

# Percepción del usuario sobre la relación médico-paciente en un servicio público

(Perception of user on the medical-patient relationship in a public service)

Silvana Patricia Andrade Álvarez<sup>(1)</sup>, Arturo Roberto Orbe Goyes<sup>(1)\*</sup>, Carmita Efigenia Andrade Álvarez<sup>(2)</sup>,  
Marta Cecilia Bonilla Caicedo<sup>(1)</sup>

(1)Carrera de Medicina, Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. EC060155

(2)Carrera de Administración de Empresas, Facultad de Administración de Empresas, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

\*Correspondencia: Dr. Arturo Roberto Orbe Goyes; Carrera de Medicina – ESPOCH; Campus Politécnico - Panamericana sur Km 1 ½, Medicina. Oficina Docente #14, Riobamba, Ecuador; código postal EC060155; Correo Electrónico: arturo.orbe@esPOCH.edu.ec

Artículo recibido el 21.11.2018. Artículo aceptado el 29.03.2019

## RESUMEN

**Introducción:** Se presenta un análisis sobre la relación que establece el médico con su paciente, en el servicio de salud pública más importante de la provincia de Chimborazo. Es posible evidenciar claramente el trato inadecuado del profesional al paciente, determinar si repercute de manera negativa sobre la salud de estos, y el efecto sobre la cobertura del profesional y por ende de la unidad de salud a la que se pertenece, son las interrogantes de investigación. **Metodología:** Es un estudio de campo, descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 1200 personas que acuden al servicio de consulta externa en el Hospital General Docente de Riobamba. Esta presentación se deriva de un estudio con más de 2600 individuos involucrados en tres servicios de salud privados y públicos. Se trabaja sobre variables específicas como respeto, sensibilidad, capacidad profesional, explicación del procedimiento, consejería del médico, y conformidad de la atención por parte del paciente. Además, se recolectan datos generales del paciente y del médico como sexo, edad y número de consultas que determinan el tipo de relación entre el profesional y la población. **Resultados:** De manera general existe un alto grado de satisfacción de pacientes atendidos. No obstante, existe evidencia sobre la falta de comprensión del paciente, poca sensibilidad del profesional y la inadecuada explicación sobre procedimientos, lo cual lleva a una atención insuficiente. **Conclusión:** La relación médico paciente es un conjunto de actividades que van, desde contacto visual, empatía, respeto y conocimiento adecuado hasta la manera de agendar una nueva cita.

**Palabras clave:** Atención Ambulatoria, Atención Integral de Salud, Atención al Paciente, Servicios de Salud, Investigación en Servicios de Salud, Investigación sobre Atención Médica, Salud Holística, Atención Individual de Salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** An analysis is presented on the relationship established by the doctor with his patient, in the most important public health service in the province of Chimborazo. It is possible to clearly demonstrate the inadequate treatment of the professional to the patient, determine if it negatively affects their health, and the effect on the coverage of the professional and therefore of the health unit to which it belongs, are the questions of investigation. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive field study with a sample of 1200 people who attend the outpatient service in the General Teaching Hospital of Riobamba. This presentation is derived from a study with more than 2,600 individuals involved in three private and public health services. We work on specific variables such as respect, sensitivity, professional capacity, explanation of the procedure, doctor's advice, and compliance of the patient's care. In addition, general data of the patient and the doctor are collected as sex, age and number of consultations that determine the type of relationship between the professional and the population. **Results:** In general there is a high degree of satisfaction of patients attended. However, there is evidence of lack of understanding of the patient, poor sensitivity of the professional and inadequate explanation of procedures, which leads to insufficient attention. **Conclusion:** The patient doctor relationship is a set of activities ranging from eye contact, empathy, respect and adequate knowledge to the way of scheduling a new appointment.

**Keywords:** Ambulatory Care, Comprehensive Health Care, Patient Care, Health Services, Health Services research, Medical Care Research, Holistic Health, Personal Health Services

## 1. Introducción

La medicina tiene especial importancia sobre la relación médico-paciente, puesto que es una ciencia exclusivamente para seres humanos, fundamentada en la necesidad de asumir una buena gestión sobre la asistencia médica para llegar al desarrollo exitoso sobre la evolución del paciente. El médico, además de utilizar su conocimiento científico, también hace uso de diversas tecnologías existentes como la imagenología y otras, a pesar de ello, lo más significativo e importante es que el paciente comprenda absolutamente todo lo que el médico le explica sobre su padecimiento, obviamente en términos completamente amigables a sus condiciones y, para poder hacerlo se necesita mantener una buena comunicación.(1-4)

En esta relación, motivo del estudio, entre el médico y el paciente se reconoce una relación de tipo profesional, en la cual interactúan, fundamentalmente dos personas, en excepciones esta relación se condiciona a más personas, puesto que al tratarse de niños y niñas, la relación se extiende hacia los padres o tutores, pero la relación base se encuentra entre dos personas que tienen personalidades diferentes, culturas distintas, contextos afectivos y emotivos diferentes, intereses, objetivos diversos. Por una parte, el paciente requiere ayuda y por la otra el médico ofrece dicha ayuda, puesto fue formado científicamente para ello.(5) De la capacidad que ha desarrollado el médico para manejar la situación y comunicación con el paciente depende el éxito de esta relación, ya que incluye la atención, el respeto, el afecto, la confianza, la demostración de preocupación ante la situación y la capacidad de satisfacer las expectativas básicas del paciente que, en la mayoría de los casos, es conocer cuál es su problema y el proceso necesario para recuperarse.(6-7)

Todo el proceso fluye con regularidad cuando el/ los médicos son comprensivos, amorosos, atentos, dan confianza y esperanza a la hora de comunicar el diagnóstico, independientemente de la gravedad de la enfermedad.(8) Este importante momento, en donde se trasmite el diagnóstico encontrado, puede incurrir en graves e irreparables situaciones adversas para el paciente, puesto que, si se expresa de una manera fría y parca, el pronóstico se torna obscuro e incier-

to, y la persona pierde fuerzas para enfrentar su enfermedad, ese momento que está viviendo es fundamental emocionalmente, por tanto, el diagnóstico puede convertirse en una sentencia irreversible.

La actitud con la que el médico asume para aproximarse al paciente está condicionada al modelo teórico con el cual fue formado y con el cual fue entrenado, aunque no sea explícito durante su formación, esto ocurre en la mayoría de los profesionales. En este punto del relacionamiento, es fundamental que el médico haya aprendido a reconocer sus rasgos de personalidad, de carácter, su nivel de información, sus limitaciones, sus habilidades y debilidades, y hasta qué punto tiene la competencia para manejar o no, una determinada situación y cuando requiere acudir a otro colega o especialista.(9-10)

Uno de los principios básicos del médico, es no comprometerse a curar a sus pacientes, en cambio, está obligado a responsabilizarse de todos los cuidados y tratamientos necesarios para lograr la curación del paciente, de igual manera, mitigar el dolor e impedir fortuitas complicaciones, padecimientos prolongados e incluso evitar la muerte. Para ello, hará uso de los conocimientos científicos y médicos actualizados y los mecanismos o medios dispuestos a su alcance, y acorde a las condiciones específicas de modo, lugar y tiempo.(11)

Desde una correcta práctica médica, los medios más apropiados para hacer frente a diversos desórdenes de la salud, llámense enfermedades, trastornos o invalidez, son esenciales. Dichos medios son aplicables, por ejemplo, en muchas de las enfermedades mentales, en donde, no existe una localización orgánica definida, es necesario remitirse a un ámbito diferente, como puede ser las relaciones sociales, de las cuales pueden estar asociadas o generando dicha enfermedad.(12-13) Se debe estar claro y aceptar que la enfermedad no es un hecho exclusivamente biológico, sino que incluye aspectos psicológicos y sociológicos, incluso en determinadas situaciones, la enfermedad es un modo de manifestación ante presiones sociales.

Se ha demostrado que las situaciones personales y sociales influyen en el estado de desequilibrio en el funcionamiento normal de una persona, a lo cual se denomina enfermedad, este desequilibrio afecta en determinadas situaciones en la totalidad del ser, es decir engloba a todo el organismo.(13)

Es ahí en donde el conocimiento profesional del médico se orienta, en un sentido de servicio colectivo al prójimo, y no al beneficio individual, se plantea entonces que su objetivo es operativamente el combatir o mitigar las molestias o enfermedad en sus pacientes, por tanto, se justifica su comportamiento englobante de su interés hacia los demás sobre el suyo propio. (14)

La buena relación y comunicación del médico con sus pacientes debe ser muy alta, usando en la comunicación un lenguaje y términos que sean fáciles de comprender, en ello radica el encaje de su relación con el paciente, este proceso exige el máximo de las actitudes de manera bidireccional, fuerte componente neutral de la afectividad, finalmente una meta común la cual es minimizar la enfermedad o la disfuncionalidad de los comportamientos de las personas enfermas que se encuentran bajo su cuidado.

La presente investigación sitúa la posición de los pacientes frente a la atención recibida por parte del médico, permitiendo conocer la realidad del servicio público, la percepción del paciente en cuanto a la manera de cómo es atendido, su cortesía y respeto, la manera de explicar si es o no adecuada sobre el diagnóstico, sobre el tratamiento y por supuesto sobre el pronóstico de la enfermedad, que son los requerimientos básicos de toda persona que acude a un servicio de salud, siendo estos principios fundamentales para que el paciente pueda cumplir con el tratamiento de manera correcta y como consecuencia de ello, el retorno o la visita subsecuente con el mismo médico con el cual recibió la atención. Existen protocolos de atención, pero no son manuales prácticos para disponer de la aceptación de los pacientes en el proceso de atención, desde el año 2010 se ha trabajado un guía o manual práctico que recoge la posibilidad de evaluar las competencias de la relación médico paciente en residentes, en donde existen elementos que debe considerarse como una estrategia a la hora

de medir el proceso, esta situación se describe en el país vecino Chile.(15)

Es real, la débil formación académica de los profesionales en este aspecto, pues no se considera desarrollar las habilidades comunicacionales como parte del quehacer de un buen médico, existe información sobre los mecanismos existentes para integrar este aspecto en la formación del profesional en medicina, ya que la comunicación entre médico-paciente es otra de las competencias en medicina.(16)

Si bien es cierto y fundamental la formación del profesional en el aspecto de la comunicación, es importante también reconocer problemas en la personalidad de los pacientes, debido a que muchos de los casos, provienen de un proceso de morbilidad retenida, generada por otras circunstancias de índole social y que afectan en la psiquis, esto suele obstaculizar la relación médico paciente debido, precisamente a sus trastornos emocionales. Por ello, es importante que el médico reconozca de manera oportuna y desarrolle habilidades para la comunicación y la empatía. (17)

Quedan planteadas las posibilidades de que esta relación no fluya pro aspectos de uno u otro lado, aun así, el médico debe generar los canales de comunicación necesarios para permitir esta relación, considera entonces, la comunicación del diagnóstico, el necesario trabajo conjunto con la familia en el contexto social del paciente, el seguimiento, la determinación de competencias que deberá desarrollar, si su problema obedece al estilo de vida, los cuidados, entre otras, pero a veces esa comunicación debe extenderse a los responsables del cuidado, o a determinado miembro familiar que acompaña al paciente, lógicamente desde la severidad de la morbilidad y desde la perspectiva ética y práctica teniendo en cuenta los valores, posibilidades, gustos del paciente.(18)

Por lo expuesto, la interrogante que se plantea gira en torno del trato inadecuado del profesional ante su paciente, especialmente en un establecimiento público y determinar si repercute de manera negativa sobre la salud de estos, y el efecto sobre la cobertura del profesional y por ende de la unidad de salud a la que se pertenece, siendo el objetivo, ¿establecer cuál es la per-

cepción de los usuarios con respecto a la calidad de atención del médico?

De esta última se desprende la importancia de hacer esta investigación en un establecimiento de salud grande e importante, como es el HPGDR además de ser un referente cantonal y provincial, donde acuden pacientes por diferentes causas, con una diversidad étnica, cultural, social, académica, entre otras, lo cual potencia encontrar y analizar las diferentes interrogantes de la investigación sobre la relación de esta diversidad poblacional con el médico del servicio.

## 2. Materiales y métodos

La investigación utiliza la investigación descriptiva como base, usando la observación como mecanismo de confrontación de los datos obtenidos, con un corte transversal en el proceso total de la investigación, la técnica de encuesta administrada por los investigadores, en base a una ya existente y validada por PREMEPA (percepción de la relación médico-paciente) que se compone de 17 aspectos y que mide la percepción de los pacientes en cuanto a la calidad de la atención recibida.<sup>(19)</sup> La población total del estudio la comprenden todos los pacientes atendidos ambulatoriamente en el hospital en sus diferentes servicios, siendo 2600 el número de referencia. Se usa el cálculo muestral probabilístico al 95% de confiabilidad para el total de la población que interviene en la investigación más los criterios de la investigación, el resultado es de 1200 individuos, hombres y mujeres que asisten al servicio de consulta externa, para atención ambulatoria, en el Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba, entre Octubre 2017 y Agosto 2018.

Se usan criterios de selección de la muestra, entre los criterios de inclusión se encuentran las personas mayores de 18 años que asisten por cualquier causa a los servicios de consulta externa del Hospital en el período de levantamiento de información, que de manera libre y voluntaria acepten formar parte de la investigación, entre los criterios de exclusión se encuentran pacientes que requirieron ingreso hospitalario, pacientes que por su condición de morbilidad se encontraban afectadas de su estabilidad emocional y de juicio, personas con discapacidad física e intelectual, niños y adolescentes. La se-

lección de la muestra es por defecto aleatoria simple.

Se mantiene como variable dependiente la percepción del usuario y como independientes las características demográficas de los usuarios, en la relación médico-paciente del servicio público recibido. Para asegurar la no intervención de factores ajenos a las variables de investigación, se da uniformidad a las variables y métodos, de manera individual, con el fin de evitar errores de medida, homogenizando las condiciones en que se recogen las variables manteniéndolas constantes a lo largo de la investigación, además de tener un control aleatorio de los efectos de orden.

La investigación basa sus resultados en su validez interna, librando cualquier tipo de sesgo, generando confianza desde la presentación, interpretación y validez de resultados pues se los puede generalizar, para ello, se toma en cuenta la selección de la muestra, el cruce de variables y análisis, evitado la rivalidad de las unidades de análisis y la selección diferencial de la muestra. La validez externa se refleja en la extensión y forma en que los resultados pueden ser generalizados a diferentes sujetos, lugares o poblaciones.

Para el levantamiento de información se aplica un instrumento validado en otras investigaciones, conocido como PREMAPA (percepción de la relación médico-paciente), diseñada a manera de formulario en la plataforma virtual Google Form, administrada en dispositivos móviles con conexión a internet, a través de las cuales se van alimentando una base de datos en tiempo real. De esta manera se elimina la posibilidad de tener datos perdidos. Los responsables de aplicar el instrumento son colaboradores de la investigación que pertenecen al décimo nivel de la Carrera de Medicina que pasaron el entrenamiento previo.

La herramienta PREMAPA usa para determinados aspectos, la escala Likert, compuesta en su mayoría de cinco opciones de respuesta. La estructura siempre considera un aspecto positivo y uno negativo, una parte de neutralidad que no es positiva ni negativa, dos opciones más que se ubican entre la neutralidad y los extremos opuestos. La propiedad de las preguntas en base

a escala Likert permite medir percepciones, satisfacciones o necesidades.

Se cumplieron las fases de selección del método para levantamiento de resultados, la selección, diseño del instrumento, la aplicación del instrumento y el procesamiento de los datos. Para la fase tres y cuatro, se almacena los datos y se procesa los resultados con el programa Microsoft Excel licenciado por la ESPOCH en el laboratorio de computación de la Carrera de Medicina, con el mismo, se trabaja el cruce de variables para la presentación estadística y representación gráfica de los mismos, haciendo uso de la estadística básica, los resultados se presentan mayormente en una medida porcentual y en otros casos en forma de razón. El análisis y discusión compete exclusivamente a los autores confrontando los resultados con la base teórica consultada para efectos del protocolo y desarrollo de la investigación. Los resultados primarios provienen de los participantes y los secundarios de las fuentes bibliográficas de referencia.

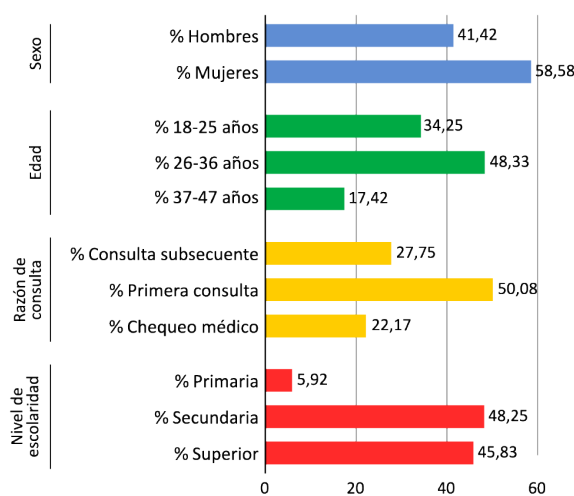
El aspecto ético de la investigación se respalda en los consentimientos informados de los participantes en donde se expresa la voluntad de su participación, además de tener un enfoque basado en derechos, lo cual garantiza la objetividad de la investigación y la integridad de los participantes y de la institución pública.

### 3. Resultados

La investigación presenta los resultados de manera agrupada en tres aspectos que enmarcan la posibilidad de entender el grupo poblacional estudiado, conociendo en primera instancia el contexto de la población y la situación que antecede al proceso de atención. De esta manera la población estudiada la componen 1200 individuos, divididos entre 497 hombres y 703 mujeres con un porcentaje de presencia predominante en mujeres con el 58.58%, frente al 41.42% de hombres. Las edades comprendidas entre 18 y 25 años acumulan 411 individuos que representan el 34.25%, los individuos entre 26 y 36 años, en número de 580 representan el 48.33%, y los pacientes entre 37 y 47 años, 209 casos representan 17.42% del total de los individuos conformantes de la muestra de estudio.

Otra de las características de la muestra estudiada, que es menester conocerla por la importancia en la percepción que pueda o no influir en la descripción del paciente en la calidad, es la razón de consulta, en primera instancia se reconoce el chequeo médico como una actividad no periódica o habitual de la población, por lo que, a pesar de las 266 personas que acuden al servicio de consulta externa por chequeo médico, son consideradas como consultas de pacientes nuevos, y pacientes que han tenido ya una o más de una consulta anterior, porque son parte del estudio diagnóstico o están en tratamiento por su morbilidad, alcanza un número de 333 individuos, dejando evidente al grupo de pacientes nuevos, acuden al servicio por primera vez en el periodo de levantamiento de información 601 casos, representando de manera respectiva el 22.17%, como referencia de razón el chequeo médico, el 27.75% como razón de consulta subsecuente, y el 50.08% como razón de consulta nueva.

Características de la población de estudio



Fuente: Encuesta PREMAPA - HPGDR 2018

**Gráfico 1. Características de la población de estudio.** Por sexo, edad, razón de la consulta y nivel de escolaridad.

La escolaridad de la muestra ratifica una de las características sociodemográficas más importantes en el análisis de una determinada situación, por tanto, la muestra se categoriza con 71 individuos que tienen estudio de primaria, representando el 5.92%, 579 individuos con estudios de secundaria, representando el 48.25%, y 550 individuos con estudios superiores, representando el 45.83% de la población estudiada,

no existieron registros de individuos con ningún nivel de escolaridad. De manera general, el grupo de estudio es muy significativo en cuanto a su preparación académica (94.11%) tiene una formación de secundaria y superior, lo cual indica que la percepción de cada individuo en esta muestra, a la hora de evaluar la calidad de atención, va a notar mucha objetividad, coherencia, análisis, y crítica constructiva, por su evidente grado de formación (gráfico 1).

La información presentada sitúa en contexto las condiciones de la población para realizar la siguiente parte de la investigación que es el análisis de los aspectos considerados para la evaluación de la relación médico paciente. Como se explicó al principio de los resultados, la segunda parte de este documento consiste en evidenciar la percepción del paciente en torno a la relación con el médico que lo atendió, siendo esta la parte medular y más significativa del estudio.

El 80.92% de las personas que fueron parte del estudio manifiestan que antes de acudir al servicio de consulta externa del Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba, ya acudieron a otra casa de salud, argumentando entre las razones, la complejidad para la separación del turno, la desconfianza en el sistema de salud, las extensas y largas colas que deben hacer para lograr ser atendidos, entre otras, mientras que el 19.08% manifestó que no buscaron otro tipo de atención, acudieron de manera inmediata por su problema de salud.

Para determinar la satisfacción que tiene un paciente ante el servicio, la investigación hace uso de las escalas de medición de Likert de cinco opciones de selección, que van desde el aspecto negativo cuya opción de respuesta es -no fue cortés ni respetuoso, al aspecto más positivo que es -fue muy cortés y respetuoso, el aspecto de neutralidad lo establece la opción -ni cortés ni respetuoso. Los resultados en su mayoría se inclinan hacia el aspecto más positivo y extremo de la escala, fue muy cortés y respetuoso (711 individuos) que lo reconocen, este valor representa el 59.25%, seguido por la opción medianamente cortés y respetuoso (244 individuos) con el 20.33% del total de los encuestados, resultado de ello, en cuanto a la cortesía y respeto del médico hacia el paciente se masifica en el

79.58% de percepción positiva de los pacientes.

No se determinan valores intermedios en esta escala de medición, más bien por el contrario de los resultados anteriores, los aspectos negativos de la satisfacción se valoran entre la opción fue muy poco cortés y respetuoso (174 individuos), que representa el 14.50%, y el extremo negativo con la opción no fue cortés ni respetuoso con 71 individuos que lo identifican así, representa el 5.83%, del total de la población de estudio. El resultado global negativo de esta percepción alcanza al 20.42% de las respuestas. Una de las razones principales argumenta que el uso del computador o de las tecnologías han permitido esta separación entre el médico y el paciente, situación que a menudo se relaciona por la mayor importancia de manejar un registro electrónico, lo cual genera una descortesía, que poner más atención a lo que el paciente desea contar.(20)

Otro de los aspectos valorados, y que tiene que ver con la atención, es el saber escuchar, los pacientes manifiestan la necesidad que el médico escuche todo lo que ellos quieren manifestar, aun cuando las manifestaciones no tengan relación directa con su padecimiento, pero que ellos lo asocian de manera empírica o cultural.

Para este aspecto en especial, se usa la escala Likert de satisfacción con cinco opciones de respuesta, que va desde el aspecto positivo extremo, hasta el aspecto negativo extremo, el grado de neutralidad lo establece la condición -ni me escucho ni hablé todo, el cual no tuvo respuestas valoradas en su aspecto, esta escala de valoración tiene fundamentaciones teóricas de asertividad en la relación entre el médico y el paciente.(21) Para las demás opciones de respuesta, los resultados positivos se repartieron para el aspecto -me escucho todo lo que quería decirle, con 640 respuestas de individuos, representado con el 53.33%, -me escucho, pero poco, con 152 respuestas, que representan el 12.67%. Hacia el extremo negativo, las opciones de -me dejo hablar, pero no me escucho todo lo que quería decir, con 274 respuestas, representa el 22.83%, y para la opción -no me dejo hablar, existió 134 respuestas que representan el 11.17% del total de individuos del estudio.

De la media hacia los aspectos positivos, se engloba un total de 66%, de respuestas favorables para la evaluación de que el médico escucha y deja fluir la comunicación con el paciente, por el contrario, de la media hacia el extremo negativo se engloba un 34% de individuos que no están de acuerdo con la capacidad del médico en escuchar todo lo que los pacientes quisieran manifestar.

Otro campo estudiado parte desde el sentirse comprendido por el profesional de la salud, los pacientes responden de manera indistinta en cada aspecto, lo cual no genera un patrón de respuestas o una tendencia de la atención en este aspecto, las opciones respondidas y que son consideradas positivas en la relación médico paciente, es -sentirse totalmente comprendido, con 385 pacientes que respondieron esta opción, representando así el 32.08%. Para la opción de respuesta -si me comprendió, pero poco o no totalmente, respondieron 686 pacientes, representando así el 57.17%, y para el aspecto negativo de esta relación que es el -no sentirse comprendido alcanza las 129 respuestas de pacientes, lo que representa el 10.75% del total de respuestas de los pacientes del estudio.

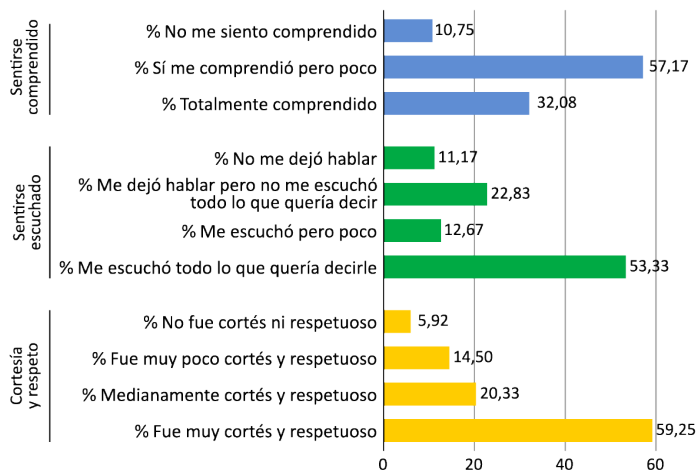
Los porcentajes que muestran inconformidad con la atención y el trato recibido, es significativo hasta esta parte de la investigación, fluctuando entre el 11% hasta el 34% en los distintos aspectos presentados, (gráfico 2).

El problema de salud de una persona está condicionado a la sensibilidad de quien lo padece, y depende en gran medida, que esta situación vulnerable y momentánea se agudice en el transcurso de su padecimiento. El paciente requiere ser atendido por su médico, siendo sensible hacia el padecimiento que lo aqueja, esto mantiene activo el canal de confianza y comunicación en esta relación. Desde la percepción del paciente qué tan sensible fue su médico al momento de la atención, es el aspecto que se mide y a continuación se presentan los hallazgos.

Para mantener el orden de presentación, los as-

pectos que se inclinan hacia lo positivo corresponden a la opción -totalmente sensible con 399 casos, que representan el 33.25%, seguido de 378 individuos que señalaron que el médico fue -medianamente sensible, lo que significa un 31.50%, continúan los 198 casos de pacientes que señalaron la opción de que el médico -fue poco sensible, esto significa un 16.50%, final-

Percepción de la conformidad con la atención y el trato recibido



Fuente: Encuesta PREMAPA - HPGDR 2018

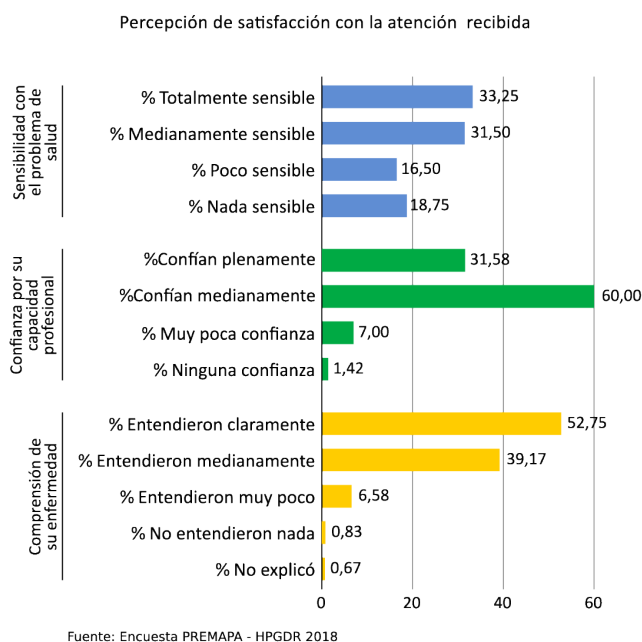
**Gráfico 2. Percepción de la conformidad con la atención y el trato recibido.** Se trata de la percepción del usuario con respecto a la conformidad que tiene con la atención y el trato recibido durante su consulta. Se presenta en tres aspectos que tienen que ver con sentirse comprendido, sentirse escuchado y haber sido atendido con cortesía y respeto.

mente el 18.75% del total de los individuos que suman 225 casos, indicaron que el médico que le atendió -no tuvo nada de sensibilidad ante su problema de salud.

Al tratarse de seres humanos, la susceptibilidad emocional, es muy variante e indica que la persona no está dispuesta en su acostumbrada normalidad, y la emoción de necesidad se presenta como algo que su entorno no comprende, y puede llegar a lastimar muy profundamente la autoestima de aquella persona. Situaciones como estas generan que la percepción pueda cambiar de sentido, y se disminuya la confianza que el médico pudo ya habérsela ganado.

En torno a la confianza del paciente para con su médico, la investigación encuentra, que 379 pacientes confían plenamente en el médico que lo atendió por su capacidad profesional lo cual ins-

pira confianza, este grupo de pacientes representa el 31.58%. A su vez 720 individuos confían medianamente (60%), muy poca confianza 84 registros que representan el 7%, y quienes expresaron que no tienen confianza con el profesional corresponden a 17 casos que representan el 1.42%. Estos resultados indican que existe la confianza de la población hacia el médico del servicio público, confían de su capacidad profesional, pero no es un dato absoluto, que sería lo ideal, entonces qué limita esta relación en uno de cada 10 pacientes, situación por ser analizada en la relación con las demás interrogantes consultadas y los hallazgos del estudio.



**Gráfico 3.** Percepción de la atención recibida. Se trata de la percepción de la atención del usuario con respecto a la atención recibida. Se presenta en tres aspectos que tienen que ver con la confianza en la capacidad profesional del médico, la sensibilidad del médico con su enfermedad y la comprensión de la enfermedad por parte del usuario.

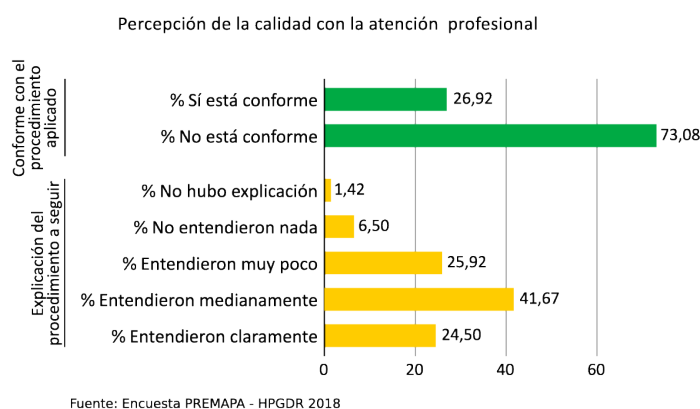
Otro de los componentes importantes de la investigación es determinar si el paciente pudo entender el problema de salud que le afecta, aspecto importante en la medida en que muchas de las veces las personas no aceptan su enfermedad debido a que no entienden el problema. Los resultados de esta parte de la investigación señalan que 633 individuos aceptan que, si entendieron claramente la explicación del médico, es decir, el 52.75% del grupo, sigue a este hallazgo quienes entendieron medianamente y muy poco, 470 registros para el primer caso y 79 re-

gistros para el segundo, representando así un 39.17% y 6.58% respectivamente. Lo que llama la atención en esta parte de la investigación son los resultados negativos que evalúan a la misma, 10 registros expresaron que no entendieron nada de la explicación del médico y, 8 casos que aseguraron que el médico que los atendió no le explicó el problema de salud, siendo 0.83% para el primer caso y 0.67% para el segundo, alcanzado esta negativa situación el 1.5% del total de pacientes que son parte de la investigación. (gráfico 3).

Se deriva de la situación anterior, la necesaria explicación de cuál sería el procedimiento por seguir con el paciente y su problema de salud, en esta esfera, los resultados alcanzan a 294 registros que indican que, si entendieron claramente la explicación del médico en lo que respecta al procedimiento a seguir para solucionar su problema de salud, lo cual representa 24.5%, es decir, apenas ¼ del total de la población objeto, continúan los 500 registros de los pacientes que señalan que entendieron medianamente la explicación del médico, siendo esto el 41.67%, 311 registros de quienes entendieron muy poco de la explicación, alcanzando un 25.92%. El hallazgo preocupa en los siguientes valores, 78 personas mencionan que no entendieron nada de la explicación y 17 pacientes registran que no hubo la explicación por parte del médico, para el primer caso corresponde el 6.5%, y para el segundo el 1.42% del total de la población objeto de investigación.

Otra de las variables estudiadas tiene que ver con la conformidad del paciente ante los procedimientos desarrollados por el médico para diagnosticar su problema de salud, siendo 877 registros que indican no estar conformes con los procedimientos efectuados en su atención lo cual representa el 73.08% del total de la investigación, y 323 casos de pacientes que manifiestan lo contrario siendo apenas el 26.92%. Ante esta situación surgen diversas y más profundas reflexiones dirigidas a las actividades que realiza el médico durante la consulta y que tienen que ver con el examen físico, la auscultación, la revisión por sistemas, entre otras más. (gráfico 4).





**Gráfico 4. Percepción de la calidad con la atención profesional.** Se trata de la percepción del usuario con respecto a la calidad con la atención profesional recibida. Se presenta en dos aspectos que tienen que ver con la explicación del procedimiento a seguir y la conformidad con el procedimiento aplicado.

Situación alarmante para un sistema de salud público que cada vez decae en la relación médico paciente, dualidad que debe ser armónica, simple, enmarcada en la confianza y la seguridad. El siguiente resultado tiene que ver con la globalidad del estudio, cada paciente tiene la oportunidad de recomendar a su médico ante un familiar o un amigo, amparado en la experiencia vivida en su atención de salud, los resultados muestran que apenas el 19.08% si lo haría, mientras que por el contrario la gran mayoría, 971 registros, que representa el 80.92% no recomendaría a ese médico del cual recibió la atención.

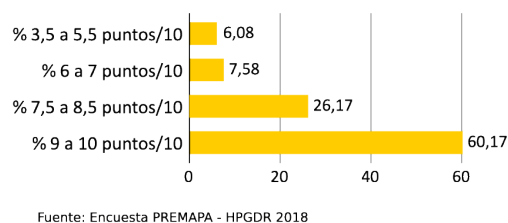
Finalmente, la escala de percepción global de satisfacción del usuario frente a la atención recibida considera todos los aspectos revisados y presentados anteriormente, más todos aquellos que el usuario logra definir antes de hacer la valoración en la escala de 1 a 10, ahí se plasman las expectativas que tuvieron antes, durante y después de la atención. Los resultados sobre esta parte de la investigación indican que las evaluaciones inician en la puntuación más baja, se registra como 3.5 puntos sobre 10, calificación muy pobre en relación con la satisfacción que deberían tener los usuarios de un servicio de salud.

Para presentar los resultados de manera más objetiva, se categoriza los registros acordes a la asociación de rangos de la escala de satisfacción. El primer rango corresponde a la puntua-

ción de 3.5 a 5.5 puntos, en donde se registran 73 individuos que la valoran de esa manera, lo cual significa un 6.08%, el siguiente rango corresponde de 6 a 7 puntos en donde se registran 91 casos que representan el 7.58%, quienes calificaron su satisfacción entre 7.5 y 8.5 puntos son 314 registros que representan el 26.17%, y quienes evaluaron entre 9 y 10 puntos en la escala suman 722 casos lo cual representa el 60.17% del total de la muestra de investigación. (gráfico 5).

Las puntuaciones más altas indican que 8 de cada de diez usuarios valoran la atención del profesional médico como satisfactoria en la consulta recibida en los servicios de consulta externa del Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba durante el año que duró la investigación.

Percepción del usuario sobre la satisfacción global de la atención



**Gráfico 5. Percepción del usuario sobre la satisfacción global de la atención.** Se trata de la percepción global del usuario con respecto a la atención recibida. Significa una evaluación general sobre toda la atención que el profesional médico otorga al paciente. Se puntúa en una escala de 1 a 10, siendo el valor más alto indicador de una a mejor satisfacción.

Entre las características del médico que atendió a los usuarios de la investigación se describen por sexo en 522 pacientes atendidos por médicos mujeres y 678 registros por un médico hombre, lo cual se representa con 43.5% y 56.5% respectivamente. En cuanto a la posibilidad de que el usuario pudiese escoger al médico que le atendió, apenas el 32.58% de pacientes lo pudo hacer, mientras que el 67.42% de pacientes fue asignado, es decir, no tuvieron la posibilidad de escoger con quien atenderse.

La distribución por edad de los médicos que atendieron a la población de estudio se encuentra que el 25.92% fue adulto joven (311 respuestas), el 59.92% mediana edad adulta (719 respuestas) y el 14.17% fue adulto mayor (170 respuestas), características que pueden o no influir en la confianza del usuario, sin embargo, no se puede asegurar con los datos de esta investigación, puesto que no fue variable de estudio.

#### 4. Discusión

El hecho de que el médico no preste atención en el momento en que los pacientes desean exponer sus ideas, rompe la comunicación y, por tanto, la insatisfacción aumenta. El determinar si el paciente pudo entender el problema de salud que le afecta, aspecto importante en la medida en que muchas de las veces las personas no aceptan su enfermedad debido a que no entienden el problema, es un ámbito importante en la atención. La importancia de saber escuchar y entender a los pacientes radica en lograr un adecuado vínculo que permita fortalecer una buena relación médico-paciente, obviamente en un ambiente de empatía, la no adecuada interrelación repercute en la falta de apego terapéutico.(22-23)

Singular atención merece la línea de resultados referentes al diagnóstico y a la comunicación existente para que sea comprendida y aceptada por el paciente, puesto que el proceso diagnóstico dentro del quehacer médico es fundamental para el paciente y de especial manera en su comprensión, existe el abordaje de este tema por las repercusiones que tiene en esta dualidad médico paciente, la formulación y la comunicación de éste, esta última enmarcada aún más profundamente en el ámbito de dar malas noticias o diagnósticos desfavorables a los pacientes. (24)

Como consecuencia de la anterior situación se deriva la necesaria explicación de cuál sería el procedimiento por seguir con el paciente y su problema de salud, situación que demanda seria comprensión del tratamiento, por ende, la explicación debe estar clara y acorde a las condiciones de los pacientes.(25) Se refleja la concordancia entre las percepciones de los pacientes que han sido tratados en varias ocasiones con el médico, y un alto grado de

aceptación entre ambos cuando la atención es frecuente.(26)

Se agudiza aún más el problema, puesto que, la comunicación en el ámbito humano resulta en ciertas instancias complicado, aún más entonces, en la comunicación clínica, por su particularidad propia, por ello, está considerada actualmente como una de las competencias esenciales de un médico, el autor lo representa como dos dimensiones claves para la comunicación asistencial, la primera por su propia naturaleza comunicativa y, la segunda su orientación centrada en la persona.(27)

No es muy lejana la posibilidad de que, en la globalidad, existan propuestas de uso de tecnología móviles que permitan mantener una relación médico paciente a través del uso de TIC, la pregunta es ¿por qué no?, si en la gran mayoría de pacientes y médicos encontramos puntos de acuerdo y coincidencia, como el uso del teléfono móvil conectados al servicio de internet, y al cual le prestamos mayor atención e importancia. Tras esta idea, la relación se vería reforzada fundamentalmente en la universalidad, interacción, y accesibilidad.(28)

Si analizamos un poco más allá de lo que se considera básico en la relación médico-paciente, como la comunicación, el saber escuchar, etc., y se dimensiona la posibilidad de basar esta relación en las formas de tratar los síntomas, signos y modalidades, entendidas como variaciones individuales de estos síntomas en la forma de manifestarse, es decir complacer al paciente en el modo de reaccionar individualmente, abaratar costos de tratamientos, situación que será bien tolerada por el paciente en el contexto grave de la economía entre otras cosas, es decir, hacer un ejercicio profesional que aporte satisfacción personal en quienes interactúan, situación propuesta por profesionales médicos especializados en homeopatía, entonces, será posible mejorar la relación dual de médico-paciente si se apunta a la orientación de nuevas proposiciones, una gran interrogante.(29)

Bajo estos resultados, también se abren nuevas ideas que contextualicen la situación real de esta percepción, que, en muchos de los casos, puede resultar demasiado subjetiva, pues el concepto de maltrato que se registra a manera

de queja o reclamo sobre la atención del personal no tiene una base objetiva o paramétrica de evaluación, existen aportes en torno a esta situación que podrían apoyar en la comprensión más precisa de la relación médico-paciente.(30)

En medio de estas situaciones características de los médicos, la investigación se limitó al descubrimiento de resultados desde la encuesta PRE-MAPA, pero existen otros aportes que se desprenden de los análisis de médicos con alta experiencia, mayor a 10 años en consulta, quienes reconocen 9 categorías temáticas que en orden se presentan como: confianza-interés, medicalización-tratamiento, dimensión subjetiva, dirección-orientación, negociación, distancia e información, calidad clínica, comunicación clínica, las dos primeras muy coincidentes con el presente estudio.(31)

Las limitaciones de la investigación comprenden los pacientes que manifiestan inconformidad con la atención y por lo tanto no quieren ser parte del proceso de levantamiento de información, limitan el acceso de su consentimiento y por consiguiente el resultado es parcialmente conocido. Otra limitante se desprende de la incertidumbre de pacientes que demuestran conflictos internos ante las preguntas del instrumento, el temor existente por ser sujetos de estudio o el miedo a las represalias por parte del médico, limitan el acceso claro y breve del instrumento, el personal colaborador de la investigación en muchas de las ocasiones se tomó más tiempo del previsto para el levantamiento de un solo instrumento.(32)

Con los antecedentes de la presente investigación, que demuestra situaciones a mejorar en el sistema público, lo cual indica que las nuevas acciones frente al mejoramiento de la relación médico paciente tienen que ver con la comunicación verbal y expresiva del personal de salud frente a los usuarios del sistema de salud pública del país.

Por otro lado, la investigación permite plantearse nuevas interrogantes que potencian el inicio de nuevas investigaciones para profundizar ciertos aspectos de esta.

Los estudios explicativos pueden ser parte de la continuidad de la investigación en cada una de

las directrices presentadas en este artículo.

## 5. Conclusiones

Las atenciones en el sistema de salud dependen en gran medida de las condiciones sociales y económicas de la población, sin embargo en la última década, esta condición cambia, debido principalmente a los beneficios institucionales que reciben los pacientes al momento de la atención, medidos desde las condiciones de infraestructura, instalaciones cómodas, personal capacitado, protocolos de atención establecidos, facilidades en el acceso de la atención, recepción de medicamentos, interconsultas, entre otras. Estas circunstancias fueron establecidas desde la legalidad en la política del estado, sin embargo, esta misma legalidad aplica hacia la calidad y calidez de la atención que el personal de salud debe entregar a los usuarios del sistema.

Desde ese contexto de la república, se imagina una atención de calidad por, sobre todo, esta investigación concluye sobre un análisis correspondiente a una parte de dicha calidad, que es la relación médico paciente, lo cual apunta a medir de manera práctica la calidez del profesional de la salud hacia los usuarios del sistema.

Los resultados concluyen que, de manera general, existe la percepción de los usuarios hacia la satisfacción de una buena relación con el médico, 6 de cada 10 usuarios lo establecen como satisfacción plena, 3 de cada 10 lo señala como media, y 1 de cada 10 usuarios está insatisfecho. Esta constante proporción se mantiene a lo largo de la investigación, es decir, de manera global están satisfechos, pero, en las especificaciones de una determinada condición, no es así.

La confianza es uno de los parámetros más importantes para esta relación entre el médico y el paciente, 7 de cada 10 usuarios, confían poco y nada en el médico que los atiende. Esa misma medida se mantiene al no estar conformes con el procedimiento aplicado por el médico a la hora de determinar el diagnóstico. Se mantiene, además, esta inconformidad, a la hora de recibir la explicación sobre el procedimiento que el médico va a utilizar para resolver el problema de salud del usuario, no hay comprensión, por tanto, el usuario no sabe que, acciones tomará el

médico para resolver su problema de salud, lo cual genera incertidumbre que no complace la atención esperada.

Se establece la posibilidad de que la débil comprensión de los usuarios obedezca a problemas de formación, sin embargo, se desarma esta posibilidad, ya que 9 de cada 10 usuarios tienen niveles de escolaridad altas, de secundaria y superior. Este resultado limita las posibilidades de culpar la incomprensión al usuario, sino más bien, a la falta o mala calidad de la explicación que proporciona el médico en las distintas partes de la consulta.

El estudio presenta algunas limitantes en cuanto a la obtención de resultados, uno de los principales es el temor de la audiencia hacia algún tipo de reproche por parte del profesional al que evalúan, lo cual consume gran parte del tiempo de entrevista con cada usuario, por la explicación debida.

El interés del estudio, dados sus objetivos, consiste en determinar cuál es la percepción de los usuarios con respecto al trato médico, siendo el resultado positivo frente a la atención en general.

#### **Agradecimientos**

Expresamos de manera unánime, los agradecimientos a la noble institución pública de servicio en salud, que facilitó el poder disponer de información de primera mano de los usuarios asistidos en consulta externa, sin que esto haya significado una negativa o afectación a su personal ni a su administración.

#### **Conflicto de interés**

Tras la presentación del presente artículo, y con el fin de que el mismo sirva de referencia para estudios futuros, los autores declaran no haber recibido financiamiento de Instituciones, Organizaciones y otros que puedan reclamar autoría en la presente investigación, por tanto, declaramos no presentar conflicto de interés alguno.

#### **Limitaciones de Responsabilidad**

En calidad de autores de la investigación "Percepción de la Relación Médico – Paciente en el Servicio Público", declaro que los puntos de vis-

ta expresados en el presente documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y no de la Institución de la cual se declara como filial, por lo que asumimos moral y legalmente cualquier comprobación de texto o gráfica inconsistente, errada o fraudulenta, que atente contra la calidad ética de la investigación.

#### **Fuentes de apoyo**

La presente investigación, incluida la producción del presente artículo, ha sido financiada con recursos propios de los autores, por tanto, no existe comprometimiento alguno con Organizaciones, Instituciones y otros financistas.

#### **Referencias**

1. Sánchez D, Contreras Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. Scielo. [Internet]. 2014. Citado el 08 de agosto de 2018. Vol. 43:1-3. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572014000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400011)
2. Sánchez D, Contreras Y. Relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. Scielo [Internet]. 2012. Citado el 08 de agosto de 2018. Vol. 43:4. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol43\\_4\\_14/mil11414.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol43_4_14/mil11414.htm)
3. Rodríguez-Bustamante N. La relación médico-paciente. Revista de Psicología. Vol. 5, p. 137-142. Citado el 08 de agosto de 2018. Disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/11886/Documento\\_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/11886/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. González-Quintana C. La relación médico paciente o el sentido humano de la praxis sanitaria. Revista CONAMED. 2016. Vol.: 21 (1); pp: 3-6. [citado 7 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2016/supl1/0.pdf>
5. Mendoza C, Ramos-Rodríguez C, Gutierrez E. Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. Horiz Méd. enero de 2016;16(1):14-9.

6. Vera-Carrasco O. EL CÓDIGO DE ÉTICA EN MEDICINA. *Rev Médica Paz*. 2015;21(2):3-5.
7. Larsen LT. No Third Parties. The Medical Profession Reclaims Authority in Doctor-Patient Relationships. *Prof Prof*. 27 de septiembre de 2016;6(2):e1622-e1622.
8. Celedón LC. Relación médico paciente. *Rev. Otorrinolaringología Sir Cabeza Cuello*. abril de 2016;76(1):51-4.
9. Celedón C. Relación médico paciente [Internet]. [citado 7 de agosto de 2018]. versión On-line ISSN 0718-4816 con acceso en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48162016000100007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48162016000100007&script=sci_arttext&tlng=pt)
10. Roman VB, Piedrahita LB, Moya LP, Zapata CP. Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH, Medellín 2012. *Rev Salud Pública*. 1 de julio de 2016;18(4):543-53.
11. Siembida EJ, Bellizzi KM. The Doctor–Patient Relationship in the Adolescent Cancer Setting: A Developmentally Focused Literature Review. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 23 de junio de 2015;4(3):108-17.
12. Rey AR, Ojea EV, González FR, López MT. Análisis de la formación en comunicación y la relación médico-paciente en los grados de Medicina en España. *Indexcomunicación Rev Científica En El Ámbito Comun Apl*. 2016;6(1):27-51.
13. Hernández-Gamboa L. Relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. *Revista CONAMED*. 2001. Año 5, vol: 9 (20); pp: 25-29. [citado 7 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2001/con013f.pdf>
14. La tecnología afecta la relación médico-paciente [2016]-Medes [Internet]. [citado 7 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://medes.com/publication/111367>
15. Astorga S, Repetto P, Pinedo J, González M. Diseñando un manual para evaluar la relación médico paciente como parte del proceso de formación de residentes de medicina: desafíos y oportunidades. *Investigación en Educación Médica*. 2017. Vol 6 (22), pp: e41. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200750571730100X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200750571730100X)
16. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*. 2012. Vol 44 (6n), pp: 358-365. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711004239](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711004239)
17. Romero R, González I, Sánchez C. Trastorno de la personalidad: un desafío en la relación médico-paciente. *Atención Familiar*. 2016 vol: 23 (4); pp: 155-159. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116301523](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116301523)
18. Gonzales-Hernández J, Ramos T. Relación médico-paciente en el contexto de la demencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2016 vol: 27 (3); pp: 357-362. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300360](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300360)
19. Ramos-Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callo-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008. Lima-Perú. pp: 14-16. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2473/Ramos\\_rc.pdf;jsessionid=BBBEDE3308216705E-BACB71747DA3911?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2473/Ramos_rc.pdf;jsessionid=BBBEDE3308216705E-BACB71747DA3911?sequence=1)
20. Pérez T, Gómez L, Álvarez S, Cabello L, Mombiela M. Historia clínica electrónica: evolución de la relación médico paciente en la consulta de atención primaria. *SEMERGEN Medicina de Familia*. 2017. Vol. 43 (3), pp: 175-181. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359316300120](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359316300120)

21. García-Arista A, Reyes-Lagunes L. Construcción y validación de una escala de asertividad en la relación paciente-médico. *Acta de investigación psicológica*. 2017. Vol. 7 (3), pp: 2793-2801. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471917300613](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471917300613)
22. García E, Robles A, Villegas M, Figueroa J, Mota A. La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar? *Atención Familiar*. 2016. Vol. 23 (2), pp: 63-66. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630116X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630116X)
23. Doctor-patient relationships (DPR) in China | Managers and clinicians' twofold pathways from commitment HR practices | *Journal of Health Organization and Management* | Vol 31, No 1 [Internet]. [citado 7 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/JHOM-09-2016-0165>
24. Carvajal C. El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017. Vol. 28 (6), pp: 841-848. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301463](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301463)
25. Boceta J, Contreras J, Guitart J, Virizuela J. Dolor irruptivo y calidad de vida: estudio comparativo de la percepción por parte de los médicos y los pacientes oncológicos. *Medicina Paliativa*. 2017. Vol. 24 (2), PP: 89-95. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X1500083X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X1500083X)
26. Loayssa J, Ruíz R, González F. Teoría en la acción sobre la relación con el paciente. Una perspectiva diferente de representar y entender el comportamiento del médico de familia en consulta. *Rev. Atención Primaria*. 2015, vol.: 47 (5), pp: 279-286. Acceso URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002662](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002662)
27. Moral R. Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente. *Educación Médica*. 2015. Vol.: 16 (1), pp: 74-82. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157518131500011X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157518131500011X)
28. Leis-Dosil V. Papel de las nuevas tecnologías en la relación médico paciente. 2017, vol.: 32 (4); pp: 187-189. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925116303082](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925116303082)
29. Jiménez J, Quiroga G, Sáez G. Aportación de la homeopatía en la relación médico-paciente. *Revista Médica de Homeopatía*. 2014, vol. : 7 (1), pp: 39-45. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888852614000022](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888852614000022)
31. Butista H, Quintanilla G. Propuesta de un modelo de análisis del maltrato en la relación médico-paciente. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015, vol.: 14 (1), pp: 53-56. Disponible en URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115000097](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115000097)
32. Loayssa-Lara JR, Ruiz-Moral R, González-García F. Teoría en la acción sobre la relación con el paciente. Una perspectiva diferente de representar y entender el comportamiento del médico de familia en la consulta. *Atención Primaria*. Citado el 1 de Agosto de 2018; 47(5): 279-286
33. Ruiz-Moral R, Caballero-Martínez F, García C, Monge D, Cañas F, Castaño P. Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). *Educa Médica*:289-97.