto a la humanización, la mayoría de los médicos entrevistados mencionaron que no tuvieron una materia que los capacitará en ello, dentro de los estudios de pregrado, lo que genera unas falencias desde la formación médica “*No como tal nos daban humanidades, pero una materia como tal que hable de la relación del paciente no*” (Entrevista, octubre de 2022).

**Figura 6.**

*Dimensión Componente Educativo*



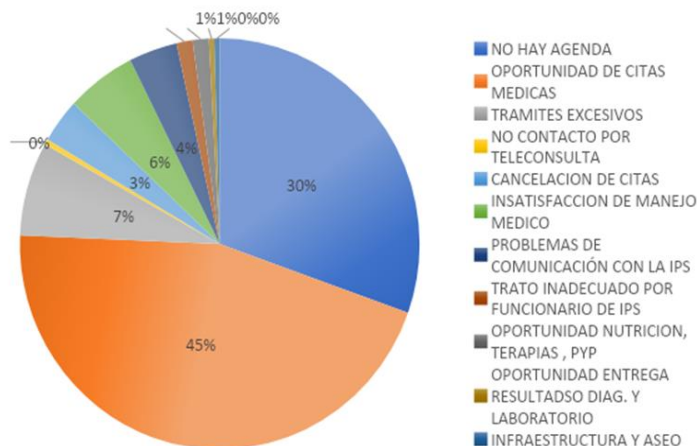
Fuente: elaboración propia.

## 7.2 Motivos de Insatisfacción del Usuario Frente a los Factores que más Influyen en el Servicio de Consulta Externa en una IPS de Primer Nivel

Se obtuvieron datos de motivos de insatisfacción de los usuarios en los servicios de salud prestados en la IPS de primer nivel por parte del servicio integral de atención al usuario. En la figura 7, se observa la clasificación de los principales motivos de queja de los usuarios de los servicios consulta externa, durante el periodo de enero a octubre del 2022.

**Figura 7.**

*Motivos de queja de los pacientes*



Fuente: elaboración propia.

Se resalta que el 45% de los motivos de queja en la IPS fueron por “oportunidad de citas médicas” que se traduce en la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere; en este caso valoración por el médico sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. El segundo motivo de queja fue la falta de agenda con un 30%, esta situación implica que el usuario no puede acceder siquiera a una cita lejana porque no se ha generado apertura o ya no existe disponibilidad de las citas; incurriendo así en una falla a la atención con calidad en la salud. Por parte de “insatisfacción de la atención del médico” representó 6% de los motivos de queja.

### Figura 8.

*Tabla de motivos de las PQRS y su relación con dimensiones indicadas en la sección de resultados de las entrevistas de los médicos*

MOTIVO DE QUEJA	ASOCIACION A DIMENSIONES IDENTIFICADAS
NO HAY AGENDA	ASOCIADO A COMPONENTE ORGANIZACIONAL
OPORTUNIDAD DE CITAS MEDICAS	
TRAMITES EXCESIVOS	
NO CONTACTO POR TELECONSULTA	
CANCELACION DE CITAS	
PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN CON LA IPS	
OPORTUNIDAD NUTRICION, TERAPIAS , PYP	
OPORTUNIDAD ENTREGA RESULTADSO DIAG. Y LABORATORIO	
INFRAESTRUCTURA Y ASEO	
INSATISFACCION DE MANEJO MEDICO	
TRATO INADECUADO POR FUNCIONARIO DE IPS	ASOCIADO A COMPONENTE MEDICO

Fuente: elaboración propia.

Las quejas por “insatisfacción de la atención del médico”, a pesar de no representar un alto porcentaje, indican la necesidad de generar una propuesta que busque disminuir las insatisfacciones en el usuario desde la relación médico-paciente, ya que se encontraron factores asociados que concuerdan con los mencionados por los médicos en las entrevistas, por ejemplo:

La médico fue muy grosera y nos atendió de mala manera le faltó ética porque al usuario debieron agendarle cita de programa de hipertensión y el direccionamiento de la IPS fue enviarlo con medicina general, lo que enojó a la doctora” muy similar “le dije vengo para que me haga el favor de formularme los medicamentos para 3 meses, la médico solo le voy a formular para un mes, le dije siempre me han formulado para 3 meses me trato de manera agresiva y vuelve me repite para un mes en voz alta y agresiva en tono agresivo me dijo que medicamentos le pase el nombre de la glucosamina le dije por favor esa me la da en formula aparte me dijo todo me sale en una sola fórmula no es que lo usted diga y además yo no soy farmaceuta para formular lo que usted quiera.

(Comunicación personal, octubre de 2022)

Estas apreciaciones de los pacientes pueden incluirse dentro de varias dimensiones: la organizacional, en cuanto al componente de trámites administrativos, ya que el error inicia desde

una falla en el agendamiento al tipo de consulta equivocado, además el tiempo de consulta para medicina general es menor al de consulta de pacientes con patologías crónicas, lo que sugiere que el tiempo otorgado para esta consulta fue menor al indicado; también puede hacer parte de la dimensión educativa y dimensión del médico, donde se puede evidenciar que existen falencias en cuanto al servicio de vocación del profesional, poco tratado en el pregrado, así como bases no muy claras en ética médica, en cuanto a la atención humanizada fallas en el trato digno al paciente.

Otro ejemplo de cómo las dimensiones y sus factores identificados afectan la relación médico paciente, puede observar en la queja de otro paciente:

La omisión que tuvo en la atención con mi sra madre QEPD, desde julio 2021 atendía a mi mama, y su atención era solo de computador, porque ni siquiera examinaba a mi mama, a pesar de manifestarle que mi mamá la veía muy baja de peso y su semblante me preocupaba, esta Sra. decía que eso era debido a los dolores del reumatismo y el encierro por pandemia, nunca le recetó vitaminas ni un examen especializado. (comunicación personal, octubre de 2022)

La dimensión asociada a este motivo puede estar vinculada al componente médico, en cuanto al grado de empatía y de atención humanizada, ya que se puede percibir como el familiar comenta que si el médico hubiese observado a su paciente con escucha activa, reconociendo que había presentado cambios físicos, podría haber indagado un poco más y haber tenido otra opción de tratamiento, así como la clara disposición en la atención médica en cuanto a un factor muy importante como es la comunicación efectiva con el usuario y no menos importante en la dimensión de la educación, la humanización desde el pregrado que son aquellos recursos para formar al profesional en el ser.

## 8. Discusión y Conclusiones

En los resultados del trabajo de grado se pudo apreciar que la capacidad de ser profesionalmente empático es un factor primordial para lograr una atención efectiva, humanizada y evitando barreras en la comunicación que coincide con los trabajos de Villalobos y Calvanese (2021); además, la desinformación causada por el acceso a internet a portales no confiables generando una mala interpretación y dando como resultado predisposición, miedos, pacientes demandantes afectando la interacción clínica, que es contrario a su propósito inicial de optimizar la calidad de la consulta para el beneficio del paciente y del médico concuerda con la investigación de Herrera et al (2010).

En cuanto a lo referido por los médicos en la entrevista, al sentir una falta de respaldo y protección integral en la organización, ya que para ellos no solo es importante la remuneración por sus servicios, sino también que se identifiquen sus necesidades individuales, se comparte observaciones con estudio de Sikka, et al. (2015), dónde en la mayoría de ocasiones las metas de salud que no se logran y la baja satisfacción de muchos profesionales se deben a un entorno disfuncional de trabajo.

En el componente de humanización en el pregrado, gran parte de los médicos entrevistados mencionaron que no tuvieron una materia que los capacitará en ello, dentro de su pensum, lo que genera unas falencias desde la formación médica, se encontró similitud en un estudio realizado en Colombia por González et al.(2015), en la práctica no existía un eje temático transversal, enfocado en la orientación y armonización de las estrategias pedagógicas; además, tampoco estaban formalizados ni existían estrategias de evaluación para determinar si las habilidades comunicativas eran adecuadas. Como principales limitaciones los resultados en nuestro proyecto de investigación pueden no reflejar la percepción de todos los médicos generales, esta es una

representación del servicio de consulta externa en una IPS en Santiago de Cali. Una muestra más grande, puede ser considerada en futuras investigaciones; también, ya que la información y estudios con este tema relacionado es muy limitada en nuestro país lo que lo que puede dejarse como propuesta para ampliar en otras investigaciones.

Concluimos que para los médicos generales en la IPS de primer nivel, es necesario que se cuente con una organización que se interese por su talento humano, generando medidas de protección integral, donde la opinión del médico sea importante y sea valorado su esfuerzo laboral.

La parte directiva de la organización, requiere enfocar como una de sus principales acciones, metodologías en cuanto a orientación al personal médico que les permita manejar de manera más adecuada todas las dificultades propias de su profesión; garantizando con esto atención médica de calidad.

Es importante que las universidades ejerzan influencia de manera positiva en lo referente a la educación médica, con constantes actualizaciones curriculares, fortaleciendo las humanidades médicas idealmente prácticas, ya que queda claro que constituye una urgencia médico-social que se observa ya en la práctica médica como una deficiencia en el pregrado. Los cambios en la relación médico-paciente requieren no únicamente la participación desde las organizaciones en salud, sino la implicación del conjunto de la misma desde la formación académica en el pregrado del médico.

Frente a las debilidades comentadas por los médicos generales en la organización se evidencia en relación a trámites administrativos fallas en el área de direccionamiento por farmacia y

laboratorio, se recomienda mantener educación continua en el personal administrativo que brinde una mejor orientación, verídica y oportuna para evitar desinformación en el usuario.

En cuanto a los resultados arrojados por las entrevistas a médicos generales de primer nivel en una IPS en Santiago de Cali, se establecen las recomendaciones como aporte resultados del objetivo #3, en lo que respecta a propuestas para mejorar la percepción del médico en la relación médico-paciente, ya que se encontraron dentro de las variables observadas en las cuatro dimensiones unos factores que tuvieron más concurrencias y ocasionan dificultades en el proceso de la atención médica, evidenciado por medio de las entrevistas realizadas a los médicos generales en el área de consulta externa de una IPS de primer nivel en Santiago de Cali. Se generan unas recomendaciones para su desarrollo.

## **9. Recomendaciones**

### **9.1 Recomendaciones a la IPS de Primer Nivel**

En la dimensión del componente médico se encontraron debilidades en cuanto tiempo de consulta; partiendo de la premisa de que cada pieza del sistema debe funcionar en el nivel más eficaz posible, cumpliendo con las expectativas del paciente y familiares, dado que el tiempo es algo que no se puede modificar según resolución 5261 de 1994, donde se aclara que la consulta médica no puede ser menor a 20 minutos. En ese sentido, se podría disponer de un conjunto de actividades y jornadas de socialización grupales de las patologías más consultantes en morbilidad de la IPS, además de patologías crónicas, resaltando la importancia de las medidas de prevención, detección temprana y la manera en que determinados hábitos de vida saludables

propician al bienestar del usuario, ofreciendo canales seguros de búsquedas de información, para abandonar mitos y leyendas de datos que investigan por internet, los cuales no son reales y desacreditan al médico en la consulta.

Se recomienda, además, incluir a los médicos generales en capacitaciones que incentiven la comunicación y el ser humanístico, en el que se busca mejorar y/o complementar el ejercicio profesional y cambiar la metodología de entrenamiento en las organizaciones en cuanto a solo conocimientos y técnicas concernientes a su profesión.

En cuanto al reconocimiento y protección integral al talento humano, se debe garantizar que los médicos tengan recompensas por sus actividades laborales según el desempeño durante cada mes. Disponer de espacios mensuales donde los médicos puedan expresar cómo se sienten en la organización, si se sienten productivos o satisfechos con las funciones delegadas en su actividad laboral, con el objetivo de ajustar fallas y mejorar en los procesos.

La salud psicológica y física de las personas es un tema vital en las organizaciones ya que se ve directamente relacionado si hay problemas en los trabajadores asociados con alta carga de estrés. Uno de los objetivos de la salud ocupacional actualmente, es mantener un equilibrio entre la vida laboral, social y personal. Dentro de las soluciones para prevenir la aparición del estrés implican gestionar y organizar adecuadamente las actividades laborales, proporcionando los medios necesarios para lograr un mayor control de las emociones que pueden estar generando carga de estrés; una de estas herramientas es el hábito de las pausas, siguiendo mecanismos como: capacitaciones y talleres en pausas activas a grupos establecidos; creación de ambientes para desarrollar el programa de pausas activas; asignar horarios para la realización de actividades deportivas y lúdicas con el fin de corregir hábitos; consejería y seguimiento en el progreso de estas actividades con cada trabajador médico.

En cuanto a procesos administrativos, el servicio al cliente es un tema medular en todo ámbito comercial, más aún en un campo tan complejo como es el de las organizaciones en salud, por eso es importante que cada una de los colaboradores en la IPS cuenten con un conocimiento claro de lo que significa la atención al cliente, también se necesita reforzar la educación continua en dichos temas con el personal administrativo, en cuanto a información general al usuario y mantener actualizados, con óptimas redes de comunicación con áreas de farmacia, laboratorios ya que son en los que más se reportaron dificultades por los médicos generales en las entrevistas .

En las entrevistas, los médicos comentaron que no existe un área en el pregrado que fortalezca la humanización con el paciente en los servicios de práctica médica, por ende, este componente se debe fomentar y reforzar en las instituciones educativas; fortaleciendo la formación médica continua en la vertiente ético-humanista, la cual permite comprender al ser humano en su plenitud, formando un profesional idóneo, empático, con actitudes y aptitudes para ejercer; enseña todo lo que se debe hacer y continuar además la vertiente científico-técnica que si ha sido promovida mensualmente por la organización.

## **9.2 Recomendaciones a los Médicos Generales de la Consulta Externa**

Realizar auto reflexión sobre las actitudes, características y modelos que practican durante la consulta médica, que pueden afectar la relación médico-paciente, ser autocríticos e identificar si existen eventos tensionantes en la actividad profesional y/o personal, en los cuales no se observe una solución pronta, tomar la iniciativa para buscar ayudas como lo son profesionales en psicoanálisis, medios como meditación, yoga, encontrar una actividad o hobby

que genere agrado y sea la forma de liberar niveles de carga estresante y buscar mecanismos de afianzar las relaciones interpersonales.

### **9.3 Recomendación a los Usuarios de la Consulta de Medicina General**

Estar atentos a la relación médico-paciente, para que se pueda intervenir oportunamente a fin de preservar su bienestar físico, mental y emocional, también ser conscientes que la buena y clara comunicación en el tiempo de consulta que es limitado apremia, esto se traduce en una mejor atención médica y manejo efectivo de las patologías consultantes por parte del médico general. El respeto debe ser recíproco al igual que la amabilidad, de esta manera se reconoce la existencia de derechos para el usuario, pero también deberes que se deben cumplir. En aquellos casos en que exista alguna inconformidad, se debe explicar la existencia del área de atención al usuario, en donde siempre se buscará darle respuesta a sus dudas e incomodidades.

## **11. Firmas**

Posición	Firma	Fecha
Estudiante	Diana Carolina Gil Triana	9 de diciembre de 2022
Estudiante	Daniela Largacha González	9 de diciembre de 2022
Director trabajo grado	Viviana Gutierrez	
Director maestría	Claudia Isabel Vivas	
Contacto en la empresa		

### Referencias bibliográficas

- Bascuñán, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev. méd. Chile*, 133, 11-16. <https://bit.ly/3GBkXLK>
- Bohórquez, A., & Gutiérrez, P. (2016). Modelos de humanización en salud: viabilidad e implementación en Colombia, revisión bibliográfica [Tesis de Especialización: Universidad CES]. <https://bit.ly/3W2M4Wv>
- Bustamante, M., Zerda, E., Obando, F., & Tello, M. (2020). Desde las expectativas a la percepción de calidad de servicios en salud en Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica*, 31(1), 161-170. <https://bit.ly/3z0Hakx>
- Bravo, P., Contreras, A., Perestelo-Pérez, L., Pérez-Ramos, J., & Málaga, G. (2013). En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 691-697.
- Carvalho, A. (2005). Médicos y profesionalismo. Pacientes e información. *Revista Médica de Chile*, 133(2), 253-258. <https://bit.ly/3wYLqOC>
- Charmaz, K. (2006). Construcción de la teoría fundamentada : una guía práctica a través del análisis cualitativo (Sage, Ed.).
- Compte, M., Marca, G., Menéndez, J., & Frigola, J. (2020). Necesidades de información en pacientes con enfermedades crónicas. ¿Cómo evitar el ruido en la relación médico-paciente? *Revista Latina de Comunicación Social*, 75, 207-223. <https://bit.ly/3POSaXZ>
- Denzin, N. (2006). Momentos, métodos mixtos y diálogos de paradigmas. *Investigación Cualitativa*, 16(6), 419–427. <https://bit.ly/3FgeDci>
- Eisenhardt, K. (1989). Construir teorías a partir de la investigación de estudios de caso. *Academia de Revisión de Gestión*, 14(4), 532550. <https://bit.ly/3VJB117>

- Escobar, N., Fong, J., Terazón, O., Alcaraz, M., & García, M. (2020). La relación médico-paciente: ¿necesidad o conveniencia? *Revista Cubana de Medicina*, 58(1), 1–15.  
<https://bit.ly/3uIHGQB>
- Feldman, L., Vivas, E., Alviarez, V., Lugli, Z., Pérez, M., & Bustamante, S. (2007). La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. *Revista de calidad asistencial*, 22(3), 133-140. <https://bit.ly/3IR177V>
- García, H., González, L., Barbosa, R., & Asensio, R. (2002). Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Encuesta a facultativos de los centros de salud Bahía de Cádiz y La Janda. *Atención Primaria*, 30(7), 425-433. <https://bit.ly/3MZXcPB>
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E., & Somón, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de alicante: un estudio con grupos focales. *Rev. Esp. Salud Publica*, 76, 561-575. <https://bit.ly/3a394BU>
- González, H., Uribe, C., & Delgado, H. (2015). Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación Médica*, 16(4), 227–233. <https://bit.ly/3Y8j4yn>
- Guerrero, D., Guerrero, D., Escobar, O., & Herrera, J. (2022). La relación médico-paciente en la actualidad. Una revisión. *Polo Del Conocimiento*, 7(4), 1038–1056.  
<https://bit.ly/3FFAJX9>
- Hamid, S. A., Begum, A., Azim, M. R., & Islam, M. S. (2021). Doctor-patient relationship: Evidence from Bangladesh. *Health Science Reports*, 4(4), e394.

- Helsinki, D., & World Medical Association. (1975). Declaracion de Helsinki. *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Tokio-Japón: Asociación Médica Mundial.*
- Hernández, M. (2013). El humanismo y la relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), 255-257. <https://bit.ly/3PHe7Iy>
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (M. Hill, Ed.). <https://bit.ly/3eSBqlc>
- Herrera, N., Gutiérrez, M., Ballesteros, M., Izzedin, R., Gómez, A., & Sánchez, L. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 12(3), 343–355. <https://bit.ly/3HkYHb9>
- Lázaro, J., & Garcia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 7–17. <https://bit.ly/3FDzs2v>
- Márquez, J. (2014). Relación médico-paciente y mercado de la salud en Colombia. *Interface*, 18(50), 609–617. <https://bit.ly/3PhXHqf>
- Martínez, J. (2018). *La relación médico-paciente*. Ed. Universidad de Barcelona.
- Mejía, A., & Romero, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una. *Revista médica electrónica*, 39(S1), 932-842. <https://bit.ly/3xeKiH9>
- Pinilla, D., Aguilar, Y., González, S., & Adarve, L. (2020). *Descripción de la relación médico-paciente en un servicio de consulta externa en el mes de agosto de 2020*. (Tesis de pregrado, Universidad Católica de Manizalez). Repositorio Universitario <https://bit.ly/3z5t5Cc>
- Pornirmal, J. (4 de Enero de 2015). Doctor, Shut Up and Listen. *The New York Times*. <https://nyti.ms/3PMKTYQ>

- Puebla, D., Ramnírez, A., Ramos, P., & Morneo, M. (2009). Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17(2), 97-102. <https://bit.ly/3t5eByx>
- Razo, A., Díaz, R., & López, M. (2018). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Rev Conamed*, 23(2), 55-57. <https://bit.ly/3IT2WPj>
- Sánchez, D., & Contreras, Y. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Rev Cub Med Mil*, 43(4), 528-533. <https://bit.ly/3a1gbLa>
- Santana, R. (2017). Reflexión: La empatía en la relación «médico-paciente». Una ruta esencial obligada. *Rev Sanid Milit Mex*, 71(6), 503-206. <https://bit.ly/38TsIFL>
- Saumure, K., & Given, L. (2008). Data saturation. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*, 1(1), 195–196.
- Sikka, R., Morath, J., & Leape, L. (2015). The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ quality & safety*, 24(10), 608-610. <https://bit.ly/3a9F1J2>
- Suárez, G., Robles', R., Serrano, G., Serrano, H., Armijo, A., & Anchundia, R. (2019). Percepción sobre calidad de la atención en el centro de salud CAI III. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 38(2), 153-169. <https://bit.ly/3z72oNO>
- Villalobos, J., & Calvanese, N. (2021). La relación médico-paciente en tiempos de COVID-19. ¿Un cambio de paradigma? *Revista médica de Chile*, 149(7), 1070-1074. <https://bit.ly/3Gv8skL>
- Zhou, Y., Chen, S., Liao, Y., Wu, Q., Ma, Y., Wang, D., Wang, X., Li, M., & Wang, Y. (2021). Percepción general de la relación médico-paciente de los pacientes durante la pandemia de COVID-19 en China: un estudio transversal. *Frontiers*, 5(1), 1–12. <https://bit.ly/3VGZLum>

## Anexos

### Anexo A. Información de los médicos entrevistados

<b>NUMERO DE PARTICIPANTE</b>	<b>PROFESION</b>	<b>GENERO</b>	<b>EDAD</b>	<b>AÑOS DE EJERCICIO</b>
Participante 1 (P-1)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	30	4 años, 6 meses
Participante 2 (P-2)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	31	7 años
Participante 3 (P-3)	MEDICO GENERAL	MASCULINO	44	4 años, 6 meses
Participante 4 (P-4)	MEDICO GENERAL	MASCULINO	60	6 años
Participante 5 (P-5)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	30	5 años
Participante 6 (P-6)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	28	2 años
Participante 7 (P-7)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	31	1 año , 1 mes
Participante 8 (P-8)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	33	5 años
Participante 9 (P-9)	MEDICO GENERAL	MASCULINO	26	2 meses
Participante 10 (P-10)	MEDICO GENERAL	MASCULINO	36	7 años
Participante 11 (P-11)	MEDICO GENERAL	MASCULINO	35	1 año
Participante 12 (P-12)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	26	1 año

Participante 13 (P-13)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	33	6 años
Participante 14 (P-14)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	26	1 año, 1 mes
Participante 15 (P-15)	MEDICO GENERAL	MASCULIN O	66	26 años
Participante 16 (P-16)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	26	1 mes
Participante 17 (P-17)	MEDICO GENERAL	MASCULIN O	33	5 años
Participante 18 (P-18)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	28	3 años
Participante 19 (P-19)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	28	3 años
Participante 20 (P-20)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	35	5 años
Participante 21 (P-21)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	31	1 año
Participante 22 (P-22)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	36	4 años, 6 meses
Participante 23 (P-23)	MEDICO GENERAL	FEMENINO	39	4 años

Fuente: Elaboración propia.

**Anexo B. Tabla de comparativos motivos de queja de los pacientes**

<b>MOTIVO DE QUEJA</b>	<b>ENE</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SEPT</b>	<b>OCT</b>	<b>TOTAL MOTIVO QUEJA</b>
NO HAY AGENDA	3	3	2	1	6	5	20	8	9	13	70
OPORTUNIDAD DE CITAS MEDICAS	5	11	5	10	7	8	19	11	14	14	104
TRAMITES EXCESIVOS	3	3			2	3	2		4		17
NO CONTACTO POR TELECONSULTA	1										1
CANCELACION DE CITAS		1			1	1	3		2		8
INSATISFACCION DE MANEJO MEDICO		3	2	1	3		1			3	13
PROBLEMAS DE COMUNICACION CON LA IPS	1	1					2	2		3	9
TRATO INADECUADO POR FUNCIONARIO DE IPS			1				1	1			3
OPORTUNIDAD NUTRICION, TERAPIAS, PYP			3								3
OPORTUNIDAD ENTREGA RESULTADSO DIAG. Y LABORATORIO			1								1
INFRAESTRUCTURA Y ASEO						1					1
<b>TOTAL POR MES</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>48</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>33</b>	

Fuente: Elaboración propia.

### Anexo C. Entrevista semiestructurada

FACTORES EN LA LITERATURA	BIBLIOGRAFÍA	PREGUNTAS DE ENTREVISTA
<p>La problemática que aborda el proyecto a desarrollar surge ante la manera en que la práctica médica se transforma de forma negativa, reduciéndose la posibilidad de una interacción con el paciente que surja desde la empatía.</p>	<p>(Santana, 2017, p. 505). Santana, R. (2017). Reflexión: La empatía en la relación «médico-paciente». Una ruta esencial obligada. Rev Sanid Milit Mex, 71(6), 503-206. <a href="https://bit.ly/38TsIFL">https://bit.ly/38TsIFL</a></p>	<p>1. ¿Cómo es para usted una relación con el paciente que surge desde la empatía?</p>
<p>factores como “exceso de pacientes por atender, tecnologías cambiantes, acceso a nuevos medicamentos, incremento en sus precios, enorme afluencia de información y desinformación tanto en el ambiente científico como en el popular”</p>	<p>Santana, R. (2017). Reflexión: La empatía en la relación «médico-paciente». Una ruta esencial obligada. Rev Sanid Milit Mex, 71(6), 503-206. <a href="https://bit.ly/38TsIFL">https://bit.ly/38TsIFL</a></p>	<p>2. ¿Qué piensa usted de la enorme afluencia de información y desinformación que tiene el paciente al acceder a internet?</p>

A la problemática descrita en los párrafos anteriores se suma la dificultad en la comunicación, que supera incluso la falta de conocimientos; no se discute la habilidad del médico, sino que, en todo proceso de atención.

González et al., (2015).

González, H., Uribe, C., & Delgado, H. (2015).

Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación Médica*, 16(4), 227–233.  
<https://bit.ly/3Y8j4yn>

3. ¿Qué sucesos le han dificultado a usted en algún momento la comunicación con el paciente?

La relación médico-paciente es limitada, mediada por procesos administrativos y de atención que debe seguir el médico.

González, H., Uribe, C., & Delgado, H. (2015).

Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación Médica*, 16(4), 227–233.  
<https://bit.ly/3Y8j4yn>

4. ¿Qué procesos administrativos de atención debe seguir usted como médico que piensa no son actividades que le corresponden?

Perfil humanista, en donde el profesional deberá entender a su paciente en toda su extensión de ser humano, pues este posee valores, actitudes y sentires que inciden en la interacción con el médico.

Carvallo (2005)

Carvallo, A. (2005). Médicos y profesionalismo. Pacientes e información. *Revista Médica de Chile*, 133(2), 253-258. <https://bit.ly/3wYLqOC>

5. ¿Que reconoce usted por atención humanizada?

---

En el proceso se vincula: “un acto de comunicación con lenguaje oral, gestual, corporal, en el que la observación del médico se encuentra basada en su capacidad para ver, oler, oír, sentir física y percibir emocionalmente”.

Villalobos y Calvanese (2021)

Villalobos, J., & Calvanese, N. (2021). La relación médico-paciente en tiempos de COVID-19. ¿Un cambio de paradigma? *Revista médica de Chile*, 149(7), 1070-1074. <https://bit.ly/3Gv8skL>

6. ¿Qué habilidades comunicativas usa usted para interactuar adecuadamente con el paciente?

---

Sostienen que las organizaciones prestadoras de servicios de salud deberán considerar tanto la satisfacción del usuario como de los profesionales en salud implicados en el proceso, de lo contrario se obtendrá una opinión sesgada.

García et al. (2002),  
García, H., González, L.,  
Barbosa, R., & Asensio,  
R. (2002). Los pacientes  
y la calidad de los  
servicios de atención  
primaria de salud.  
Encuesta a facultativos  
de los centros de salud  
Bahía de Cádiz y La  
Janda. *Atención  
Primaria*, 30(7), 425-  
433.  
<https://bit.ly/3MZXcPB>

7. ¿Qué inconvenientes cree usted que se ven enfrentados los profesionales de salud en la atención médica?

Hay preocupación por formar profesionales con adecuadas competencias comunicativas en la relación médico-paciente siendo parte del perfil del egresado.

González et al., (2015).  
González, H., Uribe, C.,  
& Delgado, H. (2015).  
Las competencias  
comunicativas orales en  
la relación médico-  
paciente en un programa  
de medicina de una  
universidad de  
Colombia: una mirada  
desde el currículo, los  
profesores y los  
estudiantes. *Educación  
Médica*, 16(4), 227–233.  
<https://bit.ly/3Y8j4yn>

8. ¿En el pregrado existió alguna materia que se enfocara en la humanización de la atención médica?

“conocimientos de la organización en que se labora y sus programas activos”

9. ¿En la institución en que usted labora hay programas, campañas, preocupación por la relación entre el estrés laboral y calidad de atención al usuario?

---

“Necesidades en el personal médico”

10. ¿Qué le gustaría se tuviera en cuenta con el personal médico en su institución?

---

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo D. Información de las entrevistas realizadas

### GUIA DE ENTREVISTA

FACTORES QUE HACEN PARTE DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA QUE INCIDEN EN LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL EN SANTIAGO DE CALI.

SEXO:

EDAD:

AREA DE TRABAJO:

TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO:

ESTUDIOS DE POSGRADO:

1. ¿Cómo es para usted una relación con el paciente que surge desde la empatía?
2. ¿Qué piensa usted de la enorme afluencia de información y desinformación que tiene el paciente al acceder a internet?
3. ¿Qué sucesos le han dificultado a usted en algún momento la comunicación con el paciente?
4. ¿Qué procesos administrativos de atención debe realizar usted como médico que piensa no son actividades que le corresponden?
5. ¿Que reconoce usted por atención humanizada?
6. ¿Qué habilidades comunicativas usa usted para interactuar adecuadamente con el paciente?

7. ¿Qué inconvenientes cree usted que se ven enfrentados los profesionales de salud en la atención médica?
  
8. ¿En el pregrado existió alguna materia que se enfocara en la humanización de la atención médica?
  
9. ¿En la institución en que usted labora hay programas, campañas o preocupación por el estrés laboral que se puede generar dado la búsqueda de mantener la calidad de atención al usuario?
  
10. ¿Qué le gustaría se tuviera en cuenta con el personal médico en su institución?

## **Anexo E. Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

#### **Título de la investigación:**

Factores que hacen parte de la relación médico-paciente desde la percepción de los médicos en el área de consulta externa que inciden en la satisfacción del usuario en una IPS de primer nivel en Santiago de Cali.

#### **Propósito del estudio:**

Esta investigación pretende describir-reconocer los factores asociados a la percepción del médico sobre la manera en que se genera la relación médico-paciente, identificando los puntos de vista que llevan a determinar la satisfacción del usuario.

#### **Procedimientos:**

Los participantes seleccionados han recibido una información previa sobre el trabajo a realizar, servida por un profesional estudiante de la maestría en gerencia de organizaciones de salud de la universidad Javeriana Cali, la entrevista será dirigida y procesada por los profesionales, Diana Carolina Gil y Daniela Largacha, estudiantes de tercer semestre.

#### **Riesgos e incomodidades:**

Esta investigación no representa riesgos para los participantes, ya que la participación se basa en una narrativa de experiencias de manera anónima.

#### **Beneficios:**

El conocimiento generado a partir de esta investigación permitirá brindar una información sobre dicha relación, generando un análisis de estos hallazgos y creando estrategias que propicien mecanismos de humanización en los médicos y experiencia en la atención del paciente.

#### **Confidencialidad:**

La investigación garantiza el anonimato de los participantes debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por el derecho a la privacidad. El investigador

se compromete a no informar en sus publicaciones, ninguno de los nombres de los participantes ni otra información que permitiera su identificación.

Los fines de la presente investigación son eminentemente académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo, la colaboración de los participantes es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

Los investigadores se comprometen a clarificar oportunamente cualquier duda sobre la investigación que sea expuesta por los participantes y sus representantes legales.

---

Firma Participante

---

Firma Investigador

**Anexo F. Tabla de comparativos motivos de queja de los pacientes**

<b>MOTIVO DE QUEJA</b>	<b>ENE</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SEPT</b>	<b>OCT</b>	<b>TOTAL MOTIVO QUEJA</b>
NO HAY AGENDA	3	3	2	1	6	5	20	8	9	13	70
OPORTUNIDAD DE CITAS MEDICAS	5	11	5	10	7	8	19	11	14	14	104
TRAMITES EXCESIVOS	3	3			2	3	2		4		17
NO CONTACTO POR TELECONSULTA	1										1
CANCELACION DE CITAS		1			1	1	3		2		8
INSATISFACCION DE MANEJO MEDICO		3	2	1	3		1			3	13
PROBLEMAS DE COMUNICACION CON LA IPS	1	1					2	2		3	9
TRATO INADECUADO POR FUNCIONARIO DE IPS			1				1	1			3
OPORTUNIDAD NUTRICION, TERAPIAS, PYP			3								3
OPORTUNIDAD ENTREGA RESULTADSO DIAG. Y LABORATORIO			1								1
INFRAESTRUCTURA Y ASEO						1					1
<b>TOTAL POR MES</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>48</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>33</b>	

Fuente: Elaboración propia.